



**UCAM**

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO  
Programa de Doctorado en Bioética

Atención integral y digna a las personas en situación  
terminal de enfermedad. Actitudes ante la muerte y  
opiniones sobre la atención al final de la vida en  
estudiantes de Ciencias de la Salud de la UCAM

**Autora:**

María del Carmen Vázquez Guerrero

**Directores:**

Dr. D. Juan Martínez Hernández

Dra. Dña. Maravillas Giménez Fernández

Dra. Dña. M<sup>a</sup> Mercedes Carmona Martínez

Murcia, Julio de 2017





# UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

## AUTORIZACIÓN DE LOS DIRECTORES DE LA TESIS PARA SU PRESENTACIÓN

El Dr. D. Juan Martínez Hernández, la Dra. D<sup>a</sup> Maravillas Giménez Fernández y la Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Mercedes Carmona Martínez como Directores de la Tesis Doctoral titulada “Atención Integral y digna a las personas en situación terminal de enfermedad. Actitudes ante la muerte y opiniones sobre la atención al final de la vida en estudiantes de Ciencias de la Salud de la UCAM”, realizada por D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> del Carmen Vázquez Guerrero, en el Departamento de Ciencias Humanas y Religiosas, **autorizan su presentación a trámite** dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firman, para dar cumplimiento a los Reales Decretos 99/2011, 1393/2007, 56/2005 y 778/98, en Murcia a 30 de junio de 2017

Fdo: Dr. D. Juan Martínez Hernández

Dra. D<sup>a</sup>: Maravillas Giménez Fernández

Dra. D<sup>a</sup>: M<sup>a</sup> Mercedes Carmona Martínez



## RESUMEN

Uno de los temas bioéticos más candentes de la actualidad es la atención que se debe prestar a las personas que se encuentran en la fase terminal de una enfermedad incurable y a las que, por consiguiente, espera la muerte en un plazo muy próximo de tiempo. Tema amplio y complejo que incumbe, no sólo a los profesionales sanitarios que tienen que atenderlos, sino a toda la sociedad. Y, dentro de la sociedad, a la Universidad muy concretamente, pues en ella se forman los futuros profesionales de la salud que tendrán que atender a estas personas. Investigando la formación recibida, las opiniones y actitudes éticas de los alumnos durante sus estudios universitarios, se redundará en una mejora de dicha formación y, por tanto, en una mejora de la atención a los enfermos en general y, en particular, a los pacientes en fase terminal.

Los objetivos de este trabajo son varios: investigar desde la reflexión bioética en qué consiste realmente la atención integral y digna a los enfermos en fase terminal; conocer y valorar, en los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica San Antonio de Murcia, sus actitudes éticas ante la muerte y la asistencia a los enfermos en la última fase de su vida; y, en los alumnos del último curso, la formación recibida sobre la muerte y el morir, su grado de satisfacción por la misma, si se sienten preparados para atender a los enfermos terminales y si desean trabajar en este ámbito sanitario.

La parte teórica se inicia con una aproximación a la compleja realidad de las personas que afrontan el final de su vida por padecer una enfermedad incurable y les espera pronto la muerte, con el objeto de conocer los problemas y dificultades que tienen que afrontar ellos y sus familias; se complementa con una reflexión sobre las actitudes ante la muerte y los moribundos que tiene la sociedad occidental actual, incluidos los profesionales sanitarios, y se muestran las conductas médicas y no médicas que se están ofreciendo en diversos países a estas personas y sus familias: los Cuidados Paliativos y la Eutanasia. Tras este análisis de la situación, se realiza una reflexión ética de las diferentes conductas a seguir; reflexión necesaria para poder mostrar en qué consiste la atención integral y digna que estas personas merecen y qué es morir dignamente. Finalmente, se dan orientaciones sobre medidas que son necesarias de aportar para favorecer una asistencia digna a

estos enfermos y a sus familias, y se complementa con una exposición de la misión evangelizadora de la Iglesia Católica en esta realidad humana de sufrimiento, pues sin la misma, todas las medidas anteriores quedan insuficientes. Esta primera parte, que incluye también la formación contemplada sobre este tema en los Grados de Ciencias de la Salud, constituye el marco teórico en el que se fundamenta la investigación empírica de la tesis y es una reflexión previa necesaria por la confusión actual, debido a la diversidad de posturas que se debaten sobre el tema.

La parte empírica consiste en investigar en estudiantes, de primero y último curso de diferentes Grados de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Murcia del curso 2014/15, variables directamente relacionadas con la atención a las personas en fase terminal. Se realiza un estudio descriptivo observacional transversal a través de un cuestionario validado por expertos, teniendo en cuenta la adecuación y pertinencia de las preguntas. La recogida de la información se realiza mediante aplicación informática asegurando el anonimato y la confidencialidad. Se analizan, desde el punto de vista de una ética personalista ontológica, sus opiniones sobre “el derecho a la información”, “el uso de analgésicos”, “la dignidad humana”, “la eutanasia y la muerte digna”. Se estudia su actitud ante la “eutanasia y el suicidio asistido aplicados a pacientes en situación terminal que los solicitan”, “las razones por los que se solicitan” y “la respuesta más adecuada a dicha solicitud”. Se examinan también “las condiciones que consideran importantes para morir en paz” así como “sus actitudes ante la muerte”. Además, se exploran otras variables como el “logro de sentido de la vida alcanzado” y “variables espirituales y religiosas como pertenencia a una religión y práctica religiosa”, con las que se buscan asociaciones estadísticamente significativas.

En los alumnos del último curso se investiga también la “formación que han recibido en este ámbito”, su “satisfacción con la misma”, su “sensación de preparación para atender enfermos en fase terminal”, así como “su deseo de trabajar con ellos” y “su deseo por seguir formándose”.

Entre los resultados obtenidos se observa un nivel de conocimientos éticos aceptables, aunque mejorables, en cuestiones relativas al final de la vida, excepto en el tema de la eutanasia que la defienden como evitación del dolor físico insoportable y para no suponer una carga para la familia. Como condiciones para morir en paz: haber tenido sentido su vida y la proximidad de los seres queridos.

Presentan actitudes de neutralidad y acercamiento ante la muerte. Se encuentra asociación estadística significativa entre la religiosidad y la actitud ante la eutanasia. Refieren escasa formación sobre la muerte y los cuidados paliativos. Los alumnos de Enfermería muestran deseos de seguir formándose en Cuidados Paliativos.

Se concluye afirmando la necesidad de la evangelización y la urgencia de mejorar la formación en Medicina Paliativa, Bioética y Antropología de los profesionales sanitario. Esta formación no debe ser sólo explicativa, sino formadora de un ethos profesional que les permita reconocer el valor único e inviolable de todo ser humano, por muy enfermo y desahuciado que esté. Hay que formar a los estudiantes desde los primeros años en una antropología adecuada y en una ética objetiva, que les aporte el conocimiento de los fines de sus profesiones, de los bienes que están llamadas a servir, y les ayude a reconocer la dignidad inviolable de cada ser humano. Sin ello no habrá excelencia profesional.

**Palabras clave:** Atención al final de la vida, Enfermedad terminal, Medicina Paliativa, Eutanasia, Actitudes ante la muerte, Estudiantes de Ciencias de la Salud, Formación Bioética, Iglesia Católica.





## ABSTRACT

One of the hottest bioethical topics today is the attention that must be paid to people who are in the terminal stage of an incurable disease and who, therefore, expect death within a very short time. It is a broad and complex issue that concerns not only health professionals who have to attend these people, but the whole society. Specifically, the University, since it trains future health professionals who will have to care for these people. Thus, analysis of the training received, the opinions and the ethical attitudes of students in higher education, will result in an improvement of such training, and therefore in an improvement of the care given to the patients in general and the patients in terminal stages in particular.

This dissertation has several objectives: to investigate, from a bioethical perspective, what an integral and dignified attention to the patients in terminal stages involves; to know and assess ethical attitudes towards death and assistance to the patients in the last stage of their life, in students of Health Sciences of the Catholic University San Antonio de Murcia; and, specifically for last year students, the training they have received on death and dying, their degree of satisfaction about it, if they feel emotionally and professionally prepared to care for the terminally ill, and if they would like to work in this health area.

The theoretical part begins with an approximation to the complex reality of people who face the end of their life for suffering an incurable disease and awaits death soon, in order to know the problems and difficulties that they and their families have to confront. Furthermore, it is complemented with a reflection on the attitudes towards death and dying that current Western society has, including health professionals, showing the medical and non-medical behaviors that are being offered to these people and their families: Palliative Care and Euthanasia. After this analysis, an ethical consideration of different behaviors to follow is posed; this is a necessary reflection to understand what constitutes the comprehensive and dignified care these people deserve, and what does "die in dignity" mean. Finally, guidelines about measures required to promote dignified care to these patients and their families are given, and it is lastly complemented with an exposition of the evangelizing mission of the Catholic Church in this human reality of suffering, without which all the previous measures are

insufficient. This first part, which also includes the Syllabus and academic contents on these subjects in the Degrees of Health Sciences, constitutes the theoretical framework on which the empirical research of the thesis is based, and is a previous reflection, necessary in the current confusion due to the diversity of viewpoints on the subject.

The empirical part consists on a research, in first and last course students of Health Sciences degrees at the Catholic University of Murcia in 2014/2015, on variables directly related to the care of people in terminal phase. A cross-sectional descriptive study is carried out through an expert-validated questionnaire, taking into account the adequacy and relevance of the questions raised. The data collection was conducted through a computer application that ensures anonymity and confidentiality.

Students' opinion on "the patient's right to information", "the use of analgesics", "human dignity", "euthanasia and die in dignity" are analyzed from the perspective of an ontological personalist ethic. Their attitudes towards "euthanasia and physician assisted suicide applied to terminally ill patients who ask for it", the "reasons for requesting it" and the "most appropriate response to this request" are also analyzed. The "conditions that are considered as important for dying in peace" as well as their "attitudes towards death" are also analyzed. Besides, other variables are explored, such as the "Purpose in Life scored" and spiritual and religious variables such as "belief in life after death", "belonging to a religion" and "religious practice", with which statistically significant relationships are sought.

In the last year students, "training received on this area", their "general satisfaction with the training received in this area", if they "feel prepared to care for the terminally ill", their "willingness to work with them", and their "willingness to enhance their training in this area" are analyzed.

Results indicate that there is an acceptable level of ethical knowledge, although improvable, in end-of-life issues, except for euthanasia, that is defended as avoidance of unbearable physical pain and as a way for not imposing a burden on the family. Having a purpose in life and proximity to loved ones stand out as requisites for death in peace. Students show neutrality and approach attitudes towards death, a significant statistical association between religiosity and the attitude towards euthanasia is found, and they show scarce training on death and

palliative care. Nursing students are willing to enhance their training in palliative care.

This dissertation concludes the need for evangelization, and the urgency to improve the training in Palliative Medicine, Bioethics and Anthropology for health professionals. Such training should not only be explanatory but also formative, and it should create a professional *ethos* that allows the student to recognize the unique and inviolable value of every human being, however sick and evicted he is. Students should be trained, from the first year, in an appropriate anthropology and objective ethics that would provide them with the knowledge of the purposes of their professions, the goods they are called to serve, and would help them to recognize the inviolable dignity of every human being. Otherwise, they will not become excellent professionals.

**Keywords:** End-of-life care, Terminal illness, Palliative medicine, Euthanasia, attitudes towards death, Health Science students, Bioethical training, Catholic Church.



## Agradecimientos

Son tantas las personas a las que me siento agradecida y de las que quiero dejar testimonio escrito de ello, que no sé por dónde empezar. Empiezo por la más importante: Gracias, Señor mío, por el amor que me tienes, por todas las gracias y bienes con los que me has colmado en mi vida, porque haces realidad lo que es imposible para mí, por la cantidad de personas que has puesto en mi camino para ayudarme. Bendito seas. A ti, Señor mío, todo el honor y la gloria.

Gracias, gracias y mil gracias, Juan, Maravillas y Mercedes, mis tres directores, mis tres ángeles, por todo lo que me habéis ayudado, por todo lo que me habéis soportado, porque habéis luchado como titanes conmigo. Gracias porque hemos sido un equipo de trabajo infatigable. Vosotros sabéis, como lo sé yo, que la tesis es tan vuestra como mía. Que Dios os colme de bendiciones.

Gracias José Luis, Presidente de la UCAM, por haberme empujado a hacerla. Porque siempre has confiado en mí, más que yo misma, y eso me ha hecho crecer y esforzarme. Gracias por todo, por la oportunidad que me diste de trabajar en esta obra de Dios que me hace tan feliz. Ten por seguro que esta tesis también es tuya. Sin tu interés en verme doctora, no lo habría ni intentado.

Gracias M<sup>a</sup> Carmen Ballester, esta tesis también es tuya. Bien sabes lo que me empujaste para empezar contigo el doctorado y todas mis resistencias interiores a hacerlo. Sin ti, tampoco lo habría conseguido. Que Dios te bendiga.

Gracias Samuel y Alejandro por proporcionarme la aplicación informática para poder hacer las encuestas online completamente anónimas. Gracias Alejandro por tu tiempo en enseñarme a informatizarla, ha dado su fruto.

Gracias a todos los alumnos que contestaron la encuesta, sin ellos tampoco habría hoy tesis. Gracias a los profesores y tutores que también lo hicieron, a pesar de que era larga y poco atractiva. Gracias, aunque no aparecéis en la tesis y vuestros datos están por analizar. Lo haré, si Dios quiere. Os lo debo.

Gracias Paloma Chorro, la directora de mi primera tesina hace 17 años en el Pontificio Instituto Juan Pablo II, por todo lo que me enseñaste y aprendí contigo. La tesis también es tuya. Lleva mucho de ti.

Gracias a tantos compañeros que me habéis animado a continuar con ella, cuando desbordada por otras ocupaciones pensaba abandonarla. Gracias Lina,

Juan Luis, Javier, Luis Carlos, Ana, Pilar, Pedro, Antonio, Paco, Josefina, Estrella, María Méndez, Beatriz, Belén, Inma, Norma, Gloria Tomás, Andrés, Carmen, y tantos otros que ahora no recuerde. Habéis sido otra pieza, un acicate importante.

Gracias M<sup>a</sup> José, Luisa, Isa y M<sup>a</sup> Isabel, del Cuerpo de Tutores, por estar siempre disponibles para ayudarme y haberlo hecho tanto en el último tiempo. Y gracias también al resto, sé que puedo contar con vosotros siempre. Sois estupendos.

Gracias Yikenia, Débora, Judith, Mariela y Génesis. Esta tesis también es vuestra. Estando sola, me he sentido acompañada y muy sostenida por vuestras oraciones.

Gracias, Juani, Isabel, Diana y M<sup>a</sup> José Lázaro, mis amigas, por preocuparos por mí. Sé que puedo contar con vosotras, como vosotras conmigo. Gracias

Gracias, queridísimos hermanos de mi comunidad. Gracias Juan Apellániz por ponerme firme y empujarme a acabarla. Gracias a todos por el amor que me tenéis y os tengo. Bien sabéis que mi espíritu se alegra cada vez que os veo, como siento que os pasa a vosotros. Bendito sea Dios por tantos milagros que ha hecho en nuestro favor. Sin vosotros tampoco habría tesis.

Gracias Nicanor, mi catequista, por haber desgastado tu vida anunciando a Jesucristo. Gracias, porque gracias a eso, yo me pude encontrar con El, y no hay nada, nada mejor en mi vida; es mi perla preciosa. Gracias también por enviarme hace 20 años a estudiar al Pontificio Instituto Juan Pablo II, al volver enferma de la misión. Tu visión de fe sobre mi abrió caminos en la muerte, y hoy sigue habiendo una preciosa misión para mí. Que Dios te bendiga.

Gracias, tía Lita, mi madre actual. Gracias por tu entrega, por tu capacidad de servicio, por adelantarte a todas mis necesidades, porque gracias a ti mi vida es mucho más fácil. Gracias por ser un ángel en mi vida. Qué fácil y qué hermosa es la vida con alguien como tú al lado. Te quiero.

Gracias, Juana Mari y Antonio José, hermanos míos. ¡Cuánto os quiero y me queréis! Gracias por quererme tanto y animarme siempre. Gracias porque existís.

Y, gracias, papá y mamá. Ya han pasado cuatro años desde que os fuisteis a la casa del Padre y desde allí nos cuidáis. Gracias por habernos querido tanto y tan bien. Gracias porque con vosotros tuve, tuvimos, la mejor lección de lo que es vivir y morir dignamente. Os llevó en mi corazón siempre.

A los estudiantes de los  
Grados de Ciencias de la Salud  
que sueñan con ayudar y  
desean que, a la hora de morir,  
su vida haya tenido sentido

y a sus formadores,  
que desean transmitirles  
un verdadero amor a su vocación  
y a cada ser humano que sufre





## INDICE GENERAL

RESUMEN .....	5
INDICE DE TABLAS.....	23
INDICE DE GRÁFICOS.....	29
INDICE DE ANEXOS.....	31
Capítulo I. INTRODUCCIÓN .....	35
Capítulo II. JUSTIFICACION.....	43
Capítulo III. MARCO TEÓRICO: ATENCIÓN INTEGRAL Y DIGNA A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN TERMINAL DE ENFERMEDAD.....	49
3.1 APROXIMACIÓN AL ENFERMO TERMINAL. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN. ....	50
3.1.1 Enfermedad Terminal: Persona, Familia y Sociedad.....	50
3.1.1.1 ¿Qué se entiende por enfermedad terminal?.....	50
3.1.1.2 El enfermo terminal .....	54
3.1.1.3 La familia del enfermo terminal.....	71
3.1.1.4 La sociedad y el enfermo terminal.....	80
3.1.1.5 Los profesionales sanitarios frente a la muerte y los moribundos. ....	84
3.1.2 Recursos que se ofrecen a estos enfermos en la actualidad.....	89
3.1.2.1 Cuidados Paliativos. ....	90
3.1.2.2 Eutanasia. ....	100
3.2 MORIR DIGNAMENTE. REFLEXIÓN ÉTICA .....	122
3.2.1 Problemas éticos en la atención médica del enfermo terminal .....	124
3.2.1.1 Prolongar la vida, luchando contra la muerte. Distanasia. ....	124
3.2.1.2 Comunicación de la verdad.....	135
3.2.1.3 Uso de analgésicos en los enfermos terminales. ....	138
3.2.2 Cuidados Paliativos. Consideraciones Éticas .....	145
3.2.3 Reflexión Ética sobre la Eutanasia.....	150
3.2.3.1 Definición y concepto actual de eutanasia.....	151
3.2.3.2 Factores sociales y culturales en relación con la eutanasia.....	155
3.2.3.3 Valoración ética sobre la eutanasia.....	160
3.2.3.4 La enseñanza del Magisterio de la Iglesia sobre la eutanasia. ....	180
3.3 ORIENTACIONES PARA PROMOVER UNA ASISTENCIA INTEGRAL Y DIGNA.....	185

3.3.1	Medidas Socio-Sanitarias .....	186
3.3.2	Cuidados médicos basados en una presencia amorosa .....	192
3.3.3	Misión de la Iglesia.....	195
3.3.3.1	Evangelización como anuncio de la salvación. ....	197
3.3.3.2	Evangelización como comunicación de la salvación. Sacramentos.....	210
3.3.3.3	Evangelización como servicio de la caridad.....	214
3.4	FORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA Y FORMACIÓN ÉTICA EN ESTUDIANTES EN CIENCIAS DE LA SALUD. ....	223
3.4.1	Competencias sobre la atención al final de la vida en las áreas curriculares de Enfermería y Medicina.....	229
3.4.2	Competencias sobre la atención al final de la vida en otras disciplinas de Ciencias de la Salud.....	243
3.4.3	Competencias en el área de ética y bioética en las disciplinas de Ciencias de la Salud.....	258
Capítulo IV. HIPÓTESIS. ....		267
Capítulo V. OBJETIVOS.....		271
5.2	OBJETIVOS GENERALES.....	273
5.1.1	Objetivo general de la investigación teórica: .....	273
5.1.2	Objetivos generales de la investigación empírica:.....	273
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	273
5.2.1	Objetivos específicos de la parte teórica: .....	273
5.2.2	Objetivos específicos de la parte empírica:.....	274
Capítulo VI. MATERIAL Y MÉTODO.....		275
6.1	POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	277
6.2	INSTRUMENTO PARA LA RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN. (ANEXO 1).....	278
6.2.1	Tipo de cuestionario.....	278
6.2.2	Procedimiento de elaboración del cuestionario .....	278
6.2.3.	Valoración por el Comité de Ética de la UCAM .....	288
6.2.4	Validación del cuestionario.....	289
6.2.5	Fiabilidad o consistencia interna de los ítems del cuestionario: $\alpha$ de Cronbach.....	290
6.2.6.	Descripción de las variables.....	290

6.2.7 Procedimiento para la presentación de la investigación a los estudiantes, para la cumplimentación del cuestionario y la recogida de datos. ....	307
6.3 ESTUDIO ESTADÍSTICO.....	309
Capítulo VII. RESULTADOS.....	313
7.1 RESULTADOS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO.....	315
7.1.1 Descripción de la muestra .....	315
7.1.2 Variables sociodemográficas.....	318
7.1.3 Formación en Bioética y Tanatología .....	321
7.1.4 Variables relativas a la atención de los enfermos en fase terminal .....	325
7.1.5 Variables relativas a las condiciones importantes para morir en Paz .....	362
7.1.6 Variables relativas al logro de sentido de la vida (PIL).....	374
7.1.7 Análisis de las Actitudes ante la muerte.....	380
7.1.8 Variables relativas a Espiritualidad y religiosidad .....	384
7.1.9 Análisis de la Formación recibida (sólo alumnos de 3° o 4°).....	405
7.1.10 Perspectivas para el futuro (sólo alumnos de 3° o 4°) .....	424
7.2 RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LA ASOCIACIÓN DE VARIABLES DEPENDIENTES .....	428
7.2.1 Correlaciones entre las 4 escalas de opinión relativas al “Derecho del paciente a ser informado”, “Uso de analgesia y la LET”, a la “Dignidad humana” y a la “Eutanasia y la muerte digna” .....	428
7.2.2 Asociación de la variable “Tener un familiar fallecido por enfermedad terminal” con las tres variables de “Actitudes ante la eutanasia, el suicidio asistido y participar en la eutanasia a un familiar” .....	430
7.2.3 Asociación de las tres variables de Actitudes (ante la eutanasia, el suicidio asistido y participar en la eutanasia a un familiar) con las 5 variables espirituales-religiosas: “Espiritualidad”, “Creer en la vida después de muerte”, “Confesión religiosa”, “Asistencia a misa” y “Nivel de religiosidad”.....	432
7.2.4 Asociación de la variable “Opinión sobre la eutanasia y la muerte digna” con las tres variables de “Actitudes ante (la eutanasia, el suicidio asistido y participar en la eutanasia a un familiar”.....	444
7.2.5 Asociación de la variable “Actitud ante la eutanasia” con las 5 variables de actitudes ante la muerte: “Miedo”, “Evitación”, “Acercamiento”, “Escape” y “Aceptación neutral”.....	447

7.2.6	Asociación de la variable “Actitud ante la eutanasia” con las variables “Satisfacción general con la formación” y “Deseo trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal” en estudiantes de 4° de enfermería. ....	449
7.2.7	Asociación de la variable “Actitud ante la eutanasia” con la variable “He tratado el tema de Cuidados Paliativos” en estudiantes de 4° enfermería.....	450
7.2.8	Asociaciones de la variable “Logro de sentido de la vida (PIL)” con la variable “Actitud ante la eutanasia” y con la variable “Deseo trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal de enfermedad” .....	451
7.2.9	Asociaciones de la variable “Deseo trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal” con las 4 variables espirituales-religiosas: “Espiritualidad”, “Confesión religiosa”, “Asistencia a misa” y “Nivel de religiosidad” .....	452
7.2.10	Asociaciones de la variable “Deseo trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal” con las 5 variables de actitudes ante la muerte: “Miedo”, “Evitación”, “Acercamiento”, “Escape” y “Aceptación neutral” .....	453
Capítulo VIII. DISCUSION Y COMENTARIOS.....		461
8.1	RESULTADOS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO.....	463
8.1.1	Descripción de la muestra. Error muestral.....	463
8.1.2	Variables socio-demográficas .....	464
8.1.3	Variables relativas a la atención de los enfermos en fase <i>terminal</i> .....	466
8.1.4	Variables relativas a las condiciones importantes para morir en Paz .....	478
8.1.5	Variables relativos al Logro de sentido de la vida (PIL).....	482
8.1.6	Análisis de las actitudes ante la muerte .....	486
8.1.7	Variables relativas a Espiritualidad y religiosidad.....	488
8.1.8	Análisis de la Formación recibida (sólo alumnos de 3° o 4°) .....	497
8.1.9	Perspectivas para el futuro (sólo alumnos de 3° o 4°).....	504
8.2	RESULTADOS LAS ASOCIACIONES ENTRE LAS VARIABLES DEPENDIENTES ENTRE SI.....	507
8.2.1	Correlaciones entre las 4 escalas de opinión relativas al “Derecho del paciente a ser informado”, “Uso de analgesia y la LET”, a la “Dignidad humana” y a la “Eutanasia y la muerte digna”.....	507
8.2.2	Asociación de la variable “Tener un familiar fallecido por enfermedad terminal” con las tres variables de “Actitudes ante la eutanasia, el suicidio asistido y participar en la eutanasia a un familiar” .....	508

8.2.3	Asociación de las tres variables de actitudes ante (la eutanasia, el suicidio asistido y participar en la eutanasia a un familiar) con las 5 variables espirituales-religiosas: “Espiritualidad”, “Creer en la vida después de muerte”, “Confesión religiosa”, “Asistencia a misa” y “Nivel de religiosidad” .....	509
8.2.4	Asociación de la variable “Opinión sobre la eutanasia y la muerte digna” con las tres variables de “Actitudes ante (la eutanasia, el suicidio asistido y participar en la eutanasia a un familiar)” .....	510
8.2.5	Asociación de la variable “actitud ante la eutanasia” con las 5 variables de actitudes ante la muerte: “Miedo”, “Evitación”, “Acercamiento”, “Escape” y “Aceptación neutral” .....	510
8.2.6	Asociación de la variable “Actitud ante la eutanasia” con las variables “Satisfacción general con la formación” y “Deseo trabajar en su futuro laboral con enfermos en situación terminal” en estudiantes de 4º de Enfermería. ....	511
8.2.7	Asociación de la variable “Actitud ante la eutanasia” con la variable “Ha tratado el tema de Cuidados Paliativos” en estudiantes de 4º Enfermería. ....	511
8.2.8	Asociaciones de la variable “Logro de sentido de la vida (PIL)” con la variable “Actitud ante la eutanasia” y con la variable “Deseo trabajar en su futuro laboral con enfermos en situación terminal” .....	512
8.2.9	Asociaciones de la variable “Deseo de trabajar con enfermos en situación terminal” con las variables espirituales-religiosas: “Espiritualidad”, “Confesión religiosa”, “Asistencia misa” y “Nivel religiosidad” .....	512
8.2.10	Asociaciones de la variable “deseo de trabajar en su futuro laboral con enfermos en situación terminal” con las 5 variables de actitudes ante la muerte: “Miedo”, “Evitación”, “Acercamiento”, “Escape” y “Aceptación neutral” .....	512
Capítulo IX. CONCLUSIONES .....		521
Capítulo X. LIMITACIONES .....		531
Capítulo XI. BIBLIOGRAFIA .....		537
ANEXOS .....		575



## INDICE DE TABLAS

Tabla 0. Eutanasia en Bélgica (1996-2013) .....	111
Tabla 1. Ficha técnica de la muestra .....	315
Tabla 2. Distribución muestral según el Grado del encuestado (I) .....	316
Tabla 3. Distribución muestral según el Grado del encuestado (II) .....	317
Tabla 4. Distribución muestral según el curso del encuestado.....	317
Tabla 5. Alumnos por Grado y curso .....	318
Tabla 6. Sexo del alumno, por Grado .....	319
Tabla 7. Edad del alumno, por grado y curso .....	320
Tabla 8. Ha recibido formación específica en Bioética, por Grado y curso.....	321
Tabla 9. Ha recibido formación específica en Tanatología, por Grado y curso.....	323
Tabla 10. Opinión alumno sobre derecho del paciente a información. . . . .	326
Tabla 11. Opinión del alumno en relación al uso de analgesia y la LET. ....	328
Tabla 12. Opinión del alumno en relación a la dignidad humana. ....	332
Tabla 13. Opinión del alumno en relación a la eutanasia y la muerte digna.....	336
Tabla 14. Actitud ante la Eutanasia voluntaria a un enfermo terminal.....	340
Tabla 14B. Actitud ante la Eutanasia voluntaria a enfermo terminal .....	343
Tabla 15. Actitud ante el Suicidio asistido por el médico a un enfermo terminal .....	344
Tabla 15B. Actitud ante el Suicidio asistido por el médico, por grado y curso .....	348
Tabla 16. Actitud ante contribuir personalmente en Eutanasia voluntaria a un familiar. .	350
Tabla 16B. Actitud ante contribuir personalmente en la Eutanasia voluntaria a un fami	353
Tabla 17. Razones para pedir la eutanasia, por curso .....	354
Tabla 18. Razones para pedir la eutanasia, por grado .....	355
Tabla 18b. Razones para pedir la eutanasia, por grado (cont.).....	355
Tabla 19. Respuesta ante un paciente que pide la eutanasia, por curso.....	358
Tabla 20. Respuesta ante un paciente que pide la eutanasia, por grado .....	358

Tabla 20b. Respuesta ante un paciente que pide la eutanasia, por grado (cont.).....	358
Tabla 21. Familiar fallecido por enfermedad terminal, por grado y curso .....	361
Tabla 22. Importancia dada a cada condición para morir en paz, por curso.....	364
Tabla 24. Importancia dada a cada condición para morir en paz, por grado.....	367
Tabla 24B. Importancia dada a cada condición para morir en paz, por grado.....	367
Tabla 26. Importancia dada a cada condición para morir en paz, por sexo.....	370
Tabla 25. Condiciones más importantes para morir en paz, por grado .....	371
Tabla 25B. Condiciones más importantes para morir en paz, por grado (cont.).....	372
Tabla 23. Condiciones más importantes para morir en paz, por curso .....	373
Tabla 27. Condiciones más importantes para morir en paz, por sexo.....	374
Tabla 28. Logro del sentido de la vida (PIL)_Variable cuantitativa.....	374
Tabla 29. Logro del sentido de la vida (PIL) Variable cualitativa .....	375
Tabla 30. Logro del sentido de la vida (PIL) Variable cuantitativa.....	376
Tabla 31. Logro del sentido de la vida (PIL) Variable cualitativa .....	376
Tabla 32. Logro del sentido de la vida (PIL) Variable cuantitativa.....	378
Tabla 32B. Logro del sentido de la vida (PIL)_Variable cuantitativa .....	379
Tabla 33. Logro del sentido de la vida (PIL)__Variable cualitativa .....	379
Tabla 33B. Logro del sentido de la vida (PIL)_Variable cualitativa .....	379
Tabla 34. Logro del sentido de la vida (PIL), por sexo.....	380
Tabla 34 B. Logro del sentido de la vida (PIL), por sexo_Variable cualitativa .....	380
Tabla 35. Actitudes ante la muerte. Total de la población.....	381
Tabla 36. Actitudes ante la muerte, por curso.....	381
Tabla 37. Actitudes ante la muerte, por grado .....	382
Tabla 37B. Actitudes ante la muerte, por grado (cont.) .....	382
Tabla 38. Actitudes ante la muerte, por sexo .....	383
Tabla 39. Autodescripción como persona espiritual, por curso .....	385
Tabla 40. Autodescripción como persona espiritual, por Grado.....	386
Tabla 41. Autodescripción como persona espiritual, por sexo .....	387
Tabla 42. Creencia en la vida después de la muerte, por curso.....	388



---

Tabla 43. Creencia en la vida después de la muerte, por Grado .....	390
Tabla 44. Creencia en la vida después de la muerte, por sexo.....	391
Tabla 45. Cómo se define Ud. en materia religiosa, por curso.....	392
Tabla 46. Cómo se define Ud. en materia religiosa, por grado.....	394
Tabla 47. Cómo se define Ud. en materia religiosa, por sexo .....	395
Tabla 48. Distribución de los que se declaran creyentes de una religión.....	395
Tabla 49. Autodefinición del nivel de religiosidad, por curso.....	397
Tabla 50. Autodefinición del nivel de religiosidad, por Grado .....	398
Tabla 51. Autodefinición del nivel de religiosidad, por sexo .....	399
Tabla 52. Frecuencia con la que asiste a misa u otros oficios religiosos, por curso.....	401
Tabla 53. Frecuencia con la que asiste a misa u otros oficios religiosos, por Grado .....	402
Tabla 54. Frecuencia con la que asiste a misa u otros oficios religiosos, por sexo .....	404
Tabla 55A. Ha tratado el tema de morir y la muerte en alguna asignatura de la carrera	406
Tabla 55B. Asignatura en la que ha tratado el tema de la muerte.....	406
Tabla 56. Ha tratado el tema de Cuidados Paliativos en alguna asignatura de la carrera	408
Tabla 56B. Asignatura en la que ha tratado el tema de los Cuidados .....	409
Tabla 57. Importancia que atribuye a los Cuidados Paliativos en su carrera .....	410
Tabla 58. Número de pacientes en situación terminal que ha atendido.....	411
Tabla 59. Número de ocasiones en que ha estado presente en el momento de la muerte	411
Tabla 60. ¿Ha estado presente cuando se ha informado a alguna persona de la inminencia de la muerte de un familiar o de su fallecimiento? .....	412
Tabla 61. Le gustaría hacer prácticas clínicas en un servicio en el que se atienden enfermos en fase terminal, por Grado .....	413
Tabla 62. Se siente preparado, desde un punto de vista emocional o psicológico, para cuidar a enfermos terminales, por Grado .....	415
Tabla 63. Se siente preparado para cuidar a enfermos terminales desde un punto de vista asistencial, por Grado.....	417
Tabla 64. Se siente satisfecho con la formación recibida sobre la muerte, el morir y la atención a los enfermos terminales, por Grado .....	419
Tabla 65. Satisfacción general con la formación recibida .....	422

Tabla 66. Satisfacción general con la formación recibida_ Variable cuantitativa.....	422
Tabla 66b. Satisfacción general con la formación recibida_ Variable cuantitativa.....	423
Tabla 67. Trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal de enfermedad .....	425
Tabla 68. Piensa recibir formación en Cuidados Paliativos en el futuro, por Grado.....	427
Tabla 69. Correlaciones entre las variables referidas a la opinión. Alumnos de 4º .....	428
Tabla 70. Correlaciones entre las variables referidas a la opinión, por Grados.....	429
Tabla 71. Actitud Suicidio asistido / Fallecimiento de un familiar .....	431
Tabla 72A. Tabla de contingencia: Actitud hacia la eutanasia vs nivel de espiritualidad autopercebida (frecuencias absolutas y relativas).....	433
Tabla 72B. Tabla de contingencia: Actitud hacia la eutanasia vs creer en la vida después de la muerte (frecuencias absolutas y relativas) .....	433
Tabla 72C. Tabla de contingencia: Actitud hacia la eutanasia vs autodefinición religiosa (frecuencias absolutas y relativas).....	434
Tabla 72D. Tabla de contingencia: Actitud hacia la eutanasia vs grado de religiosidad autopercebido (frecuencias absolutas y relativas).....	435
Tabla 72E. Tabla de contingencia: Actitud hacia la eutanasia vs frecuencia de asistencia a misa (frecuencias absolutas y relativas).....	435
Tabla 73A. Tabla de contingencia: Actitud hacia el suicidio asistido vs nivel de espiritualidad autopercebida (frecuencias absolutas y relativas).....	437
Tabla 73B. Tabla de contingencia: Actitud hacia el suicidio asistido vs creer en la vida después de la muerte (frecuencias absolutas y relativas).....	437
Tabla 73C. Tabla de contingencia: Actitud hacia el suicidio asistido vs autodefinición religiosa (frecuencias absolutas y relativas).....	438
Tabla 73D. Tabla de contingencia: Actitud hacia el suicidio asistido vs grado de religiosidad autopercebido (frecuencias absolutas y relativas).....	439
Tabla 73E. Tabla de contingencia: Actitud hacia el suicidio asistido vs frecuencia de asistencia a misa (frecuencias absolutas y relativas).....	439
Tabla 74A. Tabla de contingencia: Actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar vs nivel de espiritualidad autopercebida (frecuencias absolutas y relativas) .....	441
Tabla 74B. Tabla de contingencia: Actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar vs creer en la vida después de la muerte (frecuencias absolutas y relativas) .....	441

---

Tabla 74C. Tabla de contingencia: Actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar vs autodefinición religiosa (frecuencias absolutas y relativas).....	442
Tabla 74D. Tabla de contingencia: Actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar vs grado de religiosidad autopercebido (frecuencias absolutas y relativas) .....	443
Tabla 74 E. Tabla de contingencia: Actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar vs frecuencia de asistencia a misa (frecuencias absolutas y relativas).....	443
Tabla 75A. Opinión sobre la eutanasia y la muerte digna según la actitud hacia la eutanasia. Estadísticos descriptivos. ....	445
Tabla 75B. Opinión sobre la eutanasia y la muerte digna según la actitud hacia la eutanasia. Estadísticos descriptivos. ....	445
Tabla 75C. Opinión sobre la eutanasia y la muerte digna según la actitud hacia participar en la eutanasia a un familiar. Estadísticos descriptivos.....	446
Tabla 76. Actitudes hacia la muerte según la actitud hacia la eutanasia. Estadísticos descriptivos y test Kruskal-Wallis. ....	448
Tabla 77. Asociación del “Deseo de trabajar en el futuro con enfermos terminales” con las variables espirituales/religiosas.....	452
Tabla 77B. Asociación del “Deseo de trabajar en el futuro con enfermos terminales” con las variables espirituales/religiosas en 4º de enfermería.....	453
Tabla 78. Miedo a la muerte según el deseo de trabajar con enfermos en situación terminal (Media y Desviación Típica).....	454
Tabla 79. Evitación de la muerte según el deseo de trabajar con enfermos en situación terminal (Media y Desviación Típica).....	455
Tabla 80. Miedo a la muerte según el deseo de trabajar con enfermos en situación terminal (Media y Desviación Típica).....	457
Tabla 81. Evitación de la muerte según el deseo de trabajar con enfermos en situación terminal (Media y Desviación Típica).....	458
Tabla 82. Aceptación de la muerte de forma neutral según el deseo de trabajar con enfermos en situación terminal (Media y Desviación Típica).....	459
Tabla 83. Definición en materia religiosa Jóvenes .....	490
Tabla 84. Práctica religiosa de los creyentes.....	494



## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico I. N° eutanasias en Holanda (2001-2015).....	107
Gráfico II. N° Suicidios Asistidos en Oregón (1998-2015)* .....	115
Cuadro 1: Orientación ética para actuar. (Calipari, R.A.).....	133
Gráfico 1. Distribución de los alumnos por Grado y curso (%) .....	319
Gráfico 2. Alumnos que han recibido formación específica en Bioética (%), por Grado .....	322
Gráfico 3. Alumnos que han recibido formación específica en Bioética (%), por curso.....	322
Gráfico 4. Alumnos que han recibido formación específica en Tanatología (%), por Grado .....	324
Gráfico 5. Alumnos que han recibido formación específica en Tanatología (%), por curso.....	324
Gráfico 6. Alumnos que han recibido formación específica en Tanatología .....	324
Gráfico 7. Opinión sobre el uso de analgesia y LET, por curso (%).....	330
Gráfico 8. Opinión sobre el uso de analgesia y LET, por grado (%).....	331
Gráfico 9. Gráfico de barras de error sobre la opinión sobre el uso de analgesia y LET, por grado.	331
Gráfico 10. Opinión sobre la dignidad humana, por curso (%) .....	334
Gráfico 11. Opinión sobre la dignidad humana, por grado (%) .....	335
Gráfico 12. Opinión sobre la eutanasia y una muerte digna, por curso (%).....	337
Gráfico 13. Opinión sobre la eutanasia y una muerte digna, por grado (%).....	338
Gráfico 14. Gráfico de barras de error de opinión sobre la eutanasia y una muerte digna, por grado .....	338
Gráfico 15. Actitud ante Eutanasia voluntaria a un enfermo terminal, por curso (%).....	341
Gráfico 16. Actitud ante Eutanasia voluntaria a un enfermo terminal, por grado (%).....	342
Gráfico 17. Actitud ante el Suicidio asistido por el médico, por curso (%) .....	346
Gráfico 18. Actitud ante el Suicidio asistido por el médico, por grado (%).....	347
Gráfico 19. Actitud a contribuir personalmente en la eutanasia voluntaria a un familiar, por curso (%) .....	351
Gráfico 20. Actitud ante contribuir personalmente en la eutanasia de un familiar, por grado (%) ..	352
Gráfico 21. Primera razón más importante para pedir la eutanasia, por grado (%) .....	356
Gráfico 22. Segunda razón más importante para pedir la eutanasia, por grado (%) .....	357

Gráfico 23. Primera medida ante un paciente que pide la eutanasia, por grado (%).....	360
Gráfico 24. Segunda medida ante un paciente que pide la eutanasia, por grado (%).....	360
Gráfico 25. Condiciones importantes para morir en paz, por curso.....	365
Gráfico 26. Condiciones importantes para morir en paz, por grado.....	368
Gráfico 27. Condiciones importantes para morir en paz, por sexo .....	370
Gráfico 28. Logro del sentido de la vida (PIL), por curso. ....	377
Gráfico 29. Logro del sentido de la vida (PIL), por grado .....	379
Gráfico 30. Autodescripción como persona espiritual, por curso.....	384
Gráfico 31. Creencia en la vida después de la muerte, por curso .....	389
Gráfico 32. Autodefinition de confesión religiosa de la población .....	393
Gráfico 33. Autodefinition del nivel de religiosidad, por curso .....	397
Gráfico 34. Frecuencia con la que asiste a misa u otros oficios religiosos, por curso.....	401
Gráfico 35. Ha tratado el tema de morir y de la muerte en alguna asignatura de la carrera, por grado .....	405
Gráfico 36. Ha tratado el tema de los Cuidados Paliativos en alguna asignatura de la carrera, por grado.....	408
Gráfico 37. Puntuación que atribuyen a la importancia de los Cuidados Paliativos en su carrera... ..	410
Gráfico 38. Le ha gustado, o le gustaría, hacer prácticas clínicas atendiendo enfermos en fase terminal, por grado.....	414
Gráfico 39. Se siente preparado para cuidar a enfermos terminales asistencialmente .....	417
Gráfico 40. Se siente satisfecho con la formación recibida sobre la muerte, el morir y la atención a los enfermos terminales, por grado .....	420
Gráfico 41. Satisfacción general con la formación recibida en esta área, por grado.....	421
Gráfico 42. Gráfico de barras de error sobre satisfacción general con la formación recibida en este área, por grado.....	423
Gráfico 42. Deseo de trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal, grado .....	426
Gráfico 43. Piensa recibir formación en Cuidados Paliativos en el futuro, por grado .....	427
Gráfico 44. Opinión sobre la eutanasia y la muerte digna según la actitud hacia eutanasia, suicidio asistido y participar en la eutanasia a un familiar. ....	447
Gráfico 46: Religiosidad por edad. Año 2016. España .....	495

## INDICE DE ANEXOS

Anexo I.1A: 1ª Encuesta Alumnos de CCSS.....	577
Anexo I.1B: 2ª Encuesta Alumnos de CCSS .....	593
Anexo I.2: Solicitud informe al Comité de Ética de la Investigación UCAM .....	607
Anexo I.3: Informe favorable del Comité de Ética de la UCAM .....	611
Anexo I.4: Documento usado para validación del cuestionario por grupo expertos .....	613
Anexo I.5: Correo enviado a los alumnos para invitarlos a participar .....	615
Anexo II.1: Variables de investigación.....	617
Anexo II.2: Errores muestrales en las subpoblaciones de alumnos de 4º .....	633
Anexo II.3: Formación específica en Bioética .....	634
Anexo II.3: Formación específica en Tanatología .....	635
Anexo II.4: Opinión sobre el derecho del enfermo en fase terminal a ser informado .....	636
Anexo II.5: Opinión sobre uso analgesia y limitación de esfuerzo terapéutico (LET).....	638
Anexo II.6: Opinión en relación a la dignidad humana.....	640
Anexo II.7: Opinión en relación a la eutanasia y la muerte digna .....	642
Anexo II.8: Actitud ante la Eutanasia Voluntaria a un enfermo terminal.....	644
Anexo II.9: Actitud ante el Suicidio Asistido a un enfermo terminal.....	646
Anexo II.10: Actitud ante contribuir personalmente en la eutanasia de un familiar.....	648
Anexo II.11: Las dos razones más importantes que conducen a una persona enferma a pedir la eutanasia .....	650
Anexo II.12: Medidas a tomar ante un paciente que solicita la eutanasia.....	651
Anexo II.13: Autodescripción como persona espiritual.....	652
Anexo II.14: Creencia en la vida después de la muerte .....	654
Anexo II.15: Autodefinition de confesión religiosa .....	656
Anexo II.16: Distribución de los creyentes de una religión, por grado y curso .....	658
Anexo II.17: Nivel de religiosidad (sólo católicos o creyentes de otra religión) .....	659
Anexo II.18: Frecuencia de asistencia a misa.....	660
Anexo II.19 : Correlaciones entre variables referidas a la opinión en Alumnos de 1º .....	663





## ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

AAS	Acta Apostolicae Sedis
ACE	Área de capacitación específica
AECPAL	Asociación Española de Enfermería y Cuidados Paliativos
AET	Adecuación del esfuerzo terapéutico
AMM	Asociación Médica Mundial
ANECA	Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación
BOE	Boletín Oficial del Estado
CCSS	Ciencias Sociosanitarias
CDF	Congregación para la Doctrina de la Fe
CEC	Catecismo de la Iglesia Católica
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
CND	Conferencia Nacional de Decanos
CP	Cuidados Paliativos
CPPAS	Consejo Pontificio de la Pastoral para los Agentes Sanitarios
DNI	Documento Nacional de Identidad
DT	Desviación típica
EAPC	European Association for Palliative Care
EEES	Espacio Europeo de Educación Superior
EEUU	Estados Unidos
ETCS	Sistema Europeo de Transferencia de Créditos
EV	Carta Encíclica Evangelium Vitae
FC	Exhortación Apostólica Familiaris Consortio
FFIS	Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias
FR	Carta Encíclica Fides et Ratio
GS	Constitución Pastoral Gaudium et Spes
ICEPSS	Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria

LET	Limitación del Esfuerzo Terapéutico
LG	Constitución Dogmática Lumen Gentium
LTSV	Limitación de Tratamientos de Soporte Vital
OMC	Organización Médica Colegial de España
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONCE	Organización Nacional de Ciegos de España
PAMR	Perfil revisado de Actitudes ante la Muerte
PIL	Purpose in life test, Logro de sentido de la vida
RAE	Real Academia Española
RH	Carta Encíclica Redemptor Hominis
SC	Constitución Sacrosantum Concilium
SD	Carta Apostólica Salvifici Doloris
SECPAL	Sociedad Española de Cuidados Paliativos
UCAM	Universidad Católica de Murcia
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
VS	Carta Encíclica Veritatis Splendor

## Capítulo I. INTRODUCCIÓN



## INTRODUCCIÓN

En este trabajo pretendemos investigar y reflexionar sobre uno de los temas bioéticos más candentes de la actualidad: la atención que se debe prestar a aquellas personas que se encuentran en la fase final de una enfermedad incurable y a las que, por consiguiente, espera la muerte en un plazo muy próximo de tiempo. Tema amplio y complejo que incumbe, no sólo a los profesionales sanitarios que tienen que atenderlos sino, a toda la sociedad. La muerte y, por lo tanto, el modo de morir, es un tema que nos concierne a todos. Todos nos enfrentaremos en algún momento de nuestra vida a nuestra propia muerte o a la de un ser querido, por eso es importante que se reflexione sobre ella.

Una de las características de la moderna civilización occidental es la *ocultación* de la muerte, tanto a escala personal como social.<sup>1</sup>

A nivel personal, está la realidad del temor y rechazo natural que todos sentimos ante el sufrimiento y la muerte, de ahí que, aunque sepamos muy bien que un día tendremos irremediamente que morir, no se suele tener presente ni contar con ello. La muerte es una de las realidades que se ignoran con mucha facilidad, sin esfuerzo. Aunque, por su inevitabilidad, contemos con ella como algo que sucede y sucederá en el futuro, se mantiene esta posibilidad en un futuro lejano, no teniendo habitualmente una conciencia real ni personalizada, pues queda en la esfera de "los otros". Siempre son "los otros" quienes mueren mientras que "yo" sigo vivo.

Esta ocultación de la muerte se realiza también a escala social. La muerte es un tema del que no gusta hablar, es un tema desagradable que se rechaza tanto por sanos como por enfermos. Se suele decir: "Cuando llegue, llegaré". Mientras tanto, "se vive". Éste es el tipo de razonamiento que se utiliza cuando alguien plantea el tema de la muerte en una conversación de personas normalmente sanas. Pero es también el caso del enfermo que prefiere ignorar el propio diagnóstico, o el del hombre de negocios entretenido en sus mil ocupaciones. La muerte se ha convertido en un tabú, lo mismo que hace unos años era el sexo. Los niños ya saben

---

<sup>1</sup> Vico Peinado, J., *Dolor y Muerte Humana Digna. Bioética Teológica*, San Pablo, Madrid, (1995) 151-163.

que no vienen de París ni los trae la cigüeña, pero cuando muere su abuelo se les dice que ha ido a hacer un largo viaje.

Además, hoy ya no se muere como se hizo siempre, hasta la primera mitad del siglo XX, en casa, rodeado de la familia, amigos y vecinos. Hoy se muere en el hospital y, con frecuencia, aislado y solo. Antes, el enfermo era el primero que sabía que iba a morir y se podía preparar para ello: eran los momentos de las grandes despedidas, de recibir los últimos sacramentos. Hoy, por el contrario, al enfermo casi siempre se le oculta la gravedad de su enfermedad. Ya no se vela a los difuntos en casa sino en los tanatorios y las manifestaciones de duelo, como son el luto o el recibir el pésame, son cada día más raras e incómodas. Los cementerios se han llevado lejos, a las afueras de la ciudad y las visitas a los mismos son inusuales. La muerte se ha convertido en algo clandestino, en algo que hay que esconder.

Nuestra sociedad contemporánea se ha distanciado de la idea de la muerte hasta el punto de considerar esta realidad como algo extraño, causando siempre sorpresa el anuncio de la muerte repentina de algún conocido nuestro ("¿Cómo puede ser? Ayer estaba vivo, estuve hablando con él...").

La muerte mete en cuestión los valores de la sociedad moderna ya que es ajena al progreso, al avance técnico y social, al bienestar, a nuestro afán de disfrutar de la vida sin límites. Nuestra cultura no sabe cómo integrar la muerte en la vida, por eso o la considera absurda e injusta (cuando se trata de niños o personas jóvenes) o, por el contrario, la considera una liberación reivindicada cuando la existencia es considerada carente de sentido, por tratarse de una vida deteriorada, sumergida en el dolor o condenada al sufrimiento. Hoy, incluso, más que a la muerte tememos al sufrimiento. El sufrimiento nos es cada vez más difícil de afrontar y soportar, ha perdido todo valor y se le considera el mal por excelencia, el mal que hay que evitar a toda costa.<sup>2</sup>

La moderna civilización médica niega la necesidad de que el hombre acepte el dolor, la enfermedad y la muerte; la civilización médica está planificada y organizada para matar el dolor, eliminar la enfermedad y luchar contra la muerte. Estas realidades, de ser experiencias esenciales con las que todo hombre tiene que

---

<sup>2</sup> Cfr. Juan Pablo II, *Carta Encíclica Evangelium Vitae*, N° 64, AAS87 (1995) 474-475.

habérselas han pasado a ser accidentes para los que debe buscarse tratamiento médico.<sup>3</sup>

Otra de las características de nuestra sociedad es el hecho de haber medicalizado la muerte. Es frecuente que la muerte se produzca (se esconda) fuera de la sociedad, en el medio hospitalario, modelo "curativo" por excelencia en el que el enfermo en situación terminal y la muerte no tienen cabida y donde es elevado el riesgo de sufrir prácticas compatibles con la obstinación terapéutica. Actualmente, un gran número de personas fallece en los hospitales, en donde la familia y los amigos son sustituidos por la ciencia y la tecnología. Pero, los hospitales actuales no reúnen las condiciones necesarias para asegurar una buena atención a los enfermos terminales ya que son sitios pensados para diagnosticar y curar, donde trabajan profesionales que han sido preparados para estas tareas. Aunque el verdadero objetivo de un hospital, como de todo acto médico, debería ser el de ocuparse de una persona que sufre, lamentablemente, esto hoy no es así y por ese motivo es un mal sitio para llevar a los enfermos terminales que por definición, ya están diagnosticados y son incurables.

Los mismos profesionales sanitarios tienen muchos problemas y conflictos a la hora de enfrentarse con la muerte y los moribundos. Además de la incapacidad humana que tienen, como miembros de esta sociedad, para abordar las situaciones de sufrimiento y dolor, existen otros motivos que explican por qué los profesionales de la salud, fundamentalmente los médicos, no siempre prestan suficiente atención a los enfermos en situación terminal. Entre estos motivos destacan el hecho de no haber recibido suficiente formación, la sensación de impotencia y de fracaso profesional, y la angustia ante la propia muerte.<sup>4</sup>

En las universidades han recibido mucha información técnica y científica pero no se les enseña nada sobre cómo tratar, humanamente hablando, con un enfermo incurable, ni con los problemas que se van a encontrar cuando sean médicos y se enfrenten con la muerte. Tampoco han recibido suficiente formación ética y deontológica que les ayude en el ejercicio de su profesión a realizar una

---

<sup>3</sup> Gómez Sancho, M., "La medicina Paliativa: una necesidad de hoy", en " *Cuidados Paliativos: Atención integral a los enfermos terminales*, Vol. I, Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS), Las Palmas de Gran Canaria (1998), 249.

<sup>4</sup> IDEM, "Los profesionales de la salud y la muerte", en *o. c.*, Vol. I, 79.

asistencia personalizada y humana. Durante años estudian cómo diagnosticar y curar enfermedades, pero no se les enseña a curar enfermos ni a comunicarse con ellos. Esto lo tendrán que aprender solos, a través de la experiencia. De ahí, que los médicos no estén, por lo general, preparados para ayudar a los enfermos en el final de sus vidas.

En segundo lugar, como lo que se les ha enseñado en la facultad es a salvar vidas, la muerte de su enfermo la van a interpretar, aunque sea inconscientemente, como un fracaso profesional. Por ilógico que sea, el médico tiende, en lo más íntimo, a sentirse culpable de no ser capaz de curar a su enfermo. La impotencia terapéutica no se trata con la suficiente dedicación en los programas de estudios; el tiempo de enseñanza es consagrado a capacitar al médico para reconocer y hacer frente a la gran cantidad de condiciones curables y cuando no consigue diagnosticarlas y curarlas, lo interpreta como un fracaso del que se siente culpable. La incurabilidad y la muerte consiguiente son, además de un signo de impotencia de la medicina, a escala inconsciente, una limitación, un daño en la autoestima del médico. Esta sensación de fracaso es también consecuencia indirecta del presupuesto de que la medicina tendría un remedio contra todo. La convicción de que todo mal puede curarse ha sido alimentada en las últimas décadas por profesionales, profanos y, especialmente, por los medios de comunicación. No sólo los profesionales sanitarios interpretan la muerte como un fracaso. La sociedad en general, como decíamos antes, percibe la muerte como un evidente fracaso de la ciencia. Es la constatación dolorosa y continua de la derrota de un progreso científico tan admirado y promovido.<sup>5</sup>

El tercer motivo que hace difícil y problemática la atención a los pacientes en fase terminal es la angustia que siente el profesional sanitario ante su propia muerte. La confrontación con la muerte de su enfermo les obliga a afrontar la realidad, tantas veces negada, de su propia muerte. Una cosa es saber que se ha de morir, y otra es estar en constante contacto con quien va muriendo y tener que reflexionar: "todo esto me sucederá algún día a mí". De ahí la necesidad de que los profesionales sanitarios tengan integrada su propia muerte para poder ayudar al enfermo que afronta el final de su existencia. Se pueden observar en el personal

---

<sup>5</sup> *Ibidem*, 80-82.



sanitario diferentes maneras de actuar cuando quiere evitar la confrontación con la muerte:

Una, consiste en intentar retrasar su advenimiento todo lo posible, por todos los medios, proporcionados o no, aunque no haya esperanza alguna de curación y aunque eso signifique infligir al moribundo unos sufrimientos añadidos a los que ya padece. De este modo no se logrará esquivar la muerte inevitable, pero sí se aplazará durante un tiempo, es lo que se conoce como "obstinación terapéutica".<sup>6</sup>

Otra vía en apariencia más compasiva, hoy ilegal en nuestro país pero cada vez más divulgada y aceptada por la opinión pública, consiste en adelantarla mediante la eutanasia, con ella se intenta evitar sufrimientos al enfermo y para ello se le termina matando antes de que llegue su hora.

Por último, existe otra vía, más disimulada y sutil pero intensamente practicada, que consiste en mantener al moribundo ignorante de su realidad mediante palabras y actos engañosos, actuando como si la muerte no estuviera allí y hasta si fuese necesario utilizando medios que lo mantengan inconsciente.<sup>7</sup>

Por cualquiera de estas vías parece evitarse "médicamente" la confrontación con la muerte, pero la dignidad del enfermo queda lesionada, al igual que el propio acto sanitario, cuya esencia debe ir siempre dirigida a ayudar a una persona que sufre, sin causarle daño.

Podríamos decir a modo de resumen que la tendencia de la sociedad actual es ignorar, negar, rechazar y ocultar la muerte. De esta manera nos encontramos al hombre de nuestro tiempo cada vez más indefenso y desprotegido frente a ella, y con mayor dificultad para vivir la última etapa de su vida, su propia muerte, con la misma dignidad que el resto de su existencia.

El 27-II-99, Juan Pablo II, en el discurso a los participantes de la V Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida constataba esta realidad diciendo:

*"En efecto, la vida de los moribundos y de los enfermos graves está expuesta hoy a una serie de peligros que se manifiestan, unas veces en forma de tratamientos*

---

<sup>6</sup> Conferencia Episcopal Española. Comité Episcopal Para La Defensa De La Vida, *La eutanasia, 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos*, Ediciones Paulinas, Madrid, (1993), N°8.

<sup>7</sup> Cfr. Gómez Sancho, M., "Los profesionales de la salud y la muerte", en *o. c.*, Vol. I, 86.

*deshumanizadores y, otras, en la desconsideración e incluso en el abandono, que puede llegar hasta la solución de la eutanasia.*<sup>8</sup>

Tanto la Iglesia como la sociedad denuncia este hecho, y numerosas instituciones públicas han hecho una llamada de atención. Por ejemplo, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en su Recomendación 1418 (1999), sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, adoptada el 25 de junio de 1999, reconoce que los derechos fundamentales que derivan de la dignidad humana del paciente terminal o moribundo se ven amenazados en la actualidad por diversos factores e insta a los estados miembros a tomar diferentes medidas para proteger la dignidad de la persona humana en las últimas etapas de su vida.

---

<sup>8</sup> "Discurso del Santo Padre a los participantes de la V Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida" (27-II-99), *L' Osservatore Romano*, edic. semanal en castellano, (5-III-99) 7.

## Capítulo II. JUSTIFICACION



### 7.1.1 JUSTIFICACIÓN

El tema de nuestra investigación: la muerte, el proceso de morir en la sociedad actual, las cuestiones éticas importantes que conlleva la atención a los enfermos incurables en situación avanzada, las actitudes de los profesionales sanitarios y más en concreto de los que se están formando para serlo, nos parece que es de suma importancia y actualidad. Como decíamos, la muerte es un tema profundamente humano, un tema que afecta a todo hombre, pues en algún momento tiene que enfrentarse con el hecho de que su vida se acaba, tiene que enfrentarse a su muerte y, a lo que muchas veces ocasiona aún más dolor e interrogantes, la muerte de seres queridos.

A ésta importante razón se une el hecho de que “morir con dignidad” es cada día más difícil en nuestra sociedad. Los grandes avances científicos y técnicos en el campo de la medicina han dado lugar a que muchas enfermedades, hasta hace años intratables, puedan ser curadas o controladas y a que se aumente de forma importante la esperanza de vida. Con el desarrollo de los sistemas médicos de resucitación hoy es posible prolongar la vida de una persona y retrasar el momento de su muerte, pero estos mismos avances plantean problemas éticos importantes, ya que, si por un lado permiten que muchos enfermos se recuperen, con frecuencia someten a otros a agonías prolongadas en la soledad y el aislamiento de las salas de reanimación.

Otro factor fundamental que hoy hace particularmente dificultoso morir con dignidad es el hecho de vivir inmersos en una cultura basada en el bienestar y en el consumo, donde se hace difícil, por no decir imposible, tolerar aquellas situaciones de nuestra existencia que conllevan sufrimiento y limitación, como ocurre con la enfermedad, la vejez y la misma muerte. Estas situaciones se consideran carentes de sentido, ajenas al progreso, al bienestar, al afán desmedido de disfrutar de la vida sin límites. Al no poderlas integrar en la forma de vida personal, se tiende a ignorarlas, a ocultarlas, y con ello se complica la difícil situación de aquellos que las sufren, marginándolos con el aislamiento y el abandono.

A lo anterior se une otra cuestión importante, que hace si cabe más necesaria la reflexión sobre el modo de morir actual como es el hecho de la creciente

aceptación pública de la eutanasia. La eutanasia se ha convertido en uno de los temas bioéticos más candentes de la actualidad ya que está legalizada desde hace unos años en varios países europeos y se intenta con insistencia hacerlo en el resto. En prensa y en televisión es casi un tema cotidiano sobre el que se aprecia la tendencia a crear una opinión pública favorable a su legalización, mediante manifestaciones de personajes de relevancia social y mostrando dolorosas situaciones de enfermos terminales, en las que se omiten e ignoran otras realidades importantes que atañen a estos enfermos, así como los muchos medios actuales con que cuenta la medicina paliativa para una asistencia más humana.

Todas estas circunstancias justificarían y harían oportuna esta empresa que pretende desentrañar, en su parte teórica, las causas y razones por las que la eutanasia no es un medio terapéutico para estos enfermos, ni una solución humana y mucho menos médica, y aportar orientaciones para una adecuada y digna atención a los enfermos terminales y sus familias, tanto desde el punto de vista de la medicina, de la sociedad civil, de la política y de la misma Iglesia.

A las anteriores razones, se añaden otras que justifican la investigación empírica de este estudio, siendo la principal el hecho de la indispensable tarea que la Universidad tiene que cumplir en relación a este difícil tema de la atención a los enfermos en fase terminal. Una función irremplazable que se puede resumir en varios cometidos intrínsecamente enraizados en su misión educadora y formadora.

Uno es el hecho de que es en la Universidad dónde se forman los futuros profesionales de la salud, las personas encargadas de atender profesionalmente a los enfermos que se enfrentan a la última etapa de su vida, y que, aunque no pueden ser curados, sí pueden y deben ser ayudados, aliviados, atendidos, acompañados y tratados con la máxima dignidad. Analizar la formación ética que los estudiantes alcanzan en estos temas al acabar sus estudios contribuirá sin duda a mejorar la misma y, secundariamente, la atención que ellos presten en su futuro profesional.

Otra razón que justifica este trabajo, y a la vez amplía el objeto y los sujetos de la investigación en la misma comunidad universitaria, es el hecho de que en ella no sólo se transmiten conocimientos técnicos y científicos de las diferentes profesiones. En el escalón de la "educación superior" que es la Universidad, se continúa, o se debe continuar, el proceso de formación humana integral. La Universidad tiene también el cometido de formar personas preparadas, virtuosas,

que sepan integrarse en la sociedad, y afrontar los diferentes retos que la vida les presenta con madurez y excelencia humana. Y, un reto seguro que toda persona tiene que afrontar en algún momento de su vida es el del morir y el de la muerte: el morir y la muerte propia, y el morir y la muerte de seres queridos. Entendemos que una verdadera educación para la vida debe incluir también la educación para el morir y la muerte, y esto en todos los alumnos, no sólo en los que estudian grados sanitarios.

Por último, a estos cometidos de la Universidad en general, debemos añadir otro propio de la Universidad Católica de Murcia (UCAM), fruto de su identidad católica, y es el referente a su vocación evangelizadora, que le ha llevado a incluir en todos sus estudios de grado oficiales materias obligatorias tales como la teología, la ética y las humanidades. Investigar las actitudes ante la muerte y la atención adecuada a las personas que afrontan el final de su vida en los miembros de esta comunidad universitaria concreta, nos empuja y nos facilita investigar otras variables, otros constituyentes humanos, intrínsecamente relacionados y presumiblemente influyentes con el objeto principal de estudio; variables tales como son los valores éticos, los valores religiosos, la fe, el sentido trascendente de la vida, la creencia o no en una vida después de la muerte, etc.. Investigando estas otras variables y analizándolas en relación con nuestro tema principal de estudio, podremos descubrir relaciones significativas que nos ayuden a interpretar mejor los resultados obtenidos, a la vez que favorecemos, secundariamente, la misión evangelizadora dentro de la universidad, al obtener un conocimiento más aproximado de estas cuestiones en los miembros que la componen.

Todas las anteriores razones, demuestran que esta investigación se justifica por su importancia, pertinencia y vigencia.





### **Capítulo III. MARCO TEÓRICO**

**ATENCIÓN INTEGRAL Y DIGNA A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN  
TERMINAL DE ENFERMEDAD.**

### 3.1 APROXIMACIÓN AL ENFERMO TERMINAL. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.

#### 3.1.1 Enfermedad Terminal: Persona, Familia y Sociedad.

Para una más clara exposición dividiremos el mismo en dos partes: ésta, que lleva el título de "Enfermedad terminal: persona, familia y sociedad", en la que después de definir qué se entiende por enfermedad terminal y por enfermo terminal, se intenta explicar cómo afecta el afrontamiento del final de la vida a la persona del enfermo, a su familia y al mismo personal sanitario que les debe atender. Se verá, por tanto, el impacto que produce, las reacciones psicológicas que desencadena y las necesidades que presentan estas personas y sus familias; y puesto que tanto el enfermo como su familia están inmersos en una sociedad de la que forman parte, y de la que dependen en multitud de aspectos, se hablará también de las actitudes que actualmente presenta nuestra sociedad frente a la muerte y los moribundos, ya que esto ayudará a tener una visión más completa de la realidad. Finalmente, dedicaremos una segunda parte a mostrar las respuestas, los recursos que la sociedad occidental actual ofrece a los enfermos que se aproximan al final de su vida y hablaremos de la Medicina Paliativa y de la Eutanasia, viendo qué es lo que se pretende con cada una de ellas y cuál es la situación actual de las mismas.

##### 3.1.1.1 ¿Qué se entiende por enfermedad terminal?

La enfermedad terminal, mejor enunciada como el síndrome terminal de enfermedad, se define como el "estadio clínico que provoca expectativas de muerte en breve plazo. Se presenta comúnmente como el proceso evolutivo final de las enfermedades crónicas progresivas cuando se han agotado los remedios disponibles".<sup>9</sup>

Los elementos fundamentales que definirán la enfermedad terminal son según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL):<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> BRUGAROLAS MASLLORENS, A., "La atención al paciente terminal", en POLAINO-LORENTE (dir.), *Manual de bioética general*, 2ª ed., Rialp, Madrid (1994) 378-379.

<sup>10</sup> Cfr. SANZ ORTIZ, J., GÓMEZ BATISTE, X., GÓMEZ SANCHO, M., NÚÑEZ OLARTE, J. M., *Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*

1. *Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable por los medios tecnológicos existentes.* Es decir, aquellas enfermedades en las que se han agotado los tratamientos convencionales.
2. *Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.* Una vez agotados todos los tratamientos disponibles, sin obtener resultados razonables, es cuando se hace el diagnóstico de enfermedad terminal.
3. *Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes que condicionan una inestabilidad en la evolución del paciente.* Conforme la enfermedad avanza aparecen nuevos problemas ocasionados por diferentes motivos. Estos problemas cambian con mucha frecuencia y más aún cuando se aproxima el final. Aunque el proceso terminal puede tener una duración variable, llega un momento en que se produce una complicación irreversible que lleva a la muerte. Entre las más comunes se encuentran las infecciones graves, la hipotensión severa, la embolia pulmonar, el fallo respiratorio, la hemorragia grave o el coma metabólico.
4. *Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.* La enfermedad y la muerte producen siempre un impacto emocional en toda persona que entra en contacto con ellas, como ya se ha mencionado. No sólo el paciente resulta afectado, en ocasiones es la familia la que está mucho más impactada, de ahí que en la enfermedad terminal, el objetivo terapéutico deba estar enfocado tanto en el enfermo como en su familia.
5. *Pronóstico de vida inferior a seis meses.* Esta cifra tiene tan sólo un valor estadístico. No se deben dar plazos al enfermo o familiares por la gran facilidad que hay de equivocarse, tanto por defecto como por exceso, a la hora de establecer un pronóstico de supervivencia. Dar un límite es siempre irreal, inseguro e inútil y las familias tienen que acostumbrarse a vivir con la

incertidumbre y la duda.<sup>11</sup> La dificultad para predecir la supervivencia en pacientes no oncológicos, pero con enfermedad igualmente avanzada progresiva e incurable, por ejemplo insuficiencias orgánicas y enfermedades neurodegenerativas, es aún mayor.<sup>12</sup>

Los dos primeros criterios tienen que estar siempre presentes para definir una enfermedad como terminal. Los tres restantes se podrían considerar criterios menores porque no siempre están presentes.<sup>13</sup> Por ejemplo, la demencia muy evolucionada no se caracteriza por ser una enfermedad generadora de múltiples síntomas cambiantes; en casos de padecer una demencia avanzada, o una disminución del nivel de conciencia, el enfermo puede no sufrir impacto emocional; o cuando los enfermos no tienen familia, o ésta se desentiende de ellos de forma deliberada, tampoco existe un impacto emocional para la familia. Y con relación al pronóstico de vida inferior a seis meses no es raro que éste se alargue, sobre todo en enfermedades no oncológicas.

“Para poder hablar con propiedad de estado terminal ha de tratarse de una enfermedad incurable hoy y ahora, con pronóstico infausto a corto plazo, en la que las medidas de soporte vital sólo pueden conseguir un breve aplazamiento del momento de la muerte. No es paciente terminal aquél que se encuentra en una situación grave con riesgo de muerte a causa de un proceso de naturaleza curable. Ni puede considerarse paciente en estado terminal al que, con una enfermedad incurable y de pronóstico fatal, tiene una esperanza de vida razonable superior a seis meses. A veces, identificar la situación terminal es relativamente fácil en los procesos incurables, pero puede ser

---

<sup>11</sup> GOMEZ SANCHO, M., "Enfermedad terminal y Medicina Paliativa" en *Cuidados Paliativos: Atención integral a los enfermos terminales*, Vol. I, Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS), Las Palmas de Gran Canaria (1998) 155-157.

<sup>12</sup> "Es la principal razón por la que estos pacientes se incluyen con más dificultad en los programas de Cuidados paliativos, aun cuando al final de su vida sus necesidades son similares a las de los pacientes oncológicos avanzados" (BABARRO, A. et al. "Criterios de selección de pacientes con enfermedades no oncológicas en programas y/o servicios de cuidados paliativos". *Medicina Paliativa*, Vol. 17, N° 35, (2010) 161-171.

<sup>13</sup> AZULAY TAPIERO, A., "Dilemas bioéticos en la situación de enfermedad, terminal y en el proceso de la muerte" en *Medicina Paliativa*, Vol. 7, N° 4 (2000) 146.

prácticamente imposible en enfermedades graves cuyo pronóstico no es necesariamente mortal.”<sup>14</sup>

Hoy se prefiere, en vez de hablar de “enfermedad terminal”, denominar dicho proceso como “situación clínica al final de la vida”, y se define como “situaciones clínicas al final de la vida, donde la enfermedad terminal se encuentra entre enfermedad incurable avanzada y la situación de agonía”:<sup>15</sup>

“Enfermedad incurable avanzada: Enfermedad de curso gradual y progresivo, sin respuesta a los tratamientos curativos disponibles, que evolucionará hacia la muerte a corto o medio plazo en un contexto de fragilidad y pérdida de autonomía progresivas. Se acompaña habitualmente de síntomas múltiples y provoca un gran impacto emocional en el enfermo, sus familiares y en el propio equipo asistencial.

Enfermedad terminal o situación terminal: Cuando una enfermedad incurable avanzada se prevé que ocurra la muerte a corto plazo (días, semanas).

Situación de agonía. La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad para la relación y la ingesta, con pronóstico de vida en horas o pocos días.”<sup>16</sup>

Las enfermedades más frecuentes que pueden acabar cumpliendo los criterios de terminalidad son las enfermedades crónicas evolutivas incurables: cáncer diseminado y enfermedades crónicas avanzadas de distintas etiologías (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, demencias muy evolucionadas, cirrosis hepática avanzada, enfermedad renal crónica, enfermedad cardiovascular crónica, insuficiencia cardíaca avanzada, síndrome de inmunodeficiencia adquirida -SIDA-

---

<sup>14</sup> MARIGORTA, J., "Eutanasia versus cuidados paliativos" en A.A.V.V., *Retos actuales de la Bioética*, Mainel, Valencia (2000) 109-118.

<sup>15</sup> NAVARRO, J. R., "Cuidados paliativos no oncológicos. Enfermedad terminal y factores pronósticos.", *Guías Médicas SECPAL*, en [http://www.secpal.com//biblioteca\\_guias-tematica-1](http://www.secpal.com//biblioteca_guias-tematica-1) Fecha Consulta: 15/02/2017.

<sup>16</sup> OMC y SECPAL, "Conceptos y definiciones. Atención Médica al final de la vida", en *Documentos Atención Médica al Final de la Vida*. Madrid, 2015 en [http://www.cgcom.es/doc\\_atencion\\_medica](http://www.cgcom.es/doc_atencion_medica). Fecha Consulta: 15/02/2017.

). La realidad, es que “existe un patrón de mortalidad muy definido: cada edad tiene sus causas principales ..., en la población más joven predominan las causas externas de mortalidad (accidentes, etc.), mientras que conforme consideramos a personas de mayor edad son enfermedades del sistema circulatorio, tumores y sistema respiratorio las que más mortalidad provocan.”<sup>17</sup>

El número de personas que en España se encuentran en esta ‘situación clínica al final de la vida’ es cada vez mayor debido a que con el aumento de la esperanza de vida hay un progresivo envejecimiento de la población, como se ha comentado y, por consiguiente, un incremento en el número de enfermos de cáncer y de enfermedades crónicas y degenerativas. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2015 fallecieron en España 110.799 personas de enfermedades neoplásicas malignas, y más de 105.000 de enfermedades crónicas y degenerativas.<sup>18</sup> Con motivo del Día Mundial de los Cuidados Paliativos que se celebró el día 8 de octubre de 2016 bajo el lema “ *Vivir y morir con dolor, algo que no debería suceder*”, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) hicieron público que en España hay unos 215.000 enfermos en situación terminal de enfermedad, de los cuales mueren diariamente 300 sin haber recibido Cuidados Paliativos, y dos tercios de ellos lo hacen con “dolor emocional” sin apoyo de psicólogos o de otros profesionales que le ayuden a mitigarlo.<sup>19</sup>

### 3.1.1.2 El enfermo terminal

El enfermo terminal se puede definir, por tanto, como aquel paciente (persona) que no ha respondido a ninguna de las medidas curativas que se conocen (situación de incurabilidad) y que le han sido aplicadas por la ciencia médica

---

<sup>17</sup> ABELLÁN CARCÍA, A.; AYALA GARCÍA, A. et al, “Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos”. *Informes Envejecimiento en red n° 15*, CSIC, Madrid, (2017) 48. [Fecha de publicación: 31/01/2017; última versión: 27/03/2017] <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf> Fecha Consulta: 16/05/2017.

<sup>18</sup> Según datos del Instituto Nacional de Estadística en Estadística del Movimiento Natural de la Población. *Defunciones según la causa de muerte 2015*. <http://www.ine.es>.

<sup>19</sup> Deia, Noticias de Bizkaia: <http://www.deia.com/2016/10/11/sociedad/estado/trescientos-enfermos-terminales-mueren-al-dia-sin-terapia-paliativa>, Fecha consulta: 10/01/2017.

(fracaso terapéutico de los recursos médicos), y por consiguiente, ha llegado a un estado de irreversibilidad y de muerte próxima e inevitable.<sup>20</sup> Para estas personas, los profesionales de las ciencias de la salud, no pueden ofrecer ninguna posibilidad de curación, pero sí de alivio en la enfermedad y acompañamiento hasta que su muerte llegue. La meta en la actuación profesional ya no será perseguir la curación, porque ni la lógica racional ni el saber científico apoyan dicho objetivo; en este momento se debe trabajar para procurar el mayor bienestar y la mejor calidad de vida posible al enfermo y su familia.

Dado que siempre es el hombre en su realidad total el que enferma y sufre, la enfermedad terminal, más que un problema médico, es un problema humano por afectar al hombre en todas sus esferas, y por lo tanto, tener una gran repercusión en todos los aspectos de su vida. Por eso, para poder comprender lo mejor posible la situación por la que atraviesa una persona enferma en la última fase de su vida, debemos pensar, no sólo en los síntomas físicos que puede padecer, sino en todos los problemas que afectan a todas las dimensiones de su ser personal: dimensión física, psíquica, espiritual, relacional, social y familiar. Sólo desde esta visión global podremos hacernos una leve idea de la situación de sufrimiento por la que atraviesan, aun cuando nos sea imposible conocerla con detalle, dada la diversidad de factores que intervienen y, lo que es más importante, el hecho de que cada persona es única e irrepetible y siempre es un misterio para los demás. Decía San Juan Pablo II que "El hombre en su sufrimiento, es un misterio intangible..."<sup>21</sup> A pesar de la dificultad, intentaremos describir cómo afecta la enfermedad terminal a todas las facetas de la vida del enfermo.

#### 3.1.1.2.1 Impacto de la enfermedad terminal sobre la persona del enfermo.

Como hemos dicho, aparte de las alteraciones físicas ocasionadas por la patología que padezca la persona tales como el dolor, la disnea, los vómitos, la falta de apetito, la dificultad para dormir, la debilidad, etc., acontecen otros muchos problemas y conflictos en la persona que padece una enfermedad incurable avanzada, y en quien está ya en situación terminal.

---

<sup>20</sup> GARCIA FERREZ, J., *Ética de la salud en los procesos terminales*, San Pablo, Madrid, (1998) 36.

<sup>21</sup> Cfr. JUAN PABLO II, *Carta Apostólica Salvifici Doloris*, N° 4, AAS 76 (1984) 203.

De entre los efectos inmediatos que más fáciles son de observar están aquellos que repercuten en las *alteraciones materiales* de su nuevo estado de vida; personas normalmente activas pasan a una gran limitación de su actividad, a guardar cama o a ser ingresados en hospitales, normalmente. Al reducirse considerablemente su campo de movilidad, las categorías del *espacio* y del *tiempo* adquieren otro significado. El universo existencial del enfermo se presenta notablemente reducido (su cama, su habitación, su cuarto de baño, en el mejor de los casos si están en su casa). Y en la mayor parte de las ocasiones, el tiempo se convierte en un presente eterno y dilatado, donde se desmoronan y pierden sentido sus proyectos y expectativas, pues el futuro se transforma en incierto y desesperanzador.

En esta situación es fácil que el enfermo dirija su atención al cuerpo, que se centre en sus dolores, en los malestares de su organismo, en su pérdida de autonomía, en los medicamentos y tratamientos por los que tiene que pasar. Algunos sufren cambios corporales que los perturban profundamente, llegando incluso a no reconocerse. La mayoría de las veces necesitan ser ayudados de alguien para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana como: comer, asearse, moverse, etc. Pasan a ser dependientes de otros.

El enfermo en fase terminal debe hacer frente a numerosas *pérdidas*. Pérdidas en el orden físico, emocional, social, financiero y espiritual. Algunas presentes y otras anticipadas, unas reales y otras simbólicas, algunas perceptibles por los demás y otras internas.<sup>22</sup> Las más importantes son la pérdida de independencia, al necesitar ser ayudado para las actividades básicas de la vida diaria; la pérdida de control corporal; la pérdida de su intimidad y del ambiente familiar cuando son ingresados en hospitales; la pérdida de su rol en la familia y la sociedad; pérdida de productividad y de control directo sobre su economía personal; pérdida de su imagen y apariencia ocasionada por los efectos de la enfermedad o de los tratamientos; pérdidas de sueños y esperanzas futuras; pérdidas del sentido de su existencia, etc. Todas estas pérdidas de no controlarse o adaptarse a ellas le conducirán a una depresión.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> MANRIQUE DE LARA Y DEL RIO, B., "El psicólogo y las necesidades psicológicas", en GOMEZ SANCHO, M., (dir.), *Cuidados Paliativos: Atención integral a los enfermos terminales*, Vol. II, Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS), Las Palmas de Gran Canaria (1998) 826.

<sup>23</sup> Cfr. AZULAY TAPIERO, A., *o. c.*, 149.



La enfermedad terminal supone siempre un *estado de crisis* en la persona, un cambio brusco y decisivo, y una ruptura. El enfermo queda apartado del mundo de los vivientes sanos, de los que no están inmediatamente amenazados y pasa a pertenecer al mundo de los enfermos, donde se siente intimidado por la muerte y bombardeado de una constante sensación de pérdidas.<sup>24</sup>

Junto a esta vivencia de pérdidas, estas limitaciones y síntomas actuales, se presentan *temores* sobre la calidad de lo que le falta de vida. El enfermo terminal se encuentra preso de una cantidad de miedos, entre ellos: miedo al dolor y al sufrimiento, miedo a la muerte, al más allá, al hecho de ingresar en un hospital, a lo desconocido, a perder el control sobre sí mismo y ser una carga para la familia o para la sociedad, miedo a ser rechazados y abandonados, a sentirse solos.<sup>25</sup>

Al lado de estos conflictos consigo mismo, existe el *conflicto con el medio ambiente*: el enfermo nunca llega a salir del todo, en rigor, del estado de asombro que le produjo la enfermedad al declararse; el lecho del dolor no es nunca para él un hecho definitivo, sino una situación de apuro que, aunque se prolongue por años, sigue conservando la característica de lo obligado y temporal. Al cabo de unas semanas, en los semblantes de las personas sanas que lo visitan, ya no se lee la sorpresa de los primeros días, cuando esta sorpresa es, precisamente, lo que constituye el contenido de la vida del enfermo. Para la persona sana, el lecho del dolor se convierte, muy pronto, en un hecho; para el enfermo, en cambio, jamás. Esta diferencia hace si cabe más dolorosa la situación del enfermo, ya que le hace sentirse como excluido del mundo de los sanos.<sup>26</sup>

Con todo ello, el sufrimiento al que debe hacer frente, introduce una ruptura en el interior del ser humano, una división, un desequilibrio en la persona. El ser humano es un ser de comunión, de relación íntima persona-persona, de relación con el mundo exterior, de relación con Dios, pero el sufrimiento le somete a un cambio, a una crisis que se puede reflejar en todas estas dimensiones:<sup>27</sup>

---

<sup>24</sup> MANRIQUE DE LARA Y DEL RIO, B., *o. c.*, 826.

<sup>25</sup> Cfr. GOMEZ SANCHO, M., "Cómo dar las malas noticias I. Análisis del problema", *o. c.*, Vol. II, 703.

<sup>26</sup> Cfr. VAN DER BERG, J. H., *Psicología del enfermo postrado en cama*, Ediciones Carlos Lohle, Buenos Aires, (1961) 22-24. Citado por GOMEZ SANCHO, M., *o. c.*, 701-702

<sup>27</sup> GARCIA FEREZ, J., *o. c.*, 66-67.

- *Crisis de comunicación consigo mismo*: el enfermo terminal tiene la impresión de que ya no puede hacer nada por mejorar, que todo es imposible, y empieza por no sentirse bien dentro de su organismo. Por otro lado, también intenta salir de su propia soledad interior.
- *Crisis de comunicación con los demás*: para el enfermo terminal, el otro sólo adopta dos actitudes: o se muestra indiferente o insensible ante su sufrimiento, o se muestra compasivo y lastimoso.
- *Crisis de comunicación con la familia*: a quienes molesta, exige, preocupa, tensiona; o bien, de la que tiene que vivir ausente.
- *Crisis de comunicación con el mundo*: el mundo se convierte para él en puro espectáculo, el enfermo se hace indiferente a la construcción del mundo, pues siente que no tiene nada que aportar a éste. En ocasiones se puede sentir un inútil, una carga para la sociedad.
- Crisis de comunicación con la comunidad: no puede estar presente en asambleas, celebraciones, movimientos apostólicos, etc.
- Crisis de comunicación con Dios: puede sentir a Dios lejano cuando acude a Él para pedirle y rogarle en los momentos de mayor desesperación.

Todas estas reacciones y vivencias inducen al enfermo a experimentar una serie de emociones-pensamientos-acciones que podría considerarse comunes en muchas personas. Es "normal" que el enfermo terminal tenga sentimientos de impotencia, de desesperanza, de inutilidad, de tristeza, de angustia, de indefensión y que sufra de ansiedad y de depresión.

En esta situación existencial crítica donde experimenta tanta dependencia, tanta fragilidad y vulnerabilidad, donde el enfermo piensa que "ya no queda nada salvable", sin función ni misión aparente en el mundo, "si además ocurre en un entorno familiar y social desfavorable, muchos enfermos sienten que *han perdido su dignidad personal* y se contemplan a sí mismos más como un objeto de cuidado que como un ser humano". Se ven como una carga para los demás ya que éstos tienen que hacérselo todo por ellos, "llegando en algunos casos a que el enfermo

solicite expresamente el suicidio asistido o la eutanasia”.<sup>28</sup> Estudios realizados en enfermos terminales demuestran como “el sentimiento de pérdida de dignidad” va asociada a “mayor angustia psicológica, a un aumento de las necesidades de dependencia y a pérdida de la voluntad de vivir”.<sup>29</sup> Lo indicado se analizó dentro de las tres razones más comunes por las que se solicitaba el suicidio asistido en el Estado de Washington, junto con la “pérdida de autonomía” y la “incapacidad para realizar actividades agradables”.<sup>30</sup>

Con el fin de explicar todas estas emociones psicológicas, diferentes autores han descrito una serie de etapas psicológicas por las que suelen pasar los enfermos incurables en su caminar hacia la muerte.

#### 3.1.1.2.2 Fases psicológicas por las que pasa el enfermo en situación terminal

Ante la amenaza física y psicológica, los pacientes desarrollan una serie de reacciones o mecanismos psicológicos que le permiten protegerse de las mismas. La primera en describir estas etapas fue la Dra. Kübler-Ross basándose en sus experiencias con enfermos moribundos en el cuidado directo de estos. En su primera obra “*On Death and Dying*”<sup>31</sup> (1969), relata la dinámica psicológica-social del enfermo incurable y de sus familiares desde que conocen que está gravemente enfermo y que va a morir en un plazo más o menos breve. Las fases, por las que pasa el enfermo son muy conocidas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Posteriormente se han dado otros modelos que tratan de encuadrar las fases del morir que se han indicado. Entre ellos destaca el modelo de Sporken,<sup>32</sup> que completa y amplía las fases propuestas por Kübler-Ross. Él describe unas fases previas a las que indica la doctora, unas etapas desde que se encuentra mal y se le hace el estudio diagnóstico, hasta que se le comunica la verdad de su gravedad:

---

<sup>28</sup> GARCIA SÁNCHEZ, E., “El rescate de lo humano en el enfermo que se muere”, *Cuadernos de Bioética*, Vol. 23, N°1, (2012) 140.

<sup>29</sup> Cfr. CHOCHINOV, H. M., et al., “Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study”. *The Lancet*, Vol. 360, N° 9350, (2002) 2026-2030.

<sup>30</sup> Cfr. LOGGERS, E.T., STARKS, H. et al., “Implementing a Death with Dignity Program at a Comprehensive Cancer Center”, *N Engl J Med.*, (2013) 1417-1424 en DOI: 10.1056/NEJMsa1213398. Fecha de consulta:15/10/2016.

<sup>31</sup> KÜBLER-ROSS, E., *Sobre la muerte y los moribundos*, Grijalbo, Barcelona, (1993).

<sup>32</sup> SPORKEN, P., *Ayudando a morir*, Sal Terrae, Madrid, (1978).

ignorancia, inseguridad y negación implícita (cuando el enfermo empieza a sospechar 'la verdad').

*A. Reacciones del enfermo desde que se hace el diagnóstico hasta que se le comunica (Sporken)*

Estas fases descritas por Sporken son importantes ya que en nuestro medio en pocas ocasiones el enfermo es informado del pronóstico infausto de su enfermedad y de que se encuentra en la última fase de su vida:

*1.- Reacción de despreocupación e ignorancia:* en esta primera fase el paciente todavía no conoce la gravedad de su enfermedad ni el diagnóstico mortal de la misma, pero las dificultades en torno a él ya han comenzado. La familia del paciente sí puede conocer el diagnóstico, con lo que en este caso frecuentemente se establece una 'conspiración de silencio' y un complot para evitar hablarle al paciente de su estado y situación. El enfermo va a detectar un cambio de actitud en sus seres queridos a los que conoce muy bien.

*2.- Reacción de inseguridad y temor:* en esta fase se hacen preponderantes las dudas acerca del curso de su enfermedad. El enfermo se preocupa seriamente por el diagnóstico de la misma, quiere salir de su incertidumbre, se cuestiona una y otra vez qué le pasa en realidad, hace preguntas tanto a los médicos, enfermeras y otras personas que lo atienden, así como a los familiares. La actitud del enfermo oscila entre un optimismo infantil (esperanza de que no le pase nada grave) y un pesimismo cargado de miedos y temores (posibilidad de que esté afectado por un mal incurable).

*3.- Reacción de negación implícita:* aquí el paciente percibe e intuye que su enfermedad es mortal, pero inconscientemente lo niega, porque evita enfrentarse a la realidad de una muerte inminente. Trata de huir de la realidad (proyecta deseos para el futuro), como mecanismo de autodefensa.

*4.- Comunicación de la verdad:* cuando es informado de la gravedad de su enfermedad y del pronóstico infausto de la misma, el enfermo puede sentir conmoción, estupor o pánico. El diagnóstico médico (avanzado o terminal de enfermedad) de la persona, no tiene que comunicarse siempre obligatoriamente pero tampoco tiene que ocultarse. Comunicar la verdad al enfermo es más un compromiso de ayuda al moribundo que una mera información del mal que padece. Es importante que ésta se realice en el ámbito de una comunicación fraterna

interpersonal, en la que el enfermo se sienta escuchado, comprendido y acompañado, que no se encuentra solo, sino que se vive y se comparte con él toda esta situación de sufrimiento.

*B.- Reacciones del enfermo a partir de conocer el diagnóstico de enfermedad avanzada-terminal. (Fases descritas por la Dra. Kübler-Ross)*

*1.- Reacción de negación:* es la reacción más frecuente en aquellos enfermos que escuchan un diagnóstico desfavorable. Al enterarse de la gravedad de su enfermedad y para amortiguar o defenderse de lo ineludible, el enfermo suele decir: "no puede ser", "es imposible", "seguro que se habrán equivocado de análisis", "este médico no entiende, quizá otro me diría otra cosa", "no es verdad". Para el enfermo resulta extraordinariamente difícil admitir su propio fin. A nivel consciente o intelectual, el individuo puede aceptar su muerte, pero, sobre un plano emocional, generalmente inconsciente, la niega. Con el fin de protegerse del veredicto de muerte, se dispara en su ayuda el mecanismo de la "negación", que permite debilitar esta trágica hipótesis y dar mayor crédito a las otras soluciones posibles. Esta reacción tan angustiosa es más típica de aquellos pacientes a los que se les dice la verdad sin preparación alguna o de forma brusca o inesperada.

*2.- Reacción de rebeldía o de ira:* cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, surgen los sentimientos de ira, rabia y resentimiento, por la impotencia que produce el conocimiento de la propia muerte. El enfermo se pregunta una y otra vez: "¿por qué a mí?", "¿por qué ahora?", "¿qué mal he hecho?", "Dios no puede permitir que me pase esto a mí", entre otras cuestiones. La persona enferma entra en un estado de irritabilidad que dificulta su relación con los profesionales sanitarios y sus propios familiares.

La ira, como se indica, puede ir dirigida hacia el personal sanitario, los familiares, amigos, él mismo, Dios; incluso pueden aparecer en el enfermo ideas negativas como: el hospital no es bueno, las enfermeras no le atienden bien, la familia no le visita, etc. Todos se convierten en blanco de sus iras. Cuando la familia o los cuidadores se toman esta ira como algo personal, y reaccionan, en consecuencia, con más ira, lo único que hacen es fomentar la conducta hostil del enfermo. Ninguno debe tomarse este proceso de ira como algo personal. Es importante no personalizar la discordia recibida y comprender que nace del dolor que está sufriendo el paciente y que su origen no está en ellos (equipo/familia). Lo

que más necesita el enfermo es ser respetado, comprendido, ayudándole inclusive a la exteriorización de sus sentimientos, verbalmente, por escrito, etc.

3.- *Reacción de regateo, negociación o pacto*: es la fase menos conocida ya que casi nunca los enfermos suelen verbalizar estos pactos. Con el intento de posponer la muerte, el enfermo hace pactos con Dios o con los hombres, ofrece algo a cambio de recobrar su salud, de alargar su vida. Es la etapa del "si me curo prometo...". En esta fase se da una vinculación estrecha entre sentimiento de culpa y enfermedad. La enfermedad se vive como un castigo de una divinidad enfadada a la que hay que aplacar, por lo que es importante ayudar al enfermo a liberarse de estos temores irracionales. Ayudarle a entender el proceso salud-enfermedad como una realidad de todo ser vivo, por lo tanto, del hombre también.

4.- *Reacción de depresión*: cuando los síntomas de la enfermedad aumentan, en número o intensidad, y ya no se pueden ignorar; cuando ya el enfermo no puede rechazar la cruda realidad que le toca vivir, se siente desbordado por una gran sensación de pérdida. El paciente entra en una fase de depresión y se refugia en sí mismo, es decir, se repliega y se convierte en un sistema cerrado.<sup>33</sup> En esta fase se hace preguntas como "¿por qué yo?", "¿qué es la vida?", "¿hay otra vida?". Muestra una falta de interés por todo lo que le rodea y se instaura un estado de semiincomunicabilidad, de apatía, de tristeza, de fatalismo ante la situación. No es de extrañar que en esta etapa algunos traten de suicidarse o pidan una inyección que les haga morir en paz, "sin enterarse".

Kübler-Ross distingue entre dos tipos de depresión que afecta a estos enfermos: por un lado, esta *depresión reactiva* debida a la pérdida de independencia, de salud, de llevar una vida 'normal'. En esta fase la persona enferma necesita encontrar aquí, en su vida, un sentido, una finalidad a su sufrimiento, a su muerte, y la seguridad de que no será rechazada y/o abandonada, de que no estará sola, tanto en el momento presente como en el final de su existencia. Por otro lado, y distinta, la *depresión preparatoria*, que aparece cuando el enfermo empieza a apartarse de la interacción social al darse cuenta de que se aproxima la muerte.

---

<sup>33</sup> HERNÁNDEZ GARRE, J.M., DE MAYA SÁNCHEZ, B. et al, *Fundamentos Teóricos de Enfermería. Teorías y Modelos*, Diego Marín, Murcia, (2012) 63-72.

5.- *Reacción de aceptación*: si el enfermo logra superar la fase anterior entrará en una etapa de tranquilidad, de paz, de serenidad, en la que se encaminará personalmente hacia la muerte, que no le deprimirá ni le causará enojo. Esta fase consiste en una separación gradual de los seres queridos, de los lazos afectivos, de los roles, y de la vida en general, en experimentar que la muerte es la conclusión natural de la vida, en una reconciliación existencial. En la aceptación no se puede esperar que el enfermo muestre alegría, mayor comunicación, etc., ésta etapa está casi desprovista de sentimientos. No se trata de una aceptación pasiva, de una especie de dimisión, que se podría resumir "*ya no hay nada que hacer, hay que rendirse*". La aceptación es una etapa de progresión hacia otro tipo de existencia. Ante los ojos del moribundo se abren los paisajes desconocidos de un mundo nuevo. No significa en absoluto la rendición de su voluntad de vivir, sino que es franquear el umbral de una percepción nueva y, hasta entonces, radicalmente desconocida".<sup>34</sup> Esta etapa también es conocida con el nombre de *Depresión Preparatoria* (como se ha indicado antes) o *Decatexis*.<sup>35</sup>

En relación a este modelo, decir que la misma Kübler-Ross indicó que no todos los enfermos pasan por todas las fases, ni en este orden, incluso que pueden tener retrocesos, de hecho, se evidencia asistencialmente que, por diferentes circunstancias, sólo un número reducido de personas realizan la totalidad del recorrido y acaban sus días en la fase de aceptación de su realidad; muchos otros no lo consiguen y mueren angustiados. Kübler-Ross sí está convencida de que la serenidad del fin aparecerá de forma más fácil, cuantas más posibilidades tenga el moribundo de expresar su estupor, su ira, su pena por dejar la vida, es decir, el lenguaje no verbal está muy presente en esta etapa, y el profesional lo debe saber. La doctora no indica la duración de cada una de las etapas, tan sólo que el proceso total requiere de algún tiempo, de varias semanas e incluso meses.

Decir, que existen diversos detractores del modelo expuesto, por diferentes razones como: que no ocurre siempre y en todos los enfermos, que no contempla todas las esferas de la persona, que no tiene evidencia científica que lo sustente, etc. Es importante tener en cuenta que el análisis de Elizabeth Kübler Ross es sólo un

---

<sup>34</sup> GOMEZ SANCHO, M., "Cómo dar las malas noticias VI: El proceso de adaptación del enfermo y los familiares", *o. c.*, Vol. II, 780.

<sup>35</sup> CENTENO CORTÉS, C., GÓMEZ SANCHO, M., et al, *Manual de Medicina Paliativa*, EUNSA, Navarra, (2015).

modelo que sirve para aproximarnos a la psicología del enfermo en fase terminal y que en la práctica no se puede aplicar a todos ellos de forma literal, ya que cada persona es única y diferente. Tiene el interés de haber sido el primer modelo en explicar y ofrecer puntos de referencia a las personas que deben de tratar adecuadamente a los enfermos terminales y sus familias, pues les da información sobre el posible comportamiento de las personas cuidadas al final de su vida.

*C.- Otros modelos de adaptación, al proceso de la muerte, del enfermo en situación terminal.*

Aunque no tan conocidos, existen otros modelos que intentan comprender el proceso de adaptación a la muerte que hacen referencia explícita a la dimensión espiritual y trascendental del paciente. Vemos conveniente hacer referencia a ellos pues complementan el ya expuesto de la Dra. Kübbler Ross que, a nuestro juicio, se queda insuficiente al obviar una dimensión tan importante de la persona humana, como es la espiritual, y mantenerse exclusivamente en el plano de emociones y reacciones psicológicas-sociales. Para la exposición de los mismos seguiremos prácticamente a Clara Gomis Bofll y Antonio Pascual en su capítulo *“Modelos de adaptación a la muerte y transformación”* en la monografía editada por la SECPAL *“Espiritualidad en Clínica. Una Propuesta de Evaluación y Acompañamiento Espiritual en Cuidados Paliativos”*.<sup>36</sup>

Estos autores explican la experiencia del morir como *“una crisis que fuerza cambios substanciales y profundos en múltiples dimensiones de nuestra existencia”*. El sufrimiento y la muerte son *“experiencias límite”*, retos, donde *“se ponen a prueba nuestras convicciones más profundas”* y, a su vez, son también *“posibilidades existenciales”*, *“oportunidades de transformación”*, pues *“según cómo se afronten y el significado que les demos, nos pueden sumir en la desesperación o llevarnos por el camino del sentido, de la autorrealización personal.”*

Morir para el ser humano no es nada fácil, aunque estamos proyectados para ello desde el mismo momento de nuestro nacimiento. Pero la muerte del ser

---

<sup>36</sup> GOMIS BOFLL, C, PASCUAL, A., *“Modelos de adaptación a la muerte y transformación”* en SECPAL *Espiritualidad en Clínica. Una Propuesta de Evaluación y Acompañamiento Espiritual en Cuidados Paliativos*, Monografía N°6, (2014) 89-98 en [http://www.secpal.com/biblioteca\\_monografias](http://www.secpal.com/biblioteca_monografias), Fecha consulta: 10/01/2017.



humano no es simplemente una muerte biológica, un deterioro físico; sino que todas las dimensiones de la persona se ven afectadas: su dimensión psicológica, social, cultural y espiritual. Es decir, sus valores y creencias, sus esperanzas e ilusiones, el sentido de su vida, todo su ser interviene en este proceso. “La certeza de su muerte cercana despierta en la mayoría de las personas un cúmulo de estados anímicos, a veces alternantes y siempre intensos, movidos por el deseo de aferrarse a la vida. Pocas son las personas que viven esta certeza sin rechazo, con aceptación y serenidad. Es necesario un proceso de adaptación que ayude a transitar, desde el natural rechazo a la muerte, a su aceptación.”

Este proceso siempre será personal, singular, único, pues en él influyen los recursos personales del enfermo y su capacidad para movilizarlos, su entorno familiar y social, su estilo de afrontamiento personal, su psicología, sus valores/creencias, su fe, su capacidad de trascender, su biografía, en pocas palabras: todo Cicely Saunders, pionera de los Cuidados Paliativos y del movimiento Hospice en Inglaterra,<sup>37</sup> modelo exportado a diferentes partes del mundo, decía: “Mientras algunas personas hacen este proceso de forma gradual y pacífica, otras se desesperan, se agitan, se resisten...”<sup>38</sup> Ella misma cuenta el caso de una paciente, Lily, que ella trató en el St. Christopher’s hospice (fundado en 1967 por ella misma):

“Ciertamente, no todos se enfrentan a la muerte del mismo modo. Es un camino individual para cada persona, un camino entre estas dos afirmaciones de Lily: « ¿Sabe, doctor, realmente nunca pensé que me fuera a morir?, supongo que ninguno de nosotros lo hacemos», pero «llega un momento en que estás realmente preparada para aceptarlo».<sup>39</sup>

Pero el morir, además de un proceso difícil de adaptación a múltiples cambios personales, acompañado a veces de intenso sufrimiento, lleva consigo también “la oportunidad de una transformación profunda de toda la persona, y muy especialmente de su espiritualidad”. Cicely Saunders subrayaba que:

---

<sup>37</sup> SECPAL, “Historia de los Cuidados Paliativos. Cicely Saunders y el St. Christopher’s Hospice”, disponible en: <http://www.secpal.com/secpalhistoria-de-los-cuidados-paliativos3-cicely-saunders-y-el-st-christophers-hospice> Fecha consulta: 26-05-2017.

<sup>38</sup> SAUNDERS, C., *Velad conmigo*, Madrid, SECPAL, (2011) 43.

<sup>39</sup> *Ibidem*, 43.

“Veremos pacientes que caminan por la senda que transita desde el honesto pero anhelante ruego de ‘no quiero morir, no quiero morir’ a la aceptación sosegada del ‘solo quiero que vaya bien’. No solo veremos aceptación, sino también un gozo verdadero, el auténtico júbilo de alguien que ha pasado a través de la duda, el miedo, el no querer y ha conseguido salir al otro lado. [...] Sin duda, vamos a ver cosas duras, pero también vamos a ser testigos de cómo nuestros pacientes reciben recompensas, compensaciones e inspiración; y además veremos una cantidad extraordinaria de verdadera felicidad e incluso alegría de espíritu”.<sup>40</sup>

Clara Gomis Bofll y Antonio Pascual,<sup>41</sup> revisan diferentes modelos que intentan comprender el itinerario de un paciente en la fase terminal de su vida, y hacen una síntesis de tres que les parecen los más significativos: el *Ars moriendi*<sup>42</sup> o arte del bien morir (texto anónimo del siglo XVI perteneciente a la tradición cristiana medieval que tenía como objetivo enseñar a prepararse para bien morir a aquellas personas que entendían que su final estaba próximo –algo habitual en la época a no ser que muriera la persona por un accidente fortuito-); un modelo basado en *Experiencia de la cercanía de la muerte* (de la psicóloga americana Kathleen Dowling Singh<sup>43</sup> (que lo sustenta en la observación y experiencia acompañando a pacientes terminales durante seis años en un hospital de Florida, en su formación como psicóloga transpersonal, su conocimiento de la tradición sufí y su práctica budista), y el de *La muerte como transición* (modelo basado en la experiencia clínica en Cuidados Paliativos de Monika Renz & cols.,<sup>44</sup> que desde una perspectiva más centrada en la atención clínica, conceden mucha importancia al lenguaje simbólico, a la comunicación no verbal y no sólo a las demandas que los pacientes expresan verbalmente). La revisión de todos estos modelos, nos permite

---

<sup>40</sup> *Ibidem*, 24.

<sup>41</sup> Cfr. GOMIS BOFLL, C., PASCUAL, A., *o. c.* 91- 94.

<sup>42</sup> ANONIMO, *Artes del Bien Morir: Ars Moriendi* de la Edad Media y del Siglo de Oro. Ed Lengua de trapo. Madrid. (2003); ARIÈS, P., *El hombre ante la muerte*, Taurus, Madrid, (2011) 97.

<sup>43</sup> SINGH, K.D., *The Grace in Dying: How we are transformed Spiritually as we Die*, HarperCollins: San Francisco, (1998).

<sup>44</sup> RENZ, M., et al, “Dying is a Transition”, *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, Vol. 30, N° 3, (2012) 283-290.

reconocer cómo, con distintas denominaciones, estos diferentes modelos coinciden en que el proceso de morir es un itinerario que puede ser entendido en tres etapas:

1ª etapa. Denominada “*Separación-Caos-Prettransformación*” (según cada modelo respectivamente) que incluiría todas las etapas descritas por Klübbber Ross. Es una etapa de crisis caracterizada por la negación, negociación, ira, depresión, en definitiva, sufrimiento y resistencia a la aceptación de la realidad que se va imponiendo. En la segunda fase de esta etapa se van trabajando los diferentes aspectos, los asuntos pendientes, se van aflojando resistencias y tomando conciencia de la realidad, para entrar en la siguiente etapa.

2ª etapa. Llamada “*Umbral - Rendición-Entrega -Transición*”, que comienza con la aceptación, seguida del abandono, la entrega. Cuando ésta se alcanza suele venir la última etapa.

3ª etapa. Denominada “*Re-incorporación - Transcendencia - Postransición*”, que se caracteriza por ser un período de paz, serenidad e incluso de alegría de espíritu, idea extraída de las diferentes exposiciones que citaba Saunders.

“El análisis de los diferentes modelos perfila un itinerario común que sigue un proceso de evolución y cambio caracterizado por el crecimiento personal a través de fases de sufrimiento y angustia hasta llegar a un momento de Rendición, Aceptación, Abandono, Entrega, tras la cual aparece la fase final de Comprensión y Construcción de una nueva identidad y Trascendencia caracterizada por la paz”.<sup>45</sup>

“Acorde con la idea medieval cristiana del morir como un peregrinaje hacia la verdad, tanto Singh como Renz describen el morir como un proceso natural de deconstrucción y reconstrucción de nuestra identidad, un proceso de transformación del ego a través del cual el sufrimiento se vuelve sanador, integrador y regenerativo, y en el que progresivamente regresamos a casa, a nuestro auténtico Ser o, en términos del *Ars moriendi*, nos reincorporamos a la

---

<sup>45</sup> BENITO, E.; (Grupo de Espiritualidad de la SECPAL), *Libro de Ponencias de la IX Jornada SECPAL*, (2011) 58. Disponible en: <http://www.secpal.com> Fecha consulta: 10/01/2017.

Fuente. *Morir es, pues, como expresa Singh,<sup>46</sup> la más grande oportunidad de transformación espiritual*.<sup>47</sup>

Referimos a colación de esta expresión, cómo en la fe cristiana y en concreto en la tradición de la Iglesia Católica, la preparación para la muerte ha sido siempre algo importantísimo, una preocupación espiritual de todos los santos, pues además de enseñar al hombre a saber vivir bien la vida terrena actual, es condición necesaria para alcanzar la salvación eterna con la gracia de Dios. Recordamos la iconografía de algunos santos que aparecen siempre con una calavera para no olvidarse nunca de la muerte, de que “polvo eres y en polvo te has de convertir”. San Alfonso M<sup>a</sup> de Ligorio (1697-1787), Doctor de la Iglesia, escribió un tratado titulado “Preparación para la muerte”, que recoge meditaciones y oraciones dirigido a aquellos que desean perfeccionarse y adelantar en el sentido de la vida espiritual.<sup>48</sup>

Lamentablemente, “en la experiencia clínica actual del proceso de morir, se evidencia el acceso al estado de trascendencia antes de la muerte en un número reducido de personas. A menudo la fase de Separación-Caos-Pre-Transición es larga y extenuante. Y la etapa de Umbral-Rendición-Transición, conlleva una ansiedad tan intensa previa al ‘soltar y entregarse confiadamente’, difícil de sobrellevar. Y, sin embargo, no sólo lo afirman las distintas tradiciones de sabiduría; también aquellas personas que mueren en paz nos hablan del inmenso poder sanador del proceso de morir. Su testimonio y su legado -de una muerte aceptada y serenamente vivida tiene también un enorme potencial sanador en los dolientes y en los profesionales sanitarios que les han atendido”.<sup>49</sup>

---

<sup>46</sup> SINGH. K. D., entrevistada por GILLES BÉDARD. “La Gracia Divina en la Muerte. Cómo nos transformamos espiritualmente cuando vamos a morir”. Disponible en: [http://www.secpal.com/grupo-espiritualidad\\_documentos-1](http://www.secpal.com/grupo-espiritualidad_documentos-1) Fecha consulta: 10/01/2017

<sup>47</sup> GOMIS BOFLL, C., PASCUAL, A., o. c., 95.

<sup>48</sup> DE LIGORIO, San A. M., *Preparación para la muerte*, se puede encontrar en <https://www.ebookscatolicos.com/descargas/descargar-pdf-preparacion-para-la-muerte-san-alfonso-maria-de-ligorio/> Fecha consulta: 10/06/2017.

<sup>49</sup> GOMIS BOFLL, C., PASCUAL, A., o. c., 96.

*3.1.1.2.3 Necesidades del enfermo en fase terminal.*

Como decíamos, la enfermedad terminal afecta a la persona en su totalidad y esto genera distintas y numerosas necesidades que deben ser atendidas para que estos enfermos sean ayudados eficazmente. Estas necesidades son múltiples y diversas:

- *Necesidades físicas:* de alimentación, de higiene, de sueño, de confort, es decir, necesidades básicas de primer orden, que efectivamente, cuando uno es independiente, en muchas ocasiones, no es capaz de valorar la importancia de dichas necesidades y de los recursos y capacidades que puede movilizar para ser una persona con disposición para el autocuidado. En los procesos avanzados y terminales de enfermedad, a parte de la incapacidad para cubrir las necesidades expuestas anteriormente, aparecen otros síntomas y signos, muchas veces de forma repentina, otras de forma silente; estas alteraciones pueden aparecer en forma de síndrome (agrupadas), aumentar su grado de intensidad en poco tiempo, y entre muchas disfunciones que pueden aparecer son: vómitos, disnea, pérdida de peso, tos, dolor (éste es uno de los más temidos), entre otros. Por ello, el control y alivio de estos síntomas es de gran importancia, de hecho, los profesionales deben trabajar para, en base a la situación de la persona enferma en fase terminal, poder adelantarse, prever la aparición de estos u otros signos o síntomas. Todo ello le dará a la persona atendida y a su familia de mayor control y seguridad ante este proceso.
- *Necesidades psicológicas:* *necesita amar y ser amado, requiere sentirse protegido y seguro, necesita una atención afectiva, precisa confiar en el equipo de profesionales que lo trata, tener la seguridad de una compañía que lo apoye y no lo abandone, necesita ser considerado y respetado.*<sup>50</sup> Este tipo de cuidado no es exclusivo de una persona en fase avanza y terminal de enfermedad, sin embargo, es verdad, que debido a la situación de fragilidad del enfermo, estas necesidades son más perentorias en él. El enfermo terminal precisa sobre todo ser atendido como una persona que sufre y no sólo como un conjunto de signos y síntomas; por ello es tan importante atender el mensaje verbal y no verbal del enfermo, éste necesita ser escuchado, comprendido, acompañado y querido en el amplio sentido

---

<sup>50</sup> CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. (COMITÉ EPISCOPAL PARA LA DEFENSA DE LA VIDA), *La eutanasia, 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos*, Ediciones Paulinas, Madrid, (1993), N° 34.

de la palabra. Necesita a alguien a su lado para poder expresarle sus sentimientos y de quien pueda estar seguro que le comprende. Sólo una atención *cercana, amorosa, empática y compasiva* responderá a las necesidades profundas del enfermo que se aproxima a la muerte y le ayudará a sentirse aliviado de su soledad, de su miedo, de su angustia, de su depresión.

- *Necesidades sociales:* de no sentirse solo, de seguir manteniendo relación con su familia y seres queridos. El enfermo terminal necesita experimentar que sigue perteneciendo a la vida de 'los otros', que es valorado, querido y respetado. Si siente que ya no es útil o que está de más, se percibirá ya como muerto en vida, y se abandonará, esto está basado en un pilar fundamental, el ser humano es individual pero también social, la persona se hace 'más' persona en el contacto de sus congéneres. El enfermo terminal necesita también ser ayudado y asesorado para solucionar los problemas burocráticos, económicos o jurídicos que tenga pendientes.

- *Necesidades espirituales:*<sup>51</sup> el enfermo en situación terminal, como todo ser humano, precisa ser amado y amar. Necesita que se le devuelva la confianza en su propia dignidad y hacerle sentir que su vida merece un respeto máximo, que no lo van a discriminar y ni mucho menos a eliminar, por el hecho de 'ser improductivo' en esta sociedad. Él vale por ser quien es, no por lo que hace o tiene.<sup>52</sup> Tiene necesidad de volver a leer su vida, de encontrar un significado, un sentido a su sufrimiento y a su muerte próxima. Requiere expresar sus sentimientos y vivencias religiosos. Necesita, perdonarse y ser perdonado, mantener la esperanza en relación con el alivio de su dolor ('dolor total' en palabras de Saunders) y una esperanza trascendente, recobrando el sentido de que la muerte no será su aniquilación total.<sup>53</sup> Es indispensable que el enfermo terminal encuentre factores de aliento para vivir serenamente los días de vida que le quedan; la fe en Dios y en su misericordia son factores de paz para quien se aproxima a atravesar el umbral de la muerte.

---

<sup>51</sup> Cfr. SECPAL (Grupo de Espiritualidad), *Guía de espiritualidad*, (2011) 37 en línea: <http://www.secpal.com>. Fecha consulta: 10/01/2017.

<sup>52</sup> Cfr. GARCIA SÁNCHEZ, E., "El rescate de lo humano en el enfermo que se muere", *o c.*, 142-148.

<sup>53</sup> TETTAMANZI, D., "Il morire humano e l' accanimento terapeutico", *Nuova Bioética Cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (2000) 526.

Estos enfermos, por lo tanto, sólo se pueden beneficiar de una atención integral, que atienda tanto sus problemas físicos, psicológicos, sociales-culturales y espirituales, un cuidado dirigido a obtener la mejor 'calidad' de vida posible para él y su familia hasta el final de su vida, y una asistencia holística que favorezca una aproximación a la muerte pacífica y serena que, si él lo desea, pueda ser desde la aceptación. Evidentemente, en todo este proceso, el tiempo, la comunicación y el trabajo en equipo interdisciplinar son principios fundamentales.

### *3.1.1.3 La familia del enfermo terminal*

#### *3.1.1.3.1 Impacto de la enfermedad terminal en la familia del enfermo.*

La enfermedad terminal afecta no sólo a la persona enferma sino también a los miembros de su familia. "En nuestra sociedad, la familia sigue siendo un pilar muy importante en el cuidado del enfermo. Según una revisión reciente, más del 50% de las personas prefieren ser cuidadas y morir en su domicilio si las circunstancias lo permiten".<sup>54</sup>

Como bien señala Francisco Sola: "La enfermedad, sobre todo si es grave, introduce una crisis en la familia. Constituye una sorpresa dolorosa, un golpe difícil de encajar; impone cambios en la vida diaria; induce a tomar decisiones para afrontar la nueva situación; es fuente de inquietud, de preocupación, de conflictos y desequilibrios emocionales; pone a prueba los valores en los que se asienta la familia, la solidez de los lazos familiares, la unidad y solidaridad de todos". La enfermedad terminal provoca una crisis en la familia que puede destruirla o ayudarle a crecer en unidad y solidaridad. "La experiencia de la enfermedad puede desestabilizar a la familia o ayudarle a encontrar un equilibrio nuevo, destrozarla o estrechar sus brazos y su unión, alejarla de Dios o acercarla más a él".<sup>55</sup> Pero como indica González Quintana "Cuidar al otro vulnerable es un deber ético basado en

---

<sup>54</sup> GARCÍA CASAS, M.C. y VAQUERIZO GARCÍA, D., "Cuidando al cuidador. Cuidados no profesionales", *AMF*, Vol. 10, N° 5, (2014) 267-273.

<sup>55</sup> SOLA, F., *Voluntariado cristiano y el mundo de la salud*, Promoción Popular Cristiana, Madrid, (1991) 59-60.

la responsabilidad y la relacionalidad, que se expresa a través de la empatía, la solidaridad y la comprensión".<sup>56</sup>

El impacto que ocasiona una enfermedad terminal en una familia va a estar condicionado por múltiples factores, unos dependientes de las circunstancias personales del enfermo, otros de la misma enfermedad y otros de la familia en particular:

- En el caso de niños o enfermos jóvenes se produce un mayor impacto que en el caso de una persona anciana, al ser la muerte más difícil de asumir; por la famosa y popular frase 'es Ley de Vida que muera una persona de edad avanzada antes que un joven'.
- En función de la relación, los cónyuges son, en general, los miembros de la familia más afectados; hay estudios en pacientes de cáncer que demuestran que algunos cónyuges sufren un impacto mayor o igual que el propio enfermo.
- Otro factor que tendrá mucha importancia es la enfermedad que ha llevado al paciente a la situación terminal, así cuando se trata de enfermos crónicos u oncológicos la familia puede estar mínimamente adaptada, mientras que en aquellos casos en los que se llega a esta situación de una forma aguda, como un accidente de tráfico, un síndrome coronario agudo o un accidente cerebrovascular, el impacto será mucho mayor; es decir, cuando la muerte llega sin avisar.
- El impacto dependerá también de otros factores como es la estructura familiar, su grado de adaptabilidad, flexibilidad y cohesión, su etapa evolutiva, la calidad de las relaciones familiares, su experiencia en pérdidas anteriores y la capacidad de adaptación a las mismas, su nivel cultural, que dispongan o carezcan de medios económicos, sus valores y creencias, el soporte que puedan recibir de sus relaciones sociales, etc.

Una familia constituye un sistema dinámico y estructurado, en el que cada miembro tiene asignada una tarea y una responsabilidad. Cuando uno de sus miembros sufre una enfermedad terminal, la estructura y funciones del sistema

---

<sup>56</sup> GONZÁLEZ QUINTANA, C., "Ética del cuidado". *Revista CONAMED*, Vol. 20, N° 4, (2015) 187-190.



familiar se ven afectados. La enfermedad terminal a menudo precipita un desequilibrio en la familia ya que los roles y las reglas establecidas deben cambiar para enfrentarse a la nueva situación. Se hace necesaria una adaptación de la familia para alcanzar un nuevo equilibrio. Los familiares tendrán que redistribuir las funciones y tareas que el paciente asumía y al mismo tiempo, cuidar y atender a las necesidades y demandas de su ser querido gravemente enfermo, lo que les ocasionará numerosos problemas, dificultades y no pocas tensiones.<sup>57</sup>

Problemas a la hora de asumir, entre todos, las responsabilidades del cuidado del que está por morir. Muchas veces el cuidado y la atención del enfermo serán asumidos por uno o dos familiares, por aquellos que disponen de más habilidad, fortaleza y capacidad, lo que puede hacerles sentirse sobrecargados en sus responsabilidades y en ocasiones abandonados por los demás.

En la actualidad las dificultades son mayores que en generaciones pasadas, cuando las familias eran más amplias y se tenía mayor contacto con el proceso de morir. *"Durante siglos el hombre moría en casa, rodeado de su familia, amigos y vecinos. Por lo que ya desde niños se tenía un contacto temprano y repetido con la muerte, primero los abuelos, luego los padres..."*<sup>58</sup> La muerte, aunque era siempre un hecho doloroso, se aceptaba como un hecho natural, consustancial a la vida. Hoy en día se ha perdido este contacto y la familia se encuentra a menudo sin experiencia e impotente a la hora de enfrentarse a ella. Por otro lado, las familias son más reducidas, lo que ocasiona una mayor sobrecarga y un agotamiento más fácil, por no poderse relevar sus miembros en el cuidado.

En el caso de vivir en grandes urbes las dificultades para atender al enfermo terminal en casa aumentan al tener menos ayuda de vecinos y amigos que las del medio rural; además, las viviendas suelen ser más pequeñas y no pensadas para cuidar a enfermos con alto grado de dependencia por lo que recurren con más frecuencia a la hospitalización.

Muchos son las preocupaciones que se suman sobre los familiares de un moribundo. Aparte de las dificultades materiales existen otras muy difíciles de gestionar entre las que destaca la dificultad de comunicación con el enfermo, "[...]

---

<sup>57</sup> ARRANZ, P., BARBERO, J., et al., *o. c.*, 91.

<sup>58</sup> GOMEZ BATISTE, X., PLANAS DOMINGO, J., et al., *Cuidados Paliativos en Oncología*, Editorial JIMS, (1996) 1-3.

y muy especialmente en la familia más próxima, la que está implicada directamente por la enfermedad del paciente. La información sobre la enfermedad constituye una necesidad de los familiares para poder afrontar la situación, más aún entre quienes van a actuar como agentes sanitarios informales durante el transcurso de la enfermedad”.<sup>59</sup>

En nuestro entorno es común que los familiares tengan una información mayor que el paciente sobre la gravedad de su situación; pero como ya se ha indicado, esta situación debe ser en casos excepcionales, ya que por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, es el propio enfermo el que tiene el derecho de saber su situación, siempre atendiendo al criterio de cuánto quiere saber. Aun así, siguen siendo muchos los casos en los que los familiares son informados en primer lugar con la intención de proteger al paciente de un mayor sufrimiento y, los familiares, intentan por todos los medios que el paciente no llegue a saber que se encuentra al borde de la muerte; para ello se someten a una política de autocontrol, de no manifestar sus emociones y se comportan como si supieran lo mismo que él. Esto les ocasiona altos niveles de angustia y ansiedad y dificulta su relación con el enfermo al no poder compartir sus sentimientos, al no poder actuar con naturalidad delante de él. Familia y enfermo intentan protegerse los unos a los otros, seguros cada uno que el asunto es lo suficientemente grave como para que el otro lo soporte. Sin duda, esto se convierte en un ‘circo’, de hecho, son muchas las ocasiones en que esto impide realmente a todos poder expresar sus emociones, sentimientos, deseos, etc.

Los propios moribundos se ven atrapados por el engañoso intento de no herir a sus seres queridos. Muchas veces, quizá sin darse cuenta y con la mejor intención, se cae en uno de los peores errores que pueden cometerse durante una enfermedad terminal. Toda la familia, incluido el enfermo, contradiciendo sus principios de vida en común hasta ese momento, deciden de manera equivocada, que es más importante protegerse unos a otros de la aceptación abierta de una verdad dolorosa, en vez de intentar lograr una participación final, que podría conducir a un consuelo perdurable y a una ayuda en el hecho angustioso de la muerte. Así el

---

<sup>59</sup> RIQUELME, J.A., ORTIGOSA, J.M., et al, “La comunicación con el enfermo y el manejo de la información sobre la enfermedad”, en GÓMEZ SÁNCHEZ, R., GÓMEZ DÍAZ, M., et al., *Manual de Atención Psicosocial*, Monsa-Prayma, Barcelona, (2012) 108.

enfermo se preocupa por los familiares y éstos por aquel. De modo que se crea una vieja escena, que tan a menudo proyecta una sombra sobre los últimos días de una persona mortalmente enferma: los familiares saben, el enfermo sabe; los familiares saben que el enfermo sabe, y el enfermo sabe que los familiares saben. Y, sin embargo, se instaura una conspiración de silencio, una farsa hasta el final, que priva a unos y otros de un intercambio de afectos.<sup>60</sup>

Entre las actitudes que generalmente adoptan los familiares del enfermo son bastante comunes las actitudes de hiperprotección, de paternalismo y de dedicación máxima. Donde aparece la *'Conspiración de Silencio'*, ésta se define como: "un acuerdo implícito o explícito de alterar la información al paciente por parte de familiares, amigos y/o profesionales sanitarios con el fin de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico y/o grado de la situación" al enfermo.<sup>61</sup>

En otras ocasiones, se puede producir por cansancio físico o psicológico, una crisis de claudicación familiar, en la que los familiares se sienten incapaces para responder adecuadamente a las necesidades y requerimientos del paciente y terminan con el abandono progresivo y a veces total del enfermo en una institución. El abandono en las atenciones se da menos cuando la relación es materno-filial o de pareja. Se define la *'Claudicación Familiar'* como: "la incapacidad de los miembros de una familia para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente. Se manifiesta en la dificultad en mantener una comunicación positiva con el paciente, entre los miembros sanos y con el equipo terapéutico, y/o en que la presencia y/o calidad de los cuidados puede quedar comprometida".<sup>62</sup>

Junto al temor a que su ser querido adivine su gravedad por las manifestaciones emocionales, por sus actitudes o por alguna frase inoportuna, debemos añadir otros miedos y temores que acompañan a estas personas, como el miedo a que su ser querido vaya a sufrir mucho y, sobretodo, a que su agonía sea larga y dolorosa; miedo a que sea abandonado por los profesionales sanitarios y no llegue a recibir una atención adecuada en aquellos momentos que la requiera;

---

<sup>60</sup> GOMEZ SANCHO, M., "Cómo dar las malas noticias IV. Familia y conspiración de silencio", *o. c.*, Vol. II, 758.

<sup>61</sup> ARRANZ, P., BARBERO, J., et al., *o. c.*, 98.

<sup>62</sup> ARRANZ, P., BARBERO, J., et al., *o. c.*, 103.

temor a no saber atenderlo o a no ser capaces de hacerlo hasta el final; temor a separarse de ella un rato y no estar allí cuando la persona fallezca, lo cual dificulta mucho sus necesidades de descanso y de realizar actividades propias de la vida cotidiana; miedo a estar solo con el ser querido cuando llegue el momento de la muerte.<sup>63</sup>

Los familiares de un enfermo terminal van a sufrir parecidas reacciones psicológicas a las descritas en el enfermo. Cuando conocen el diagnóstico la primera actitud suele ser de rechazo, de negación de la enfermedad y suelen ir de médico en médico, o incluso acuden a adivinos o curanderos, con la esperanza vana de oír otro diagnóstico y una posible curación. Pueden sentir, con frecuencia, rebeldía y rabia contra el propio enfermo (por negligencia anterior...), resentimiento contra otros familiares (por tener una cierta responsabilidad en la aparición de la enfermedad, por sentirlos lejanos y poco comprometidos...), enojo contra los diferentes profesionales de la salud (por ser incapaces de curar al enfermo, por retraso en detectar la enfermedad, por las decisiones tomadas, por la dificultad de comunicarse con ellos...), enfado con Dios (por su abandono, por no evitar esta muerte...)<sup>64</sup> Reacciones de abatimiento y depresión son también frecuentes en los miembros más jóvenes de la familia, así como la autocompasión de los familiares por la enfermedad, dejando al enfermo en un segundo plano.

Cuando la familia recibe la primera noticia sobre el diagnóstico de un ser querido inicia un recorrido emocional similar al del paciente. Sufre una seria alteración psicológica y pasa por un periodo de crisis emocional, pues debe afrontar no sólo la enfermedad y la muerte, sino múltiples cambios en la estructura y funcionamiento familiar, en la estructura de vida de cada uno de sus miembros y anticipar el dolor que se presentará tras la pérdida del ser querido.

Antes del fallecimiento del ser querido, los miembros de la familia necesitan comenzar a elaborar el duelo. Llega un momento en que la familia renuncia a la ilusión de curación; empieza a aceptar lo inevitable de la muerte y a prepararse emocionalmente; entonces comienza el llamado '*duelo anticipatorio*'. Se empiezan

---

<sup>63</sup> GOMEZ SANCHO, M., "La atención a la familia. Crisis de claudicación emocional de los familiares", *o. c.*, Vol. II, 959-960.

<sup>64</sup> IDEM, "Cómo dar las malas noticias IV. Familia y conspiración de silencio", *o. c.*, Vol. II, 763.

a movilizar mecanismos psicológicos para ir adaptándose a la pérdida. Al tiempo que la persona se apega al enfermo y desea retenerlo, va retirando la energía psicológica puesta en él, se distancia emocionalmente. El duelo anticipatorio no elimina ni disminuye la dimensión del dolor, pero favorece la asimilación de la muerte cuando ésta llega.<sup>65</sup>

Teniendo en cuenta de que el '*Duelo*' es la forma de afrontamiento que cada persona tiene ante la pérdida, en este caso estamos hablando, de un ser querido; para que sea un '*Duelo Normal*' dependerá de muchos factores, como ya se ha indicado. Pero hay ocasiones, en que los '*duelos se quedan sin resolver*', por ejemplo, existen: "El duelo ausente, no aparecen los sentimientos que acompañan a duelo ... es como si el deudo negara el fallecimiento; el duelo inhibido: el deudo frena alguno de sus sentimientos ... otros los somatiza... intenta evitar el dolor por la pérdida; el duelo retrasado: el duelo se retrasa hasta años, por ejemplo, cuando el deudo está presionado por la responsabilidad...; el duelo complicado o distorsionado: aquí suelen ir dos sentimientos de la mano la ira y la culpa extrema".<sup>66</sup>

Todos estos problemas materiales y psicológicos permiten comprender por qué cada vez con más frecuencia las personas moribundas pasan los últimos días de su vida ingresados en hospitales en vez de morir en el seno de sus familias.

#### 3.1.1.3.2 Necesidades de la familia<sup>67</sup>

No se puede ayudar al paciente incurable, dependiente y próximo a morir sin tener en cuenta a su familia. Ambos deben ser ayudados en esta situación de sufrimiento. Los familiares no sólo están próximos a perder a un ser querido, sino que, además, tienen que aliviar sus temores y encontrar solución a sus dificultades. Por lo cual, tendrán necesidades muy concretas que deben ser tenidas en cuenta por los profesionales sanitarios que tienen que atenderlos.

---

<sup>65</sup> MANRIQUE DE LARA Y DEL RIO, B., *o. c.*, 829.

<sup>66</sup> GIMÉNEZ FERNÁNDEZ, M. y VALERO MERLO, E. "Paciente terminal y duelo", en GÓMEZ SÁNCHEZ, R., GÓMEZ DÍAZ, M., et al., *o. c.*, 85-103.

<sup>67</sup> Cfr. GOMEZ SANCHO, M., "La atención a la familia. Crisis de claudicación emocional de los familiares", *o. c.*, 962-963.

Dentro de las necesidades que se pueden presentar en los familiares están: “agotamiento físico y mental, labilidad emocional, depresión, trastornos de ansiedad, especialmente miedos, problemas de conductas de consumo abusivas (alcohol, tabaco, comida, etc.), trastornos del sueño (insomnio, pesadillas, etc.), alteraciones del apetito y el peso, síntomas hipocondríacos, reacciones fóbicas, conductas dependientes, problemas laborales, regresiones conductuales (ej. en niños, una falta de control de esfínteres), problemas de aprendizaje, de concentración escolar y de conducta, entre otros”.<sup>68</sup>

Así, los familiares de un enfermo en situación terminal *necesitan estar seguros* de qué se está haciendo todo lo posible y todo lo mejor por su ser querido enfermo. Por ello, es importante que reciban una información clara, concisa y realista de todo lo relacionado con la situación y evolución de la enfermedad y que sean tomados en cuenta y consultados a la hora de tomar cualquier decisión, en consenso con el enfermo, de forma que tanto enfermo como su familiar pasen a formar parte del equipo interdisciplinar.

Es esencial que se les *permita expresar sus emociones*, su tristeza, rabia, temores y desconsuelo, ya que sólo de esta manera podrán sentirse escuchados, comprendidos y que sus sentimientos son validados y respetados.

Todo esto nos induce a pensar cuáles serían los recursos que necesitaría la familia, y en especial, *el cuidador principal*, para hacer frente a la situación del fin de su ser querido, y la realización de un adecuado acompañamiento de éste. Astudillo, Mendinueta & Granja señalan que necesitaría tener “Tiempo, información adecuada sobre el proceso que afecta al enfermo y su posible evolución, mejorar su comunicación, facilitar su participación en el cuidado del enfermo, saber organizar su tiempo y aprender a delegar tareas, valorar los recursos de los que dispone: los apoyos físicos de otras personas, la disponibilidad de tiempo y los deseos de compartir el cuidado que tienen otros miembros de la familia, conocer cómo obtener ayuda (amigos, asociaciones de voluntarios, servicios de bienestar social: ingresos de respiro, ayudas institucionales de cuidadores por horas ...), recibir apoyo emocional y relevos en el cuidado, asesoramiento para cuidar de sí mismo, asesoramiento en la toma de decisiones, mantener, si es posible, sus actividades habituales, acompañamiento en la agonía y

---

<sup>68</sup> ARRANZ, P., BARBERO, J., et al., *o. c.*, 91-92.

en el duelo, planificar el futuro y prepararse para recuperar la normalidad tras el fallecimiento de su ser querido”.<sup>69</sup>

En caso de que el enfermo precise pasar los últimos días de su vida ingresado en un hospital, es fundamental que se dé la posibilidad a los familiares de estar todo el tiempo, que deseen, con su ser querido. La restricción del horario de visitas que había en la mayoría de los hospitales, aunque podía ser cómoda y necesaria para la organización del trabajo, generaba en la familia impotencia y desazón, ya que se les privaba de la necesidad que tienen de acompañar y manifestar su amor a su ser querido. En este sentido, es importante que se les proporcione un *ambiente privado e íntimo*, para que puedan mantener no sólo contacto físico sino emocional, para que puedan despedirse y, dado el caso, perdonarse, explicarse o reparar relaciones. En una habitación compartida con otro enfermo es muy difícil que estas necesidades puedan ser cubiertas, por lo que la necesidad de privacidad y de intimidad siempre debe ser tenida en cuenta a la hora de atender a un enfermo en situación terminal y a su familia. Lo que suele hacer enfermería, consultando previamente con admisión del hospital, es ‘bloquear habitaciones’, es decir, dejar la habitación de uso exclusivo para la persona al final de su vida, incluso esto se hace esté acompañado el enfermo o no.

Es también importante el hecho de que los familiares puedan *participar en el cuidado de su ser querido*, como se ha indicado, ya que de este modo se sentirán útiles, podrán compartir con él mejor estos momentos difíciles y, por otra parte, evitarán sentimientos de culpa una vez haya muerto, porque tendrán la sensación de que han cuidado de forma activa a su ser querido hasta el final.

Cuando el enfermo es atendido en su domicilio, los familiares necesitan contar con la disponibilidad, comprensión y apoyo del equipo de cuidados *en todo momento*. Para estos enfermos no es válida una atención con horarios limitados ya que en cualquier momento pueden presentar alguna complicación y si los familiares, en estas circunstancias, no encuentran una respuesta oportuna de los profesionales, decidirán hospitalizar al paciente, aun en contra de sus deseos, con el aumento consiguiente de sufrimiento para todos ellos. Por ello, es necesario que desde el Equipo de Atención Primaria, en colaboración con el Equipo de Soporte

---

<sup>69</sup> ASTUDILLO, W., MENDINUETA, C., et al., “Cómo apoyar al cuidador de un enfermo en el final de la vida”, *Psicosociología*, Vol. 5, N° 2-3, (2008) 359-381.

de Cuidados Paliativos, dejen en el domicilio de la persona su historia clínica, donde se indique claramente, si vienen profesionales sanitarios que no conocen al paciente, qué es lo que hay que hacer con él. Además, la familia tiene que ser conocedora de las posibles complicaciones que pueden aparecer en su familiar enfermo, y conocer bien la historia clínica.

Los familiares de un enfermo en situación terminal tienen *necesidad de recibir apoyo emocional y espiritual*. Necesitan conservar la esperanza, encontrar un sentido a su sufrimiento, perdonarse lo malo, reconocerse lo bueno y aceptar su biografía. En este sentido es fundamental la ayuda que pueden recibir de amigos y familia extensa, de los profesionales sanitarios, así como de su comunidad parroquial. Rudilla, Oliver, Galiana y Barreto señalan que “Es inevitable que cuestiones de naturaleza espiritual surjan espontáneamente cuando nos aproximamos al final de la vida. Indican... los Cuidados Paliativos pueden desencadenar una búsqueda de respuestas, búsqueda que algunos han llamado un viaje espiritual...”. Señalan también que “Recientemente se han llevado a cabo diversos trabajos que muestran cómo las necesidades espirituales se relacionan íntimamente con la calidad de vida de los pacientes”.<sup>70</sup>

Después de conocer la situación familiar y las limitaciones a que se ven sometidos estos enfermos, nos serviría de mucha ayuda estudiar el contexto social al que han de enfrentarse y, a su vez, cómo esta sociedad resuelva la realidad de la muerte y los moribundos, qué actitudes asume, qué soluciones presenta. De esta manera podremos tener una mayor comprensión del problema que estudiamos.

#### *3.1.1.4 La sociedad y el enfermo terminal*

##### *3.1.1.4.1 La muerte y los moribundos en la sociedad actual.*

La conciencia de la muerte es una característica fundamental del hombre. El hombre como cualquier animal envejece y muere, pero es el único que sabe que envejece y el único que sabe que ha de morir. Esta conciencia de la muerte es causa de angustia y de temor.

---

<sup>70</sup> RUDILLA, D., OLIVER, A., et al., “Espiritualidad en atención paliativa: Evidencias sobre la intervención con counselling”, *Psychosocial Intervention*, N° 24(2015) 79-82.



"El hombre sufre con el dolor y con la disolución progresiva del cuerpo. Pero su máximo tormento es el temor por la desaparición perpetua".<sup>71</sup>

Una de las características de la moderna civilización occidental es la 'ocultación' de la muerte, tanto a escala personal como social.<sup>72</sup>

A nivel personal, está la realidad del temor y rechazo natural que todos sentimos ante el sufrimiento y la muerte, de ahí que, aunque sepamos muy bien que un día tendremos irremediablemente que morir, no se suele tener presente ni contar con ello. Entre otras cuestiones es porque no se ha tenido una experiencia previa, sí de sufrimiento, pero no de muerte, en sí. La muerte es una de las realidades que se ignoran con mucha facilidad, sin esfuerzo. Aunque, por su inevitabilidad, contemos con ella como algo que sucede y sucederá en el futuro, se mantiene esta posibilidad en un futuro lejano, no teniendo habitualmente una conciencia real ni personalizada, pues queda en la esfera de "los otros". Siempre son "los otros" quienes mueren mientras que "yo" sigo vivo. El morir está siempre reservado al otro, es siempre la muerte ajena la que remite tangencialmente a la muerte propia.

Esta ocultación de la muerte se realiza también a escala social. La muerte es un tema del que no gusta hablar, es un tema desagradable que se rechaza tanto por sanos como por enfermos. Se suele decir: "Cuando llegue, llegaré". Mientras tanto, "se vive". Éste es el tipo de razonamiento que se utiliza cuando alguien plantea el tema de la muerte en una conversación de personas normalmente sanas. Pero es también el caso del enfermo que prefiere ignorar el propio diagnóstico, o el del hombre de negocios entretenido en sus mil y una ocupaciones. La muerte se ha convertido en un tabú, lo mismo que hace unos años era el sexo. Los niños ya saben que no vienen de París ni los trae la cigüeña, pero cuando muere su abuelo se les dice que ha ido a hacer un largo viaje. Cuando nos referimos a ella utilizamos eufemismos: "se ha ido", "ha pasado a mejor vida", "descansa en paz".<sup>73</sup>

---

<sup>71</sup> CONCILIO VATICANO II, *Constitución Pastoral Gaudium et Spes*, 18: AAS58 (1966) 1038.

<sup>72</sup> VICO PEINADO, J., *Dolor y Muerte Humana Digna*. Bioética Teológica, San Pablo, Madrid, (1995) 151-163.

<sup>73</sup> VICO PEINADO, J., *o. c.*, 152.

Hoy ya no se muere como se hizo siempre, hasta la primera mitad del siglo XX, en casa, rodeado de la familia, amigos y vecinos. Hoy se muere en el hospital y, con frecuencia, aislado y solo. Antes, el enfermo era el primero que sabía que iba a morir y se podía preparar para ello: eran los momentos de las grandes despedidas, de recibir los últimos sacramentos. Hoy, por el contrario, al enfermo casi siempre se le oculta la gravedad de su enfermedad. Ya no se vela a los difuntos en casa sino en los tanatorios, donde se les maquilla para que parezcan que siguen vivos. Las manifestaciones de duelo, como son el luto o el recibir el pésame, son cada día más raras e incómodas. Los cementerios se han llevado lejos, a las afueras de la ciudad y las visitas a los mismos son inusuales. La muerte se ha convertido en algo clandestino, en algo que hay que esconder.

Nuestra sociedad contemporánea se ha distanciado de la idea de la muerte hasta el punto de considerar esta realidad como algo extraño, causando siempre sorpresa el anuncio de la muerte repentina de algún conocido nuestro ("¿Cómo puede ser? Ayer estaba vivo, estuve hablando con él..."). Además, lo que hoy se considera la "buena" muerte, la "mejor" muerte que se puede tener, morir sin enterarnos mientras dormimos, era considerada en otros tiempos la muerte "maldita", la muerte imprevista y repentina, de la que se pedía a Dios que nos librara.

Por otra parte, vivimos inmersos en una cultura del bienestar y consumo donde la salud, la juventud, la belleza y el progreso material son los valores reinantes y donde se nos hace difícil, por no decir imposible, tolerar las situaciones de sufrimiento y limitación como son la enfermedad, la vejez y la muerte. Estas situaciones, a pesar de formar parte de la existencia humana, resultan intolerables y sin sentido, de ahí que se marginen y se pretendan ignorar. Hoy se oculta la muerte y se oculta todo lo que nos la recuerde (enfermedad, vejez, decrepitud).

La muerte mete en cuestión los valores de la sociedad moderna ya que es ajena al progreso, al avance técnico y social, al bienestar, a nuestro afán desmedido de disfrutar de la vida sin límites. Nuestra cultura no sabe cómo integrar la muerte en la vida, por eso o la considera absurda e injusta (cuando se trata de niños o personas jóvenes) o, por el contrario, la considera una liberación reivindicada cuando la existencia es considerada carente de sentido por tratarse de una vida deteriorada, sumergida en el dolor o condenada al sufrimiento. Hoy, incluso, más que a la muerte tememos al sufrimiento. El sufrimiento nos es cada vez más difícil

de afrontar y soportar, ha perdido todo valor y se le considera el mal por excelencia, el mal que hay que evitar a toda costa.<sup>74</sup>

Vivimos en una sociedad postindustrial donde las mejoras en las condiciones de vida, de trabajo, y los avances de la ciencia y de la tecnología médica han dado lugar a un aumento importante de la esperanza de vida. Hoy es posible curar muchas enfermedades hasta hace poco intratables. Con el desarrollo de los sistemas médicos de reanimación, hoy es posible prolongar la vida de una persona y retrasar el momento de su muerte. Quitando las muertes repentinas por accidentes de tráfico o fracasos cardiovasculares fulminantes, el resto de las formas de deterioro se pueden combatir con mayor o menor éxito. Todo esto ha llevado a que no se considere la muerte como una parte natural de la misma vida, sino como algo extraño, como un fracaso de la ciencia.

En un mundo secularizado y tecnologizado que apunta al alargamiento de la vida y al bienestar, la muerte causa escándalo, el dolor no tiene significado y el propio fin cierra una experiencia de vida sin ulterior esperanza.<sup>75</sup> La moderna civilización médica niega la necesidad de que el hombre acepte el dolor, la enfermedad y la muerte; la civilización médica está planificada y organizada para matar el dolor, eliminar la enfermedad y luchar contra la muerte. Estas realidades, de ser experiencias esenciales con las que todo hombre tiene que habérselas han pasado a ser accidentes para los que debe buscarse tratamiento médico.<sup>76</sup>

Otra de las características de nuestra sociedad es el hecho de haber medicalizado la muerte. Es frecuente, sobre todo en áreas urbanas, que la muerte se produzca (se esconda) fuera de la sociedad, en el medio hospitalario, modelo "curativo" por excelencia en el que el enfermo en situación terminal y la muerte no tienen cabida y donde es elevado el riesgo de sufrir prácticas compatibles con la obstinación terapéutica. Actualmente, a pesar de que las personas siguen

---

<sup>74</sup> Cfr. JUAN PABLO II, *Carta Encíclica Evangelium Vitae*, N° 64, AAS87 (1995) 474-475.

<sup>75</sup> BOMPIANI, A., "Eutanasia situación legislativa actual y evolución del debate ético", en *II Encuentro Europeo de Políticos y Legisladores*, Roma, 22-24 octubre 1998, Siquem, Valencia, (2000) 219.

<sup>76</sup> GOMEZ SANCHO, M., "La medicina Paliativa: una necesidad de hoy", *o. c.*, Vol. I, 249.

prefiriendo morir en su casa,<sup>77</sup> un gran número de personas fallece en los hospitales, en donde la familia y los amigos son sustituidos por la ciencia y la tecnología. Pero, los hospitales actuales no reúnen las condiciones necesarias para asegurar una buena atención a los enfermos terminales ya que son sitios pensados para diagnosticar y curar, donde trabajan profesionales que han sido preparados para estas tareas. Aunque el verdadero objetivo de un hospital, como de todo acto médico, debería ser el de ocuparse de una persona que sufre, lamentablemente, esto hoy no es así y por ese motivo es un mal sitio para llevar a los enfermos terminales que por definición, ya están diagnosticados y son incurables.<sup>78</sup>

### *3.1.1.5 Los profesionales sanitarios frente a la muerte y los moribundos.*

Hoy se busca el remedio en la ciencia y en la técnica para todo. Éste es otro importante factor que ha llevado a que la mayoría de las personas acaben hoy sus días en hospitales, y a que se considere al personal sanitario como el más preparado para la atención de los moribundos, delegando en él las funciones que eran asumidas en otro tiempo por la familia.

Pero los mismos profesionales sanitarios tienen muchos problemas y conflictos a la hora de enfrentarse con la muerte y los moribundos. Además de la incapacidad humana que tienen, como miembros de esta sociedad, para abordar las situaciones de sufrimiento y dolor, existen otros motivos que explican por qué los profesionales de la salud, fundamentalmente los médicos, no siempre prestan suficiente atención a los enfermos en situación terminal. Entre estos motivos destacan el hecho de no haber recibido suficiente formación, la sensación de impotencia y de fracaso profesional, y la angustia ante la propia muerte.<sup>79</sup>

En las universidades han recibido mucha información técnica y científica pero no se les enseña sobre cómo tratar, humanamente hablando, con un enfermo

---

<sup>77</sup> Cfr. GOMES, B, et al. "Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review". *BMC palliative care*, Vol. 12, N° 1, (2013) 7; Cfr. JACK, B. A., et al. "Supporting older people with cancer and life-limiting conditions dying at home: a qualitative study of patient and family caregiver experiences of Hospice at Home care", *Journal of advanced nursing*, Vol.72, N° 9 (2016) 2162-2172.

<sup>78</sup> GOMEZ SANCHO, M., "El problema de la muerte en la sociedad actual. Negación y medicalización de la muerte", *o. c.*, Vol. I, 72.

<sup>79</sup> IDEM, "Los profesionales de la salud y la muerte", *o. c.*, Vol. I, 79.

incurable, ni con los problemas que se van a encontrar cuando sean profesionales sanitarios y se enfrenten con la muerte de otro ser vivo. Tampoco han recibido suficiente formación ética y deontológica que les ayude en el ejercicio de su profesión a realizar una asistencia personalizada y humana. Durante años estudian cómo diagnosticar y curar enfermedades, pero no se les enseña a curar enfermos, ni a comunicarse con ellos. No se les entrena en el hecho de que no siempre es posible curar, ni en habilidades comunicativas, cuando el pilar de la relación clínica es la confianza, que nace de una buena comunicación: una comunicación “de ser humano a ser humano”. Esto lo tendrán que aprender solos, a través de la experiencia personal. El hecho de no saber manejar la situación puede dar lugar a una conducta defensiva por parte del profesional sanitario, que le lleva a mantenerse autoritario y distante del enfermo y su familia.<sup>80</sup>

En segundo lugar, como lo que se les ha enseñado en la Facultad es a salvar vidas, la muerte de su enfermo la van a interpretar, aunque sea inconscientemente, como un fracaso profesional. Por ilógico que sea, el médico tiende, en lo más íntimo, a sentirse culpable de no ser capaz de curar a su enfermo. La impotencia terapéutica no se trata con la suficiente dedicación en los programas de estudios; el tiempo de enseñanza es consagrado a capacitar al médico para reconocer y hacer frente a la gran cantidad de condiciones curables y cuando no consigue diagnosticarlas y curarlas, lo interpreta como un fracaso del que se siente culpable. La incurabilidad y la muerte consiguiente son, además de un signo de impotencia de la Medicina, a escala inconsciente, una limitación, un daño en la autoestima del médico. Esta sensación de fracaso es también consecuencia indirecta del presupuesto de que la Medicina tendría un remedio contra todo. La convicción de que todo mal puede curarse ha sido alimentada en las últimas décadas por profesionales, profanos y, especialmente, por los medios de comunicación. No sólo los profesionales sanitarios interpretan la muerte como un fracaso. La sociedad en general, como decíamos antes, percibe la muerte como un evidente fracaso de la ciencia. Es la constatación dolorosa y continua de la derrota de un progreso científico tan admirado y promovido.<sup>81</sup>

---

<sup>80</sup> *Ibidem*, 79-78.

<sup>81</sup> *Ibidem*, 80-82.

El tercer motivo que hace difícil y problemática la atención a los pacientes en fase terminal es la angustia que siente el profesional sanitario ante su propia muerte. La confrontación con la muerte de su enfermo les obliga a afrontar la realidad, tantas veces negada, de su propia muerte. Una cosa es saber que se ha de morir, y otra es estar en constante contacto con quien va muriendo y tener que reflexionar: "todo esto me sucederá algún día a mí". De ahí la necesidad de que el profesional sanitario tenga integrada su propia muerte para poder ayudar al enfermo que afronta el final de su existencia.<sup>82</sup> Si el médico u otro profesional, como pueda ser la enfermera, considera la muerte como un espanto, como algo horrible y aterrador, nunca podrá ayudar a su paciente a que la afronte con serenidad.

Se pueden observar en el personal sanitario diferentes maneras de actuar cuando quiere evitar la confrontación con la muerte:

- Una, consiste en intentar retrasar su advenimiento todo lo posible, por todos los medios, proporcionados o no, aunque no haya esperanza alguna de curación y aunque eso signifique infligir al moribundo unos sufrimientos añadidos a los que ya padece. De este modo no se logrará esquivar la muerte inevitable, pero sí se aplazará durante un tiempo, es lo que se conoce como "*obstinación terapéutica*".<sup>83</sup>
- Otra vía en apariencia más compasiva, hoy ilegal en nuestro país, pero cada vez más divulgada y aceptada por la opinión pública, consiste en adelantarla mediante la '*eutanasia*', con ella se intenta evitar sufrimientos al enfermo y para ello se le termina matando antes de que llegue su hora.
- Por último, existe otra vía, más disimulada y sutil pero intensamente practicada, que consiste en mantener al moribundo ignorante de su realidad mediante palabras y actos engañosos, actuando como si la muerte no estuviera allí y hasta si fuese necesario utilizando medios que lo mantengan inconsciente,<sup>84</sup> como es la sedación.

---

<sup>82</sup> *Ibidem*, 83-84.

<sup>83</sup> CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA: Comité Episcopal para la Defensa de la Vida, *o. c.*, N° 8.

<sup>84</sup> Cfr. GOMEZ SANCHO, M., "Los profesionales de la salud y la muerte", *o. c.*, Vol. I, 86.

Por cualquiera de estas vías parece evitarse "médicamente" la confrontación con la muerte, pero la dignidad del enfermo queda lesionada, al igual que el propio acto médico, cuya esencia debe ir siempre dirigida a ayudar a una persona que sufre, sin causarle daño. En este punto vemos importante aclarar qué es un acto médico y qué no lo es. Según la Organización Médica Colegial de España, se entiende por "acto médico":

"Toda actividad lícita, desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado, sea en su aspecto asistencial, docente, investigador, pericial u otros, orientado a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud. Se incluyen actos diagnósticos, terapéuticos o de alivio del dolor, así como la preservación y promoción de la salud, por medios directos e indirectos".<sup>85</sup>

Con esta definición, entendemos como cualquiera de esas tres vías que intentan evitar la confrontación con la muerte no se ajustan al actuar correcto del médico, sino que dañan la naturaleza del mismo.

Es obvio, pero a pesar de todo lo recordamos, que todas estas limitaciones y dificultades con las que se enfrentan los médicos no son exclusivas de ellos, afectan en mayor o menor medida a todas las profesiones sanitarias. También otros profesionales sanitarios sienten frustración y piensan que "ya no se puede hacer nada por la persona" cuando llega a la situación clínica de terminalidad, por lo que no les gusta trabajar con ellos.

Una cuestión importante, que hay que tener en cuenta es el cuidado del profesional sanitario, ¿con qué fin?, con el objetivo de que ese personal 'no se quemé', es el famoso 'burnout', igual que se habla de cuidar al cuidador informal, también hay que cuidar al cuidador formal. De hecho, "el contacto sistemático con la muerte se considera un factor de riesgo de desgaste profesional en la salud,

---

<sup>85</sup> CONSEJO GENERAL DE LOS COLEGIOS MÉDICOS DE ESPAÑA, *Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica*, Madrid (2011) Art.71.

especialmente, en los médicos y en enfermeras que desarrollan su actividad profesional en los Cuidados Paliativos”.<sup>86</sup>

Las principales consecuencias del burnout en el profesional se encuentra en “síntomas físicos, trastornos psicológicos y problemas conductuales que se relacionan con el aumento de estrategias de afrontamiento pasivas, como la omisión de algunas actividades de cuidados y asistencia al paciente, la falta de atención a los procesos de cuidado, el incremento de iatrogenias, y en consecuencia un deterioro de la calidad de los servicios de salud”.<sup>87</sup>

Podríamos decir a modo de resumen que la tendencia de la sociedad actual es ignorar, negar, rechazar y ocultar la muerte. De esta manera nos encontramos al hombre de nuestro tiempo cada vez más indefenso y desprotegido frente a ella, y con mayor dificultad para vivir la última etapa de su vida, su propia muerte, con la misma dignidad que ha vivido el resto de su existencia.

El 27-II-99, Juan Pablo II, en el discurso a los participantes de la V Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida constataba esta realidad diciendo:

“En efecto, la vida de los moribundos y de los enfermos graves está expuesta hoy a una serie de peligros que se manifiestan, unas veces en forma de tratamientos deshumanizadores y, otras, en la desconsideración e incluso en el abandono, que puede llegar hasta la solución de la eutanasia”.<sup>88</sup>

Tanto la Iglesia como la sociedad denuncia este hecho, y numerosas instituciones públicas han hecho una llamada de atención. Por ejemplo, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en su Recomendación 1418 (1999), sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, adoptada el 25 de junio de 1999, reconoce que los derechos fundamentales que derivan de la dignidad humana del paciente terminal

---

<sup>86</sup> MARTINS PEREIRA, S., MARGARIDA TEIXEIRA, C., et al., “Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal”, *Revista de Enfermagem Referência*, Vol. 4, N° 3, (2014) 55-64.

<sup>87</sup> ALDERETE AGILAR, C. y ASCENSIÓN HUERTAS, L. “Burnout y afrontamiento en los profesionales de salud en una unidad de cuidados oncológicos”, *Psicología y Salud*, Vol. 25, N° 1, (2015) 73-81.

<sup>88</sup> “Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a los participantes de la V Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida” (27/02/99), *L’Osservatore Romano*, edic. semanal en castellano, (05/03/99) 7.



o moribundo se ven amenazados en la actualidad por diversos factores e insta a los estados miembros a tomar diferentes medidas para proteger la dignidad de la persona humana en las últimas etapas de su vida.<sup>89</sup>

### 3.1.2 Recursos que se ofrecen a estos enfermos en la actualidad.

Tras haber visto las situaciones que se plantean ante el enfermo terminal, su familia y el equipo sanitario que los atiende, y la reacción generalizada de repulsa frente a la muerte y los moribundos, pasamos ahora a ver qué recursos presenta la sociedad a las personas y a las familias que deben hacer frente a una enfermedad en fase terminal. Éstas son básicamente dos: los Cuidados Paliativos y la Eutanasia.

---

<sup>89</sup> “Recomendación 1418 (1999), de la Asamblea parlamentaria del Consejo de Europa, sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos”, después de exponer que hoy “Con frecuencia se ignora la calidad de vida de los enfermos terminales, la soledad a la que se ven sometidos, su sufrimiento, el de sus familiares y el del personal sanitario que los trata”, señala a continuación que: “Los derechos fundamentales que derivan de la dignidad humana del paciente terminal o moribundo se ven amenazados hoy por diversos factores : I. Las dificultades de acceso a los cuidados paliativos y un buen manejo del dolor. II. La frecuente falta de tratamiento del sufrimiento físico y de las necesidades psicológicas, sociales y espirituales. III. La prolongación artificial del proceso de muerte, ya por el uso desproporcionado de medios técnicos, ya por la continuación del tratamiento sin consentimiento del paciente. IV. La falta de formación continuada y apoyo psicológico a los profesionales sanitarios que trabajan en medicina paliativa. V. La insuficiencia de apoyo y asistencia a los familiares y amigos de los pacientes, que también puede aumentar el sufrimiento humano en sus distintas dimensiones. VI. El temor de los pacientes a perder el control sobre sí mismos y convertirse en una carga, en seres dependientes por completo de sus familiares o de instituciones. VII. La carencia o inadecuación de un entorno social e institucional en el que uno pueda separarse de sus familiares y amigos en paz. VIII. La insuficiente asignación de financiación y recursos para la asistencia y apoyo de los enfermos terminales o moribundos. IX. La discriminación social del fenómeno de la debilidad, el morir y la muerte”. Esta recomendación se puede encontrar en la dirección de Internet: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=16722&lang=en>  
Fecha consulta: 11/11/2016.

### 3.1.2.1 Cuidados Paliativos.

A las personas en fases avanzadas de enfermedad y finales de la misma, y a sus familias, el Sistema Sociosanitario les ofrece una gran solución: los Cuidados Paliativos. Si bien, desde el punto de vista de la curación, la medicina se encuentra impotente ante estos enfermos y sus familias, no por eso ha dejado de serles útil. Aún puede hacer mucho por ellos, tanto en el plano asistencial, ayudándoles a vivir la última etapa de su vida, curándoles o aliviándoles los síntomas, como en el plano relacional, acompañándoles y ayudándoles a asumir su muerte.

Es más, los Cuidados Paliativos no deben estar reservados sólo para el final de la vida del enfermo crónico cuando ya no hay soluciones curativas. No, los cuidados curativos y paliativos pueden y deben ser impartidos a la vez, lo único que hay que hacer, hartamente complicado, es que los profesionales sanitarios conozcan bien al enfermo/familia, y cuándo su situación va cambiando de forma que lo curativo va bajando de intensidad frente a lo paliativo que va aumentando en grado de aplicación.

La Medicina Paliativa, como se la entiende hoy, tiene su origen en los años 60 del s. XX (ya que Cuidados Paliativos se han hecho desde que el hombre es hombre), con el movimiento "hospice" en el Reino Unido y actualmente está presente en numerosos países incluida España,<sup>90</sup> con un presente halagüeño y un futuro esperanzador. En el corto periodo de tiempo de 40 años, se ha producido en España, el renacimiento y desarrollo progresivo de la misma en todos sus niveles asistenciales, docentes y de investigación.<sup>91</sup>

En 1991, el Subcomité de Cuidados Paliativos de la Comunidad Europea, dentro del programa "Europa contra el Cáncer", estableció la siguiente definición de Cuidados Paliativos:

---

<sup>90</sup> Una síntesis clara de la historia se puede encontrar en: SANZ ORTIZ, J., "Historia de los cuidados paliativos" en la dirección de Internet: <http://www.secpal.com/presentacion/historia>. Fecha consulta: 11/11/2016.

<sup>91</sup> Cfr. GÓMEZ-BATISTE, X., "Cuidados Paliativos en España: de la experiencia a la evidencia" en *Medicina Paliativa*, Vol. 11, N° 1, (2004) 1-2 y CENTENO, C., HERNANDEZ, S., et al., "Programas de Cuidados Paliativos en España, año 2000", *Medicina Paliativa*, Vol. 8, N° 2, (2001) 85-99.

"Es un programa de asistencia Total, Activa y Continuada de los pacientes y sus familias por un equipo interdisciplinar, cuyo objetivo es dar calidad de vida, sin intentar alargar la supervivencia. Contempla las necesidades físicas, psicológicas y sociales del enfermo y sus familiares. Si es necesario incluye el apoyo del proceso de duelo".<sup>92</sup>

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), los define en el artículo 3 de sus estatutos, aprobados en Palma de Mallorca e 13 de mayo de 2011, en los mismos términos, ampliando su contenido:

"Los Cuidados Paliativos se basan en una concepción global, activa y continuada que comprende la atención de los aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales de las personas en situación terminal, siendo los objetivos principales el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y de su familia. Los Cuidados Paliativos han de practicarse necesariamente desde equipos multidisciplinares que incluyen profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería), filósofos, asesores espirituales, abogados y voluntarios".<sup>93</sup>

La medicina paliativa ha sido ejercida siempre por los médicos, pero como "especialidad" (ya que no se encuentran dentro de la línea de especialidades tipo MIR, EIR, PIR, etc.), es una novedad dentro de la organización sanitaria. Ha nacido para dar una solución a los graves problemas que se presentan en la actualidad en la atención a los pacientes en fase terminal. Se asienta básicamente en el reconocimiento de la triple realidad que configura el proceso de la muerte inminente en la sociedad actual: un paciente terminal con dolor físico y sufrimiento psíquico, una familia angustiada que no acaba de aceptar la situación y sufre por el ser querido y unos profesionales sanitarios educados para luchar contra la muerte. Todos ellos inmersos en una sociedad que parece no querer admitir el fracaso cuando la muerte se considera una realidad inminente.<sup>94</sup>

---

<sup>92</sup> SANZ ORTIZ, J., "Historia de los cuidados paliativos" *o. c.*

<sup>93</sup> SECPAL, "Estatutos", Art 3 en [http://www.secpal.com/secpal\\_estatutos-1](http://www.secpal.com/secpal_estatutos-1). Fecha consulta: 10/01/2016.

<sup>94</sup> CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA: Comité Episcopal para la Defensa de la Vida, *o. c.*, N° 33.

A los Cuidados Paliativos “se recurre cuando se comprende que el tratamiento terapéutico destinado a curar al paciente es ineficaz y que la enfermedad es definitivamente incurable. En ese caso, el objeto mismo de la terapia cambia: ya no es la enfermedad sino el dolor y otros síntomas muchas veces refractarios, los que los profesionales sanitarios tratan activamente de aliviar. Aunque no se pueda curar al paciente, no hay que renunciar a aliviar sus padecimientos”.<sup>95</sup>

Se trata de un cambio de actitud, de una nueva mentalidad en el profesional sanitario, que, manteniendo una asistencia activa, global y continuada al paciente y a su familia, no persigue la meta de su curación sino el proporcionar la máxima calidad de vida, el máximo bienestar posible, y la promoción de su dignidad y autonomía, sin intentar posponer ni adelantar su muerte. La filosofía de los Cuidados Paliativos se condensa en el viejo aforismo de *“si no puedes curar, alivia; y si no puedes aliviar, por lo menos consuela”*.

El objetivo asistencial para los enfermos en situación terminal será, como hemos dicho, conseguir la mejor calidad de vida humana, proporcionarles el máximo bienestar y confort para que puedan vivir el tiempo que les queda de vida con dignidad, con el menor sufrimiento posible y, sintiéndose seguros y acompañados. Para lograr este objetivo, la sociedad Española de Cuidados Paliativos recomienda que la terapéutica destinada a estos pacientes se base en:<sup>96</sup>

*1.- Atención integral, continuada e individualizada.* Ésta tiene que tener en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, dado que el sufrimiento del enfermo terminal está condicionado por múltiples causas y factores que inciden en todas estas dimensiones.

---

<sup>95</sup> SCHOOYANS, M., "Defender el don de la vida", (15/08/2011), se puede encontrar <http://www.vidahumana.org/eutanasia-y-suicidio/item/689-defender-el-don-de-la-vida>  
Fecha consulta: 11/11/2016.

<sup>96</sup> SANZ ORTIZ, J., GÓMEZ BATISTE, X., et al., *Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)*, Guías y Manuales del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid (1993) 10; Cfr. GOMEZ SANCHO, M., "Enfermedad terminal y Medicina Paliativa", o. c., Vol. I, 161; Cfr. CERDÁ-OLMEDO, G., "Al filo de la muerte: cuidados paliativos vs. Eutanasia", en TOMÁS GARRIDO, G. M. (coord.), *Manual de Bioética*, Ariel, Barcelona (2001) 452-457.

Para ofrecer esta atención integral se requiere la actuación de un Equipo interdisciplinar, en el que cada miembro desempeñe una función específica y bien definida. Sólo de esta manera se podrá hacer frente a todas las necesidades que estos pacientes presentan y que es preciso atender ya que, si se descuida alguna de ellas, el paciente puede no experimentar un auténtico alivio.

En esta atención, el primer objetivo del equipo debe ser conseguir un adecuado control de síntomas, tanto físicos como psicológicos, considerando que la interacción de ambos potencia la nocividad para la persona. El malestar emocional realza la percepción subjetiva del malestar físico, y el malestar físico repercute directamente en el estado emocional. Algunos de los síntomas físicos que producen más angustia y miedo a estos enfermos son el dolor y la disnea, y estos podrán ser controlados satisfactoriamente en la mayoría de los casos aplicando medidas paliativas; hoy día hay muy pocos dolores que no puedan ser suprimidos o al menos reducidos sustancialmente.<sup>97</sup> Otros síntomas, como la debilidad o la anorexia, no pueden ser eliminados, pero el enfermo se irá adaptando progresivamente a los mismos con la ayuda del equipo terapéutico y la familia.

Pero no basta con esto: *la atención integral debe abarcar el acompañamiento y la atención espiritual.*<sup>98</sup> Desde su origen, con el Movimiento Hospice, y en su desarrollo posterior se ha visto la necesidad de que en los Cuidados Paliativos se acompañe y atienda espiritualmente a los enfermos. Se podría afirmar que los *Cuidados Espirituales son la entraña de los Cuidados Paliativos.*<sup>99</sup> Forman parte de la competencia del profesional formado en Cuidados Paliativos, y ha sido necesario definirlos, desarrollar modelos de adaptación al proceso de morir, herramientas de exploración, de intervención y de acompañamiento de las necesidades espirituales.<sup>100</sup> Es necesario aclarar que, desde la óptica de los Cuidados Paliativos,

---

<sup>97</sup> Cfr. CERDÁ-OLMEDO, G., "Fundamentación de los Cuidados Paliativos. Aspectos actuales del tratamiento del dolor" en A.A.V.V., *Retos actuales de la Bioética*, Mainel, Valencia (2000) 41-18.

<sup>98</sup> Cfr. PUCHALSKI, C. et al. "La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: Informe de la Conferencia de Consenso". *Medicina Paliativa*, Vol. 18, N° 1, (2011) 20-40.

<sup>99</sup> BENITO, E. (Grupo de Espiritualidad de la SECPAL), "Los cuidados espirituales, entraña de los cuidados paliativos", *Medicina Paliativa*, Vol. 18, N° 1, (2011)1-3.

<sup>100</sup> BENITO E., BARBERO J., PAYÁS A., (edit.), *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta*, SECPAL, Arán Ediciones SL,

atención espiritual y atención religiosa no son sinónimas. “La religión es una forma de vehicular la espiritualidad, pero no debe considerarse que es la única. La atención espiritual se centra en intentar responder a cómo las personas buscan y expresan el significado y propósito de su vida y la forma en que viven esa conexión con ellos y con los demás. Y, la atención religiosa se encarga de cubrir las necesidades en materia de las creencias de cada uno, que actúan como una forma de vehicular esa necesidad espiritual”.<sup>101</sup>

“Los equipos de Cuidados Paliativos, desde la eficiencia y el respeto, tienen como un objetivo fundamental de su labor el favorecer una adaptación al proceso de morir que, disminuyendo las amenazas de la experiencia (dolor, soledad, miedo) y movilizándolo todos los recursos de la persona, permita una aproximación pacífica y serena a la muerte que, si él lo desea, pueda ser desde la aceptación”.<sup>102</sup>

La atención, *además de integral, debe ser continuada*. Tanto el enfermo, como la familia deben estar seguros de que en cualquier momento serán atendidos si lo necesitan. Esta necesidad de sentirse siempre sostenidos y atendidos se va agrandando conforme la enfermedad progresa y se acerca el momento de la muerte. No se puede ejercer una buena atención paliativa con horarios restringidos de 8 de la mañana a 3 de la tarde.

2.- *El enfermo y la familia son una unidad a tratar*. La familia, por ser el núcleo fundamental de apoyo al enfermo, necesita ser ayudada y sostenida. Ella será quien se preocupe de él hasta su muerte y después de ella, por ello es de especial importancia que ambos sean cuidados y atendidos.<sup>103</sup>

---

Madrid, (2008); SECPAL (Grupo de Espiritualidad), *Guía de Espiritualidad*, (2011) 37 en línea: <http://www.secpal.com>. Fecha consulta: 10/01/ 2017.

<sup>101</sup> Fuente: *Diario Medico* online (14/07/2014): “Abordaje psicosocial al final de la vida: mejor en equipo”, <http://www.diariomedico.com/2014/07/14/area-profesional/normativa/memora> Fecha consulta: 29/06/2015.

<sup>102</sup> BREITBART, W. S., “Acceptance of Death as a Goal of Palliative Care”, *Psycho-oncology*, Vol. 17, (2008) 132.

<sup>103</sup> Magdalena Sánchez, vicepresidenta de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) en mayo de 2005, declaró en una entrevista realizada por la revista Perfiles, que los equipos de Cuidados Paliativos dedican a los familiares entre el 50% y el 60% de los cuidados, porque su sufrimiento es muy intenso.

El instrumento básico que permitirá esta ayuda será el establecer una *relación franca y honesta entre el enfermo, la familia y el equipo terapéutico, basada en el apoyo emocional y la comunicación*. Sin ellos, no será posible alcanzar los objetivos previstos. Es necesario escuchar al enfermo y a su familia, contestar a todas sus preguntas con honestidad, sin mentir y sin quitar la esperanza, transmitiéndoles seguridad y confianza. Las personas que asisten al enfermo incurable deben demostrarle su empatía, que es la actitud de ponerse en el lugar del otro hasta sentirse capaz de comprenderle y anticiparse a las necesidades que exige su estado. Debe haber verdadera comunicación, es decir, intercambio de sentimientos y actitudes. Son muchos los expertos que entienden que el cuidado al enfermo terminal pasa por atender a la triada: enfermo-familia-profesionales. Existen diferentes protocolos de intervención para atender a cada parte de dicha triada; en concreto, cuando se habla de intervención en el paciente, se establecen protocolos destinados al cuidado/control de la ansiedad, tristeza, hostilidad, miedo, culpa, negación, retraimiento, entre otra sintomatología que puede aparecer.<sup>104</sup> Efectivamente se habla de ‘protocolos’, pero no hay que olvidar que la persona es única e irrepetible, es decir, que estos protocolos que no deja de ser ‘atención estandarizada’ deben pasar por el filtro de las características del enfermo, atender a su individualidad.

3.- *La promoción de la dignidad del enfermo y su autonomía tienen que regir las decisiones terapéuticas. Preservar la dignidad del enfermo.* Éste debe ser el principal objetivo del tratamiento y la atención que se presta a quien está enfermo y a punto de morir, pero sigue siendo un ser humano, una persona con una dignidad inviolable hasta el final de su vida por muy dependiente y depauperada que ésta sea.<sup>105</sup> Con la Medicina Paliativa se intenta evitar de todos los modos posibles que el enfermo se sienta infravalorado, reducido a un objeto de cuidado, o lo que es peor, a una carga. (Ya veíamos, como este factor está íntimamente relacionado con una mayor angustia psicológica, con la pérdida de la voluntad de

---

<sup>104</sup> ARRANZ, P., BARBERO, J., et al., *Intervenciones emocionales en cuidados paliativos*. Ariel Ciencias Médicas, Barcelona, (2009) 51-90.

<sup>105</sup> Cf. ZYLICZ, Z., “*Cuidados paliativos, hospicios y atención domiciliaria*”, en *Junto al enfermo incurable y al que muere: orientaciones éticas y operativas (Actas de la XIV Asamblea General de la Pontificia Academia Para la Vida)*, BAC, Madrid, (2009) 250.

vivir y la petición expresa de que se le facilite la eutanasia o el suicidio asistido). Es fundamental que el enfermo esté bien informado, que sea siempre consultado y escuchado a la hora de elaborar los objetivos terapéuticos, y que se respeten sus deseos. Necesita oír y sentir con gestos contundentes lo que la Dra. Cicely Saunders, pionera de la medicina paliativa, dictaba *“Usted importa por lo que usted es. Usted importa hasta el último momento de su vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para que muera de manera pacífica, sino también para que, mientras viva, lo haga con dignidad”*.<sup>106</sup>

4.- *Concepción terapéutica activa*. Ésta debe llevar a superar el "no hay nada que hacer", que demuestra una actitud negativa ante la situación y que, por otra parte, no es cierto. No se podrá curar la enfermedad, pero se pueden eliminar o aliviar los múltiples síntomas físicos que aparezcan, se puede acompañar, se puede consolar, se puede estar con él hasta el último momento haciéndole sentir que su vida, que él, es importante para nosotros.

5.- *Importancia del "ambiente"*. Una atmósfera de respeto, confort, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el alivio del sufrimiento. Para lograr este ambiente es necesario una organización flexible que permita el trabajo interdisciplinar y se adapte a la situación cambiante del enfermo y, que tanto la familia como los profesionales sanitarios tengan actitudes adecuadas que favorezcan el bienestar anímico y den confianza, y seguridad al enfermo. Es requisito indispensable el adoptar una actitud adecuada ante esta situación, a menudo límite para el propio enfermo, familia y equipo terapéutico.<sup>107</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, en todo el mundo, alrededor de 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos.<sup>108</sup>

---

<sup>106</sup> DU BOULAY, S., *Cicely Saunders*, Editorial Palabra (2011) 52; GARCÍA BAQUERO, M.T., «Atender a un ser humano al final de la vida es un privilegio», entrevista en la revista *Mundo Cristiano*, (abril 2011), p. 53.

<sup>107</sup> Cf. SECPAL, *Guía de Cuidados Paliativos: Objetivos bases de la terapéutica*, en [http://www.secpal.com/biblioteca\\_guia-cuidados-paliativos](http://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos) Fecha de consulta 12/02/2017.

<sup>108</sup> El *“Diario Medico”* online, el 22/06/2016, traía la noticia *“Paliativos: del estigma a la mejora de la calidad de vida”*: *“Aunque la sociedad relaciona directamente una unidad de cuidados paliativos con los últimos días o semanas de vida del paciente, lo cierto es que*



La Medicina Paliativa ha tenido un gran impulso en España en los últimos años. Según datos del Directorio de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)<sup>109</sup>, en el año 2015 había 280 recursos, de los cuales 88 no tenían algún requisito exigido por la SECPAL para su clasificación y 196 recursos que sí cumplían los criterios de la SECPAL. Estos últimos se distribuían en 114 Equipos Básicos de Cuidados Paliativos (CP), 14 Equipos Completos de CP, 32 Unidades Básicas de CP, 32 Unidades Completas de CP, 2 Equipos Básicos de CP pediátricos, 1 Equipo Completo de CP Pediátricos, 1 Hospice.<sup>110</sup>

A pesar de que el crecimiento ha sido exponencial en los últimos años sigue siendo insuficiente. “Entre las deficiencias importantes está la falta de cobertura, que los profesionales no cuenten con acreditación oficial, la escasa formación en las Facultades de Medicina y los pocos recursos que se destinan a los Cuidados Paliativos de los niños con enfermedades avanzadas. La atención especializada llega a menos del 50% de las personas que requieren Cuidados Paliativos, lo que

---

*mejoran la calidad de vida y ofrecen apoyo a las familias ante una enfermedad potencialmente mortal. La OMS estima que, en todo el mundo, alrededor de 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos”* <http://www.diariomedico.com/2016/08/22/area-profesional/entorno/paliativos-del-estigma-a-la-mejora-de-la-calidad-de-vida>. Fecha de consulta 29/06/2017.

<sup>109</sup> SECPAL, *Directorio de Recursos de Cuidados Paliativos en España 2015*, en [http://www.secpal.com/directorio\\_](http://www.secpal.com/directorio_) Fecha de consulta 12/02/2017.

<sup>110</sup> *Ibidem*, Criterios SECPAL: *Los Equipos Básicos* constan mínimo de dos profesionales sanitarios, un médico y una enfermera, con una suma de dedicaciones igual o mayor al 100% para cada uno de estos profesionales y una formación en CP de al menos un médico y una enfermera superior a 140 horas. *Los Equipos Completos* están formados por 4 profesionales: médico, enfermera, psicólogo y trabajador social, además la suma de las dedicaciones de los médicos y enfermeros es igual o mayor al 100% y la de psicólogos y trabajadores sociales es igual o mayor al 50%, y una formación en CP de al menos un médico y una enfermera superior a 140 horas, y una formación en CP superior a 40 horas para el psicólogo y el trabajador social. La *Unidad de Cuidados Paliativos* debe de tener, además de los requisitos exigidos al Equipo Completo de CP en dotación de profesionales y formación, un número mayor o igual de cuatro y estar considerada como tal dentro de la estructura de la organización. *Los equipos y unidades de CP pediátricos* tienen los mismos requisitos, pero además deben prestar atención a la población pediátrica. Un Hospice es un centro extra-hospitalario que dedica al menos el 50% de sus camas a enfermos en fase terminal y sus familias, se utiliza en casos en que la situación está muy avanzada o es ya terminal claramente”.

causa sufrimiento evitable al final de la vida a más de 50.000 pacientes. La deficiente cobertura afecta más al entorno rural que al urbano y existen desigualdades importantes en las diferentes comunidades autónomas”.<sup>111</sup> A lo anterior se añade el hecho de adolecer de una cobertura desigual en función del diagnóstico (los primeros Cuidados Paliativos se aplicaron a enfermos con cáncer, de hecho la AECC fue una de las impulsoras de los Cuidados Paliativos en España), pues a los Cuidados Paliativos recurren prácticamente sólo enfermos terminales de cáncer y no de otras patologías crónicas –como las cardiovasculares, el SIDA o las demencias- que son susceptibles de beneficiarse de esta atención.<sup>112</sup>

En el mes de mayo de 2017, en la Comunidad Autónoma de Murcia hay 15 Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD), 9 Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAH), y una Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos (UCPP).<sup>113</sup> Lamentablemente la mayoría son Equipos Básicos, según los criterios de la SECPAL, y algunos no llegan ni a eso pues están formados por un solo profesional. Todos tienen un horario restringido de 8 a 15 o 15,30 horas, menos la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos que tiene un horario de 8 a 21 horas.

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en su Recomendación 1418, afirma el derecho de los enfermos terminales a recibir Cuidados Paliativos integrales prohibiendo cualquier tipo de eutanasia. En este documento se aboga por la definición de los Cuidados Paliativos como un derecho subjetivo y una prestación más de la asistencia sanitaria, por lo que se insta a los Estados miembros, entre los que se encuentra España, a que tomen las medidas necesarias para que

---

<sup>111</sup> Según datos expuestos recientemente en un congreso mundial celebrado en Madrid. Noticia de la versión digital del diario *El País* del día 18/05/2017. [http://politica.elpais.com/politica/2017/05/18/actualidad/1495119406\\_092963.html](http://politica.elpais.com/politica/2017/05/18/actualidad/1495119406_092963.html)  
Fecha consulta: 30/05/2017.

<sup>112</sup> CUBEDO, R., “La dependencia de los enfermos terminales: cuidados profesionales y familiares” en *Panorama Social*, revista de la Fundación de las Cajas de Ahorros, (FUNCAS) N° 2, (2005), 72-85.

<sup>113</sup> Disponible en: [www.cuidarypaliar.es/directorio-de-profesionales](http://www.cuidarypaliar.es/directorio-de-profesionales) Aquí se puede tener acceso a cómo funcionan los Cuidados Paliativos en esta comunidad autónoma. De hecho, se puede ver la Coordinación Regional de Cuidados Paliativos, y quienes son las personas que trabajan en las distintas áreas de salud de la Región. Fecha consulta: 20/05/2017.

esto sea una realidad.<sup>114</sup> Es de esperar que en el futuro, con la aplicación de estas medidas, la Medicina Paliativa deje de ser un privilegio del que sólo se pueden beneficiar contadas personas, como ocurre en la actualidad y que cualquier persona pueda ser atendida humana y médicamente en el último momento de su vida con dignidad.<sup>115</sup>

---

<sup>114</sup> La Asamblea recomienda que el Comité de Ministros inste a los Estados miembros del Consejo de Europa a respetar y proteger la dignidad de los enfermos terminales o moribundos en todos los aspectos: A. Afirmando y protegiendo el derecho de los enfermos terminales o moribundos a los cuidados paliativos integrales, de modo que se adopten las medidas necesarias para: I. Asegurar que los cuidados paliativos son un derecho legal e individual en todos los Estados miembros. II. Proporcionar un acceso equitativo a los cuidados paliativos a todas las personas moribundas o en fase terminal. III. Garantizar que los familiares y amigos son animados a acompañar al enfermo terminal o moribundo y reciben un apoyo profesional en tal empeño. Si la familia y/o las asociaciones de cualquier tipo resultan ser insuficientes o limitadas, se deben facilitar métodos alternativos o complementarios de asistencia médica. IV. Contar con organizaciones y equipos de asistencia ambulatoria, que aseguren la asistencia paliativa a domicilio en los casos en que esté indicada. V. Asegurar la cooperación entre todas las personas y profesionales implicados en la asistencia del moribundo o la persona en fase terminal. VI. Garantizar el desarrollo y mejora de los estándares de calidad en los cuidados del enfermo terminal o moribundo. VII. Asegurar que la persona en fase terminal o moribunda recibirá un adecuado tratamiento del dolor (a menos que el interesado se niegue) y cuidados paliativos, incluso si tal tratamiento tiene como efecto secundario el acortamiento de la vida. VIII. Garantizar que los profesionales sanitarios reciben formación para proporcionar una asistencia médica, de enfermería y psicológica a cualquier enfermo terminal o moribundo, en el seno de un equipo coordinado y según los estándares más altos posibles. IX. Crear e impulsar centros de investigación, enseñanza y capacitación en los campos de la medicina y los cuidados paliativos, así como en tanatología interdisciplinar. X. Garantizar que al menos los grandes hospitales cuentan con unidades especializadas en cuidados paliativos y hospicios, en los que la medicina paliativa pueda desarrollarse como parte integral del tratamiento médico. XI. Asegurar que la medicina y los cuidados paliativos se asientan en la conciencia pública como un objetivo importante de la medicina.

<sup>115</sup> El 18 de diciembre del 2000, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el Plan Nacional de Cuidados Paliativos, Bases para su desarrollo y quedó el desarrollo de las medidas concretas en manos de las administraciones autonómicas. Este es uno de los motivos por el que hay un desarrollo tan irregular y existe tanta desigualdad en el acceso a los Cuidados Paliativos en función del lugar.

### 3.1.2.2 Eutanasia.

Otro punto de vista a la hora de intentar solucionar esta situación, la del enfermo terminal, es el de poner término deliberadamente y por “medios médicos” a los enfermos abocados irremediablemente a la muerte. Si la muerte está próxima ¿por qué debemos esperarla?, ¿no será mejor adelantarnos a ella?, ¿por qué no escapar del sufrimiento que conlleva la agonía? Si nos adelantamos a la muerte, si eliminamos “médicamente” a los moribundos, no sólo se les evita a ellos el sufrimiento que conlleva la última etapa de su vida, sino que la misma familia y la sociedad se verá liberada de atenderlos. Por lo tanto, no habría sufrimiento para ellos, ni para la familia, además del ahorro económico que supondría para las familias y el Estado no tener que cuidar de estos enfermos. Es la propuesta de los partidarios de la eutanasia.

Es importante aclarar antes de nada, que esta propuesta llamada eutanasia, aunque para su realización se valga de medios y personal médico, nunca puede ser considerada auténticamente un tratamiento o una actuación médica, ya que según el Código Deontológico Médico *“El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de un paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste.”*<sup>116</sup> La Asociación Médica Mundial (AMM), en su Declaración sobre la Enfermedad Terminal, adoptada por la 35ª asamblea mundial en Venecia (Italia) en octubre de 1983, y revisada por la asamblea general en Pilanesberg (Sudáfrica) en octubre de 2006 también *“condena como antiético tanto la eutanasia como el suicidio con ayuda médica”* y en sus principios indica literalmente:

“El deber del médico es curar cuando sea posible, aliviar el sufrimiento y proteger los intereses de sus pacientes. No habrá ninguna excepción a este principio, incluso en caso de una enfermedad incurable”. “En la atención de pacientes terminales, las principales responsabilidades del médico son ayudar al paciente a mantener una calidad de vida óptima a controlar los síntomas y satisfacer las necesidades psicológicas y permitir que el paciente muera con

---

<sup>116</sup> CONSEJO GENERAL DE LOS COLEGIOS MÉDICOS DE ESPAÑA, *Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica*, Madrid (2011) Art. 36. 3.

dignidad y tranquilidad...” Sin embargo, se prohíbe éticamente a los médicos ayudar a los pacientes de manera activa a suicidarse”.<sup>117</sup>

Actualmente, no deja de aumentar la presión pública por considerar la eutanasia una alternativa admisible para acabar con el sufrimiento en los enfermos terminales. Ya está despenalizada y regulada jurídicamente en varios países de nuestro entorno y está siendo estudiada repetidamente en otros, como ya se ha indicado. Aunque en nuestro país aún hoy es ilegal, cada día gana más aceptación social y es demandada por más personas, o por lo menos así nos lo presentan los medios de comunicación social. Es el tema habitual en películas a las que se les conceden premios de prestigio mundial,<sup>118</sup> es tratada en debates televisivos, en prensa y hasta en instituciones públicas. Por eso, se considera oportuno hacer una breve descripción de la historia de la misma pues nos ayudará a entender el contexto actual.

#### 3.1.2.2.1 Algunos apuntes históricos.

Recorriendo la historia podemos apreciar que la eutanasia no es un invento de la sociedad actual. En pueblos primitivos como los Battaki de Sumatra, en algunas tribus asiáticas y americanas y en la antigüedad grecorromana, dentro de la cultura occidental, era normal la práctica de la eutanasia. Con la llegada del cristianismo se produjo un profundo cambio en el pensamiento y las costumbres; y no será hasta el siglo XX, con el nazismo, cuando aparece de nuevo la práctica de la eutanasia en forma organizada (evidentemente, en este momento de la historia

---

<sup>117</sup> A.M.M., “Declaración sobre Enfermedad Terminal”, *Cuadernos de Bioética*, Vol. XXI, N° 2 (2010) 245-247.

<sup>118</sup> “*Mar Adentro* (2004)” de Alejandro Amenábar y “*Million Dollar Baby* (2004)” de Clint Eastwood, son dos ejemplos de películas que avalan la eutanasia y que han sido premiadas con bastantes galardones: “Oscars”, “Globos De Oro”, “Goyas”, etc...Y más recientemente, cada año suele aparecer alguna nueva película cuyo argumento es también la eutanasia o el suicidio asistido “*You don’t know Jack* (2010) “ o “*Hin und weg* (2014), “*The Farewell Party* (2014), “*Chronic: El último paciente* (2015)”, “*Antes de ti* (2016),...

no tenía la definición de la que provenía anteriormente a esta época, y por supuesto, no significaba lo mismo que las leyes actuales que la legitiman).<sup>119</sup>

Según algunos datos obtenidos del Proceso de Núremberg, del 1939 al 1941 fueron eliminadas más de 70.000 vidas denominadas "vidas humanas sin valor".<sup>120</sup> La brutal aplicación de la eutanasia en la época nazi convirtió esta palabra en un término tabú en los años de la posguerra. Pero pocos años después vuelve de nuevo y es a partir de los años setenta, del s. XX, cuando la discusión en torno de la eutanasia se hace más intensa.

En 1974, se publica en "*The Humanist*" el famoso "*Manifiesto en favor de la eutanasia*", suscrito por varios premios Nóbel y otras personalidades relevantes donde se declaran, por razones éticas, a favor de la eutanasia; afirman que el individuo tiene la libertad para decidir razonablemente su propia muerte y el derecho a morir con dignidad y hacen una llamada a la opinión pública 'iluminada' para que se superen los tabúes tradicionales y se facilite la muerte dulce y fácil a cuantos están aquejados de males incurables.<sup>121</sup>

En esta época se comienzan los primeros intentos de legalización de la eutanasia en los diferentes estados de Norteamérica (California), y en varios países europeos (Suiza, Inglaterra, Holanda), a lo que ayudan numerosas asociaciones surgidas por todo el mundo dedicadas a la difusión de la eutanasia y a provocar un cambio en las leyes a favor de esta práctica. La Federación Mundial de Sociedades para el Derecho a Morir es una red internacional que reagrupa a 38 organizaciones de 23 países.<sup>122</sup> En España existe la "Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente" que, entre sus objetivos, pretende la legalización de la eutanasia e intenta conseguir "la promoción del derecho de toda persona a disponer

---

<sup>119</sup> Ley para Prevención de las Enfermedades Hereditarias (1.933), Asesinato de los pacientes psiquiátricos (1.934), Ley para la Protección de la Sangre y de la Salud Genética (1.935), Obligación de declarar los recién nacidos con defectos psíquicos (1.939).

<sup>120</sup> TETTAMANZI, D., *o. c.*, 532.

<sup>121</sup> Este manifiesto es comentado por SGRECCIA, E., "Bioética, eutanasia y dignidad de la muerte", en *Manual de Bioética*, Vol. I, 4ª ed., BAC, Madrid (2014) 857-858; También por MELINA, L., "L' Eutanasia: il volto monstruoso di una falsa pieta" en *Corso di Bioetica*, Piemme, Casale Monferrato (1996) 207-209

<sup>122</sup> Su dirección es <http://www.worldrtd.net/> Fecha consulta: 14/06/2017.

con libertad de su cuerpo y de su vida y a elegir, libre y legalmente, el momento y los medios para finalizarla".<sup>123</sup>

Los medios de comunicación están contribuyendo enormemente a que la eutanasia sea vista cada vez con más naturalidad y mejor aceptada socialmente. Con bastante frecuencia aparecen noticias en las que 'piadosos' médicos y enfermeras dan muerte a pacientes ancianos y debilitados con la intención de ahorrarles sufrimientos,<sup>124</sup> o de casos dramáticos de personas jóvenes enfermas que desean morir, o a las que ya se les ha practicado la eutanasia, o se les ha ayudado a suicidarse.<sup>125</sup> El día 30 de noviembre del 2.000, un día después de que fuera legalizada por el Parlamento Holandés la práctica de la eutanasia en este país, la prensa española daba amplia noticia del caso así como las diferentes opiniones de políticos y personalidades públicas. También divulgaba los datos de una encuesta realizada en 1995 por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) sobre la opinión de los españoles sobre la eutanasia. Según esta encuesta, el 62% de los entrevistados contestó afirmativamente a la pregunta de si aceptaba el hecho de que un enfermo incurable tiene derecho a que los médicos pongan fin a su vida. Los más favorables a esta posibilidad eran los jóvenes entre 18 y 24 años y los de 25

---

<sup>123</sup> <https://www.eutanasia.ws/> Fecha consulta: 14/06/2017.

<sup>124</sup> En enero del 2001 es noticia el caso de un doctor inglés sospechoso de haber matado a 265 ancianos a lo largo de un cuarto de siglo. El 20 de febrero del mismo año es también noticia el caso de una enfermera húngara que se acusa de haber practicado la eutanasia a 40 ancianos incurables para ahorrarles sufrimientos.

<sup>125</sup> Son varios los casos que en España han sido ampliamente publicitados y han servido para reavivar el debate social sobre este tema. El primero y más conocido es el caso Ramón Sampederro que en el año 1998 ingirió una dosis mortal de cianuro con una pastilla después de vivir 25 años tetrapléjico y que ha servido como tema de la película "Mar adentro", pero también en 2006 el de Jorge León al que se encontró muerto después de que alguien respondiendo a su petición lo desconectara del respirador del que dependía para vivir, y en 2007 el caso de Madeleine y el de Inmaculada Echevarría, dos personas a las que también se les practicó la eutanasia voluntaria, una de forma anónima y la otra públicamente (aunque para que salvara los escollos legales la enmascararon como "un rechazo de tratamiento", un derecho reconocido en la ley española de autonomía del paciente). O el caso de Andrea, la niña de 12 años con una grave enfermedad degenerativa que había empeorado y que en 2015 sus padres solicitaron al equipo médico le retirara la sonda por la que se alimentaba. Detrás de todos ellos está la ya nombrada "Asociación Derecho a Morir dignamente".

a 34 con un 70% y un 73% respectivamente. El rechazo mayor se produjo en las personas mayores de 65 años donde sólo el 35% de la población era favorable a la eutanasia.<sup>126</sup>

El periódico *El Mundo*, el día 26 de abril del 2001, informaba de los diferentes sitios que ofrece Internet para conseguir información sobre temas relacionados con la eutanasia. Entre ellos, hay algunos que ofrecen amplia bibliografía sobre cómo suicidarse y otros venden copias en formato digital del libro *Final Exit*,<sup>127</sup> acompañadas de versiones en video. Otras páginas de la red llegan incluso más lejos, pues ofrecen demostraciones de un sistema simple con el que autoadministrarse una inyección letal.

#### 3.1.2.2.2 Situación actual.

En los últimos 15 años varios países, Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Canadá y varios estados de EEUU (Oregón, Washington, Montana, Vermont y California, han despenalizado o legalizado la práctica de la eutanasia o su modalidad de suicidio médicamente asistido.

Holanda fue el primer país en legalizarla. El 10 de abril del 2001, su senado dio el visto bueno a una ley aprobada con anterioridad por el congreso en noviembre del 2000: "*Ley de verificación de la terminación de la vida a petición y suicidio asistido*". Esta ley que entró en vigor en abril del 2002 despenaliza la eutanasia activa y el suicidio asistido en determinadas condiciones: que el enfermo padezca una enfermedad grave que le ocasione sufrimientos físicos o psíquicos

---

<sup>126</sup> Datos tomados de los periódicos *La Razón* y *El Mundo*, el día 30 de noviembre del 2000; Catorce años más tarde, en mayo del 2009, de nuevo el CIS volvió a hacer otro estudio titulado "Atención a pacientes con enfermedades en fase terminal", en el que a la pregunta "Cuando una persona tiene una enfermedad en fase terminal, que le causa grandes sufrimientos y que le causará la muerte en poco tiempo, ¿cree Ud. que la ley debería permitir que los médicos pudieran poner fin a su vida y a sus sufrimientos, si esta persona lo solicita libremente? El 63% contestó: Sí, con toda seguridad y el 17.2 % contestó: Creo que sí, pero no estoy totalmente seguro/a. Los porcentajes en jóvenes de 18 a 24 años que dieron esas respuestas fue de un 69,7% y un 15,1% respectivamente, y en personas de 65 y más años fue de 48,4 y 19% respectivamente. Estudio CIS 2803. [http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1\\_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=9982](http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=9982). Fecha consulta: 8/01/2014.

<sup>127</sup> Libro escrito por el doctor Derek Humphrey, que explica cómo suicidarse y del que se han vendido más de un millón de ejemplares en todo el mundo.



insoportables; que sea solicitada de forma consciente por el enfermo (se admiten las declaraciones previas en el caso de que el paciente no pueda formular su petición por encontrarse inconsciente o haber perdido sus facultades mentales); que el permiso se obtenga con la opinión de un segundo médico; que se realice de manera médica apropiada. Los menores entre 16 y 18 años pueden acogerse a esta ley sin el permiso de sus padres y los que tienen entre 12 y 16 sólo necesitan el permiso de uno de sus progenitores. La ley da también a los médicos el derecho de actuar con discreción cuando los pacientes se hallan demasiado enfermos física o mentalmente para decidir por sí mismos.

Esta ley no suponía algo novedoso, tan sólo venía a formalizar una práctica seguida con discreción en los hospitales y hogares holandeses desde hacía décadas. En el informe Remmelink<sup>128</sup> de 1991, que recogía los resultados de una investigación llevada a cabo por el Gobierno para conocer cuál era la magnitud de la práctica de la eutanasia en ese país, se mostraban los siguientes datos referidos a 1990: 2.700 muertos por eutanasia voluntaria o suicidio asistido, 1.000 casos de eutanasia sin consentimiento, 6.900 pacientes a los que se les interrumpió el tratamiento que recibían con intención de acortar su vida, y 4.800 a los que se les aumentó la dosis de analgésicos hasta niveles letales con idéntica intención. Además de todos estos casos, sólo 454 fueron notificados a las autoridades y el resto fueron tratados como casos de muerte natural pues el informe reconocía que casi un 90% de los médicos no declaraban las eutanasias que realizaban.

Tras los datos de este informe, en 1993 se reguló por primera vez la eutanasia activa mediante una ley que, aunque seguía considerando a la eutanasia un delito, admitía una especie de eximente de responsabilidad penal, verificada por los jueces *a posteriori*, para los médicos que practicaran la eutanasia en condiciones semejantes a la ley actual.<sup>129</sup> Aunque el facultativo estaba obligado a informar al

---

<sup>128</sup> VAN DER MAAS, P.J., VAN DELDEN, J.J.M. Y PIJNENBORG, L., "Euthanasia and Others Medical Decisions Concerning the End of Life" en *Lancet* 338 (1991) 669-674.

<sup>129</sup> Un artículo de *The New England Journal of Medicine* (28-XI-96) recoge un informe para evaluar la aplicación de la legislación de 1.993 sobre la eutanasia. La comparación del informe Remmelink de 1.990 y el de 1996 daba como resultado que la eutanasia en sentido estricto (a petición del paciente) habían pasado en estos 6 años de 2300 a 3120, que la cooperación médica al suicidio también había aumentado pasando de 400 a 540 y se seguían manteniendo en 1000 los casos en los que se acababa con la vida de pacientes que no podían

ministerio fiscal, en un informe del ministerio de sanidad hecho unos años después se constataba que el 60 % de los médicos que practicaba la eutanasia seguía sin ponerlo en conocimiento de las autoridades, por temor a ser tratados como criminales. Por lo que en 1998 se crearon cinco comisiones regionales de expertos, formadas por un médico, un jurista y un especialista en ética, para estudiar los casos y juzgar si se respetaban los requisitos. En el año 1998 se comunicaron a estas comisiones 2.565 casos y 2.123 en el año 2000, aunque se sabe que el número real fue mayor dado que muchos casos seguían sin ser declarados por temor a ser penalizados.

Con la ley aprobada en el 2001, las recomendaciones adoptadas por el parlamento holandés en 1993 se convirtieron en requisitos legalmente obligatorios que eximen de responsabilidad criminal al delito de eutanasia y suicidio asistido. Los médicos están obligados a informar con celeridad a una de las cinco comisiones regionales y, siempre que se cumplan los requisitos, no se considera un delito la eutanasia. En aquellos casos en que las comisiones juzguen que no se han respetado los requisitos, informarán al Ministerio Fiscal, para su estudio y posible castigo. Es entonces el Ministerio Fiscal el que deberá probar que el médico no cumplió los requisitos para poder iniciar una causa legal. Las penas a las que se pueden enfrentar los médicos son de hasta doce años de cárcel, si han participado activamente, y de tres, si se han limitado a proporcionar al enfermo los medios para que se quite la vida.

En los 16 años transcurridos desde su entrada en vigor es difícil conocer con exactitud la magnitud de la práctica de la eutanasia en este país, ya que los únicos datos que se pueden contabilizar con precisión son los notificados por los médicos y se sabe que no todos los notifican. Según estos informes<sup>130</sup> el número de eutanasias y cooperaciones médicas al suicidio no ha parado de aumentar cada año,

---

expresar su voluntad. En VAN DER MAAS, P.J. et al, "Euthanasia, Physician-Assisted Suicide, and Other Medical Practices Involving the End of Life in the Netherlands, 1990–1995", *N Engl J Med*, 335, (1996) 1699-1705.

<sup>130</sup> Los datos que se dan a continuación se han obtenido directamente de los Informes Anuales sobre eutanasia que hace públicos "De Regionale Toetsingscommissies Euthanasie" (Los comités regionales de examen de la eutanasia) y se pueden consultar en: <https://www.euthanasiecommissie.nl> Fecha consulta: 28/01/2017.

se ha casi quintuplicado, pasando de 1.882 eutanasias practicadas en 2002 a 5.516 en el 2015.

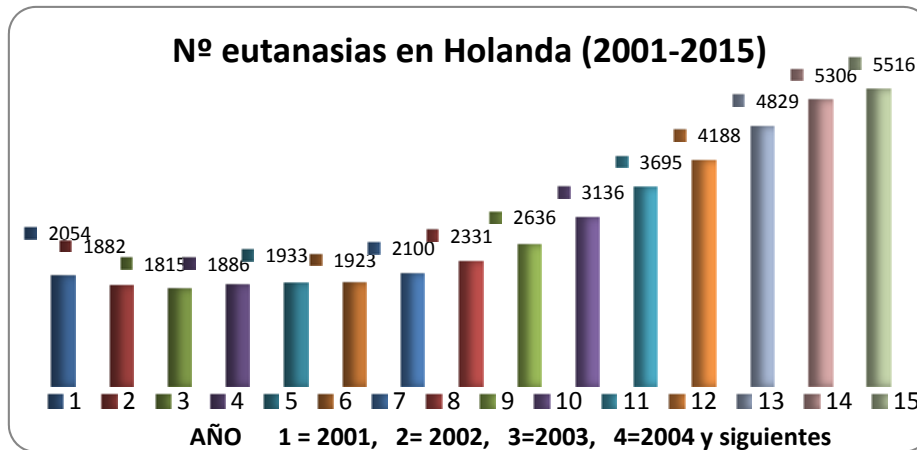


Gráfico I. Nº eutanasias en Holanda (2001-2015)<sup>131</sup>

El número de eutanasias practicadas los primeros años de la entrada en vigor de la ley (2002) resultaban inferiores a los que se realizaban antes de ella. Se achacó a que los médicos no cumplían con la notificación del procedimiento que era un requisito legal. En el año 2005 se realizó un estudio encargado por la ministra de sanidad holandesa que hizo también un llamamiento al profesionalismo de los médicos. Este estudio<sup>132</sup> sacó a la luz de que aunque el número de eutanasias era menor que las realizadas antes de que entrara en vigor la ley, se había producido un aumento significativo en el número de sedaciones terminales paliativas con retirada de líquidos, que pasaron de 8.500 a 9.600 en el mismo periodo. Las sedaciones terminales paliativas no se consideran eutanasia, sino un acto médico, y los médicos no tienen el deber de declararlo al Ministerio Fiscal.

La ley se ha incumplido no sólo en el hecho de no notificar todos los casos sino también en el cumplimiento de los otros requisitos: en la aplicación a pacientes

<sup>131</sup> Gráfico de elaboración propia en base a los datos extraídos de los informes anuales que sobre la práctica de la eutanasia hacen públicos “Los comités regionales de examen de la eutanasia”: “*De Regionale Toetsingscommissies Euthanasie*” y se pueden consultar en: <https://www.euthanasiacommissie.nl> Fecha consulta: 28/01/2017.

<sup>132</sup> VAN DER HEIDE, A. ET AL, “End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act”, *NEJM* Vol. 356, N° 19, (2007) 1957-1965.

que no la han pedido, en eutanasias practicadas a bebés y niños... En relación a la «eutanasia neonatal», el control social es prácticamente nulo ya que los médicos no las denuncian y sólo se ha notificado una media de 3 casos anuales entre 1997 y 2004. Sin embargo, en 2001, a unos 100 bebés de los 1.088 niños que murieron con menos de un año, los médicos les suministraron fármacos para acelerar la muerte. Se calcula que entre 20 y 100 bebés con malformaciones congénitas o con minusvalías son “eutanasiados” cada año. En septiembre del 2004 la *Academisch Ziekenhuis* de Groningen realizó un protocolo con el Ministerio de Justicia para acortar la vida de los pacientes que no lleguen a los 12 años de edad. En diciembre del 2005, como complemento a la ley de eutanasia del 2001 el ejecutivo holandés estableció una comisión para regular la práctica de la eutanasia a recién nacidos con graves sufrimientos, así como los abortos terapéuticos a partir de la 24 semana<sup>133</sup>.

El 21/11/2011, la KNMG (La Real Asociación Médica de Holanda) publicó unas nuevas directrices para la interpretación de la Ley de la Eutanasia del 2002, en el que incluyeron “las enfermedades mentales y psicosociales”, tales como “la pérdida de la función, la soledad y la pérdida de la autonomía”, como criterios aceptables para la eutanasia. Estos nuevos lineamientos se recogen en un documento que lleva por título “El papel del médico en la terminación voluntaria de la vida”.<sup>134</sup> Con estas nuevas directrices a los médicos se les permite vincular la falta de “habilidades sociales, de recursos financieros y de una red social” de un paciente con “un sufrimiento insoportable y permanente”, y se abrió el acceso a la eutanasia basándose en factores “psicosociales” y no tan sólo en una enfermedad terminal.

“Desde que se empezó a regularizar la eutanasia, 20 años antes de que se legalizara, los médicos holandeses han pasado de aplicar la eutanasia a los enfermos terminales que la solicitan, a los enfermos crónicos que la solicitan, a las personas con discapacidad que la solicitan, a los mentalmente angustiados que la

---

<sup>133</sup> Noticia del *Diario Médico* (01-12-2005).

<sup>134</sup> Royal Dutch Medical Association. (2011). *The role of the physician in the voluntary termination of life*.

piden, a los niños y bebés con graves sufrimientos, y a personas mayores vulnerables y marginadas que se han cansado de vivir".<sup>135</sup>

Hay razones más que suficientes para afirmar que la teoría de la pendiente Resbaladiza<sup>136</sup> no es una ilusión, sino una realidad, al menos en la sociedad holandesa.<sup>137</sup> a) El aumento anual e imparable de eutanasias y suicidios asistidos practicados; b) La ampliación sucesiva de supuestos que por provocar un sufrimiento insoportable y duradero la justifican; c) El incumplimiento de los requisitos legales por parte de muchos médicos que no notifican los casos; d) El hecho de que la eutanasia se aplique también a personas que no la han solicitado y e) La ampliación de la ley a niños y recién nacidos.

Bélgica es el segundo país europeo que también legalizó la eutanasia el 16 de mayo del 2002. Como en Holanda, la legalización vino precedida en los años anteriores por debates en las cámaras legislativas. En 1997 se comenzó el debate en el senado a partir de dos proposiciones favorables hechas por el Comité Consultivo de Bioética en 1997 y, posteriormente, en 1999. Desde 1999 las comisiones de Justicia y de Asuntos Sociales empezaron a estudiar y debatir diferentes propuestas de leyes de eutanasia y problemas relacionados.<sup>138</sup> Fruto de estos estudios es la "*Ley relativa a la eutanasia*" aprobada en mayo del 2002 en la que se legalizó esta

---

<sup>135</sup> El 14/10/2016, en el *Periódico de Aragón, versión on-line*, se publicaba la noticia de que "Holanda se plantea la eutanasia para ancianos cansados de vivir", [http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/sociedad/holanda-plantea-eutanasia-ancianos-cansados-vivir\\_1149710.html](http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/sociedad/holanda-plantea-eutanasia-ancianos-cansados-vivir_1149710.html) Fecha consulta: 18/06/2017.

<sup>136</sup> SECPAL, "Declaración sobre la Eutanasia": La teoría de la pendiente resbaladiza es un clásico argumento consecuencialista que se ha aplicado a la eutanasia para deducir que una vez legalizada en casos de solicitud voluntaria, el clima social conduce a los médicos y a los familiares a deslizarse hacia su aplicación en casos de enfermos inconscientes o incapaces que no han expresado su autorización.

<sup>137</sup> Cfr. ORTEGA, I., "La pendiente resbaladiza. ¿Ilusión o realidad?", *Annales Theologici* 17 (2003) 77-124; Cfr. VEGA GUTIERREZ, J. e ORTEGA, I., "La pendiente resbaladiza en la eutanasia en Holanda", *Cuadernos de Bioética*, Vol. 18, N° 62, (2007) 94-98.

<sup>138</sup> En este país, según un estudio publicado en el diario médico británico *The Lancet* en 2001, más del 3% de pacientes fallecían a causa de una inyección letal sin autorización del enfermo y un 1,3 % de las muertes adicionales se debía a eutanasia pedida explícitamente por el paciente. Un 38% de los médicos belgas, en su mayoría de medicina general, admitía haber practicado la eutanasia activa a petición de algún paciente o familiar de enfermo terminal.

práctica bajo las siguientes condiciones: el paciente debe estar en una situación médica sin salida y encontrarse en una situación física y psíquica insufrible, constante e inaceptable; los médicos deben llegar a la convicción de que el paciente, en plenas facultades mentales y sin presiones externas, desea la eutanasia y de que no existe otra solución posible para paliar su sufrimiento; un segundo médico deberá certificar que se cumplen las condiciones y, en el caso de que el paciente no se encuentre en un estado terminal, es necesario que un tercer facultativo la autorice. Entre la demanda del paciente y la ejecución de la eutanasia debe pasar un mes y, una vez realizada, y antes de que pasen cuatro días, el médico debe notificarla a un comité de expertos que dictaminará si se ha cumplido o no la ley.

A diferencia de la ley holandesa no legaliza el suicidio asistido, sólo la eutanasia. Tampoco contemplaba la eutanasia a menores de edad pero en 2014 hubo una ampliación de la ley y Bélgica se convirtió en el primer país del mundo en legalizar la eutanasia para adolescentes y niños sin límite de edad.<sup>139</sup>

Un estudio realizado a lo largo de estos años en Bélgica, monitorizando la evolución de las prácticas médicas al final de la vida mediante encuestas realizadas a los médicos en los años 1998, 2001, 2007 y 2013, publicado en 2015,<sup>140</sup> indica que, después de 11 años de experiencia, la eutanasia se considera cada vez más como una opción válida al final de la vida en Bélgica. El resumen de los resultados de este estudio se puede ver en la siguiente tabla, en la que se puede observar cómo la tasa de eutanasia aumentó significativamente entre 2007 y 2013, de 1,9 a 4,6% de las muertes, y que hubo un aumento general en la tasa de muerte asistidas por el médico de 3,8 en 2007 a 6,3 en 2013.

---

<sup>139</sup> "Bélgica legaliza la eutanasia en menores", el 13/02/2014, periódico "El mundo": "<http://www.elmundo.es/internacional/2014/02/13/52fd034d22601d70448b4580.html>.

<sup>140</sup> CHAMBAERE, K., VANDER STICHELE, R et al. "Recent trends in euthanasia and other end-of-life practices in Belgium", *New England Journal of Medicine*, Vol. 372, N° 12, (2015) 1179-1181.

Tabla 0. Eutanasia en Bélgica. (1998-2013)

	1998	2001	2007	2013
Solicitudes de eutanasia	57.4 (41.0–72.4)		56.3 (41.0–72.4)	76.8 (71.2–81.6)
Solicitudes de eutanasia aprobadas	2.1 (1.6–2.9)		3.5 (3.0–4.1)	6.0 (5.3–6.7)
Muerte asistida por médico	4.4 (3.5–5.5)	1.8 (1.4–2.4)	3.8 (3.2–4.5)	6.3 (5.6–7.1)
Eutanasias	1.1 (0.7–1.7)	0.3 (0.2–0.5)	1.9 (1.6–2.3)	4.6 (4.0–5.2)
Suicidios Asistidos (no son legales)	0.12 (0.04–0.36)	0.01 (0.00–0.10)	0.07 (0.02–0.19)	0.05 (0.02–0.13)
Sedación profunda hasta morir		8.2 (7.1–9.4)	14.5 (13.1–15.9)	12.0 (10.9–13.2)

Los autores relacionan el aumento global de solicitudes aprobadas (de 3,5 a 6,0% de las muertes) con el aumento en el número de solicitudes recibidas (de 56,3 a 76,8%). Por primera vez, en el 2013 la tasa de eutanasia en la región flamenca de Bélgica fue significativamente superior a la de los Países Bajos (2,8% en 2010).

Desde la puesta en vigor de la ley, las cifras han ido aumentando paulatinamente y durante el año 2015 han sido un total de 2.023 personas las que han muerto por eutanasia en Bélgica, según un estudio que relaciona la donación de órganos para trasplante con la práctica de la eutanasia.<sup>141</sup> También han saltado a la prensa varios casos en los que se ha abierto la puerta a la muerte medicamente asistida a personas que sin tener enfermedades terminales, padecían un

<sup>141</sup> BOLLEN J., et al, "Potential Number of Organ Donors After Euthanasia in Belgium". JAMA. Vol. 317, N° 14, (2017) 1476-1477. Este artículo se basa en un estudio realizado para calcular cuántos de los fallecidos por eutanasia podría haber sido donante de órganos. Se calculó que aproximadamente el 10% de ellos, 204, podrían haber sido perfectamente donantes de órganos y haber conseguido 684 órganos sanos. En realidad sólo hubieron 43 donantes, por lo que, desde su mentalidad "eficientista" y favorable a la eutanasia, abogan por incentivar a la población mediante mensajes como "que donar órganos puede proporcionar consuelo al donante y su familia", "donar órganos es donar vida", con las implicaciones bioéticas que esto puede tener, pues de este modo se instiga emocionalmente al suicidio, sobre todo en personas que se sienten subestimadas y deprimidas y que tal vez sienten que son un peso para sus seres queridos.

sufrimiento insoportable y duradero por diferentes circunstancias: “Unos gemelos belgas sordos recurren a la eutanasia tras diagnosticarles una enfermedad ocular degenerativa”,<sup>142</sup> “Un transexual elige morir por eutanasia al verse como 'un monstruo' tras la operación”<sup>143</sup>... Como en su país vecino, Holanda, parece confirmarse la teoría de la pendiente resbaladiza por los mismos motivos.

Suiza es otro país europeo que tiene legalizado el suicidio asistido, aunque mantiene prohibida la eutanasia activa. Según el Art. 115 del Código Penal suizo, “si no hay motivos egoístas, la aplicación del suicidio asistido es legal”, incluso administrado por personas que no pertenecen a la profesión médica.<sup>144</sup> La organización *Exit sólo* acepta peticiones de suizos o residentes en Suiza mientras que *Dignitas* acepta peticiones de suicidio asistido de personas de todo el mundo, por lo que muchos enfermos terminales extranjeros viajan a Suiza para suicidarse. En un estudio retrospectivo realizado sobre los suicidios asistidos practicados a personas extranjeras entre los años 2008 a 2012 en Zúrich, se hallaron 611 casos de 31 países de todo el mundo, y se encontró que habían aumentado paulatinamente las condiciones no terminales como las enfermedades neurológicas y reumáticas.<sup>145</sup>

Luxemburgo, reguló también la eutanasia el día 16 de marzo de 2009. Su originalidad es que en la misma ley se regulan también las directivas anticipadas, los Cuidados Paliativos y la Asistencia al Suicidio. El contenido respecto a la eutanasia es similar al de la ley holandesa y belga.

En el Reino Unido la eutanasia sigue siendo ilegal a pesar de que en los últimos 10 años se han hecho varios intentos de legalizarla, presentando a las

---

<sup>142</sup> Noticia del día 15/1/2013 en el periódico “ABC”, versión online: <http://www.abc.es/sociedad/20130115/abci-gemelos-belgas-eutanasia-201301151849.ht> Fecha consulta: 18/06/2017.

<sup>143</sup> Noticia del día 2/10/2013 en el periódico “El mundo”, versión online: <http://www.elmundo.es/elmundo/2013/10/02/internacional/1380733270.html> Fecha Consulta: 18/06/2017.

<sup>144</sup> Según una noticia de *El País* (20-12-2005), el suicidio asistido se empezó a aplicar también en hospitales suizos pues hasta entonces éste se ofrecía sólo por dos asociaciones: *Dignitas* (Zúrich) y *Exit* (Ginebra). Aproximadamente mueren 200 personas al año por esta forma de eutanasia.

<sup>145</sup> GAUTHIER, S., MAUSBACH, J., et al, “Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon”, *Journal of Medical Ethics*, Vol. 41 (2015) 611-617 Fecha Consulta: 18/06/2017.



cámaras legislativas varias propuestas de legalización, el último en septiembre de 2015. Sin embargo, en diferentes ocasiones la justicia ha autorizado a algunos médicos a abreviar la vida de enfermos mantenidos en vida artificialmente. En junio de 2017 está siendo noticia el caso de un bebe de 10 meses diagnosticado de una enfermedad neurológica en fase terminal que el equipo médico del Hospital Great Ormond Street de Londres quiere desconectar del soporte vital, contra la voluntad de los padres, pero con el fallo favorable del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y de los juzgados británicos, donde los padres habían apelado.

En Francia, en abril del 2005, su parlamento aprobó *“La ley sobre el fin de la vida”*, que permite al enfermo terminal rechazar tratamientos considerados ya inútiles y dejar que llegue la muerte, pero no despenalizó la eutanasia<sup>146</sup> y el 27 de enero de 2016 aprobó una nueva «ley de final de la vida» que permite la sedación profunda para evitar el sufrimiento en enfermos terminales, pero que prohíbe la ayuda activa para morir a través de la eutanasia o del suicidio asistido.<sup>147</sup>

Señalar, que en abril del 2005 la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, tras analizar las experiencias belga y holandesa, rechazó por amplia mayoría un proyecto de resolución que proponía legalizar la eutanasia en el continente europeo. Este proyecto fue presentado por la comisión de Asuntos Sociales, Sanitarios y Familiares ante el cambio de situación legal y social de la eutanasia en varios países europeos, pero fue rechazado.<sup>148</sup> Posteriormente en su sesión del 25 de enero de 2012, aprobó la resolución 1859 (2012) con el título de: *Proteger los derechos y la dignidad humana en consideración a los deseos previamente expresados por los pacientes*.<sup>149</sup> De acuerdo con esta resolución «la eutanasia, en el Sentido de la muerte intencional, por acción u omisión, de un ser

---

<sup>146</sup> FRANCISCO JOSÉ, “Francia: se aprueba la ley sobre el fin de la vida. Permite al enfermo terminal rechazar tratamientos y no despenaliza la eutanasia” en <http://www.bioeticaweb.com> Fecha Consulta: 20/07/2007.

<sup>147</sup> Diario *ABC* online (27/01/2016): “Francia cierra la puerta a la eutanasia y aprueba la sedación terminal” en <http://www.abc.es/sociedad/> Fecha Consulta: 18/06/2017.

<sup>148</sup> El proyecto de resolución y el dictamen se pueden encontrar en las páginas de la Asamblea Parlamentaria del CE en <http://assembly.coe.int> buscando por los números de documentos 10455 y 10495- Fecha consulta: 18/06/2017.

<sup>149</sup> Assembly debate on 25 January 2012 (6th Sitting) (see Doc. 12804, report of the Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development, rapporteur: Mr Xuclà i Costa). Text adopted by the Assembly on 25 January 2012 (6th Sitting).

humano, en función de su presunto beneficio, debe ser prohibida siempre». Esta decisión ratificó, por tanto, la del 25 de abril de 2005 y se mantiene vigente la Recomendación 1418 adoptada en 1999 que defiende que la eutanasia contraviene la Convención Europea de los Derechos Humanos.

En Quebec (provincia autónoma de Canadá), el 5 de junio de 2014, su Asamblea Nacional aprobó, tras cuatro años de debate, la *Ley sobre Cuidados al Final de la Vida*, que incluye la posibilidad de recurrir a la eutanasia<sup>150</sup> si se cumplen unas condiciones similares a las leyes anteriores de Holanda y Bélgica. Es la primera ley sobre eutanasia del continente americano. Dos años más tarde, el 17 de junio de 2016, el senado de Toronto (Canadá) aprobó también modificaciones en su Código Penal y legalizó la eutanasia: la ayuda médica para morir a los enfermos terminales.<sup>151</sup>

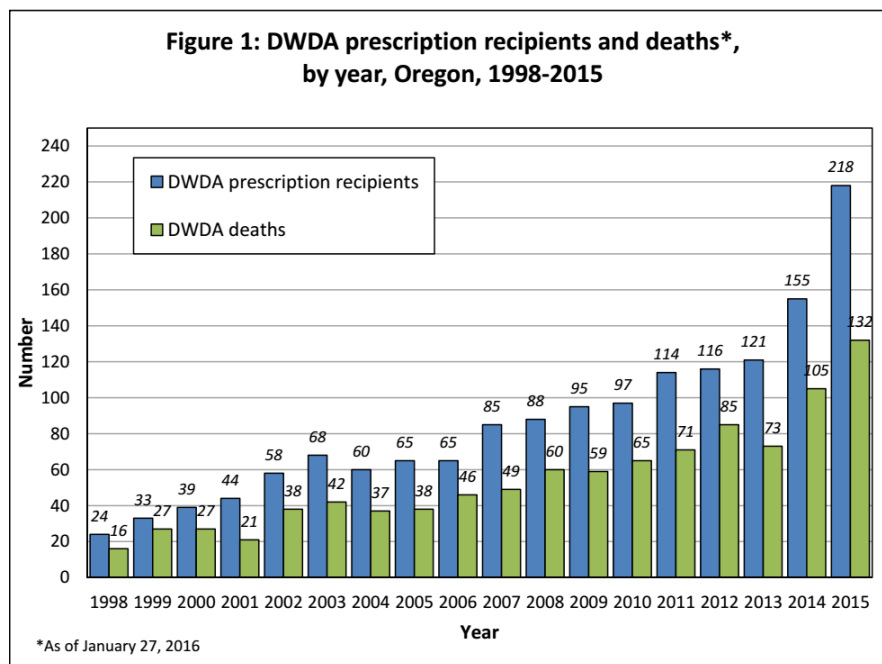
En Estados Unidos, la eutanasia, entendida como la administración de una inyección letal por el médico, es ilegal, pero en cinco estados es legal la ayuda médica al suicidio: el médico proporciona la medicación y el enfermo se la toma en el momento y lugar que elija. El primer estado en aprobarlo fue Oregón que en 1997 aprobó, por referéndum, la ley sobre suicidio asistido: la *“Oregon’s Death With Dignity Act”*, por la que los médicos pueden recetar fármacos letales a enfermos terminales que han pedido reiteradamente morir. Para ello es necesario que el médico compruebe que el enfermo tiene buena salud mental, sabe lo que pide y lo quiere realmente, por lo que exigen que se realicen pruebas orales con 15 días de diferencia y, además, la esperanza de vida del enfermo debe ser de seis meses o menos y tiene que tener 18 años o más. Según el último informe de febrero de 2016<sup>que</sup> recoge las estadísticas del año 2015 y resume las de los 17 años anteriores, en 2015 murieron 132 personas a causa de medicamentos letales recetados por el médico, aunque se habían prescrito los medicamentos a 218 enfermos; de las 83 personas que no murieron por la ingestión letal de medicamentos, 50 murieron por otra causa y de los 33 restantes no se sabe con certeza si han muerto o no, porque no han seguido el protocolo informativo. Desde que entró en vigor la ley en 1997

---

<sup>150</sup> <http://nmnoticias.ca/130259/eutanasia-quebec-aprobacion-ley-cuidados-fin-vida-bill-52/> (05/06/2014) Fecha Consulta: 18/06/2017.

<sup>151</sup> Noticia del diario ABC (17/06/2016), <http://www.abc.com.py/internacionales/en-canada-aprueban-ley-que-aprueba-y-regula-la-eutanasia-1490742.html> Fecha consulta: 18/06/2017.

han muerto por suicidio asistido 997 pacientes y ha habido 1.545 prescripciones letales por médicos, lo que significa que algunos pacientes cambiaron de opinión y no se suicidaron.<sup>152</sup> El siguiente gráfico está extraído del informe de 2015.<sup>153</sup>



**Gráfico II. N° Suicidios Asistidos en Oregon (1998-2015)\***

En marzo del 2009 se aprobó en el estado de Washington también la muerte asistida por el médico<sup>154</sup> mediante la cual, adultos competentes, residentes en Washington, con expectativa de vida de seis meses o menos, pueden pedir a su médico la prescripción de una medicación letal para su auto-administración. Es una ley similar a la de Oregon. La Corte Suprema de Montana decidió también el 31 de diciembre de 2009 que la muerte asistida por el médico fuera legal en su estado, en

<sup>152</sup> Cfr. VEGA GUTIERREZ, J., "La práctica del suicidio asistido e Oregon y la pendiente resbaladiza", *Cuadernos de Bioética*. Vol. 18, N° 62, (2007) 55-70.

<sup>153</sup>\* "Oregon Death with Dignity act: 2015 Data Summary" en <http://www.oregon.gov/oha/ph/providerpartnerresources/evaluationresearch/deathwithdignityact/Document/year18.pdf>. Fecha consulta: 18/06/2017.

<sup>154</sup> CASTRO, Mariana Parreiras Reis de et al. "Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática". *Rev. Bioét.*, Brasilia, v. 24, n. 2, (2016) 355-367, en <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242136>, Fecha consulta: 18/06/2017.

las mismas condiciones que en los anteriores. Vermont, también legalizó el suicidio asistido el 20 de mayo de 2013 para pacientes adultos residentes en Vermont, con expectativa de vida menor de seis meses, capaces de solicitarlo voluntariamente y de auto administrarse la dosis de la medicación. Y, el último estado en legalizarlo en las mismas condiciones ha sido California, que lo ha hecho el 5 de octubre de 2015.

En Australia, en 1996, por primera vez en el mundo fue votada por el Parlamento de los territorios del Norte una ley que legalizaba la eutanasia, pero fue abrogada a nivel federal algunos meses más tarde.

En Colombia, existe desde 1997 una legislación ambigua respecto a la eutanasia, pues está prohibida y sancionada con prisión, pero ese año se despenalizó vía sentencia judicial por la Corte Suprema. Así, los artículos 106 y 107 del Código Penal colombiano sancionan con prisión a quien realice la eutanasia, pero la jurisprudencia la despenaliza pues el Tribunal Constitucional admitió, en mayo de 1997, la eutanasia para enfermos en fase terminal que la pidan expresamente.<sup>155</sup>

En China, en 1998, el Gobierno autorizó a los hospitales a practicar la eutanasia para los pacientes en fase terminal de una enfermedad incurable.

En España la situación respecto a la legalización de la eutanasia es también inquietante. Si bien es cierto que no tenemos leyes que legitimen la eutanasia, el camino legal hacia su despenalización se inició en 1995, con la aprobación en el Código Penal de una reforma que redirigía el homicidio eutanásico a la cooperación necesaria al suicidio, imponiéndole una pena tan irrelevante que hace que prácticamente por el primer delito no se cumpla efectivamente la pena y no se ingrese en prisión.<sup>156</sup> Así, en el actual Código Penal, vigente desde mayo de 1996, la eutanasia se encuentra tipificada en el artículo 143. Art.4<sup>157</sup> con penas de prisión

---

<sup>155</sup> GUERRA, Y.M., "Ley, jurisprudencia y eutanasia introducción al estudio de la normatividad comparada a la luz del caso colombiano", *Revista Latinoamericana de Bioética*, Vol. 13, N° 2, (2013).

<sup>156</sup> Cfr. SERRANO RUIZ-CALDERÓN, J. M., "Los efectos de la eutanasia. La cuestión de la eutanasia en España. Consecuencias jurídicas", *Cuadernos de Bioética*, Vol. 18, N° 62, (2007) 12-13.

<sup>157</sup> Art. 143 del CP: 1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de 4 a 8 años. 2. Se impondrá la pena de prisión de 2 a 5 años al que coopere con

de entre seis meses a seis años, mientras que en el código anterior de 1973 se encontraba tipificada en el Art. 409, con penas de prisión de entre 6 a 20 años. En esta reforma se redirigió el homicidio al suicidio y se prefiguró un tipo de delito, descrito de tal modo, que pudiera servir para una posible legalización, una vez que se le añadiese la participación facultativa y un procedimiento de control estatal.<sup>158</sup>

En la última década la campaña pro-eutanasia en España ha sido importante y con unas características peculiares ya que se ha construido reiteradamente en torno al caso de Ramón Sampredo: una persona que en 1968 se convirtió en tetrapléjico tras sufrir una grave accidente al saltar al mar y que en 1993, apoyado por la *Asociación Derecho a Morir Dignamente*, comenzó a reclamar ante los tribunales su derecho a morir mediante una acción eutanásica y el reconocimiento del derecho de toda persona a pedir y lograr esta forma de muerte. Las demandas que presentó en los diferentes tribunales (Barcelona, Tribunal Constitucional, Comisión Europea de Derechos humanos, Noia, La Coruña) fueron rechazadas, pero se utilizaron ampliamente para apoyar la acción política que se venía desarrollando a favor de la muerte digna y para mantener abierto el debate social, debido a la repercusión mediática que tuvieron. Cuando en febrero de 1998 Ramón Sampredo muere tras ingerir una dosis mortal de cianuro que una amiga le proporcionó<sup>159</sup> la presión era ya notable, y algunos partidos políticos (Izquierda Unida y el Grupo Mixto) la aprovecharon para presentar en el Congreso una propuesta de legalización de la eutanasia. Esta propuesta fue rechazada, pero sirvió

---

actos necesarios al suicidio de una persona. 3. Será castigado con la pena de prisión de 6 a 10 años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte. 4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

<sup>158</sup> Cfr. SERRANO RUIZ-CALDERÓN, J. M., o. c., 12-13.

<sup>159</sup> Ramona Maneiro confesó en una televisión pública, previo pago y una vez que presumiblemente había prescrito el delito, haber sido ella la que proporcionó el veneno a Ramón Sampredo, sin que por ello le hayan procesado y, además, siendo ensalzada públicamente su postura en la entrega de los premios cinematográficos Goya a la película "Mar Adentro". Película en la que el director Amenábar lleva a la gran pantalla el caso de Ramón Sampredo y que en España ha tenido un gran impacto social, además de recibir el apoyo del gobierno y numerosos galardones cinematográficos.

para que se creara una Comisión especial sobre el tema en el senado, que concluyó sus trabajos cuando se disolvieron las Cortes, antes de las elecciones generales del 2000. Esta Comisión no llegó a elaborar ningún informe de conclusiones ya que no había acuerdo entre la mayoría de los expertos comparecientes, que eran contrarios a la legalización, y la presumible opinión pública favorable.<sup>160</sup> Durante la siguiente legislatura 2000-2004 se paralizó la propuesta eutanásica ya que no era factible la aprobación de una ley que la permitiese, aunque los mismos partidos siguieron presentando al Congreso proposiciones de ley a favor de la despenalización en el 2001, 2002 y 2003, que no llegaron a ser admitidas a trámite pero que servían para mantener el debate abierto.

En 2004 la situación política española respecto a la legalización de la eutanasia parecía haber cambiado sustancialmente ya que el Partido Socialista Obrero Español (PSOE), partido vencedor en las elecciones aquel año, había prometido en su programa electoral la creación de una Comisión en el Congreso para debatir los aspectos relativos a la despenalización de la eutanasia. La promesa no llegó a materializarse, a pesar de las reiteradas presiones de Izquierda Unida, Iniciativa per Catalunya-Verds y Esquerra Republicana de Catalunya que siguieron solicitándola, o bien presentaron directamente Proposiciones de leyes sobre la disponibilidad de la propia vida al Congreso de los diputados, todos los años hasta 2012.<sup>161</sup> Tan sólo intentó sacar adelante, en mayo del 2011, una ley de muerte digna que no pretendía despenalizar la eutanasia ni el suicidio asistido, sino regular los derechos de los enfermos terminales para evitar el ensañamiento terapéutico y garantizar el acceso a los cuidados paliativos. De esta ley se aprobó el anteproyecto, pero no siguió adelante al acabar la legislatura. Al parecer, el gobierno no abordó la despenalización de la eutanasia para preparar antes a la opinión pública ya que los sondeos mostraban rechazo social entre las personas mayores de 65 años (una gran mayoría de votos) y esperaron a abordar la cuestión cuando la “sociedad estuviera más preparada”. Tarea en la que sí se implicaron sobre todo con la subvención, promoción y premios a la ya comentada película de Amenábar, *“Mar*

---

<sup>160</sup> Cfr. SERRANO RUIZ-CALDERÓN, J. M., o. c. 23-28.

<sup>161</sup> Se pueden consultar en la página web de la Asociación Federal Derecho a morir dignamente (AFMD): [https://www.eutanasia.ws/iniciativa\\_parlamentaria.html](https://www.eutanasia.ws/iniciativa_parlamentaria.html). Fecha Consulta: 18/06/2017.

*Adentro*”, que presenta la decisión de Ramón San Pedro como algo no sólo razonable, sino moralmente excelsa.<sup>162</sup>

Señalar que con fecha de marzo del 2006, el Comité Consultivo de Bioética de Cataluña elaboró un extenso informe en el que proponen despenalizar tanto la eutanasia como el suicidio asistido en determinados supuestos. Este documento, que se elaboró a petición de la Conselleria de Salud, se inspiró en las leyes holandesa y belga.<sup>163</sup>

El debate en torno a la eutanasia se ha vuelto a reavivar en 2016 y 2017 en el que tres partidos políticos han presentado proposiciones de Ley al Congreso de los Diputados. El 16 de diciembre de 2016, el Grupo Parlamentario Ciudadanos presentó una proposición *de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida* que no habla de eutanasia, ni suicidio asistido, ni de derecho a muerte digna, tan solo pretende crear un marco normativo que recoja específicamente los derechos al final de la vida. Esta proposición ha sido admitida a trámite. El 18 de enero de 2017, el Grupo Parlamentario Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea presentó una *Proposición de Ley Orgánica sobre Eutanasia*, con tres objetivos principales Despenalizar el suicidio médico asistido y la eutanasia; acabar con la imposición del deber de vivir en condiciones penosas irreversibles en contra de los deseos de uno mismo; y ampliar el marco de derechos y libertades hacia la garantía pública de una buena muerte. Esta proposición fue rechazada por el Congreso el 21/03/2017. También el 7 de febrero de 2017 el PSOE presentó otra Propuesta de ley con un espíritu similar a la presentada por el Grupo Ciudadanos en diciembre, que como aquella no habla de eutanasia y sólo pretende regular a nivel estatal derechos que ya están regulados a algunas autonomías y garantizar los "cuidados paliativos integrales de calidad y asistencia domiciliaria" en todo el estado español. Aunque actualmente no hay una ley de rango estatal en España que regule estos derechos, algunos de los artículos que incluyen ambas propuestas de ley están ya recogidas en otras leyes estatales

---

<sup>162</sup> Cfr. SERRANO RUIZ-CALDERÓN, J. M., o. c. 23-28.

<sup>163</sup> COMITÈ CONSULTIU DE BIOÈTICA DE CATALUNYA, *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio* Departament de la Salut, Generalitat de Catalunya, (2006).

(la Ley de autonomía del paciente de 2002) y están específicamente regulados en algunas normas autonómicas.<sup>164</sup>

Todo el debate sobre la eutanasia de los últimos 20 años ha tenido impacto en otras cuestiones colaterales y no necesariamente vinculadas a ésta. Una de ellas son las Instrucciones Previas, Voluntades Anticipadas, o Testamentos Vitales.<sup>165</sup> En los últimos años se ha desarrollado en España una amplia legislación en torno a Instrucciones Previas. La Ley 41/2002,<sup>166</sup> *Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica*, configura en su artículo 11 la existencia de un documento de Instrucciones Previas por el que:

“una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo”. En la redacción del documento” podrán expresar si quieren o no ser sometidas a determinados tratamientos y si quieren ser mantenidas en vida por medios artificiales; además, podrán designar un representante para que sirva como interlocutor con el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas”.

Aunque estas instrucciones encuentran su límite en que “*no serán aplicadas las que sean contrarias al ordenamiento jurídico, a la lex artis, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el*

---

<sup>164</sup> “Tres grupos reclaman que el Congreso discuta sobre el final digno de la vida”, Noticia del diario.es: [http://www.eldiario.es/sociedad/claves-propuestas-muerte-llegan-Congreso\\_0\\_609989810.html](http://www.eldiario.es/sociedad/claves-propuestas-muerte-llegan-Congreso_0_609989810.html) (2/02/2017). Fecha Consulta: 18/06/2017.

<sup>165</sup> No fue la legislación estatal la pionera en esta materia, pues las comunidades autónomas de Cataluña, Aragón, Extremadura o Galicia, entre otras, regularon esta materia antes que el Estado. Actualmente, todas las comunidades autónomas, excepto Ceuta y Melilla, tienen leyes que regulan las Instrucciones previas, o como en algunas se les denomina, Voluntades Anticipadas.

<sup>166</sup> CORTES GENERALES, “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”, *BOE*, N° 274, (2002) 40126- 40132.



*momento de manifestarlas*” y, por lo tanto, no pueden contener instrucciones para acelerar la muerte ni abrir la puerta al suicidio asistido, muchos han visto en ellas el primer paso para poder legalizar la eutanasia en un futuro no muy lejano<sup>167</sup>, ya que de momento ya están puestas las bases legales para la aplicación en nuestro país de la eutanasia pasiva a voluntad del paciente.<sup>168</sup> En todas las autonomías existen Registros de Voluntades Anticipadas y en algunas leyes propias sobre ellas.

A nivel autonómico, ocho comunidades autónomas han hecho leyes con el nombre de “*Leyes de Derechos y Garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y la muerte*”: Andalucía (2010), Navarra (2011), Aragón (2011), Islas Canarias (2015), Islas Baleares (2015), Galicia (2015), País Vasco (2016) y Madrid (2017)<sup>169</sup>, y tres más están en este momento tramitándolas (Asturias, Valencia y Murcia). Todas tiene un nombre parecido que recoge su objetivo fundamental: proteger la dignidad de la persona en el proceso de su muerte y asegurar la autonomía de los pacientes y el respeto a su voluntad, incluyendo la que haya sido manifestada de forma anticipada mediante el testamento vital. Aunque con diversos matices e imprecisiones, todas ellas recogen como un derecho del paciente el poder rechazar tratamientos o intervenciones médicas propuestas por los sanitarios, aunque ello pueda poner en peligro su vida y, como deber del sanitario, respetar esta voluntad. Hablan de la “Limitación del Esfuerzo Terapéutico” y de la “Sedación”, ambos conceptos pueden mostrarse como ambiguos y pueden dar lugar a malinterpretaciones, e incluso enmascarar conductas eutanásicas, cuando no son empleados según la “lex artis” o no son aplicados bajo la visión de los principios de la Bioética. Estas prácticas se verán detenidamente en el siguiente capítulo dedicado a la reflexión ética sobre las diferentes conductas que se pueden adoptar ante una persona con una enfermedad incurable avanzada o en fase terminal.

---

<sup>167</sup> RAEZ, L.E., “Testamentos en Vida ¿Protegen al ser humano o facilitan la Eutanasia y el Suicidio Asistido?”, <https://www.aciprensa.com/eutanasia/testamentos.htm> Fecha consulta: 03/11/2016.

<sup>168</sup> ILLANA, A. J., “La eutanasia y su situación legal en nuestro país en la actualidad”, en *Rev Esp Geriatr Gerontol*, Vol. 6, N° 39, (2004) 358.

<sup>169</sup> Se pueden consultar en la página web de la Asociación Federal Derecho a morir dignamente (AFMD): [https://www.eutanasia.ws/iniciativa\\_parlamentaria.html](https://www.eutanasia.ws/iniciativa_parlamentaria.html). Fecha Consulta: 18/06/2017.

### 3.2 MORIR DIGNAMENTE. REFLEXIÓN ÉTICA

Después de aproximarnos a la fase terminal de la vida desde la óptica del enfermo incurable, de la familia y de la sociedad, y de haber visto los recursos que se ofrecen a estos enfermos y a sus familias, pasamos ahora a analizar, desde el punto de vista ético, las diferentes conductas<sup>170</sup> que se pueden adoptar en la atención de los enfermos terminales.

El objetivo es poder llegar a conocer en qué consiste "morir dignamente", derecho humano que nadie niega, pero que es entendido de diferentes maneras, según la concepción antropológica y ética que se tenga. Así, por ejemplo, para unos este derecho consiste en que el enfermo decida cuándo y de qué modo quiere morir, y consideran que la eutanasia es una opción legítima dentro de este derecho, mientras que otros, afirmando el mismo derecho a tener una muerte digna, niegan toda posibilidad de que la eutanasia sea una opción ética y digna del hombre.<sup>171</sup> Para una mayor claridad en la exposición se dividirá este capítulo en tres partes:

I.- La primera, con el título de "Problemas éticos que se presentan en la atención médica del enfermo terminal", en la que se analizará la conducta médica que consiste en intentar prolongar la vida todo lo posible, aplicando para ello todos los conocimientos y medios de los que se disponen en la actualidad. Al analizar esta conducta se verá también qué se entiende por medios proporcionados y desproporcionados y en qué consiste el denominado "ensañamiento terapéutico", "obstinación terapéutica" o "distanasia"; exponiendo, al mismo tiempo, los criterios objetivos que deben seguirse para evitarla. Dentro de este apartado, se verán también aquellos problemas éticos más relevantes en la atención a los

---

<sup>170</sup> La definición de bioética que ofrece la Enciclopedia of Bioethics se formula como sigue: "Estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizadas a la luz de los valores y de los principios morales". REICH, W. T. (coord.), *Encyclopedia of Bioethics*, Nueva York, 1978, I, p. XIX. Citado por SGRECCIA, E. en o. c., 36.

<sup>171</sup> Cfr. VEGA GUTIÉRREZ, J., LOPEZ DE ARCAUTE, A. C., RIERA CASTELLANO, E., MARTINEZ LEÓN, M., "Eutanasia y derecho a una muerte digna", en PASTOR GARCIA, L. M., FERRER COLOMER, M., *La Bioética en el Milenio Biotecnológico*, Sociedad Murciana de Bioética, Murcia (2001) 398-399.

enfermos en fase terminal, como son el comunicarle la verdad de su situación y el uso de determinados analgésicos y sedantes.

II.- En segundo lugar, se procederá a exponer unas “Consideraciones éticas sobre los Cuidados Paliativos”. Como decíamos, éstos asumen la conducta de cuidar del enfermo en fase terminal, intentando cubrir todas las necesidades que presentan, sin pretender atrasar ni adelantar el momento de su muerte.

III.- Finalmente, bajo el título “Reflexión ética sobre la eutanasia”, se analizará la conducta no propiamente médica, aunque involucre a la Medicina, que consiste en acortarles la vida adelantando su muerte. Es la conducta que asumen los partidarios de la eutanasia que la consideran, erróneamente, un acto médico, una opción terapéutica más. Nosotros no la consideramos así, ya que provocar la muerte del enfermo es algo contrario a la razón de ser de la Medicina,<sup>172</sup> que, insistimos, tiene como fines la curación del enfermo, la mitigación de sus dolores y la ayuda a sobrellevar el trance supremo de la muerte cuando la curación no es posible. Existe una gran diferencia entre ayudar a morir a un enfermo dignamente y provocarle la muerte.<sup>173</sup>

Es unánime el acuerdo de que los Cuidados Paliativos son una forma digna de atender a estos enfermos, y de que es inmoral ocasionar a los moribundos sufrimientos inútiles con el solo objetivo de posponer su muerte unas horas o unos días, pero no ocurre lo mismo con la eutanasia. Por eso, la conducta eutanásica será analizada con más detenimiento al ser la que más problemas éticos plantea en la actualidad. Se verán las diferentes posturas éticas y la concepción antropológica en que se sustentan, los factores sociales y culturales que la favorecen y, por último, se hará una reflexión ética sobre los diferentes valores implicados en la misma.

---

<sup>172</sup> Cfr. BOMPIANI, A., *o. c.*, 205-206; CONSEJO GENERAL DE LOS COLEGIOS MÉDICOS DE ESPAÑA, *Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica*, Madrid (2011) Art.36.3

<sup>173</sup> Cfr. CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA: COMITE EPISCOPAL PARA LA DEFENSA DE LA VIDA, *o. c.*, N° 22.

### 3.2.1 Problemas éticos que se presentan en la atención médica del enfermo terminal

#### 3.2.1.1 Prolongar la vida todo lo posible luchando contra la muerte. *Distanasia*.

Luchar por atrasar lo máximo posible el momento de la muerte es una actitud que puede nacer tanto de la familia del paciente como de los médicos que lo atienden. Por un lado, los familiares que no se resignan a perder a su ser querido y piden a los agentes sanitarios que hagan todo lo que esté en su mano para evitar que su familiar muera. Por otro lado, los equipos sanitarios en general y los médicos en particular, que habiendo sido formados principalmente para curar las enfermedades y luchar contra la muerte, se sienten con la obligación de utilizar todos los medios que tienen a su disposición para ello.

Pero esta actitud, que en principio puede parecer buena, ya que uno de los deberes básicos de todo médico es respetar, cuidar y mejorar en lo posible la vida de sus enfermos, no está exenta de peligros. Con ella, se corre el riesgo potencial de someter al enfermo terminal a tratamientos que, en vez de beneficiarle, le provocan más sufrimientos, prolongando penosamente su proceso de muerte.

A esto es a lo que hace referencia el vocablo "*dis-tanasia*" (mala muerte) o el comúnmente usado "*encarnizamiento*" o "*ensañamiento terapéutico*". Términos, estos últimos, incorrectos, pues dan a entender la intención de causar daño (ensañarse, encarnizarse), lo que no se corresponde con la realidad, ni hace justicia a los médicos. Sería más preciso denominarlo "*obstinación terapéutica*" entendido como uso de tratamientos excesivos o desmesurados, ya que se adecua mejor a la realidad, y preferiblemente, de una forma más completa: "*obstinación diagnóstica y terapéutica*".

Por *distanasia* se entiende, pues, la práctica que tiende a alejar la muerte lo más posible, prolongando la vida de un enfermo sin esperanza alguna de recuperación y utilizando para ello, no sólo los medios proporcionados (ordinarios), sino también todos los posibles por muy desproporcionados (o extraordinarios), escasos y muy costosos que resulten, en relación con la situación del enfermo, de su familia y de la misma sociedad.<sup>174</sup> Estas medidas pueden llamarse también tratamientos inútiles o fútiles.

---

<sup>174</sup> Cfr. HIGUERAS, G., *Eutanasia: precisiones terminológicas*, citado por GARCIA FERREZ, J., o. c., 172.

Muchos son los factores que pueden predisponer a esta conducta:<sup>175</sup>

1. La incapacidad psicológica y emocional de los trabajadores sanitarios y de los familiares de convivir con la perspectiva de la muerte.
2. El deber profesional del médico que es la lucha por la atención activa de la vida y la salud del enfermo.
3. La falta de formación y el convencimiento acrítico de algunos médicos de que la vida biológica es un bien por el cual se debe luchar sin tener en consideración la calidad de vida.
4. La esperanza en la posibilidad de un "milagro" por una imprevista reacción de la naturaleza del paciente, a pesar de los pronósticos técnicos en la materia.
5. El temor de los médicos a incurrir en responsabilidades penales y ser acusados de negligencia, lo que les ha llevado a estar convencidos de que en caso de haber un error en el tratamiento de un paciente, dicho error deberá ser siempre por exceso, y no por falta de empeño. Siempre podrá decir: "se hizo todo lo posible".
6. El amor familiar, que pretende, muchas veces contra toda esperanza, agotar los medios técnicos para que el enfermo siga viviendo.

De las cuatro funciones básicas que tiene la Medicina:<sup>176</sup> prevenir las enfermedades, curar las enfermedades, impedir que las enfermedades abrevien la vida y cuidar de la vida en caso de que la enfermedad sea incurable; en la atención al enfermo terminal son sobre todo las dos últimas las que tienen relevancia y las que más problemas plantean de valoración moral.<sup>177</sup>

---

<sup>175</sup> Cfr. VICO PEINADO, J., *o. c.*, 235.

<sup>176</sup> CALLAHAN, Daniel; HASTINGS CENTER N.Y., "Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas". *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Los fines de la Medicina*, Vol. 11, Barcelona (2004).

<sup>177</sup> GARCIA FERREZ, J., *o. c.*, 134; CODIGO DE DEONTOLOGIA MEDICA (2011), Art. 36. 1 y 3: "El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida. El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin

La dificultad se plantea a la hora de distinguir entre cuándo se está teniendo unos cuidados solícitos y constantes al enfermo y cuándo éstos dejan de serlo, por resultar excesivos o desmesurados. Si por un lado, es decisivo agotar todos los recursos terapéuticos de los que se dispone en la actualidad antes de etiquetar a un enfermo como terminal, por otra parte se puede correr el riesgo de caer en la excesiva acción terapéutica. No se puede confundir alargar la vida (obligación de todos los sanitarios), con prolongar el sufrimiento y la agonía (procedimiento altamente ilícito). Pero, ¿dónde se establecen los límites?

Para dar luz a este problema ético y humano, en el pasado se distinguía entre medios *ordinarios* y *extraordinarios*: se consideraba obligatorio el uso de los primeros en la atención a los moribundos y se podía legítimamente renunciar a los segundos (con el consentimiento del paciente), aun cuando esta renuncia determinase la anticipación de la muerte. El carácter extraordinario venía definido con relación al incremento del sufrimiento que podían procurar tales medios, al elevado coste económico de los mismos, a la dificultad de acceso a ellos, o a medios que aún están en fase de experimentación para patologías en las que no existe un tratamiento curativo.

Con el tiempo, debido a los continuos progresos de la medicina, se ha hecho cada vez más difícil esta distinción, ya que muchos medios que eran considerados extraordinarios se han vuelto ordinarios y, además, muchos de estos medios extraordinarios han conseguido salvar muchas vidas. Por eso, se presenta la necesidad de encontrar otro criterio de discernimiento ético no basado ya sobre el medio en cuanto tal, sino en el resultado terapéutico que con él se puede conseguir. Ahora se habla de medios *proporcionados* y medios *desproporcionados*; considerando siempre obligatorio el uso de los primeros y no siendo obligatorio recurrir a los segundos.<sup>178</sup>

Los medios *proporcionados* para preservar la vida del paciente son todos aquellos tratamientos o intervenciones, clínicamente aceptados, que ofrecen una razonable esperanza de beneficio para el paciente y pueden ser obtenidos y

---

esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinados. El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de este".

<sup>178</sup> Cfr. SGRECCIA, E., SPAGNOLO, A.G., DI PIETRO, M.L. (a cura di), *Bioetica, Manuale per i Diplomi Universitari della Sanità*, Vita e Pensiero, Milano (1999) 540.

utilizados sin gasto excesivo, dolor u otros riesgos. De ahí se desprende que no puedan suspenderse, pues tienen un carácter obligatorio. Los medios *desproporcionados* serían aquellos que resultarían muy costosos de conseguir, de uso no habitual o excepcional, muy dolorosos, muy difíciles de aplicar y todos aquellos cuyos buenos efectos que se esperan de su aplicación no son proporcionados a las dificultades e inconvenientes que causan. Estos medios son en principio, éticamente ilícitos; sólo estaría moralmente justificado su uso cuando representen para el paciente la única forma de poder realizar deberes morales gravísimos. Es siempre ilícito un medio desproporcionado que no esté en grado de proporcionar ningún beneficio o sea nocivo.<sup>179</sup>

Con el propósito de verificar y establecer si se da o no la relación de proporción en una determinada situación se debe pues:

"valorar bien los medios poniendo en comparación el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales".<sup>180</sup>

Siguiendo lo indicado por la Congregación de la Doctrina de la Fe en el documento citado, el *principio de la proporcionalidad de los tratamientos* se puede aplicar como sigue:

- 1.- "A falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición por la medicina más avanzada, aunque estén todavía en fase experimental y no estén libres de todo riesgo. Aceptándolos, el enfermo podrá dar así ejemplo de generosidad para el bien de la humanidad.
- 2.- Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios, cuando los resultados defrauden las esperanzas puestas en ellos. Pero, al tomar tal

---

<sup>179</sup> SGRECCIA, E., "Bioética, eutanasia y dignidad de la muerte", en *Manual de Bioética*, Vol. I, 4ª ed., BAC, Madrid (2014) 873.

<sup>180</sup> CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración Iura et Bona sobre la eutanasia*, N° 2: AAS 72 (1980) 545-546; CONSEJO PONTIFICIO DE LA PASTORAL PARA LOS AGENTES SANITARIOS, *Carta de los agentes de la salud*, N° 64, Ediciones Palabra, Madrid, (1995).

decisión, deberá tenerse en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares, así como el parecer de médicos verdaderamente competentes; éstos podrán sin duda, juzgar mejor que otra persona si el empleo de instrumentos y personal es desproporcionado a los resultados previsibles, y si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de los mismos.

3.- Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. No se puede, por lo tanto, imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de cura que, aunque ya esté en uso, todavía no está libre de peligro [es decir, constituye el riesgo de causar una carga desproporcionada] o es demasiado costosa. Su rechazo no equivale al suicidio: significa más bien o simple aceptación de la condición humana, o deseo de evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar, o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o la colectividad.

4.- Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir, sin embargo, las curas normales debidas al enfermo en casos similares. Por esto, el médico no tiene motivo de angustia, como si no hubiera prestado asistencia a una persona en peligro".<sup>181</sup>

El texto de la Congregación de la Doctrina de la Fe ayuda no sólo a la correcta aplicación de la proporcionalidad de los tratamientos, sino que también sirve para definir con criterios objetivos la obstinación terapéutica. Según dicha Congregación los criterios objetivos que servirían para definirla son:<sup>182</sup>

1. En relación con el tratamiento:

-Desde el punto de vista terapéutico: cuando los medios aplicados resultan *inútiles o ineficaces*.

---

<sup>181</sup> CDF, *Declaración sobre la eutanasia*, N° 4, AAS 72 (1980) 549-551; CPPAS, *Carta de los agentes de la salud*, N° 65.

<sup>182</sup> Cfr. TETTAMANZI, D., "Il morire humano e l' accanimento terapeutico" en *Nuova Bioetica Cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (2000) 513-514.



-Desde el punto de vista de los riesgos y costes: cuando estos son *excepcionales*. Este criterio, como está sujeto al tiempo y al espacio en el que se aplica (pues medios considerados excepcionales en otro tiempo, o actualmente en ciertos países, han dejado de serlo para nosotros hoy), sirve sólo para precisar mejor el criterio de inutilidad: el tratamiento resulta inútil no obstante su excepcionalidad.

2. En relación con el enfermo:

Cuando los tratamientos que se le aplican le imponen sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que le ocasionan. A la luz de este criterio se considera ensañamiento terapéutico, cuando el tratamiento en vez de ensañarse contra la enfermedad lo que hace es ensañarse contra el enfermo.

A la luz de estos criterios se puede decir que a un enfermo terminal se le practica la distanasia u obstinación terapéutica siempre que se le somete a tratamientos particularmente extenuantes y pesados para él, que lo condenan de hecho a una agonía prolongada artificialmente (por ejemplo, cuando se les somete a técnicas reanimatorias cuando están agonizando) y cuando se utilizan tratamientos inútiles o ineficaces o que le ocasionan mayores sufrimientos y molestias que beneficios.<sup>183</sup>

La obstinación terapéutica se considera gravemente inmoral, pues instrumentaliza a la persona subordinando su dignidad a otros fines, de aquí que sea lícito renunciar al mismo.<sup>184</sup>

Definida la obstinación terapéutica queda después aplicar estos criterios objetivos al caso concreto. Hay que reconocer que no siempre es fácil esta aplicación ya que la Medicina no es una ciencia exacta y el médico no puede prever con precisión los resultados de los medios usados. Es difícil muchas veces decir cuándo una acción terapéutica es útil o inútil y cuándo de "acto médico" se transforma en "acto dañino".

Por eso, la aplicación de estos criterios a un caso concreto debe hacerse siempre en "ciencia y conciencia", procediendo según le dictan su sabiduría y

---

<sup>183</sup> Cfr. CPPAS, o. c., N°119.

<sup>184</sup> RUIZ ANTAÑO, M. A., "La norma moral respecto a la eutanasia" en *Evangelium Vitae, texto y comentarios*, EDICEP. Valencia (1995) 255.

competencia profesional y recurriendo, si se presenta el caso, al parecer y juicio de otros médicos que le ayuden a decidir prudentemente.<sup>185</sup>

Frente a esa actitud prudente sobre la prolongación de medidas tanto diagnósticas como terapéuticas, basada en el consenso y bajo el prisma de lo científico y lo ético, surge otra situación que requiere no menos prudencia, que es la posibilidad de no iniciar o retirar medidas ya iniciadas en el paciente cuando se prevé que no solo no aportan un beneficio, sino que no contribuyen al control de su bienestar o incluso pueden ser contraproducentes por suponer perjuicio. De alguna manera, la cuestión pilar de la Bioética de “si todo lo técnicamente posible, ¿es éticamente aceptable?” es la base de esta reflexión, ya que la ciencia y la tecnología pueden, a veces, no tener límite en el mantenimiento clínico de una persona.

La figura que surge en estas situaciones es la denominada “*limitación del esfuerzo terapéutico*” (LET), o como más recientemente se está denominando “*limitación de tratamientos de soporte vital*” (LTSV), aunque no siendo ninguna de estas denominaciones totalmente acertadas y aceptadas por la comunidad científica, se propone la de “*adecuación del esfuerzo terapéutico*” (AET).

Si supone una dificultad el mero hecho de encontrar una denominación que responda claramente a este proceso compartido de toma de decisiones entre profesionales, paciente y familia, mayor dificultad aún se encuentra en su planteamiento, aceptación y realización salvaguardando el respeto a la dignidad de la persona.

La coincidencia de diferentes valores, en primer lugar la vida de la persona, con otros valores, como la voluntad del paciente, la calidad de vida, la participación de la familia y los recursos humanos y materiales, entre otros, hace necesario detenerse ante situaciones en las que se plantean conflicto entre ellos, y sobre todo cuando la actuación pueda suponer, en algún sentido, una infracción al respeto debido a la dignidad del paciente.

Aceptado el planteamiento de no llevar a cabo medidas consideradas como extraordinarias o desproporcionadas para el fin terapéutico que se pretende, en un paciente con mal pronóstico vital a corto plazo, con mala calidad de vida o con

---

<sup>185</sup> Cfr. TETTAMANZI, D., *o. c.*, 514; Cfr. CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA: COMITE EPISCOPAL PARA LA DEFENSA DE LA VIDA, *o. c.*, N° 27.

posibilidad de perjuicio para el paciente,<sup>186</sup> cabe preguntarse qué paciente de los que se está tratando “sin ningún condicionamiento” hasta ese momento, puede reflejar ese planteamiento, es decir, ¿a quién? Seguidamente la cuestión es ¿qué medidas o actuaciones o procedimientos no se inician o, si están en curso, se suspenden; por tanto ¿qué? Finalmente, su puesta en práctica debe responder igualmente a un esquema compartido, sería la respuesta a ¿cómo?

Si se parte de una decisión compartida, la voluntad del paciente, bien de forma directa o indirecta –instrucciones previas/voluntades anticipadas, aportación de la familia- debe ser recabada, en su caso. Los familiares o allegados del paciente son la parte fundamental, tras el paciente, con quienes los profesionales tienen que compartir esos momentos y puede resultar difícil diferenciar entre las preferencias del paciente, los sentimientos de los familiares, sus opiniones, sus situaciones personales, sociales e incluso laborales, las cuales van a influir en esa decisión.

Sobre un diagnóstico claro, el pronóstico nunca va a dejar de tener un componente de incertidumbre, que los profesionales no deberán utilizar para transmitir dudas en la participación de los familiares. Igualmente, la calidad de vida y los recursos empleados, deben ser tenidos en cuenta sólo para reforzar la actitud planteada, de forma que arrojen luz sobre la decisión a tomar. En la comunicación con el enfermo y la familia, base de la relación clínica, podrá plantearse ahora qué medidas podrían considerarse “negativas”, es decir, candidatas a ser retiradas o no iniciadas (medidas extraordinarias, desproporcionadas, inútiles o fútiles), y cuáles “positivas”, por ejemplo el tratamiento de determinados procesos (infecciones, hemoderivados), por otro y fundamental, las medidas paliativas que mantengan los cuidados y el tratamiento sintomático necesario y preciso para que el paciente esté libre de síntomas.<sup>187</sup>

Finalmente, no se debe dejar a los familiares la posible pregunta sobre ¿cómo? Además del momento de incertidumbre que están atravesando con su familiar, los

---

<sup>186</sup> BARBERO GUTIÉRREZ, J., ROMEO CASABONA, C., et al., “Limitation of therapeutic effort”, *Medicina Clínica*, Vol. 117, N° 15, (2001) 586-594.

<sup>187</sup> MUNOZ, J. D., GONZÁLEZ-BARÓN. M., “Aspectos éticos de la fase terminal III. Preservación de la dignidad. El respeto de la debilidad”, *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Ed Panamericana, Buenos Aires/Madrid (1995) 1248-50.

familiares seguirán manteniendo la misma intención que traían cuando acudieron a solicitar asistencia: la búsqueda del mejor bien, el mayor bienestar y la ausencia de dolor, de sufrimiento. Por ello, antes de que sea una cuestión de sufrimiento para la familia, los profesionales deben transmitirles el control de la situación, la aplicación de medidas positivas y la posibilidad de compartir con el paciente, con su familiar, el acompañamiento, la proximidad y el calor del final de su vida.

En un artículo denominado “El principio de lo éticamente adecuado”,<sup>188</sup> el Pbro. Mgt. Ricardo Augusto Poblete examina y aplica a un caso clínico el método propuesto por Mons. Dr. Maurizio Calipari<sup>189</sup> para orientar éticamente la práctica clínica en el proceso de deliberación y toma de decisiones de los tratamientos a utilizar en un paciente determinado. Intentamos sintetizar a continuación lo expuesto por ambos autores por lo clarificadora y lo adecuada que nos parece su propuesta desde el punto de vista de la praxis técnica y ética, a la hora de aplicarlo a los pacientes en situación terminal:

Mons. Dr. Maurizio Calipari propone un método que centra la atención en la persona del paciente. Dice *“la preocupación fundamental no debe ser “la obligatoriedad o no del uso de un determinado medio de conservación de la vida, sino reconocer y respetar la dignidad de la persona...”*. De este modo propone un Principio de Proporcionalidad Terapéutica, que implica reconocer y asumir la verdad objetiva e íntegra de la persona enferma, lo que incluye su subjetividad. Hay que valorar por un lado los medios, los tratamientos que se van a utilizar y, por otro lado, hay que *“respetar la condición subjetiva del paciente, que es única e irrepetible y que sólo él (si está en condiciones) puede “medir” en su verdadera dimensión”*.

La propuesta concreta de la tesis de Mons. Calipari plantea considerar dos diadas a aplicar en dos fases de la deliberación:

---

<sup>188</sup> POBLETE, R. A., “El principio de lo éticamente adecuado”. *Vida y Ética (En línea)*, Vol. 9. N° 2 (2008), <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar> Fecha consulta: 10/04/2017.

<sup>189</sup> CALIPARI, M., “El principio de lo éticamente adecuado en el uso de medios de preservación de la vida: entre el encarnizamiento terapéutico y el abandono del paciente”. *Vida y Ética (En línea)*, Vol. 9. N° 2 (2008), <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar> Fecha consulta: 10/04/2017.

1. En una 1ª fase se analizaría la proporcionalidad/desproporcionalidad de los medios técnicos que están a su disposición: Disponibilidad; Posibilidad técnica de usarlos adecuadamente; Expectativas razonables de eficacia médica; Sin efectos colaterales perjudiciales; Sin riesgos previsibles para la salud ni la vida del paciente; Sin posibilidad de recurrir a alternativas terapéuticas de igual o mayor eficacia; Cuantía técnica y económica del medio asumible.

2. En una 2ª fase se analizaría la ordinariedad/extraordinariedad desde la subjetividad, desde la condición única e irrepetible de cada persona enferma: si le supone un esfuerzo excesivo para hallar y/o usar el medio, si experimenta un dolor físico insoportable que no pueda ser suficientemente aliviado, si los costos económicos vinculados con el uso del medio son muy gravosos para el paciente o para sus parientes, si experimenta un tremendo miedo o una fuerte repugnancia en relación con el empleo del medio.

3. Finalmente, a modo de 3ª fase, según el cruce de lo concluido en las fases previas, la situación clínica se encuadraría en una de las cuatro posibilidades que se exponen en el siguiente cuadro, y se podría descubrir, desde el punto de vista teórico, cómo obrar éticamente en consecuencia.

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medios proporcionados y ordinarios -----→ modo de obrar: obligatorio</li> <li>• Medios proporcionados y extraordinarios-----→ modo de obrar: facultativo</li> <li>• Medios desproporcionados y ordinarios-----→ modo de obrar: ilícito</li> <li>• Medios desproporcionados y extraordinarios-→ modo de obrar: ilícito</li> </ul> |
|---|

**Cuadro 1: Orientación ética para actuar. (Calipari, R.A.)<sup>190</sup>**

Siguiendo las aclaraciones de Monseñor Sgreccia,<sup>191</sup> padre de la Bioética Personalista, recordamos que “cuando se llega a este punto en que cualquier intervención terapéutica corre el riesgo de ser desproporcionada no significa que “ya no hay nada que hacer”. Como decíamos anteriormente, la medicina tiene aún recursos que emplear y tiene la obligación de recurrir a ellos como deber de respeto hacia el paciente y búsqueda de la calidad de vida. Estos recursos los representan

<sup>190</sup> CALIPARI, M., *o. c.*, y POBLETE, R. A., *o. c.* (Ambas en línea).

<sup>191</sup> SGRECCIA, E., "Bioética, eutanasia y dignidad de la muerte", en *Manual de Bioética*, Vol. I, 4ª ed., BAC, Madrid (2014) 874.

los *cuidados normales u ordinarios* y los *cuidados paliativos*. Los dos conceptos no son automáticamente equivalentes.

*Cuidados Ordinarios* son la alimentación e hidratación (artificiales o no), la aspiración de las secreciones bronquiales para dejar las vías aéreas permeables y la limpieza de escaras o úlceras de decúbito. Todos estos son cuidados ordinarios que no se pueden dejar de administrar al paciente, pues de hacerlo le provocamos la muerte y sería un acto eutanásico. Tienen por tanto un carácter obligatorio: jamás se pueden suspenderse pues lo exige el respeto a la persona enferma. La alimentación y la hidratación incluyen la vía artificial y la única razón teórica por la que se puede no dar alimentación o hidratación es cuando le hacen más mal que bien al paciente, y esto ocurre en la fase de la agonía -además de las situaciones de claros efectos nocivos o contraindicaciones de dichos procedimientos-. En general hay que darlos siempre sin importar su estado de salud.<sup>192</sup>

Los *cuidados paliativos* tienen una acepción más amplia que los cuidados ordinarios porque están dirigidos a reducir los síntomas de la enfermedad y a quitar el dolor y demás síntomas molestos, con el fin de que el paciente tenga la mejor calidad de vida posible y haremos más adelante una reflexión ética sobre los mismos.

De esta forma, en la fase final de la enfermedad del paciente, se habrá respetado el don de su vida, pero también se habrá aceptado su muerte, pues si bien el médico tiene la misión de respetar y cuidar la vida de su paciente, el respeto a la vida no significa que ésta se deba prolongar a cualquier precio. El médico siendo el defensor de la vida, el que lucha permanente contra la muerte, no puede infravalorar un acto no menos esencial como es el hecho de morir, de morir con dignidad. El hombre es un ser mortal, luego el respetar la vida de un hombre es

---

<sup>192</sup> Cfr. CONSEJO PONTIFICIO DE LA PASTORAL PARA LOS AGENTES SANITARIOS, *Carta de los agentes de la salud*, N° 120, Ediciones Palabra, Madrid, 1995. Observación: En la *Nueva Carta a los Agentes sanitarios*, presentada en febrero de 2017, que actualiza la de 1994, se sigue considerando en el art. 152 que “la nutrición y la hidratación, aunque se administren artificialmente, son cuidados básicos debidos al moribundo cuando no resulten demasiado gravosas o no tengan ningún beneficio. Su suspensión injustificada puede tener sentido de un acto real de eutanasia. La hidratación y la nutrición del paciente son obligatorias en la medida y hasta que se demuestre que cumplen su propia finalidad”.

respetar la vida de un hombre mortal. Cuando la lucha contra la muerte se transforma en un intento de negarla, de olvidarla, se niega la condición humana y se cae irremediabilmente en conductas y actitudes inhumanas. No puede existir un auténtico respeto a la vida, salvo en aquel que acepta la muerte.<sup>193</sup>

### 3.2.1.2 Comunicación de la verdad.

Uno de los problemas que se presentan en la atención a estos enfermos es el de la comunicación de la verdad.<sup>194</sup> Un tema difícil de gestionar tanto por parte de los familiares como por parte del personal sanitario y especialmente en países como el nuestro.

Anteriormente se ha hablado de lo frecuente que es encontrarse -y siempre con la intención de proteger al paciente de un sufrimiento mayor- con una conspiración de silencio por parte de la familia en torno a él. Esa situación hace especialmente difícil la relación con el enfermo y provoca altos niveles de angustia y ansiedad en los familiares, al no poder compartir sus sentimientos ni actuar con naturalidad delante de él.

Por otra parte, el médico también encuentra muchos problemas a la hora de comunicar al paciente un diagnóstico y pronóstico infausto. Puede temer posibles reacciones negativas de su paciente, que se desanime profundamente, que se deprima o que intente suicidarse; a lo que se pueden añadir otros motivos, como el reconocer delante del enfermo su impotencia para curarlo. Siempre es una tarea difícil y dura el tener que dar una mala noticia a alguien, y los médicos no son una excepción. De hecho el médico sufre cuando tiene que hacerlo.<sup>195</sup>

La discusión sobre la conducta a asumir en estos casos es compleja.<sup>196</sup> Unos opinan que se debe decir siempre la verdad a los pacientes moribundos, ya que es

---

<sup>193</sup> Cfr. GOMEZ SANCHO, M., "Encarnizamiento terapéutico y eutanasia", *o. c.*, Vol. II, 1087.

<sup>194</sup> CERDÁ-OLMEDO, G., "Fases en la atención al enfermo terminal. Orientaciones prácticas en el manejo de una situación difícil", *Rev. Soc. Esp. Dolor*, N° 6, (2000) 41-18.

<sup>195</sup> Cfr. GOMEZ SANCHO, M., "Como dar las malas noticias I. Análisis del problema", en *o. c.*, Vol. II, 707.

<sup>196</sup> Cfr. VEGA GUTIÉRREZ, J., LOPEZ DE ARCAUTE, A. C., RIERA CASTELLANO, E., MARTINEZ LEÓN, M., "Eutanasia y derecho a una muerte digna", en PASTOR GARCIA,

un derecho que poseen, y esta información es imprescindible para que el enfermo pueda poner en orden sus asuntos y prepararse para su muerte. Otros creen que no se debe decir nunca, ya que el enfermo está demasiado debilitado por la enfermedad y no podrá soportar tal estado de verdad y lo único que le produciría sería más angustia y sufrimiento.

Los criterios éticos relacionados con la comunicación de la verdad al paciente en fase terminal se podrían resumir en las siguientes directrices:<sup>197</sup>

1.- La verdad sigue siendo el criterio fundamental para que un acto moral sea objetivamente positivo, por lo que no está bien que los familiares y las personas que cuidan de él mientan al enfermo. El paciente tiene derecho a ser informado y la gradualidad en recibir esta información dependerá de cada persona y su vivencia de la enfermedad. La mentira sistemática no beneficia al enfermo, además de hacerle más difícil la relación con los familiares y los agentes sanitarios, no le permite prepararse a una muerte digna; pero incluso podría volverse inútil y contraproducente, si (cosa fácil y frecuente) el enfermo llegara a descubrirla. Está confirmado que cuando la verdad ha sido manifestada y recibida oportunamente, ésta produce una reacción positiva sobre la psicología y la espiritualidad del paciente y de sus familiares.<sup>198</sup>

El derecho a conocer la verdad de su situación es reivindicado como un derecho fundamental de la persona y es expresión del respeto que se le debe. El derecho a la información está incluido en los derechos del enfermo, ya que ésta es imprescindible para que el enfermo pueda ejercer su derecho a decidir sobre sí mismo y sobre las intervenciones a las que se haya de someter, así como el derecho a “vivir su propia muerte”. Así viene recogido en la Ley 41/2002,<sup>199</sup> de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, con actualización

---

L. M., FERRER COLOMER, M., *La Bioética en el Milenio Biotecnológico*, Sociedad Murciana de Bioética, Murcia (2001) 408-410.

<sup>197</sup> SGRECCIA, E., o. c., 879-880; Cfr. CPPAS, o. c., N° 125-127.

<sup>198</sup> Cfr. KROEFF, P., “Otra faceta de la enfermedad y de la muerte” en *NOUS, Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, N° 4, (2000) 43-64.

<sup>199</sup> CORTES GENERALES, “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”, *BOE*, N° 274, (2002) 40126- 40132.



el 22/09/2015. Especialmente los artículos 4, 5, 8 y 9, relacionados con la titularidad del derecho a la información y las características de la misma, plantean el contexto sobre el consentimiento informado como herramienta de participación del paciente en la toma de decisiones que afecten a su salud, para lo cual es fundamental una información, tal como expresa la Ley, *“verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad”*.

2.- Esta información se debe ofrecer en el ámbito de una “comunicación humana” más amplia e interpersonal, que no se limite a proporcionar los datos del diagnóstico y de pronóstico de la enfermedad. Es obligado, ante todo, escuchar al enfermo, y sólo después se le podrá hablar de la gravedad de su enfermedad. Lo que el paciente (especialmente el moribundo) busca en quien lo asiste es la solidaridad, el que no se le deje solo, el poder comunicarse y el sentir que se comparte con él su situación.

3.- Si la mentira no debe ser adoptada como línea de conducta y la comunicación de la verdad sigue siendo la meta a la que hay que tender, se ha de recordar que la verdad que hay que comunicar debe estar proporcionada a la capacidad del sujeto de recibirla saludablemente. Por eso es necesario conocer qué es lo que el enfermo sabe, qué es lo que quiere saber y qué está en condiciones de saber.<sup>200</sup> Actuar con extrema delicadeza y dar esta información de modo gradual, sin quitar nunca la esperanza y evitando los momentos en que el paciente está deprimido.

4.- No es éticamente obligatorio que el enfermo conozca exactamente el nombre de su enfermedad, pero sí que sepa que su situación es grave y de que la posibilidad de morir es real. Sólo de esta manera podrá afrontar decisiones importantes y prepararse para una buena muerte.

Tres son las características, por tanto, que debe tener la comunicación de la verdad, la labor de aproximación de los profesionales al paciente como persona: *comprensibilidad, adecuación y ayuda*. No puede vivirse como una simple obligación de informar porque así lo indica la Ley, sino que en base a los conocimientos técnicos, se debe ofrecer al paciente y a su familia un trato que ponga

---

<sup>200</sup> SAMPEDRO MARTÍNEZ, E., RUBIO ARRIBAS, V., et al, “Diagnóstico: cáncer. ¿Queremos conocer la verdad?” en *Aten Primaria*, Vol. 33, N° 7, (2004) 368-73.

de manifiesto el reconocimiento de sus valores por encima de la misma enfermedad. Una comunicación que les ayude y que no le aumente los problemas que ya tienen en la fase final de la enfermedad.

En el documento del Episcopado alemán *“Muerte digna del hombre y muerte cristiana”* se insiste en que el problema central en la comunicación del diagnóstico y el pronóstico ha de ser oportunamente individualizado y ha de complementarse con el soporte que se ofrece al enfermo:

“Lo que es decisivo no es sólo la exactitud de lo que se dice, sino la solidaridad en las soluciones difíciles que acompañan el pronóstico inquietante de una enfermedad. El punto más importante es que el enfermo, durante el curso de la última etapa de su vida, no se sienta abandonado de quienes le cuidan en el momento mismo en que comienza afrontar la angustia de la muerte. Muchos testimonios recientes demuestran hasta qué punto la verdad que se dice al enfermo pueda tener una influencia liberadora sobre las relaciones entre el moribundo y aquellos que lo asisten. Este hecho nos autoriza a esperar que crezca la disponibilidad para afrontar la verdad de la muerte. Ésta es una condición necesaria para que el moribundo pueda vivir, de manera humana, la última etapa de su vida”

### *3.2.1.3 Uso de analgésicos en los enfermos terminales.*

Los analgésicos son aquellos fármacos que sirven para aliviar el dolor. Si bien este síntoma no es el único relevante en los enfermos graves, sí es uno de los que más atención precisa ya que es uno de los que más impiden que el enfermo terminal pueda vivir sus últimos días serenamente y relacionarse con los otros.

Pero la administración de ciertos analgésicos a un enfermo terminal reviste particular importancia, ya que, si por una parte puede que éstos sean necesarios para aliviarle el dolor, por otro lado, estos mismos fármacos, si tienen efectos narcóticos y sedantes, pueden ocasionarle una progresiva pérdida de la conciencia o la aceleración de la muerte. Se plantea pues en ocasiones la situación conflictiva del deber de administrar unos fármacos para calmar el dolor y el deber ético, al mismo tiempo, de no atentarse contra la dignidad y el respeto del enfermo, acelerándole la muerte o privándole de la conciencia.

Surge así una pregunta ética en relación con el uso de analgésicos en enfermos al final de su vida: ¿Pueden usarse éstos aun cuando abrevien la vida del paciente o le provoquen la pérdida parcial o total de su conciencia?

En esta situación ética conflictiva se debe aplicar el "*principio del doble efecto*", según el cual es lícito llevar a cabo una acción incluso cuando esta elección comporte también un efecto malo siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- a) *Que la acción buscada sea en sí buena, o por lo menos moralmente indiferente.*
- b) *Que el efecto bueno sea directamente buscado por la persona que actúa. Que el efecto malo no sea el medio por el que se obtenga el efecto bueno*
- c) *Que no exista otra alternativa*
- d) *Que exista una motivación adecuada y proporcionada para permitir o aceptar indirectamente el efecto malo, lo cual quiere decir que el efecto bueno debe tener un peso proporcionalmente superior para justificar la aceptación indirecta del efecto malo.*<sup>201</sup>

En el caso que nos ocupa se puede decir que, no existiendo otra alternativa, estaría permitido la administración de fármacos a enfermos terminales que pueden tener como efecto secundario la disminución de la conciencia y la aceleración de la muerte, siempre que se utilicen a las dosis proporcionadas al dolor, que el enfermo haya cumplido sus deberes religiosos y morales, que la intención y el efecto buscado sea la eliminación de un dolor severo, y que no se busquen, ni se deseen, los efectos secundarios malos.

Esta forma ética de proceder no está en contradicción con el Magisterio de la Iglesia. Pío XII ya habló en este sentido en 1957, dando una solución a este problema del dolor en los enfermos terminales.<sup>202</sup> Enseñanza que ha sido reiterada

---

<sup>201</sup> SGRECCIA, E., *o. c.*, 236.

<sup>202</sup> PIO XII, "Discurso a un grupo internacional de médicos" (24-II-1957), III: AAS 49 (1957), 147: "Resumiendo, vosotros nos preguntabais: «La supresión del dolor y de la conciencia por medio de narcóticos (cuando ha sido requerida por una indicación médica), ¿es permitida por la religión y la moral al médico y al paciente (incluso al acercarse la muerte y si se prevé que el uso de narcóticos abreviará la vida)?». Se deberá responder: «Si no existen otros medios y si, en las circunstancias dadas, esto no impide el cumplimiento de otros deberes religiosos y morales: Sí».

por el Magisterio posterior de S. S. Juan Pablo II,<sup>203</sup> por el Catecismo de la Iglesia Católica,<sup>204</sup> y clarificada con más precisión por la Congregación para la Doctrina de la Fe en la Declaración sobre la eutanasia,<sup>205</sup> de donde se insiste en el consentimiento del paciente, el cual puede legítimamente rechazarlos en todo o en parte.

---

<sup>203</sup> JUAN PABLO II, *EV*, N° 65, *AAS* 87 (1995) 475-477: "En este contexto aparece, entre otros, el problema de la licitud del recurso a los diversos tipos de analgésicos y sedantes para aliviar el dolor del enfermo, cuando esto comporta el riesgo de acortarle la vida. En efecto, si puede ser digno de elogio quien acepta voluntariamente sufrir renunciando a tratamientos contra el dolor para conservar la plena lucidez y participar, si es creyente, de manera consciente en la pasión del Señor, tal comportamiento "heroico" no debe considerarse obligatorio para todos. Ya Pío XII afirmó que es lícito suprimir el dolor por medio de narcóticos, a pesar de tener como consecuencia limitar la conciencia y abreviar la vida, "si no hay otros medios y si, en tales circunstancias, ello no impide el cumplimiento de otros deberes religiosos y morales". En efecto, en este caso no se quiere ni se busca la muerte, aunque por motivos razonables se corra ese riesgo. Simplemente se pretende mitigar el dolor de manera eficaz, recurriendo a los analgésicos puestos a disposición por la medicina. Sin embargo, "no es lícito privar al moribundo de la conciencia propia sin grave motivo": acercándose a la muerte, los hombres deben estar en condiciones de poder cumplir sus obligaciones morales y familiares y, sobre todo, deben poderse preparar con plena conciencia al encuentro definitivo con Dios.

<sup>204</sup> *CEC*, N° 2279: "Aunque la muerte se considere inminente, los cuidados ordinarios debidos a una persona enferma no pueden ser legítimamente interrumpidos. El uso de analgésicos para aliviar los sufrimientos del moribundo, incluso con riesgo de abreviar sus días, puede ser moralmente conforme a la dignidad humana si la muerte no es pretendida, ni como fin ni como medio, sino solamente prevista y tolerada como inevitable".

<sup>205</sup> *CDF*, *Declaración sobre la eutanasia*, N° 3, *AAS* 72 (1980) 547-548: "Según la doctrina cristiana, el dolor, sobre todo el de los últimos momentos de la vida, asume un significado particular en el plan salvífico de Dios; en efecto, es una participación en la Pasión de Cristo y una unión con el sacrificio redentor que Él ha ofrecido en obediencia a la voluntad del Padre. No debe pues maravillar si algunos cristianos desean moderar el uso de los analgésicos, para aceptar voluntariamente al menos una parte de sus sufrimientos y asociarse así de modo consciente a los sufrimientos de Cristo crucificado (cf. Mt 27, 34). No sería, sin embargo, prudente imponer como norma general un comportamiento heroico determinado. Al contrario, la prudencia humana y cristiana sugiere para la mayor parte de los enfermos el uso de las medicinas que sean adecuadas para aliviar o suprimir el dolor, aunque de ello se deriven, como efectos secundarios, entorpecimiento o menor lucidez. En cuanto a las personas que no están en condiciones de expresarse, se podrá razonablemente presumir que desean tomar tales calmantes y suministrárseles según los consejos del médico. Pero el uso intensivo de analgésicos no está exento de dificultades, ya que el fenómeno de acostumbrarse a ellos obliga generalmente a aumentar la dosis para mantener

Según estas enseñanzas, los criterios prudenciales que se deben seguir cuando se administran analgésicos a enfermos moribundos son:<sup>206</sup>

1.- Suministrar al paciente ligeras dosis de narcóticos para mitigar la aspereza del dolor, sin hacerle perder la conciencia, puede ser no sólo lícito, sino a veces oportuno y benéfico para el estado moral y mental del enfermo.

2.- En el caso de que la agudeza del dolor requiriese la administración de una fuerte dosis de droga para hacerlo tolerable, no habría ninguna falta de respeto a la persona del enfermo, incluso si sucediese que, por causa de la resistencia disminuida, se acelerase la muerte, con tal que se la haya dado la posibilidad al moribundo de ordenar sus asuntos personales, sociales y religiosos. En este caso, la administración de fármacos es plenamente humana e intachable desde el punto de vista ético. Se trata de evitar el dolor -bien mayor deseado-, no de acelerar la muerte, ni de privar al ni de privar al enfermo de la personalización de su propia muerte en la fase terminal -males menores no deseados, pero permitidos en la situación -. La intención es clara en este sentido.

3.-En cambio si la intención de la administración de la droga fuera la de evitar para el enfermo una fase consciente, no se respetaría el derecho que tiene a morir humanamente. Y, si lo que se pretende es proporcionarle una muerte rápida, sería un comportamiento eutanásico.

---

su eficacia. Es conveniente recordar una declaración de Pío XII que conserva aún toda su validez. Un grupo de médicos le había planteado esta pregunta: "¿La supresión del dolor y de la conciencia por medio de narcóticos... está permitida al médico y al paciente por la religión y la moral (incluso cuando la muerte se aproxima o cuando se prevé que el uso de narcóticos abreviará la vida)?" El Papa respondió: "Si no hay otros medios y si, en tales circunstancias, ello no impide el cumplimiento de otros deberes religiosos y morales: Sí". En este caso, en efecto, está claro que la muerte no es querida o buscada de ningún modo, por más que se corra el riesgo por una causa razonable: simplemente se intenta mitigar el dolor de manera eficaz, usando a tal fin los analgésicos a disposición de la medicina. Los analgésicos que producen la pérdida de la conciencia en los enfermos, merecen en cambio una consideración particular. Es sumamente importante, en efecto, que los hombres no sólo puedan satisfacer sus deberes morales y sus obligaciones familiares, sino también y sobre todo que puedan prepararse con plena conciencia al encuentro con Cristo. Por esto, Pío XII advierte que "no es lícito privar al moribundo de la conciencia propia sin grave motivo."

<sup>206</sup> VICO PEINADO, J., *Dolor y Muerte Humana Digna. Bioética Teológica*, San Pablo, Madrid, (1995) 90-91.

4.- Privar al enfermo de su capacidad mental, de manera total y definitiva, cuando aún no ha satisfecho sus obligaciones personales, sociales y religiosas, atenta contra la autonomía del sujeto, de no ser que él haya decidido con anterioridad no atender a sus obligaciones, después de ser debidamente informado acerca del tratamiento que se le va a suministrar.<sup>207</sup>

En esta situación es muy importante recordar que hay que atender al enfermo y a su familia. Por eso, si llega un momento en la evolución del paciente que exige se tenga que interferir con fármacos en su capacidad mental, en su nivel de conciencia normal, para conseguir un adecuado control de los síntomas, es imprescindible que la toma de decisiones del uso de estas medidas farmacológicas se realice en el seno de una adecuada relación paciente-familia-equipo sanitario; el paciente y la familia tienen que intervenir en la medida de lo posible en la decisión de usar esos fármacos. El equipo sanitario debe informar al paciente y la familia de los efectos secundarios y de las consecuencias que se van a derivar para que puedan decidir y tomar las medidas que crean oportunas.

Aclaremos ahora algunos conceptos:

*La sedación paliativa* es el “proceso por el que de forma deliberada se disminuye el nivel de conciencia del enfermo administrando aquellos fármacos apropiados con el objetivo de tratar de eliminar y evitar un dolor y sufrimiento intenso, causados por síntomas refractarios a otras medidas aplicadas previamente. Contempla el conocimiento previo por parte del paciente y, derivado de ello, el consentimiento explícito, implícito o delegado del mismo. En un primer nivel de aproximación a *la sedación* se distinguen varios tipos: según el tiempo puede ser *continua o intermitente* y según la intensidad puede ser *superficial o profunda*.

*La sedación terminal* supone un nivel más avanzado en el grado de sedación y, con las mismas características que la sedación paliativa, implica una disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima, y es necesario previamente su consentimiento igualmente explícito, implícito o delegado.<sup>208</sup>

---

<sup>207</sup> Cfr. CPPAS, o. c., N° 124.

<sup>208</sup> PORTA, J., et al. “Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: estudio multicéntrico catalanobalear”, *Medicina Paliativa*, Vol. 6, N° 3, (1999) 108-115.

La *sedación en la agonía* implica un grado mayor de necesidad de sedación por la intensidad de los síntomas y la previsión de una proximidad del momento final de la vida del paciente.

Pero más importante que el encuadramiento del tipo de sedación, es el reconocimiento de la indicación, *si hay que usarla o no*, pues en ello reside su reflexión ética: ayudar y aliviar, evitar dolor y sufrimiento.

Es muy importante y trascendental no indicarla cuando los síntomas no se pueden considerar refractarios, sino “aun no controlados”. En este caso hay que agotar todas las posibilidades que haya para controlar esos síntomas, y sólo plantear la sedación cuando efectivamente dichos *síntomas son refractarios e imposibles de controlar por otro medio*. Los escenarios más frecuentemente que presentan los pacientes en la fase final de la enfermedad y sus acompañantes que requieren pensar en la sedación son estados incontrolables de delirium, náuseas y vómitos incoercibles, disnea y sensación de falta de aire, dolor, cuadros hemorrágicos, estados de ansiedad y pánico, acompañados de angustia e impotencia en los familiares.

Por tanto, para considerar la sedación paliativa o terminal debe contemplarse antes la presencia de esas circunstancias o sus manifestaciones: la refractariedad de los síntomas, la información al paciente y a la familia, y su consentimiento conscientemente compartido. Como se decía al inicio de este apartado: su aplicación no puede interferir con la satisfacción de sus necesidades familiares, sociales o espirituales. Es fundamental el registro en historia clínica de todas las decisiones adoptadas, de forma que sean una base de seguimiento para todo el equipo asistencial.<sup>209</sup>

Cuando se llega a este punto en la evolución del paciente y a esta fase del tratamiento, es frecuente el planteamiento del dilema entre sedación y eutanasia.

Este dilema tiene su respuesta concreta en la intención con la que se hace, en los medios que se utilizan y en el resultado que se obtiene, y se dilucida según el

---

<sup>209</sup> SANCHEZ CORREA, M.A., CUERVO PINNA, M.A., (Coordinadores, Grupo de trabajo de Tratamientos del Programa Regional de Cuidados Paliativos del Servicio Extremeño de Salud). “Gua Clínica. Sedación Paliativa del PRCPEX, uso y recomendaciones”, *SECPAL*, <http://www.secpal.com//Documentos/Blog/guia-de-sedacion.pdf> Fecha consulta 09/06/2017.

“principio del doble efecto” anteriormente referido. En la sedación se busca una disminución del nivel de conciencia para que, junto con la analgesia, evitar que el paciente perciba, tenga y manifieste dolor; se busca por tanto bienestar y tranquilidad y se emplean los fármacos a las dosis requeridas para este fin, adaptándolas en cada momento a sus necesidades. En la eutanasia, por el contrario, lo que se busca es eliminar la vida del paciente, y con este fin tan claro, no importa la dosis de fármacos que se usa.<sup>210</sup> Según un estudio multicéntrico se ha comprobado que la sedación paliativa bien realizada no afecta a la supervivencia.<sup>211</sup>

Además, dos circunstancias deben acompañar al procedimiento de sedación, por un lado llevarla a cabo donde está el paciente, o *donde mayor confort transmite a la esfera familiar*, pues así el grado de acompañamiento va a ser más continuo y mantenido; por otro, el *seguimiento*, ya que hasta el último momento se debe acompañar y no abandonar a ese núcleo que forman paciente y familia. Seguimiento tanto de la parte farmacológica con la posible necesidad de modificación de dosis, como de la parte emocional y humana de la familia.

Junto a esta consideración integral del paciente y su entorno, es necesario añadir que este problema, relativo a las consecuencias que se originan con el uso de los analgésicos, es actualmente sentido con menor dramaticidad porque, en relación especialmente con el tratamiento del cáncer, la ciencia médica ha experimentado notables progresos y se dispone actualmente de terapias analgésicas que limitan o anulan tales consecuencias, en particular la disminución de la conciencia.<sup>212</sup> Por otra parte, se debe evitar que con dosis masivas de analgésicos opiáceos se practique conscientemente, de modo oculto, la eutanasia. Por eso la dosis de analgésicos debe ser siempre proporcionada al dolor.<sup>213</sup>

---

<sup>210</sup> PORTA-SALES J., “Sedación paliativa”, en PORTA-SALES, J., GOMEZ-BATISTE, X, et al., *Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*, Editorial Arán, Madrid, (2004) 259-270.

<sup>211</sup> MALTONI, M., PITTURERI, C., et al., “Palliative Sedation Therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study”. *Annals of Oncology*, Vol. 20, N° 7, (2009) 1163-1169.

<sup>212</sup> Cfr. CERDÁ-OLMEDO, G. ET AL “Algoritmo de decisión para el tratamiento del dolor Crónico: decisiones específicas en el paciente Terminal (II)” en *Rev. Soc. Esp. Dolor*, N° 7, (2000) 306-312.

<sup>213</sup> SGRECCIA, E., *o. c.*, 878.



### 3.2.2 Cuidados Paliativos. Consideraciones Éticas

La aportación de una disciplina que aúne la cobertura de una atención integral y global basada en ese respeto a la dignidad de la persona se basa en la necesidad que tienen los enfermos en fase terminal de ayuda de los demás, y ello es inalienable una realidad a la que intenta dar una solución la Medicina Paliativa.<sup>214</sup> Pero, ¿qué valoración tiene desde el punto de vista ético?

La Medicina Paliativa es la única vía que ayuda a rescatar “lo humano” y respeta la dignidad que todo enfermo posee, aunque esté desahuciado, aquejado de una enfermedad incurable, sea totalmente dependiente y se vea abocado a la muerte en poco tiempo. El enfermo moribundo sigue siendo uno de los nuestros y le sigue perteneciendo “en plenitud la naturaleza y la dignidad humana, por lo que merece una cuidadosa atención ética en la última fase de su vida”. Esta cuidadosa atención sólo puede ser prestada por un personal sanitario virtuoso.<sup>215</sup>

En primer lugar, hay que señalar que los Cuidados Paliativos son concordes al clásico principio de la ética médica que sintetiza la función asistencial del médico: Curar, Aliviar, Consolar. Como el enfermo terminal es, por definición, incurable, el médico debe luchar por aliviarlo y, cuando esto tampoco sea posible, deberá intentar siempre consolarlo. Como decíamos, su filosofía se condensa en el viejo aforismo de *“si no puedes curar, alivia; y si no puedes aliviar, por lo menos consuela”*. Filosofía que debe regir todo acto médico asistencial, realizado a cualquier persona y en cualquier situación.

En segundo lugar, merecen un juicio ético positivo ya que, por un lado, cumplen con el deber ético y fraterno de asistir a los que están próximos a morir y, por otra parte, hacen justicia a los derechos que estas personas tienen. Derechos

---

<sup>214</sup> Cfr. CENTENO CORTES, C., MUÑOZ SÁNCHEZ, J. D., “Cuidados paliativos. Respuesta bioética de la Medicina a la situación terminal” en TOMÁS GARRIDO, G. M., (edit.), *La Bioética: un compromiso existencial y científico*, Vol. III, Fundación Universitaria San Antonio, Murcia, (2006) 179-198.

<sup>215</sup> Cfr. GARCIA SÁNCHEZ, E. “El rescate de lo humano en el enfermo que se muere” en *Cuadernos de Bioética*, Vol. 23, N°1, (2012) 135-149.

que son ante todo derechos fundamentales del ser humano, pero que en la fase terminal de la vida se convierten en necesidades.<sup>216</sup>

Así, los Cuidados Paliativos al proporcionar una atención integral, continuada e individualizada, que tiene en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, respeta el derecho que el enfermo terminal tiene a recibir una atención personalizada, a ser tratado hasta el final de su vida en su singularidad de persona humana, con una dignidad y un valor único e irrepetible que no se pierden por el hecho de enfermar ni por encaminarse a la muerte. El derecho a no sufrir inútilmente, a que se le apliquen los medios necesarios para combatir el dolor, a morir en paz y dignidad en un ambiente lo más parecido al familiar y a percibir una asistencia humana y médica integral.

Del mismo modo, al ser llevados a cabo por un equipo interdisciplinar en el que cada miembro desempeña una función específica y definida, los Cuidados Paliativos aseguran en buena medida el derecho que toda persona enferma en fase terminal tiene a ser tratada por profesionales competentes, capacitados para la comunicación y que puedan ayudarle a enfrentarse con su muerte. En este trabajo en equipo, no se ignora la necesidad que estas personas tienen de recibir asistencia espiritual, de ser ayudados en esta última etapa de su vida a reconciliarse con su existencia, de encontrar la paz y la serenidad que le ofrecen las creencias que dan sentido a su vida y a su muerte.

Los Cuidados Paliativos promocionan también la autonomía y la dignidad de estos enfermos y sus familias, ya que uno de sus instrumentos básicos consiste en establecer una comunicación franca y honesta entre el enfermo, la familia y el equipo terapéutico, en la que los enfermos son informados, consultados y respetados en sus deseos a la hora de elaborar los objetivos terapéuticos. Con ello, se respeta el derecho que toda persona enferma en fase terminal tiene a conocer la verdad de su situación, a recibir información completa y continuada de todo lo relativo a su proceso, a decidir sobre sí mismo y sobre las intervenciones a que se le haya de someter, a que se respete la libertad de su conciencia y a no ser discriminado por el hecho de que sus decisiones sean distintas a las de quienes le atienden.

---

<sup>216</sup> Cfr. GARCIA FEREZ, J., *o. c.*, 115-120; Cfr. CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA: COMITE EPISCOPAL PARA LA DEFENSA DE LA VIDA, *o. c.*, N° 29.

Además, al incluir dentro de sus objetivos la atención a la familia y al considerar a ésta como el núcleo fundamental de apoyo al enfermo, respetan también el derecho que toda persona enferma en fase terminal tiene a recibir el consuelo de la familia y amigos, que desee le acompañen a lo largo del proceso de su enfermedad y en el momento de la muerte. El derecho a sentirse rodeado de gente que lo considera importante y lo quiere, a recibir calor humano y a sentirse acompañado al final de su vida en todos los sentidos.

Por último, la Medicina Paliativa es un bien para la misma Medicina actual inmersa en una cultura utilitarista y eficientista. Es una revolución, un éxito asombroso y magnífico pues implica que la ciencia médica considera que la enfermedad incurable y terminal es importante, tiene interés aunque no se puedan obtener beneficios medibles en términos de curación.<sup>217</sup> La Medicina Paliativa ayuda a "*recuperar el Ethos médico originario mediante el ejercicio de las virtudes, a través de las cuales el personal biosanitario puede capacitarse para reconocer que los débiles, los enfermos miserables, los desahuciados son importantes, son dignos para la medicina, sirven para la ciencia: son humanos y por tanto absolutamente válidos*"<sup>218</sup> y no hay mayor logro humano, médico y ético que éste.

A propósito de los Cuidados Paliativos, Juan Pablo II en el N° 65 de la Encíclica *Evangelium Vitae* decía:

"En la medicina moderna van teniendo auge los llamados "cuidados paliativos", destinados a hacer más soportable el sufrimiento en la fase final de la enfermedad y, al mismo tiempo, asegurar al paciente un acompañamiento humano adecuado."

Los Cuidados Paliativos suponen una gran esperanza para la atención humana y digna de los enfermos terminales pues es contraria, por un lado, a la "obstinación terapéutica", al no pretender prolongar la vida de estos enfermos a partir de tratamientos desproporcionados que lo único que consiguen es prolongar el proceso de morir y aumentar el sufrimiento y, por otro, a la "eutanasia" ya que tampoco persigue el adelantar el momento de la muerte. Solamente intentan estar

---

<sup>217</sup> Cf. HERRANZ RODRIGUEZ G., "*Eutanasia y dignidad del morir*", en POSTIGO SOLANA E., et al (Coord.), *Vivir y Morir con dignidad*, EUNSA, (2002), 187-188.

<sup>218</sup> GARCIA SÁNCHEZ, E. "El rescate de lo humano en el enfermo que se muere", *o. c.*, 135.

presentes y aportar los conocimientos especializados de cuidados médicos y psicológicos, y el soporte emocional y espiritual al ser humano que se encuentra en la fase terminal de su enfermedad. Sólo pretenden “*conseguir que los pacientes dispongan de los días que les resten conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, de tal modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un lugar lo más parecido posible, rodeados de la gente que les quiere*”.<sup>219</sup>

La Medicina Paliativa es el argumento más válido contra aquellos que sostienen la necesidad de la eutanasia, porque es una elección consciente y humana de acompañamiento a la vida, para darle a ésta todo el significado posible y compatible con una enfermedad que devasta el cuerpo, pero generalmente mantiene vivo e íntegro lo más significativo del hombre: el espíritu.<sup>220</sup>

Para terminar, es conveniente dar cuenta de unas importantes aportaciones que hace la Prof<sup>a</sup>. D<sup>a</sup>: Ana M<sup>a</sup> Marcos del Cano en su artículo “Dignidad humana en el final de la vida y cuidados paliativos”.<sup>221</sup> En él hace una profunda reflexión sobre la relación que hay entre el respeto a la dignidad humana y los cuidados paliativos y previene sobre la necesidad de que los profesionales sanitarios de cuidados paliativos entiendan que respetar la dignidad del paciente como persona es más que respetar la voluntad del paciente sin más. Por encima de esa importante particularidad del paciente que es su voluntad libre, existe otra cualidad superior y es el hecho de ser una persona, un ser con una dignidad ontológica, con un valor intrínseco, inviolable, que obliga a que su vida sea respetada en toda circunstancia, aun cuando el paciente no sea capaz de reconocer el valor de su propia vida. Advierte que no es fácil separar ambas visiones de la dignidad: la dignidad desde la óptica del respeto a la voluntad del paciente sin más, y la dignidad desde la

---

<sup>219</sup>CENTENO CORTÉS, C., “Historia de los Cuidados Paliativos”, [http://www.secpal.com/secpal\\_historia-de-los-cuidados-paliativos-1](http://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1) Fecha consulta: 29/12/2014.

<sup>220</sup> SINACCIO, G., ROBERTE, E., voz “Malato terminale”, en LEONE, S. e PRIVITERA, S. (a cura di), *Dizionario di Bioetica*, EDB-ISB, Palermo (1994) 579-580.

<sup>221</sup> Cfr. MARCOS DEL CANO, A. M. “Dignidad humana en el final de la vida y cuidados paliativos”, en MARTÍNEZ MORÁN, N. (Coord.), *Biotecnología, Derecho y dignidad humana*, Comares, Granada, Vol. 9, (2003) 237-257.

óptica del valor ontológico de la persona, indistintamente del poder de su voluntad, pero que es necesario saber distinguirlas.

La Dra. Marcos del Cano, partiendo de la realidad que supone el progreso técnico-médico frente al envejecimiento progresivo de la población, ve difícil y escasa, la gestión de los recursos dedicados a la sanidad y servicios sociales. A lo anterior, se suma el hecho de que a nivel clínico no existen criterios de racionalidad en los que basar las decisiones que la realidad clínica demanda. Ambas circunstancias repercuten negativamente en la atención a las personas, en el respeto a la dignidad del paciente. Y, aunque se busca amparo en los Comités de Ética Asistencial ante situaciones que suponen un dilema ético en el proceso de deliberación, la aportación de los mismos no es vinculante.

El respeto debido a la dignidad de la persona lleva a la combinación “dignidad ontológica y cuidados paliativos” como un binomio de actuación conjunta, pues ambos se unen indisolublemente cuando se afronta la toma de decisiones en el tratamiento de los enfermos terminales. Es fácil y frecuente encontrar a los partidarios de los Cuidados Paliativos y los de la Eutanasia enfrentados, ya que ambos buscan la evitación del sufrimiento (aunque sea por vías distintas) y ambos defienden sus diferentes actitudes fundamentándolas en el concepto de dignidad humana, pero lógicamente cada una se apoya inconscientemente en un concepto de dignidad humana distinto. Donde sí hay consenso es en considerar la obstinación terapéutica como un proceder no ético y falta de respeto con la dignidad de la persona, así como la necesidad de una atención integral.

Finalmente, para poder respetar la dignidad humana del enfermo, la Dra. Marcos concluye con un llamamiento a todos los implicados en la fase final de la enfermedad: es necesario que el paciente sea responsable en sus decisiones, los profesionales sanitarios deben considerar a la persona por encima de la enfermedad y el alivio como opción terapéutica y no como fracaso, y a los juristas como mediadores de vías en la búsqueda de la consolidación, eficacia y aplicación de los Cuidados Paliativos.

### 3.2.3 Reflexión Ética sobre la Eutanasia

Después de analizar las conductas médicas que se pueden asumir a la hora de atender a los enfermos terminales, podemos entender mejor por qué algunos propongan otra conducta que es la de adelantar su muerte deliberadamente, por medios mal llamados terapéuticos. Muchos plantean esta solución y consideran que es la mejor manera de procurar una muerte digna a estos enfermos, pues les evita el tener que soportar sufrimientos y les libera del llamado ensañamiento terapéutico.

Los motivos que pueden conducir a adoptar esta conducta son muchos, tanto por parte del mismo enfermo, de su familia, o de los trabajadores sanitarios. Podríamos decir que el más importante de ellos es la grave incapacidad que sufre nuestra sociedad para llenar de sentido el sufrimiento y la muerte, lo que comporta la exigencia de eliminar el dolor y de invocar la muerte anticipada por no poderla pensar ni afrontar. Esta incapacidad contribuye hoy a hacer sentir como particularmente gravosa y pesada la obligación de la asistencia de un enfermo en estado prolongado de enfermedad,<sup>222</sup> por lo que se invita a acceder a la eutanasia como la mejor manera de enfrentarnos con el problema de los enfermos terminales.

Paradójicamente, apenas es considerada como próxima, la muerte, que antes se rechazaba con todas las fuerzas, se convierte en el único objetivo a alcanzar. Es llamada, deseada, aguardada con impaciencia por todos los que rodean al enfermo. La presencia material del moribundo se siente como un reproche intolerable, como una carga inútil y hasta perjudicial para el equilibrio afectivo, profesional y económico de los que sobreviven. Por eso se puede sentir la tentación de acabar con esta situación, de provocar la muerte del moribundo, bien sea por un fin "humanitario" o bien por un fin económico y social.<sup>223</sup>

Para poder afrontar desde el punto de vista ético la eutanasia, es necesario, en primer lugar, definir bien qué es y en qué consiste. En el lenguaje común es frecuente que se utilice este término cuando se habla de otras realidades relacionadas con la asistencia médica al final de la vida, como son la lucha contra el dolor o la suspensión de tratamientos. Problemas que, en principio, no tienen

---

<sup>222</sup> TETTAMANZI, D., *o. c.*, 523.

<sup>223</sup> Cfr. JOMAIN, CH., *Morir en la ternura*, Ediciones Paulinas, Madrid (1987) 78.

nada que ver con la eutanasia, pero que con frecuencia se les incluye dentro del mismo término, de ahí la ambigüedad actual del mismo y la necesidad de su aclaración.

### 3.2.3.1 Definición y concepto actual de eutanasia.

El término eutanasia procede de la palabra griega *eu* (buena) y *thánatos* (muerte) y significa literalmente "muerte dulce, serena, sin sufrimientos", lo que es sin duda algo deseable por todo el mundo.

En la actualidad, eutanasia significa, en términos generales, el hecho de provocar una muerte fácil y sin dolores a un paciente que está próximo a morir a causa de una enfermedad terminal. Se ha producido un cambio semántico del término; hoy no entendemos por eutanasia una muerte natural, a su tiempo, serena y sin sufrimientos (como se entendía en la antigua Grecia), sino la acción, la mayoría de las veces médica, por la que se acelera o no se evita, la muerte a enfermos incurables, con la intención de evitarles sufrimientos.

Otro problema que existe es que se han hecho muchas clasificaciones de eutanasia: en función de la voluntad del enfermo (voluntaria e involuntaria), de los medios (activa, pasiva), de la intencionalidad (directa, indirecta), de la finalidad (piadosa, eugenésica, económica, social), etc., intentándola dotar, según las diferentes modalidades, de una diferente consideración ética, moral, jurídica, etc. Estas clasificaciones pueden ser útiles para desenmarañar la complejidad de este tema, pero creo, al mismo tiempo, que no hay que darles demasiada importancia, pues no resuelven por sí mismas, el problema moral al que se refieren y quizás, por otra parte, confundan más que aclaren. A pesar de todo creo que es necesario hablar de ellas, por lo menos, de las más utilizadas en la actualidad.

La principal clasificación es la que se realiza en función de la voluntad del enfermo y distingue entre eutanasia voluntaria e involuntaria. Cuando la eutanasia es pedida de forma voluntaria por el mismo enfermo y éste es ayudado en su intención de morir por un médico u otra persona, se denomina *eutanasia voluntaria*. Cuando es el mismo paciente el que provoca su muerte, ingiriendo una dosis letal de fármacos recetados por su médico para tal fin, algunos llaman a esta modalidad de eutanasia voluntaria *suicidio asistido*. En ambos casos la característica común es que el enfermo quiere y pide que su muerte se anticipe; la diferencia es que en un caso el agente es el propio enfermo y en el otro es el médico

u otra persona. Cuando la eutanasia es realizada sin que el paciente lo sepa, o sin su consentimiento, estaríamos ante la *eutanasia involuntaria*.

Los medios por los que se causa la muerte pueden ser o por una *intervención positiva*, administrando fármacos a dosis letales, o por una *omisión*, o sea, suspendiendo u omitiendo un tratamiento necesario para mantenerlo en vida. En función de estos medios, algunos han distinguido entre eutanasia activa y eutanasia pasiva; cuando el medio que se utiliza es una intervención positiva la denominan *eutanasia activa* y en el caso de omitir tratamientos necesarios la llaman *eutanasia pasiva*. Otros autores consideran equívoca y desaconsejable tal distinción ya que la intención de causar la muerte está presente en ambos tipos de acciones deliberadas (acción directa u omisión de socorro) e importa poco si esto se consigue con una u otra. Además, porque hay quien utiliza el término de eutanasia pasiva en los casos de omisión de tratamientos inútiles y dañosos al enfermo, así como para el riesgo de muerte que puede implicar el uso de algunos analgésicos, por lo que el término eutanasia pasiva da lugar a confusiones y equívocos. Otra razón más para no utilizarlo.<sup>224</sup>

Es importante recordar a este punto que no se puede considerar eutanasia la administración de fármacos necesarios para aliviar el sufrimiento del enfermo, como por ejemplo analgésicos opioides que pueden producir como efecto secundario el acortamiento del nivel de conciencia y de la vida, siempre y cuando éstos se utilicen a las dosis adecuadas al dolor y no se busque intencionalmente la aproximación de la muerte, sino el alivio del dolor. La eutanasia, en sentido estricto, implica siempre la intención deliberada de causar directamente la muerte. Con el uso de los analgésicos lo que se busca es aliviar el dolor, no causar la muerte. Esta última, aunque resultara acelerada, no sería querida ni directa ni tampoco indirectamente, en el sentido de que la voluntad de aliviar el dolor de un paciente no implica la intención de llegar, mediante ese método terapéutico legítimo, a causarle la muerte. Tampoco es eutanasia la omisión de tratamientos inútiles o desproporcionados, tratamientos que, como se vio anteriormente, no se está obligado a usar.

---

<sup>224</sup> TETTAMANZI, D., "L' Eutanasia" en *Nuova Bioetica Cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (2000) 542.; Cfr. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS, "Declaración sobre la Eutanasia", *Medicina paliativa*, 9, (2002) 37-40.



También hay quien ha distinguido en función de la intencionalidad entre eutanasia directa (cuando en la intención del agente existe el deseo de provocar la muerte directamente del enfermo) y eutanasia indirecta (cuando en la intención no se quiere ni se busca la muerte, sino que ésta sobreviene a causa de los efectos secundarios del tratamiento paliativo del dolor). Ésta es una clasificación errónea ya que para que sea realmente eutanasia tiene que existir la intención de causar la muerte y, por lo tanto, la eutanasia indirecta no existe.

La definición de eutanasia que ofrece la Congregación para la Doctrina de Fe<sup>225</sup> y posteriormente Juan Pablo II, en la Encíclica *Evangelium Vitae*<sup>226</sup> es precisa y aclaradora pues la sitúa en el ámbito de los métodos usados y de las intenciones. Dicen así:

"Por eutanasia se entiende una acción u omisión que por su naturaleza o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor. La eutanasia se sitúa pues en el nivel de las intenciones o de los métodos usados." (EV. 65)

Al situar a la eutanasia en el ámbito de la intención o de los medios usados, esta definición aclara verdaderamente el término de eutanasia, considerándose ésta cuando:

1.- La *intención* es la de poner fin a la vida o acelerar la muerte de una persona. Luego no es eutanasia cuando la intención que se tiene es la de aliviar el sufrimiento de una persona enferma en fase terminal, aunque para ello se administren fármacos que puedan acelerar la muerte como efecto secundario. En este caso no se pretende acelerar la muerte para aliviar el sufrimiento, no está dentro de la intención el acelerar la muerte, sino que es un efecto secundario, no buscado.

2.- Los *medios* que se utilicen provocan la muerte intencional del enfermo bien administrando sustancias narcóticas o tóxicas a dosis letales, o bien omitiendo tratamientos necesarios e imprescindibles para su vida (por ejemplo, la alimentación o la reanimación). En ambos casos se trata de eutanasia porque lo que se pretende es provocar o acelerar la muerte, poco

---

<sup>225</sup> CDF, *Declaración sobre la eutanasia*, N° 2, AAS72 (1980) 545-546.

<sup>226</sup> JUAN PABLO II, *EV*, N° 65, AAS87 (1995) 475-477. Para ser exactos este documento dice en vez de ... *por su naturaleza o en la intención...*, ...*por su naturaleza y en la intención*.

importa que esto se realice mediante una acción o con una omisión. No es eutanasia cuando se omiten tratamientos que no son útiles al enfermo o pueden serle dañosos, como se ha dicho anteriormente.

3.- El *fin* es la eliminación de cualquier dolor. El sentimiento subjetivo de estar eliminando el dolor o las deficiencias ajenas es elemento necesario de la eutanasia; de lo contrario estaríamos ante otras formas de homicidio.<sup>227</sup>

Cuando se habla de eutanasia se está hablando siempre en el contexto de provocar deliberadamente la muerte, mientras que cuando se hace referencia al tratamiento del dolor o a la suspensión de tratamientos inútiles el contexto es otro muy distinto, no el de provocar la muerte sino el de cuidar la vida y, por lo tanto, de luchar contra la enfermedad y la muerte, con el problema ético de cuándo se debe cesar en dicha lucha. De ahí que se trate de dos problemas diferentes, porque diferente es el contexto.

En resumen, por eutanasia únicamente se debe entender una acción o una omisión directamente dirigida a terminar con la vida de un paciente, o sea,

“la actuación cuyo objeto es causar la muerte a un ser humano para evitarle sufrimientos, bien a petición de éste, bien por considerar que su vida carece de la calidad mínima para que merezca el calificativo de digna”.<sup>228</sup>

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos en su *Declaración sobre la Eutanasia* la define como:

“la conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico”.<sup>229</sup>

Aun cuando existen otros tipos de eutanasia como la eutanasia neonatal (cuando se practica a recién nacidos con graves enfermedades), la eutanasia

---

<sup>227</sup> CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA: COMITE EPISCOPAL PARA LA DEFENSA DE LA VIDA, *o. c.*, N° 5.

<sup>228</sup> *Ibidem*, N° 11; Esta definición fue también adoptada por LA COMISIÓN PERMANENTE DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA en su documento *La eutanasia es inmoral y antisocial*, (19-II-1998).

<sup>229</sup> SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS, “Declaración sobre la Eutanasia”, *Medicina paliativa*, 9, (2002) 37-40.

eugenésica (cuando tiene la finalidad de conseguir una "higiene de la raza", eliminando a los deformes y tarados) o la eutanasia económica o social (la cual tiene por finalidad eliminar a los enfermos irreversibles que suponen una carga económica importante, con el fin de destinar los recursos limitados a enfermos que puedan llegar a recuperarse), en este trabajo nos referimos sólo al caso de la eutanasia practicada a enfermos terminales con el fin de evitarles sufrimientos, la que ha venido a ser llamada por algunos "causar la muerte por piedad". Esto se debe a dos razones: la primera, y más importante, es que es el enfermo terminal el objeto de este trabajo y la segunda por considerar que este tipo de eutanasia es la que mayor aceptación social está alcanzando, la que más se realiza en el momento actual y la que ha sido legalizada en algunos países.

Como vimos anteriormente, la eutanasia va ganando aceptación pública en los países industrializados de cultura occidental, llegando a ser legalizada en algunos de ellos. Ante esta realidad, surge inevitablemente una pregunta ¿Por qué ha ocurrido esto?, ¿Cómo algo que ha sido considerado durante siglos un delito penalizado en las leyes, algo prohibido en todos los códigos deontológicos,<sup>230</sup> ha ido ganando aceptación y reconocimiento en la moderna cultura occidental?, ¿Qué factores sociales han propiciado y han hecho posible tal cambio?

### *3.2.3.2 Factores sociales y culturales en relación con la eutanasia.*

Son muchos los factores que han influido en la progresiva aceptación y la posterior legalización de la eutanasia. Aun cuando no exista una sociología sistematizada del fenómeno, Monseñor Elio Sgreccia, resume las conclusiones de

---

<sup>230</sup> Valgan algunos ejemplos: JURAMENTO HIPOCRÁTICO: "No daré ninguna droga letal a nadie, aunque me la pidan, ni sugeriré un tal uso."; CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL ESPAÑOLA, 2011 Art. 36.3: "el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste"; CÓDIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA MÉDICA: "El médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana"; DECLARACIÓN SOBRE LA EUTANASIA, Adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial 1987. Madrid: "La eutanasia, es decir, el 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"; Cfr. VEGA GUTIÉRREZ, J., LOPEZ DE ARCAUTE, A. C., RIERA CASTELLANO, E., MARTINEZ LEÓN, M., o. c., 393-412.

los estudiosos, juristas y sociólogos en tres componentes o matrices del movimiento en pro de la eutanasia:<sup>231</sup>

1.- *La secularización del pensamiento y de la vida*

Que rechaza toda dependencia de Dios y de la ley moral por parte del hombre e impide entender el significado de la muerte y el valor del dolor.

Fuera de la religión, la muerte y el sufrimiento pierden sentido. La muerte sólo tiene sentido si, al privar al hombre de los bienes terrenales, abre la esperanza hacia una vida más plena. La incapacidad de encontrar un sentido a la muerte lleva a dos actitudes: a que se la ignore (se la oculta social y personalmente y se convierte en un tema tabú) y, por otro lado, a que se la anticipe por medio de la eutanasia. La eutanasia es un signo de rechazo de Dios, de reivindicación del hombre de disponer plenamente de sí, de su propia vida y de su propia muerte.

La secularización se ve reforzada, en la era industrial, por la búsqueda del utilitarismo productivista y, consiguientemente, por la ética del hedonismo, para la cual la muerte, el sufrimiento y el dolor son elementos de máxima perturbación, son unos desvalores, que necesitan ser rechazados. La eutanasia como escape de la agonía se produce primero en el espíritu y luego en la sociedad y en el derecho. Como comprobación de esto basta observar en qué países y en qué contextos culturales se solicita y se ha llegado a legalizar la eutanasia: en los países de una sociedad industrializada y secularizada.

2.- *El cientificismo racionalista y humanitarista.*

El pensamiento científicista parte de la premisa de que el conocimiento objetivo de la realidad, de la verdad de las cosas, sólo es posible en el campo de la ciencia experimental; éste es incompatible con los valores éticos, los cuales sólo se llegan a conocer de una forma subjetiva, relegándolos al campo del mito y de la imaginación. El hombre surgido por azar en un universo surgido a la vez igualmente del azar y de la necesidad, es árbitro de sí mismo y no tiene otra referencia fuera de su propio ser; la razón "científica" es su única guía y no debe responder de su destino ante nadie más.

Sobre un ateísmo materialista de fondo, se instaura la pretensión de la ciencia de transformar la muerte en un acontecimiento calculado y programado. No sólo

---

<sup>231</sup> SGRECCIA, E., *o. c.*, 853-859.

hay en el fondo una falta de fe en Dios, sino la muerte de la metafísica y de la ontología de la persona.<sup>232</sup>

Cuando el valor "objetivo" de la persona desaparece del pensamiento occidental al triunfar las ideologías de la inmanencia y del subjetivismo, la muerte del hombre en su valor trascendente estaba ya incluida. Cuando el hombre no advierte el valor trascendente de persona, no le queda nada más que sentirse una cosa.<sup>233</sup>

### *3.- La descompensación de la medicina entre tecnología y humanización.*

Los avances de la medicina han agudizado el problema de la eutanasia. La medicina en las últimas décadas ha avanzado espectacularmente en la posibilidad de curar muchas enfermedades hasta hace poco incurables y de prolongar la supervivencia de muchos enfermos, gracias al desarrollo de las técnicas de diagnóstico, tratamiento y de reanimación. Pero estos mismos avances de la medicina han planteado con mayor evidencia el problema de la "muerte digna": las mismas técnicas de reanimación que permiten que muchos enfermos se recuperen prodigiosa y totalmente, con frecuencia condenan también a otros tratamientos que, más que la vida, lo que prolongan es la agonía.

Por otra parte, el esfuerzo tecnológico de las salas de reanimación va acompañado a menudo del aislamiento y la soledad del enfermo; aislamiento de los familiares, incluso en el momento de la muerte, y soledad también respecto al cuerpo médico afanado en torno de las máquinas.

Los logros de la medicina han llevado, pues, a plantear nuevos problemas éticos en la atención de los enfermos terminales, con relación a la licitud y obligatoriedad de ciertas técnicas de reanimación y a la obligación de una asistencia más humana, y no solo técnica, a estos enfermos.

Otra fuente de problemas éticos para la medicina actual viene de la llamada socialización de la medicina. El requerimiento de salud, apoyado en el requerimiento del bienestar individual y social, lleva al sobrecupo en los hospitales

---

<sup>232</sup> Cfr. MORANDE, P., "Vida y persona en la posmodernidad" en SCOLA, A., (coord.), *¿Qué es la vida?*, Ediciones Encuentro, Madrid (1999) 101-121.

<sup>233</sup> Cfr. DEL POZO, G., "Dios Creador y Señor de la vida", en LUCAS LUCAS, R., (dir.), *Comentario Interdisciplinar a la Evangelium Vitae*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid (1996) 324.

y a la despersonalización de la asistencia sanitaria. Todo ello hace que le sea realmente difícil al personal sanitario pasar de la simple asistencia técnica a la asistencia humana.

Juan Pablo II en la Encíclica *Evangelium Vitae* analiza ampliamente las múltiples causas y raíces que están en el fondo de las actuales amenazas a la vida, incluida la eutanasia. Entre ellos señala como central el secularismo que lleva a una pérdida del sentido de Dios y del hombre<sup>234</sup>; el racionalismo y el pensamiento científicista que niega la idea de una verdad objetiva y universal<sup>235</sup>; el materialismo práctico en el que proliferan el individualismo, el utilitarismo y el hedonismo<sup>236</sup>; un contexto cultural que hace difícil afrontar y soportar el sufrimiento pues no ve en él ningún valor<sup>237</sup>; la perversión del concepto de libertad<sup>238</sup> y una profunda crisis de

---

<sup>234</sup> JUAN PABLO II, *EV*, N° 21, AAS 87 (1995) 424: *"El centro del drama vivido por el hombre contemporáneo es el eclipse del sentido de Dios y del hombre, característico del contexto social y cultural dominado por el secularismo"*.

<sup>235</sup> *Ibidem*: *"Perdiendo el sentido de Dios, se tiende a perder el sentido del hombre de su dignidad y de su vida. Encerrado en el restringido horizonte de su materialidad, el hombre se reduce de este modo a "una cosa" y ya no percibe el carácter trascendente de su existir como hombre. A esto conduce una racionalidad técnico-científica, que niega la idea misma de una verdad de la creación que hay que reconocer o de un designio de Dios que hay que respetar"*.

<sup>236</sup> *Ibidem*, N° 23, 426-427: *"El eclipse del sentido de Dios y del hombre conduce inevitablemente al materialismo práctico en el que proliferan el individualismo, el utilitarismo y el hedonismo, donde los valores del ser son sustituidos por los del tener. El único fin que cuenta es la consecución del bienestar material, la llamada calidad de vida se interpreta como consumismo desordenado, belleza, y goce de la vida física, olvidando las dimensiones más profundas - relacionales, espirituales y religiosas- de la existencia. En semejante contexto el sufrimiento es rechazado como inútil, más aún, combatido como mal que debe evitarse siempre y de cualquier modo"*.

<sup>237</sup> *Ibidem*, N° 15, 417: *"Un contexto social y cultural que, haciendo más difícil afrontar y soportar el sufrimiento, agudiza la tentación de resolver el problema del sufrimiento eliminándolo en su raíz, anticipando la muerte al momento considerado como más oportuno"*.

<sup>238</sup> *Ibidem*, N° 19, 421-422: *"Una mentalidad que transgiversando y deformando el concepto de subjetividad... un concepto de libertad que exalta de modo absoluto al individuo, y no lo dispone a la solidaridad, a la plena acogida y al servicio al otro... una libertad que no reconoce ni respeta su vínculo constitutivo con la verdad objetiva y común, fundamento de la vida personal y social"*.

la cultura<sup>239</sup>. El número 64 de la misma encíclica está todo él dedicado a exponer específicamente las causas sociales y culturales que explican la difusión de la eutanasia en las costumbres y en la mentalidad<sup>240</sup> y donde el Papa considera la

---

<sup>239</sup> *Ibidem*, N° 11, 413: "En el fondo hay una profunda crisis de la cultura, que engendra escepticismo en los fundamentos del saber y de la ética, haciendo cada vez más difícil ver el sentido del hombre de sus derechos y de sus deberes."

<sup>240</sup> *Ibidem*, N° 64, 474-475: "Hoy, debido a los progresos de la medicina y en un contexto cultural con frecuencia cerrado a la trascendencia, la experiencia de la muerte se presenta con algunas características nuevas. En efecto, cuando prevalece la tendencia a apreciar la vida sólo en la medida en que da placer y bienestar, el sufrimiento aparece como una amenaza insoportable, de la que es preciso librarse a toda costa. La muerte, considerada "absurda" cuando interrumpe por sorpresa una vida todavía abierta a un futuro rico de posibles experiencias interesantes, se convierte por el contrario en una "liberación reivindicada" cuando se considera que la existencia carece ya de sentido por estar sumergida en el dolor e inexorablemente condenada a un sufrimiento posterior más agudo".

Además, el hombre, rechazando u olvidando su relación fundamental con Dios, cree ser criterio y norma de sí mismo y piensa tener el derecho de pedir incluso a la sociedad que le garantice posibilidades y modos de decidir sobre la propia vida en plena y total autonomía. Es particularmente el hombre que vive en países desarrollados quien se comporta así: se siente también movido a ello por los continuos progresos de la medicina y por sus técnicas cada vez más avanzadas. Mediante sistemas y aparatos extremadamente sofisticados, la ciencia y la práctica médica son hoy capaces no sólo de resolver casos antes sin solución y de mitigar o eliminar el dolor, sino también de sostener y prolongar la vida incluso en situaciones de extrema debilidad, de reanimar artificialmente a personas que perdieron de modo repentino sus funciones biológicas elementales, de intervenir para disponer de órganos para trasplantes. En semejante contexto es cada vez más fuerte la tentación de la eutanasia, esto es, adueñarse de la muerte, procurándola de modo anticipado y poniendo así fin "dulcemente" a la propia vida o a la de otros. En realidad, lo que podría parecer lógico y humano, al considerarlo en profundidad se presenta absurdo e inhumano. Estamos aquí ante uno de los síntomas más alarmantes de la "cultura de la muerte", que avanza sobre todo en las sociedades del bienestar, caracterizadas por una mentalidad eficientista que presenta el creciente número de personas ancianas y debilitadas como algo demasiado gravoso e insoportable. Muy a menudo, éstas se ven aisladas por la familia y la sociedad, organizadas casi exclusivamente sobre la base de criterios de eficiencia productiva, según los cuales una vida irremediabilmente inhábil no tiene ya valor alguno".

eutanasia como uno de los síntomas más alarmantes de la “cultura de la muerte” que avanza en las sociedades del bienestar.<sup>241</sup>

La expresión “cultura de la muerte” viene a definir *“la mentalidad -plasmada en una serie de realidades sociales-, que, habiendo perdido de vista el valor intangible de toda vida humana, la ve como un bien relativo y disponible para la libertad del individuo, de modo que considera la muerte como la solución mejor ante ciertos problemas, y la opción por ella, un derecho que la ley ha de reconocer al individuo”*.<sup>242</sup>

### 3.2.3.3 Valoración ética sobre la eutanasia.

La eutanasia como cuestión bioética es motivo de debate a todos los niveles y ambientes: político, social, jurídico, académico y por supuesto, sanitario. Su realidad parte del paciente, de la expresión de su participación en la toma de decisiones, pero se ha trasladado a la participación de quienes a veces no han vivido la realidad del paciente y su entorno en esa situación de enfermedad incurable, crónica, irreversible, sin eficacia de los tratamientos, con claudicación del paciente y la familia, sin soporte físico ni emocional ni psicológico y que, muchas veces buscan un fruto de ese dilema, totalmente alejado de un apoyo y ayuda al paciente.<sup>243</sup> Por ello, el tema y debate precisa la participación de todos los agentes que puedan aportar claridad y luz al bien del enfermo, poniendo como horizonte el apoyo a un ser que necesita una ayuda distinta a la que hasta ahora ha precisado y que inexorablemente tiene fin, no debiendo ver este como un fracaso, sino como una etapa de la vida, que cumple las características definitorias de muerte: única, irrepetible y universal.

Hasta ahora hemos visto cómo la eutanasia ha ido ganando aprobación en la cultura occidental contemporánea llegando a ser legalizada en algunos países, y los factores sociales y culturales que han propiciado su progresiva aceptación. Pero,

---

<sup>241</sup> Cfr. SCHINDLER, D., “Carácter sagrado de la vida y cultura de la muerte” en SCOLA, A. (coord.), *¿Qué es la vida?*, Ediciones Encuentro, Madrid (1999) 275-288.

<sup>242</sup> MIRANDA, G., “Cultura de la muerte: análisis de un concepto y de un drama” en LUCAS LUCAS, R., (dir.), *Comentario Interdisciplinar a la Evangelium Vitae*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid (1996) 241.

<sup>243</sup> FERRER COLOMER, M., *Reflexiones sobre la eutanasia en las últimas décadas*, Ed. Campobell, Murcia, (2016).



nos queda contestar otras preguntas: ¿significa esto un verdadero progreso de las sociedades avanzadas, una conquista de la razón y de la libertad humanas, una muestra de compasión y de amor fraterno, como algunos han manifestado?

La respuesta a estas preguntas sólo puede ser dada tras una valoración ética que parta de una adecuada concepción antropológica. Toda ética tiene de fondo una antropología, un concepto de lo que es el hombre, por eso en este capítulo se verán diferentes posturas éticas de la actualidad y el concepto antropológico que hay detrás de las mismas, para poder explicar por qué una misma acción es considerada buena por unas personas e inmoral por otras.

La pregunta ética que nos formulamos es si es lícito, si está permitido y si es bueno, poner fin a la vida de un enfermo terminal, provocar su muerte anticipadamente y si un enfermo puede solicitar este tipo de petición.

#### 3.2.3.3.1 Ética humanista laica.

Desde la óptica de la ética humanista laica la respuesta es afirmativa, al plantear la cuestión desde los derechos del enfermo, que le hacen responsable de las decisiones en torno a su salud, su vida y su muerte. Como se comentó anteriormente, los que suscribieron el *Manifiesto en favor de la eutanasia*<sup>244</sup>, entre ellos varios premios Nóbel, se declararon "por razones éticas" a favor de la eutanasia. Los argumentos explicitados en dicho manifiesto giran en torno a la *autonomía del paciente*, a la *calidad de vida* y a la *compasión*:

1. La dignidad del individuo implica que se le deje *libre* de decidir racionalmente sobre su propia suerte.

2. Es *cruel e inhumano* exigir que una persona sea mantenida en vida contra su deseo, y que se le rehúse la deseada liberación, cuando *su vida ha perdido toda dignidad, belleza, significado y perspectiva de futuro*.

3. Es *inmoral* aceptar o imponer el sufrimiento. El sufrimiento inútil es un mal que deberían evitar las sociedades civilizadas.

---

<sup>244</sup> "Manifiesto en favor de la eutanasia", publicado en *The Humanist*, julio de 1974, y firmado por los premios Nobel: J. MONOD, L. PAULING, G. THOMPSON entre otros. Citado por MELINA, L., "L' Eutanasia: il volto monstruoso di una falsa pieta" en *Corso di Bioetica, o. c.*, 207-209.

4. Apelan a la opinión pública inteligente para que supere los tabúes tradicionales y tenga *compasión* de los sufrimientos inútiles al momento de morir. Todo individuo tiene derecho a vivir y a morir con dignidad.

5. No puede haber eutanasia *humanitaria* excepto la que provoca una muerte rápida e indolora y que es *considerada* como un beneficio por el interesado.

Esta ética humanista se apoya en una antropología en la que el hombre es dueño y señor de su vida y, por lo tanto, puede disponer de ella en el uso de su libertad y autonomía: el hombre es árbitro de sí mismo y debe guiarse tan sólo por su razón pues no tiene otra referencia fuera de su propio ser, ni tiene que responder de su destino ante nadie más. El supremo valor, que es *su dignidad humana*, quedaría reservado únicamente a la capacidad racional del hombre para elegir y controlar su vida y su muerte. Esta corriente ética no parte, por tanto, de una *fundamentación incondicionada* de la dignidad humana unida intrínsecamente al hecho de ser persona, de ser ser humano, sino que tiene una *fundamentación condicionada* de la dignidad humana, en cuanto que la afirmación de la misma depende del desarrollo y ejecución de determinadas capacidades intelectuales y morales, como es la capacidad racional de decidir y elegir, y, por lo tanto, está sujeta a convenciones jurídico-sociales.<sup>245</sup>

De este modo, con este modelo ético no se reconoce al hombre ningún valor, excepto el de afirmar su libertad individual con lucidez y autenticidad, pero separada de toda responsabilidad. El único valor moral absoluto radica en la libertad individual, todos los demás son relativos.<sup>246</sup> La vida humana no es un valor absoluto, incondicional en todas sus circunstancias, sino que ésta carece de su valor original y de su dignidad, en situaciones que implican sufrimiento, como son los estados de grave postración física o psíquica por las que pasan algunos enfermos terminales. El sufrimiento es un mal que hay que evitar, un antivalor, algo inmoral que no hay que aceptar.

---

<sup>245</sup> Cfr. BONETE PERALES, E., *¿Libres para morir? En torno a la Tanato-Ética*, Desclée de Brouwer, Bilbao (2004) 146-148.

<sup>246</sup> Cfr. LUCAS LUCAS, R., "El subjetivismo e individualismo de la libertad como raíz de la violencia contra la vida humana", en *Comentario Interdisciplinar a la Evangelium Vitae*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid (1996) 255-256.

En esta corriente de pensamiento es el *principio de autonomía* el que cobra relevancia; se adopta la libertad como supremo y último punto de referencia: es lícito lo que se quiere y acepta como libremente querido y no lesiona la libertad ajena.<sup>247</sup> Por eso, para que la eutanasia resulte éticamente lícita sólo es exigible que el enfermo terminal desee que se le prive del resto de la vida que le queda y que lo pida voluntariamente, de una manera libre y racional, sin ser coaccionado.

Desde este planteamiento humanista, que tienen como valor ético fundamental la voluntad autónoma del sujeto, se considera inmoral la eutanasia involuntaria, la que se realiza sin el consentimiento del paciente, la que se impone por motivos utilitaristas a enfermos incurables, ya que en estos casos el hombre no es considerado como un fin, sino como un medio, valorándose sólo en función de su utilidad. Sin embargo, hay quien encuentra también justificación a la eutanasia involuntaria basándose en motivos filantrópicos, en un presunto amor compasivo que busca liberar a los enfermos de una vida considerada por ellos indigna e inhumana.

Incluso hay cada día más personas que, siguiendo la lógica del máximo beneficio con el mínimo de costes, encuentran también justificación al hecho de adelantar la muerte a enfermos irrecuperables, que además de no ser productivos, suponen una importante carga económica para la sociedad, pues permitiría destinar los recursos limitados a enfermos que pueden recuperarse y volver a ser útiles y productivos socialmente. Sin embargo, este tipo de eutanasia no ofrece dificultades en su valoración ética ya que al valorar al hombre sólo por su utilidad, al tratar al hombre como medio y no como fin, es rechazado en su juicio ético por cualquier planteamiento humanista. La eutanasia aparece aquí como un verdadero asesinato, fruto del racismo y colectivismo utilitarista. Es más difícil la valoración ética de las corrientes que se fundamentan en la libertad autónoma del sujeto y en la aparente filantropía.

Estas corrientes niegan que existan principios objetivos que puedan poner límite a lo que subjetivamente cree en un caso el enfermo (escuela de la autonomía), y en el otro el médico o el familiar (escuela de la compasión). En ellas, la ética no se fundamenta sobre valores objetivos o trascendentes sino en las opciones

---

<sup>247</sup> SGRECCIA, E., *o. c.*, 63.

autónomas subjetivas:<sup>248</sup> los valores son siempre subjetivos, opinables, diferentes para cada persona, y para cada momento de su vida, lo cual quiere decir que pueden cambiar según las circunstancias. En esta misma lógica no aceptan que la vida humana sea un bien, un valor absoluto que hay que respetar siempre y sin excepciones, sino un bien relativo que debe ser valorado según las ventajas y beneficios que ocasiona. De esta forma, lo que se valora no es la vida, sino la calidad de vida (en relación con la presencia o no de sufrimiento, y los criterios utilitaristas de utilidad-inutilidad). De ahí que a esta ética se le haya llamado "ética de la calidad de la vida".

#### 3.2.3.3.2 Ética personalista con fundamentación ontológica.

Frente a estas corrientes de pensamiento, existe la ética personalista con fundamentación ontológica que niega toda posibilidad de que la eutanasia sea una opción ética al considerarla ilícita en el orden moral y, por tanto, inhumana, tanto si ésta es pedida voluntariamente por el enfermo como si se le practica sin su consentimiento.

Los que defienden esta postura ética argumentan que hay un valor objetivo y universalmente reconocible: el valor de la vida humana. Un valor, que es universalmente reconocible por todos aquellos que intentan inspirarse en la recta razón y en la verdad objetiva.<sup>249</sup> Un bien que debe ser tenido en cuenta por la autonomía responsable, que intenta actuar según verdad y según razón.

Esta ética personalista ontológica reconoce que los valores morales son conocibles por ser objetivos, por estar fundamentados en la realidad metafísica y niega, por lo tanto, que los valores sean sólo subjetivos y opinables. Si dentro del valor no existiera una estructura de la realidad, o esencia, entonces el valor dejaría de ser tal y sería una simple ilusión. Los valores requieren también una valencia subjetiva, en cuanto que es necesario que los valores provoquen una resonancia en el sujeto. El sujeto reconoce en ellos una bondad, un bien, un coeficiente para la

---

<sup>248</sup> Cfr. LUCAS LUCAS, R., "El subjetivismo e individualismo de la libertad como raíz de la violencia contra la vida humana", en o. c., 255 -256.

<sup>249</sup> SGRECCIA, E., o. c., 735.

construcción y el sentido que hay que dar a la vida. Un valor no puede ser tal sin un contenido real y sin una capacidad perceptivo-valorativa inscrita en la persona; frente a la persona, que intuye y evalúa, la realidad se configura como valor cuando adopta el carácter de "bondad", de correspondencia con el ser y con la vida de las personas.<sup>250</sup>

Sólo una ética que respeta la verdad del hombre puede dar respuesta a qué es bueno para él, qué es lo lícito para hacer, de ahí la importancia de una adecuada antropología. La antropología ofrece un criterio de discriminación entre lo que es técnica y científicamente posible y lo que es lícito éticamente, lo que es benéfico para el bien del hombre.<sup>251</sup> El fundamento de la ética es el respeto a la verdad del hombre, el respeto de la persona tal y como ella es:<sup>252</sup> otro fundamento verdadero no se le puede dar a la ética ya que la ética guía al hombre desde el "ser" al "deber ser". Los otros criterios están constituidos por la utilidad de alguien en detrimento de algún otro; por el poder de unos sobre otros.<sup>253</sup>

La ética personalista ontológica se fundamenta en una antropología no reduccionista que, desde una óptica ontológica (realidad global) y axiológica (valores), intenta evaluar todo el espesor de la realidad del ser humano, respetando de este modo la verdad del hombre. Desde esta antropología no se entiende como constitutivo único de la persona la capacidad de autodecisión y de elección como hace la ética humanista laica, sino que sin negar este componente existencial afirma también, y prioritariamente, un estatuto objetivo y existencial (ontológico) de la persona. La persona tiene una dignidad ontológica, fáctica, incondicionada y que, por tanto, no depende de la salud física y psíquica, ni del grado de deterioro corporal o mental, afectivo o emotivo que esté padeciendo: se es digno por ser persona y se es persona por ser humano.<sup>254</sup> "La persona es ante todo un cuerpo espiritualizado, un espíritu encarnado, que vale por lo que es y no sólo por las opciones que lleva a cabo. Más aún, en toda elección la persona empeña lo que ella es, su existencia y su esencia, su cuerpo y su espíritu; en toda elección se da no sólo

---

<sup>250</sup> *Ibidem*, 153-758.

<sup>251</sup> *Ibidem*, 64.

<sup>252</sup> Cfr. GRYGIEL, S., "Para mirar al cielo. Vida, vida humana y persona", en SCOLA, A. (coord.), *¿Qué es la vida?*, Ediciones Encuentro, Madrid (1999) 37-62.

<sup>253</sup> SGRECCIA, E., *o. c.* 735.

<sup>254</sup> Cfr. BONETE PERALES, E., *o. c.*, 147.

el ejercicio de la elección, la facultad de elegir, sino también un contexto de elección, es decir, un fin, unos medios y unos valores".<sup>255</sup>

Desde esta visión antropológica, argumentan que la vida humana tiene un valor *objetivo* que le viene de la específica naturaleza del ser humano. El hombre tiene una naturaleza diferente a los restantes seres de la creación, una naturaleza formada por dos co-principios diversos, pero substancialmente unidos: materia y espíritu. Lo que hace al hombre esencialmente distinto de cualquier ser existente, es su pertenencia simultánea al mundo de la materia y al mundo del espíritu. El hombre no es sólo el ser más evolucionado de la escala biológica, sino que es fundamentalmente un "espíritu encarnado". El hombre es un ser trascendente, es una "persona", gracias a que es un espíritu unido substancialmente a materia carnal. El hombre no es algo, sino "alguien" capaz de conocerse, de poseerse, de darse libremente y de entrar en comunión con otras personas. En este ser persona, en esta naturaleza específica de todo ser humano, radica la dignidad ontológica del hombre y es prueba suficiente de la dignidad y el carácter sagrado e inviolable de la vida humana.<sup>256</sup> La vida física del hombre no representa algo extrínseco a la persona, representa el valor fundamental de la persona misma, por encima de ella sólo existe el bien total y espiritual de la persona.<sup>257</sup> El respeto de la vida, así como su defensa y promoción, representan el primer imperativo ético del hombre para consigo mismo y para con los demás.<sup>258</sup>

Por eso, esta ética personalista considera que la eutanasia es siempre ilícita, que nunca puede ser bueno el hecho de poner fin a la vida de un enfermo terminal, el provocar su muerte anticipadamente aun cuando este mismo enfermo lo solicite, ya que esto supone atentar contra la vida humana, atentar contra un bien fundamental que debe ser siempre respetado. Cuando este bien no es respetado, sea por el mismo sujeto sea por otro, se produce un atentado contra la dignidad humana.

---

<sup>255</sup> *Ibidem*, 61.

<sup>256</sup> Cfr. SCHINDLER, D., *o. c.*, 285.

<sup>257</sup> Cfr. CLANCY, D., "El valor absoluto y relativo de la vida humana", en LUCAS LUCAS, R. (dir.), *Comentario Interdisciplinar a la Evangelium Vitae*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid (1996) 385-401.

<sup>258</sup> SGRECCIA, E., *o. c.*, 160.

## 3.2.3.3.3 La libertad del individuo frente al valor intangible de su vida.

La pregunta ética de fondo que descubrimos en el debate sobre la eutanasia podemos enunciarla así: ¿qué es prioritario, la libertad del individuo para disponer de su vida o el valor intangible que dicha vida tiene en sí misma?

Desde una antropología y una ética que respeta la verdad de la persona, la respuesta se presenta clara: el valor intangible de la vida humana.<sup>259</sup> La vida humana es el sustento de la libertad, para que exista libertad tiene que haber vida, luego atentar contra la vida es atentar contra la libertad. Por eso, el principio de la defensa de la vida es anterior y superior al derecho de libertad; en otras palabras, la libertad debe hacerse cargo responsablemente ante todo de la vida propia y de la ajena. Esta afirmación se justifica por el hecho de que para ser libres, es necesario estar vivos, y, por eso, la vida es la condición indispensable para que el hombre pueda ejercer su libertad.<sup>260</sup> En el caso de que un enfermo muera por un acto eutanásico libremente elegido, no podrá volver a ejercer más su libertad, no podrá cambiar de opinión.

Desde un punto de vista sociológico existen también razones para afirmar que el valor de la vida humana es superior al valor de la autonomía personal. La vida, además del valor individual que para cada uno tiene, es también un *bien social* y como tal hay que preservarla en bien de esa sociedad a la que pertenece. En este sentido, existe una conciencia social histórica, un subconsciente colectivo, acuñado a lo largo de los siglos, que nos dice que la vida humana hay que preservarla en cualquier circunstancia. Un ejemplo de esto se encuentra en el caso del suicida que habiendo expresado y realizado contundentemente su deseo de morir, todos los que le rodean (familia, amigos, policía, médicos) actúan siempre intentando salvar su vida y preservarlo de la muerte. Esta conciencia social que siempre tiende a salvar la vida humana, aún en contra de la decisión libremente tomada por el individuo que desea quitársela, apoya la tesis de que el valor de la vida humana es superior al valor de la autonomía personal y que, en consecuencia,

---

<sup>259</sup> Cfr. SGRECCIA, E. "Aspectos éticos de la asistencia al paciente moribundo". *Revista Humanitas*, Vol. 4, N° 15, (1999) 435-450.

<sup>260</sup> *Ibidem*, 163.

el terminar con la propia vida es una decisión que sobrepasa el ejercicio de la propia libertad personal.<sup>261</sup>

Por otra parte, no hay que olvidar que la eutanasia no es un suicidio en el que no interviene nadie más que el sujeto que se quita la vida. En la eutanasia, aun cuando ésta es libremente pedida por el enfermo en pleno uso de sus facultades mentales y sin ser coaccionado, siempre entra en juego otra persona, normalmente un médico. Éste, para poder acceder a la petición del enfermo y poner fin a su vida, debe también haber asentido, debe haber juzgado que la vida que al enfermo le queda por vivir no merece ser vivida. Luego no es el caso de que prevalezca la autonomía del enfermo, sino que lo que prevalece sobre el valor intangible de la vida humana es también la autonomía de todos los que asienten o colaboran a su muerte.

La principal razón alegada para justificar la eutanasia voluntaria se apoya en que el respeto a la dignidad del hombre exige respetar su autonomía, su libertad para decidir sobre su propia vida. Es cierto que un enfermo terminal puede darse muerte a sí mismo deliberadamente, que un médico o un familiar pueden matar o ayudar a que un enfermo que sufre acabe con su vida, pero la cuestión moral radica en si tal ejercicio de la libertad es justo o injusto, en si tal elección es buena (y quien así elige se hace bueno) o es mala (y se hace a sí mismo homicida, porque quien mata injustamente es homicida).<sup>262</sup> Para contestar a esto es necesario que nos preguntemos por el dominio que tiene nuestra libertad sobre la vida corporal.

#### ¿TIENE EL HOMBRE UN DOMINIO ABSOLUTO SOBRE SU VIDA?

El primer dato es que no comenzamos a vivir por un acto autónomo de nuestra libertad. Nos descubrimos a nosotros como ya existentes, la vida es un bien que se nos ha dado, algo en lo cual nos hemos encontrado. Si nadie se puede considerar dueño de la vida de sus hijos aun cuando sabe que han venido a este mundo gracias a que él libremente lo ha hecho posible, menos nos podemos considerar dueños absolutos de nuestra vida cuando no somos sus autores. A este punto, la razón nos dice que no somos dueños absolutos de nuestra vida (que la

---

<sup>261</sup> AZNAR, J., apuntes inéditos de Bioética Especial.

<sup>262</sup> FERNANDEZ SANCHEZ, F. C., "Libertad y dominio de la vida humana" en *Evangelium Vitae, texto y comentarios*, EDICEP, Valencia (1995) 166-167.



vida la hemos recibido como un don), pero no alcanza por sí misma a desvelar la verdad del misterio de nuestra existencia, para ello necesita ser ayudada de la fe, la cual no es contraria ni incompatible con la razón.<sup>263</sup> Se hace necesario revisar aquellos argumentos que, apoyándose en la Revelación, vienen en ayuda de nuestra razón para llegar al conocimiento de la verdad.<sup>264</sup>

La Revelación nos muestra cómo la vida humana tiene su origen en Dios y en Dios está también su destino último, por eso, tanto la vida como la muerte le pertenecen.<sup>265</sup> Él es su autor, su dueño, el único que tiene un dominio absoluto sobre ellas.<sup>266</sup> Nadie más, ni el enfermo, ni el médico, ni los familiares son dueños absolutos de la vida y no pueden disponer, por tanto, de la vida o de la muerte; si lo hacen actúan injustamente y se sobrepasan en el ejercicio de su libertad. Dios le ha dado al hombre tan sólo un dominio de administración de la vida,<sup>267</sup> por eso la decisión de privarse a sí mismo, o a otros, de ella es profundamente injusta.

La dignidad humana se fundamenta en su identidad, en su unicidad e irrepitibilidad, y en el hecho de que todo hombre es una criatura amada por Dios, hecha a su Imagen y Semejanza. De esta identidad del ser humano, como ser creado a Imagen y Semejanza de Dios se deriva el carácter sagrado e inviolable de la vida humana y la exigencia de que debe ser siempre amada y respetada. Aunque este principio de la inviolabilidad de la vida humana se apoya en la Revelación, está también escrito en el corazón mismo de todo hombre, resuena en cada conciencia

---

<sup>263</sup> La encíclica *Fides et Ratio* de Juan Pablo II, trata sobre la necesidad de unir la fe y la razón para llegar al conocimiento de la verdad. La fe perfecciona a la razón y la razón ayuda a la fe. En el pensamiento católico la postura doctrinal constante ha sido “*creo para entender*” y “*entiendo para mejor creer*”. “*Fe y Razón son como las dos alas con las cuales el espíritu humano se eleva al conocimiento de la verdad*”. (FR., N° 1).

<sup>264</sup> Cfr. SCHINDLER, D., *o. c.*, 286.

<sup>265</sup> CEC. 2258: “*La vida humana es sagrada, porque desde su inicio es fruto de la acción creadora de Dios y permanece siempre en una especial relación con el Creador, su único fin. Sólo Dios es Señor de la vida desde su comienzo hasta su término; nadie, en ninguna circunstancia, puede atribuirse el derecho de matar de modo directo a un ser humano inocente*”.

<sup>266</sup> Cfr. DEL POZO, G., *o. c.*, 315-332.

<sup>267</sup> Cfr. JUAN PABLO II, “Discurso del Santo padre Juan Pablo II a los participantes en un congreso del Movimiento por la vida”, 12 de octubre de 1985, N° 2, en *Insegnamenti VI/2*, 933-936. Citado por el CPPAS, *o. c.*, N° 42.

desde la creación misma, y por eso, puede ser conocido también por la razón humana.<sup>268</sup>

Es cierto que el hombre es un ser libre, capaz de elegir y decidir racionalmente, por eso es un ser moral. Pero la pregunta ética es ¿usa el hombre bien su libertad siempre que actúa o sólo en aquellas ocasiones en que actúa de acuerdo a la verdad? La respuesta es obvia, sólo cuando la libertad se adecua a la verdad el hombre hace un buen uso de su libertad, en caso contrario aun cuando crea que está actuando correctamente, en realidad no usa bien su libertad, sino que mal-usa de ella. Por eso, cuando el hombre ejerce un dominio absoluto sobre su vida suicidándose, hace un mal uso de su libertad. El decir: "yo tengo el derecho a suicidarme porque yo lo decido", no es un argumento racional pues implica que la decisión propia lo justifica todo, lo cual es una aberración y la destrucción, a nivel de principio, no sólo de la vida misma, sino de la convivencia social.

El dominio que el hombre tiene de su vida, como hemos visto, no es absoluto, sino una participación en el Señorío de Dios, y dado que Dios ejerce este dominio con solicitud amorosa, el hombre sólo usa rectamente su libertad cuando ésta está al servicio del amor,<sup>269</sup> El amor es el contenido fundamental de la libertad. La libertad comienza donde comienza el amor, y el amor donde comienza la libertad.<sup>270</sup> El dominio de la vida del que la libertad dispone es el de un amor llamado a realizarse en la justicia y en la caridad, realización señalada por el Mandamiento de la vida: "No matarás", donación de un Dios creador.<sup>271</sup> El error está en deducir que, puesto que el hombre es libre, tiene autonomía (del griego

---

<sup>268</sup> Cfr. JUAN PABLO II, *EV*, N° 2, AAS 87 (1995) 402-403; Cfr. *Ibidem*, N° 29, 433-434. En el N° 2 de la *EV* dice textualmente: "*Todo hombre abierto sinceramente a la verdad y al bien, aún entre dificultades e incertidumbres, con la luz de la razón y no sin el influjo secreto de la gracia, puede llegar a descubrir en la ley natural escrita en su corazón (cf. Rm 2, 14-15) el valor sagrado de la vida humana desde su inicio hasta su término, y afirmar el derecho de cada ser humano a ver respetado totalmente este bien primario suyo.*"; Cfr. de JUAN PABLO II, *Carta Encíclica Veritatis Splendor*, N° 51, AAS 85 (1993) 1174.

<sup>269</sup> Cfr. WOJTYLA, K., *Amor y responsabilidad. Estudio de moral sexual*, Razón y Fe, Madrid (1969) 147-148: "*La libertad nunca es un fin en sí misma, es siempre un medio, el amor es un fin.*" Citado por FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, F. C., *o. c.*, 187.

<sup>270</sup> LUCAS LUCAS, R., "El subjetivismo e individualismo de la libertad como raíz de la violencia contra la vida humana", en *o. c.*, 260.

<sup>271</sup> FERNANDEZ SANCHEZ, F. C., *o. c.*, 187-188.

"autos" = uno mismo y "nomos" = norma, ley) absoluta para elegir y decidir, sin ningún tipo de restricciones. La libertad humana está internamente vinculada con la verdad moral,<sup>272</sup> la verdad de que la vida humana es siempre un bien.

Con relación a la autonomía del paciente debemos preguntarnos también si cuando un enfermo solicita que se ponga fin a su existencia, hasta qué punto esta petición representa una auténtica voluntad de morir o se debe a otras razones. ¿No será esta petición una consecuencia del paso por algunos de los estados de ánimo por los que atraviesa el enfermo terminal, como veíamos en la primera parte del presente trabajo? Detrás de esta solicitud de eutanasia ¿no ocurrirá que no se le está prestando la asistencia debida?, ¿no existirá una llamada de atención del paciente a los que le rodean, pidiendo calor y apoyo humano que no se le esté prestando?<sup>273</sup>

En aquellos países en donde la eutanasia es una salida posible al estar legalizada, ¿son libres las peticiones de eutanasia, o los enfermos se ven coaccionados interiormente ante las dificultades que su enfermedad ocasiona en las personas que le rodean? Todas estas preguntas difíciles de contestar nos llevan a dudar que la eutanasia voluntaria sea siempre tan voluntaria y, además, son razones añadidas para que no se considere a la misma como acto ético y humanitario, como una conquista de la razón y de la libertad.

#### 3.2.3.3.4 Valor intangible de la vida frente a calidad de vida.

---

<sup>272</sup> Cfr. JUAN PABLO II, *EV*, N° 96, AAS 87 (1995) 510-511; IDEM, *VS*, N° 95-101, AAS 85 (1993) 1208-1213.

<sup>273</sup> Cfr. SCHOOPYANS, M., "Defender el don de la vida", Conferencia en el Congreso "La Eutanasia hoy", *Observatore Romano*. N° 35 (01/09/1995), disponible en <http://michel-schooyans.org/images/publications/ArticulosSP/1995DefenderDonVida4 pp.pdf> "Según la experiencia referida por numerosos psiquiatras que examinan los casos de intento de suicidio, muy a menudo esos actos fallidos manifiestan llamamientos desesperados, peticiones de ayuda. Por tanto, se corre el riesgo de que la persona que asiste al paciente que pide el suicidio asistido no perciba en él ese llamamiento latente, pero no descifrado. En consecuencia, esa petición de asistencia no se interpreta realmente como lo que es, o sea, como una petición de ayuda, como el deseo de una persona desesperada de recibir la acogida calurosa de otra persona".

Además de todo lo dicho, existe otro dato que nos confirma que la vida humana tiene un valor intangible y es la profunda resistencia interior que siente el hombre de nuestra civilización a participar en una acción que significa la supresión de una vida humana, como son el manejar armas en situaciones de guerra, formar parte de un pelotón de ejecución en una pena de muerte, incluso desconectar un respirador en casos de enfermos en coma irreversible. Este hecho de la experiencia nos confirma que la vida humana es intangible y que como valor objetivo está inscrito en el corazón de todo hombre.

La misma dignidad humana, reconocida también por los partidarios de la eutanasia, exige que la vida humana sea intangible. En efecto, cuando se dice que es lícito quitar la vida a alguien o ayudarle a quitársela porque está sufriendo o porque su vida carece de "calidad" o sentido suficiente, se está diciendo que la vida humana y, en definitiva, la persona humana, tiene un valor extrínseco y relativo, es decir, condicionado a la posesión de ciertas cualidades o ventajas. Se niega, pues, que la persona humana posea una dignidad y un valor intrínseco y absoluto, que la persona humana valga por el sólo hecho de ser persona.<sup>274</sup> Cuando el criterio ético fundamental no es la dignidad –incondicionada– de la vida humana, sino "la calidad de vida", como ocurre en las corrientes partidarias de la eutanasia, se puede llegar a justificar cualquier tipo de asesinato porque ya no es la persona humana la que debe ser respetada siempre y en toda circunstancia, sino sólo aquellas personas, aquellas vidas humanas que tienen cierta calidad.<sup>275</sup> Por eso, el criterio ético fundamental debe ser siempre la dignidad, el valor intrínseco y absoluto de la persona humana, pues sólo admitiendo la dignidad ontológica e incondicionada de la persona se salvaguarda y se garantiza la auténtica dignidad del proceso humano de morir.<sup>276</sup>

Esto no quiere decir que no se deba buscar la mejor calidad de vida de las personas, sino que cuando ésta se tenga en cuenta, debe hacerse presuponiendo de antemano la dignidad de la persona humana y, por lo tanto, su valor intrínseco y

---

<sup>274</sup> CASTAÑEDA, A. J., "Cómo refutar los argumentos en favor de la eutanasia y el suicidio asistido" en la dirección: <http://www.vidahumana.org/vidafam/eutanasia>

<sup>275</sup> La aceptación de la teoría de las "vidas humanas sin valor vital" fue la causa de que se eliminaran más de 70000 personas en los programas eutanásicos de la época nazi alemana.

<sup>276</sup> Cfr. BONETE PERALES, E., *o. c.*, 148.

absoluto, su intangibilidad, su sacralidad. La “calidad de vida” hay que valorarla en el marco de la intangibilidad de la vida, sólo de esta manera se respeta el valor de toda persona en cualquier instante de su existencia. En caso contrario, se caería en una discriminación injusta.<sup>277</sup>

“Si la sociedad pierde el sentido o la conciencia del valor incondicional de la persona humana, perderá también la capacidad de amar incondicionalmente, ya que el amor y el valor son realidades correlativas, no se ama lo que no se percibe como un valor.<sup>278</sup> Una sociedad que no es capaz de servir auténticamente (eso es amar) a sus miembros más débiles ha perdido el sentido de su propia humanidad y de lo que significa ser civilizado y se ha convertido en una sociedad caracterizada por la barbarie, una sociedad donde el hombre es el lobo del hombre, donde se pisotea ese derecho y ese deseo que está sembrado en lo más profundo del corazón de toda persona, lo admita explícitamente o no, de que lo traten como persona y no como una cosa, que lo traten como un fin en sí misma y no como un medio para otro fin”.<sup>279</sup>

#### 3.2.3.3.5 El motivo de la compasión.

Otro de los factores que merecen ser comentados desde un punto de vista ético es el hecho de que la finalidad de la eutanasia es siempre eliminar cualquier dolor. Como decíamos en la definición, el sentimiento subjetivo de estar eliminando el dolor o las deficiencias ajenas es elemento necesario de la eutanasia; de lo contrario estaríamos ante otras formas de homicidio. Esta finalidad es lo que hace que muchos vean ética la eutanasia, que incluso venga a ser considerada un acto compasivo, misericordioso, con aquellos que sufren de un modo irremediable.

Desde el punto de vista puramente subjetivo, puede ser así: el enfermo, el médico o el familiar pueden estar sinceramente convencidos de que hace un bien pidiendo la muerte o procurándola a otro. Si bien en estos casos aunque la

---

<sup>277</sup> Cfr. BOMPIANI, A., *o. c.*, 219.

<sup>278</sup> Cfr. MIRANDA, G., *o. c.*, 237.

<sup>279</sup> CASTAÑEDA, A. J., "Cómo refutar los argumentos en favor de la eutanasia y el suicidio asistido" en <http://vidahumana.org/noticias/item/688-c%C3%B3mo-refutar-los-argumentos-a-favor-de-la-eutanasia-y-el-suicidio-asistido> Fecha consulta (12/10/2014).

responsabilidad personal puede estar disminuida o incluso no existir,<sup>280</sup> el hecho objetivo de la eutanasia sigue siendo el mismo: un suicidio asistido o un homicidio, acciones siempre objetivamente reprobables. Que la intención subjetiva sea buena (acabar con el sufrimiento), no hace buena la acción elegida para conseguirla (acabar con la vida) ya que el fin no justifica los medios.

Por otro lado, hay que preguntarse ¿puede un amor verdadero ayudar o llegar a matar a quien ama?, ¿no será más bien en vez de compasión una muestra de autocompasión, una forma de acabar con algo que nos perturba, que nos hace sufrir? Son muchos los motivos que pueden esconderse detrás de un familiar que alega tener compasión: terminar cuanto antes, no con el dolor ajeno, sino con el que proporciona la vista del doliente, aliviarse de las cargas de todo género que le proporciona, deseo de heredarle, etc.

Nunca se debería justificar la eutanasia ni aún invocando para ello la compasión, ya que ésta es muy difícil de comprobar y porque nadie mata a aquél que ama verdaderamente. El amor implica servicio al otro, cuidado, respeto, veneración. Cuando alguien pide ser ayudado a morir es porque ha perdido el sentido de su vida, ha perdido el amor que se debe a sí mismo, su autoestima, y lo que necesita en ese momento no es que se le quite la vida, sino que se le ayude a recuperar ese sentido o autoestima.

Sin duda, la gran mayoría de las veces que un paciente pide que se le practique la eutanasia es porque esa vida carece de sentido para él, y esta carencia de sentido vital, independientemente de otras razones de sentido trascendente, se deriva casi siempre de la falta de comunicación con sus seres más allegados, ya que,

---

<sup>280</sup> CDF, *Declaración sobre la eutanasia*, N° 2, AAS 72 (1980) 545-546: "Podría también verificarse que el dolor prolongado e insoportable, razones de tipo afectivo u otros motivos diversos, induzcan a alguien a pensar que puede legítimamente pedir la muerte o procurarla a otros. Aunque en casos de ese género la responsabilidad personal pueda estar disminuida o incluso no existir, sin embargo, el error de juicio de la conciencia -- aunque fuera incluso de buena fe -- no modifica la naturaleza del acto homicida, que en sí sigue siendo siempre inadmisibile. Las súplicas de los enfermos muy graves que alguna vez invocan la muerte no deben ser entendidas como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia; éstas en efecto son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y de afecto. Además de los cuidados médicos, lo que necesita el enfermo es el amor, el calor humano y sobrenatural, con el que pueden y deben rodearlo todos aquellos que están cercanos, padres e hijos, médicos y enfermeros."

dado que el hombre es un ser eminentemente social, para muchos su existencia encuentra sentido cuando la tiene para otras personas, especialmente, en cuanto lo tiene para los que él considera sus seres más queridos. Una vida que no da sentido a ninguna otra, pierde el sentido de vivir para ella misma. Por esto, la soledad, el aislamiento, el abandono, la falta de afecto por parte de los más cercanos, son la gran motivación en la que el paciente que pide la eutanasia, o quien desea terminar con su vida, asientan su decisión, ya que para el dolor físico hay hoy día remedios eficaces, pero no así para el dolor moral, para la soledad. Cuando un enfermo se siente querido, su vida adquiere sentido, y cuando una vida tiene sentido nadie desea perderla.<sup>281</sup> Por eso, considerar la eutanasia como una muestra de compasión humana y de amor fraterno sería un grave error.

#### 3.2.3.3.6 Derecho a morir con dignidad.

Los partidarios de la eutanasia, alegan también que el hombre tiene derecho a vivir y a morir con dignidad.<sup>282</sup> Esto es cierto, pero ¿existe el derecho a morir?

La muerte es ante todo un hecho ineludible y, por lo tanto, un deber que se integra en el derecho a la vida, como derecho de personalidad. El reconocimiento del derecho a la vida (derecho de afirmación) excluye necesariamente el contrario, es decir, el derecho a la muerte.<sup>283</sup> Luego, en sentido estricto, no existe un derecho a la muerte. Se puede afirmar que existe el derecho a morir, pero “como derecho a morir con dignidad”. Pero ¿qué es morir con dignidad?, ¿es digno morir quitándose la vida?

---

<sup>281</sup> AZNAR, J., apuntes inéditos de Bioética Especial.

<sup>282</sup> “Manifiesto en favor de la eutanasia”, o. c.

<sup>283</sup> Cfr. CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA: COMITE EPISCOPAL PARA LA DEFENSA DE LA VIDA, o. c., N° 74: *“El suicidio jamás ha sido considerado un derecho del hombre. Cuando se redactó la Declaración Universal de los Derechos Humanos en las Naciones Unidas, ese pretendido derecho no se incluyó, y no fue por omisión involuntaria, ya que hubo varias propuestas de que se incorporase a la Declaración, y fueron rechazadas”*; Cfr. ESCUDERO LUCAS, J. L., “La disponibilidad de la vida en el ámbito del derecho penal: el suicidio y la huelga de hambre”, en TOMÁS GARRIDO, G. M. (coord.), *Manual de Bioética*, Ariel, Barcelona (2001) 435-443.

La dignidad de la persona humana exige que su vida sea respetada siempre, sobre todo cuando ésta es enferma y débil, luego sería contrario a la dignidad de la persona el anticipar su muerte deliberadamente. Entre el derecho a morir matándose y el derecho a morir con dignidad hay, sin duda, una enorme y radical diferencia.

“El derecho a morir con dignidad supone morir «secundum natura», naturalmente y serenamente, sin sufrimientos inútiles o innecesarios, obtener alivio para tales sufrimientos y angustias, morir en paz con Dios y con los hombres y exigir que no se prolongue artificial e inútilmente la agonía, ni se adelante intencionalmente el momento de su muerte”.<sup>284</sup> De esta forma, al estar la eutanasia ordenada intencionalmente a desencadenar la muerte no puede ser aceptada como una muerte digna, ni por lo tanto humana, como tampoco lo es el ensañamiento terapéutico.

#### 3.2.3.3.7 Graves consecuencias sociales.

La inaceptabilidad de la eutanasia encuentra también una justificación racional a la luz de las inevitables e inquietantes consecuencias que derivan de su legitimación.<sup>285</sup> Estas consecuencias las vemos tanto en la sociedad, como en la medicina, en la familia y hasta en los mismos enfermos:

1. *Por parte de la medicina*: dado que la eutanasia se realiza con medios "médicos", la legalización de la eutanasia conlleva una desnaturalización en el ejercicio de la medicina, una mutación profunda en el ser de la propia profesión<sup>286</sup> y, consecuentemente, un grave deterioro en las relaciones médico-paciente.

---

<sup>284</sup> FORO ARBIL, "La eutanasia y el suicidio un estudio general", en *Arbil*, <http://www.arbil.org/100bplop.htm> Fecha consulta (12/09/2015).

<sup>285</sup> Cfr. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS, "Declaración sobre la Eutanasia", *Medicina paliativa*, 9 (2002), 37-40.

<sup>286</sup> La Comisión Central de Deontología de la OMC realizó en 1986 una "Declaración sobre la eutanasia", que fue aprobada en Asamblea General el 21 de junio de 1986. En la cual se declara a la eutanasia contraria a la esencia de la vocación médica: "Pero el médico traicionaría su vocación de sanador y de protector de la vida humana si acabara con un enfermo o colaborara a su suicidio voluntario. Nunca puede el médico provocar deliberadamente la muerte: la medicina no está para eso. Aunque alguna Ley lo permitiera,



La vocación del médico se ha entendido siempre como un servicio en favor de la vida, pero con la legalización de la eutanasia, el médico se convierte, a su vez, en "agente de muerte"; esto trae consigo que se introduzca la desconfianza, la duda, el miedo<sup>287</sup> en la relación del paciente con su médico, ya que la misma persona que tiene la misión de curarlo, o por lo menos aliviarlo en su enfermedad, es la que también puede poner fin a su vida.<sup>288</sup> La eutanasia desencaja de raíz el fundamento del acto médico: la confianza del paciente en el médico.

Por otro lado, como algunos han apuntado, la eutanasia supone también un freno en la investigación ya que ¿para qué invertir dinero y esfuerzos en encontrar remedios para enfermedades incurables cuando existe la posibilidad de eliminar a las personas que las padecen?

2. *Por parte del enfermo*: aparte de la desconfianza y el miedo a que los que le rodean puedan diagnosticar que es acreedor a la eutanasia y terminen con su vida, existe también la coacción moral que se ejerce sobre los enfermos en el caso de la legalización de la eutanasia voluntaria.<sup>289</sup>

---

*jamás el médico podrá usar el poder y las prerrogativas que la sociedad le ha concedido para ejecutar una pena capital ordenada por un tribunal de justicia o para suprimir la vida de un enfermo, aunque se lo solicitara él, o su familia o un comité de cuidados hospitalarios. Un médico es culpable de una grave infracción deontológica si se niega a prestar a un moribundo una asistencia médica competente y, sobre todo, si se arroga el poder desorbitado de destruir voluntariamente una vida humana."* se puede consultar en: <http://www.unav.es/cdb/ccdomc86a.html>. Fecha consulta: 12/07/2016.

<sup>287</sup> El periódico *La Razón* del 2 de mayo del 2001, traía la noticia de que el 10% de los ancianos holandeses no quieren ir a hospitales por temor a que acaben con sus vidas, según un informe del *Wall Street Journal Europe*.

<sup>288</sup> Cfr. FRANKL, V., *Logoterapia y análisis existencial*, Herder, Barcelona (1994) 87: "*El médico no está jamás autorizado para decidir sobre el valor de una vida humana. La sociedad le ha dado simplemente la misión de ayudar al enfermo, de aliviar su sufrimiento todo lo posible, de cuidarlo sino lo puede curar. Si el enfermo y su entorno no estuvieran desde el principio convencidos que el médico asume al pie de la letra esta misión, su confianza en él desaparecería para siempre. En caso contrario, un enfermo no estaría jamás seguro de encontrarse frente a un médico que intenta ayudarle, o ante un verdugo que busca matarle*".

<sup>289</sup> Cfr. CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA: COMITE EPISCOPAL PARA LA DEFENSA DE LA VIDA, o. c., N° 43-44.

Cuando una persona ve que por su enfermedad está ocasionando molestias a sus seres queridos, que les está ocasionando problemas debido a los cambios, a los ajustes que se ven obligados a realizar en sus vidas para poder atenderlo, pues necesita de su ayuda irremediablemente, cuando percibe que está siendo fuente de dolor, de sufrimiento para los demás, o una “carga”, puede verse forzado a pedir una eutanasia que no desea interiormente. Si es posible para el enfermo terminar con esa situación porque existe la posibilidad legal de pedir la eutanasia, resulta fácil que el enfermo se sienta coaccionado a solicitarla, aunque su auténtica voluntad no sea morir, si no evitar sufrimientos y problemas a los que le rodean.

3. *Por parte de la familia:* dado que los ordenamientos jurídicos reconocen el derecho de los familiares más cercanos a decidir por el enfermo cuando éste es incapaz o no le es posible expresar su voluntad, “la posibilidad teórica de que los familiares decidan que procede la eutanasia introduce en las relaciones familiares un sentimiento de inseguridad, confrontación y miedo, totalmente ajeno a lo que la idea de familia sugiere: solidaridad, amor, generosidad. Esto es así sobre todo si se tiene en cuenta la facilidad con que se pueden introducir motivos egoístas al decidir unos por otros en materia de eutanasia: herencias, supresión de cargas e incomodidades, ahorro de gastos”.<sup>290</sup>

Por otra parte, con la legalización de la eutanasia se debilitan las obligaciones de la familia con sus miembros gravemente enfermos o que necesitan muchos cuidados, lo que es sin duda un grave daño no sólo a la familia sino a toda la sociedad.

4. *Por parte de la sociedad:*<sup>291</sup> la eutanasia legalizada, incluso cuando sólo en casos extremos y que lo soliciten voluntariamente, produce graves daños sociales. Además de los abusos que se pueden realizar en esta práctica, existe el “efecto de ruptura de dique” o el de “la pendiente resbaladiza”:<sup>292</sup> el peligro de pasar de una muerte a petición a una sin petición; de la eutanasia aplicada a personas que lo

---

<sup>290</sup> *Ibidem*, N° 45.

<sup>291</sup> Cfr. SERRANO RUIZ-CALDERÓN, J. M., “Los efectos de la eutanasia. La cuestión de la eutanasia en España. Consecuencias jurídicas” en *Cuadernos de Bioética*. Vol. 18, N° 62, (2007)11-54.

<sup>292</sup> La teoría de la pendiente resbaladiza ha sido muy criticada pero que, sin embargo, en Holanda y Bélgica, se ha comprobado su exacto cumplimiento como se ha expuesto en la primera parte de este trabajo sobre el Análisis de la situación.

solicitan a la impuesta a enfermos inconscientes.<sup>293</sup> No debemos olvidar que donde se ha llegado a legalizar la eutanasia (Holanda, Bélgica) y aquellos países donde más esfuerzos se hacen para exigir su legalización, son países técnicamente desarrollados, donde se asiste a un importante y creciente envejecimiento de la población y donde una reducida población activa tiene que asumir los costes sociales de un número importante de pensionistas. El riesgo de que la eutanasia llegue a ser aplicada coactivamente a las personas ancianas en un futuro no muy lejano es grande, si miramos lo ocurrido ya con la ley del aborto.

Cuando cae el principio de inviolabilidad absoluta de toda vida humana se amenaza todo el edificio social, todo el tejido jurídico, porque no hay alternativa o la fuerza del derecho, o el derecho de la fuerza. La vida humana es un valor que o se defiende siempre y totalmente o se abre el camino a discriminaciones inicuas y destructivas.<sup>294</sup>

A lo largo de la reflexión ética que hemos realizado se ha ido viendo como la eutanasia no es una conquista de la razón y de la libertad, ni una muestra de compasión humana y amor fraterno, ni un verdadero progreso de las sociedades avanzadas. La eutanasia no es un "morir con dignidad" como afirman los partidarios de la misma, sino todo lo contrario: un acto indigno e inmoral, que en vez de hacer más humana la muerte, deshumaniza tanto a las personas implicadas como a la sociedad que lo permite. La eutanasia significa el verdadero fracaso de nuestra sociedad en la ayuda a quien está sufriendo, por eso no es la solución a los problemas que realmente presenta un enfermo terminal.

---

<sup>293</sup> Cfr. ORTEGA LARREA, I. y VEGA GUTIÉRREZ, J., "La pendiente resbaladiza en las legislaciones del suicidio asistido y la eutanasia" en TOMÁS GARRIDO, G. M. (edit.), *La Bioética: un compromiso existencial y científico*, Vol. I, Fundación Universitaria San Antonio, Murcia, (2006) 221-251.

<sup>294</sup> Cfr. TETTAMANZI, D., *o. c.*, 559.

### 3.2.3.4 La enseñanza del Magisterio de la Iglesia sobre la eutanasia.

Tras la reflexión ética realizada es fácil comprender por qué la Iglesia ha estado siempre en contra de ella.

La doctrina ética sobre la eutanasia ha sido ampliamente desarrollada en la enseñanza del Magisterio de la Iglesia Católica, recibiendo siempre y en toda circunstancia un juicio condenatorio y la calificación de grave mal moral, de acto intrínsecamente malo.<sup>295</sup>

El primero en condenarla fue Pío XII en varias intervenciones que hizo sobre problemas médicos.<sup>296</sup>

El Concilio Vaticano II, en la Constitución Pastoral *Gaudium et Spes*, 27, la nombra expresamente dentro de los delitos contra la vida humana (homicidios de cualquier clase, genocidios, aborto, eutanasia y el mismo suicidio deliberado); delitos que condena como prácticas en sí mismas infamantes que, al mismo tiempo que degradan la civilización humana, deshonran más a quienes las emplean que a los que las sufren y son totalmente contrarias al honor debido al Creador.

La Congregación para la Doctrina de la Fe, en su *Declaración sobre la Eutanasia* del 5 de mayo de 1980 vuelve a condenarla,<sup>297</sup> lo mismo que ocurre en numerosas declaraciones de los Episcopados Nacionales.

---

<sup>295</sup> JUAN PABLO II, *VS*, N° 80, AAS 85 (1993) 1197-1198. En este mismo número se encuentra la definición de dichos actos: “Actos que contradicen radicalmente el bien de la persona... Actos que, por sí y en sí mismos, independientemente de las circunstancias y de las ulteriores intenciones de quien actúa, son gravemente ilícitos por razón de su objeto”; También en el N° 1761 del *Catecismo de la Iglesia Católica*.

<sup>296</sup> “Discursos dirigidos a la Unión Medico-Biológica San Lucas” (12-XI-1944); al “I Congreso Internacional de Histopatología” (14-IX-1952); al “VII Congreso de los Médicos Católicos” (11-IX-1956); a “la Unión Católica de Comadronas” (29-X-1951).

<sup>297</sup> CDF, *Declaración sobre la eutanasia*, N° 2, AAS 72 (1980) 545-546: “Ahora bien, es necesario reafirmar con toda firmeza que nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante. Nadie, además, puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad, ni puede consentirlo explícita o implícitamente. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo. Se trata en efecto de una violación de la ley divina, de una ofensa a la dignidad de la persona humana, de un crimen contra la vida, de un atentado contra la humanidad”.

De todas las intervenciones del Magisterio de la Iglesia, la realizada por Juan Pablo II en la Encíclica *Evangelium Vitae* es, sin duda, la más importante de todas, donde se encuentra esta solemne afirmación:

"De acuerdo con el Magisterio de mis Predecesores y en comunión con los Obispos de la Iglesia católica, confirmo que la eutanasia es una grave violación de la Ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana. Esta doctrina se fundamenta en la ley natural y en la Palabra de Dios escrita; es transmitida por la Tradición de la Iglesia y enseñada por el Magisterio ordinario y universal. Semejante práctica conlleva, según las circunstancias, la malicia propia del suicidio o del homicidio". (EV. 65)

Esta declaración, en relación con la realizada en el N° 57 de la misma Encíclica,<sup>298</sup> dada la fórmula que emplea, y el hecho de que hace referencia en nota al N° 25<sup>299</sup> de la Constitución dogmática *Lumen Gentium*, aunque no es una definición infalible, si es una declaración autorizada y auténtica de la calificación de infalible que ya existe en esta verdad. En otras palabras: la calificación de infalible no se declara aquí; simplemente se reconoce como ya existente. Luego debe ser considerada por los creyentes como libre de error, como la verdad que salva, y que cualquier negación de ella es mentira, ruina del hombre y de la sociedad humana.<sup>300</sup>

---

<sup>298</sup> JUAN PABLO II, *EV*, N° 57, AAS87 (1995) 465-466: "Con la autoridad conferida por Cristo a Pedro y a sus sucesores, en comunión con los Obispos de la Iglesia Católica, confirmo que la eliminación directa y voluntaria de un ser humano inocente es siempre gravemente inmoral. Esta doctrina, fundamentada en aquella ley no escrita que cada hombre, a la luz de su razón, encuentra en el propio corazón, es corroborada por la Sagrada Escritura, transmitida por la Tradición de la Iglesia y enseñada por el Magisterio ordinario y universal".

<sup>299</sup> CONCILIO VATICANO II, *Constitución Dogmática Lumen Gentium*, N° 25, AAS57 (1965) 29-31: "Aunque cada uno de los Prelados no goce por sí de la prerrogativa de la infalibilidad, sin embargo, cuando, aun estando dispersos por el orbe, pero manteniendo el vínculo de comunión entre sí y con el sucesor de Pedro, enseñando auténticamente en materia de fe y costumbres, convienen en que una doctrina ha de ser tenida como definitiva, en este caso proponen infaliblemente la doctrina de Cristo".

<sup>300</sup> Cfr. CICCIONE, L., "La eutanasia y el principio de inviolabilidad absoluta de toda vida humana" en LUCAS LUCAS, R. (dir.), *Comentario Interdisciplinar a la Evangelium Vitae*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid (1996) 456-460.

Podemos comprender fácilmente al analizar los textos magisteriales por qué la eutanasia es considerada un mal para el hombre, ya que éste es dañado en su designio de amor y en su esencia creatural. Para que ese designio pueda realizarse en su ser personal, todas las acciones humanas sobre la propia vida humana deben custodiar unos principios que a lo largo de todo el Magisterio de la Iglesia se van repitiendo en sus enseñanzas y que dan el hilo conductor de la reflexión ética:

- La vida humana tiene un carácter sagrado e inviolable que le viene de haber sido creado el hombre a Imagen y Semejanza de Dios. Quien atenta, por tanto, contra la vida de un hombre inocente se opone al amor de Dios hacia él, viola un derecho fundamental, irrenunciable e inalienable y comete un crimen de extrema gravedad.
- El hombre tiene el deber de conformar su vida con el designio de Dios. La vida propia y la de los demás le han sido encomendadas como un bien que debe cuidar y administrar con responsabilidad. Esta vida sólo encontrará su plena perfección en la vida eterna.
- El atentar contra la propia vida, el suicidio, es tan inaceptable como el homicidio; semejante acción supone un rechazo de la soberanía de Dios y de su designio de amor, un atentado contra la caridad consigo mismo y una renuncia frente a los deberes de justicia y caridad hacia el prójimo.<sup>301</sup>

De este modo, podríamos concluir diciendo que las dos razones fundamentales por las que la Iglesia condena la eutanasia son porque se opone al valor sagrado e inviolable de la vida humana y porque niega que el sufrimiento y la muerte tengan un sentido.

El libro editado por la Conferencia Episcopal Española, *"La eutanasia, 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos"*, ofrece una síntesis, en forma de decálogo, de la doctrina de la Iglesia sobre la eutanasia que, por su autoridad, considero oportuno reflejar aquí al final de esta reflexión ética:

1. *Jamás es lícito matar a un paciente, ni siquiera para no verle sufrir o no hacerle sufrir, aunque él lo pidiera expresamente. Ni el paciente, ni los*

---

<sup>301</sup> Cfr. CDF, *Declaración sobre la eutanasia*, N° 1, AAS72 (1980) 544-545.

*médicos, ni el personal sanitario, ni los familiares tienen la facultad de decidir o provocar la muerte de una persona.*

2. *No es lícita la acción que por su naturaleza provoca directa o intencionalmente la muerte del paciente.*
3. *No es lícito omitir una prestación debida a un paciente, sin la cual va irremisiblemente a la muerte; por ejemplo, los cuidados vitales (alimentación por tubo y remedios terapéuticos normales) debidos a todo paciente, aunque sufra un mal incurable o esté en fase terminal o aun en coma irreversible.*
4. *Es ilícito rehusar o renunciar a cuidados y tratamientos posibles y disponibles, cuando se sabe que resultan eficaces, aunque sea sólo parcialmente. Pero no se ha de omitir el tratamiento a enfermos en coma si existe alguna posibilidad de recuperación, aunque se puede interrumpir cuando se haya constatado su total ineficacia. En todo caso, siempre se han de mantener las medidas de sostenimiento.*
5. *No existe la obligación de someter al paciente terminal a nuevas operaciones quirúrgicas, cuando no se tiene la fundada esperanza de hacerle más llevadera su vida.*
6. *Es lícito suministrar narcóticos y analgésicos que alivien el dolor, aunque atenúen la conciencia y provoquen de modo secundario un acortamiento de la vida del paciente. Siempre que el fin de la acción sea calmar el dolor y no provocar subrepticamente un acortamiento sustancial de la vida; en este caso, la moralidad de la acción depende de la intención con que se haga y de que exista una debida proporción entre lo que se logra (la disminución del dolor) y el efecto negativo para la salud.*
7. *Es lícito dejar de aplicar tratamientos a un paciente en coma irreversible cuando haya perdido toda actividad cerebral. Pero no lo es cuando el cerebro del paciente conserva ciertas funciones vitales, si esa omisión provocase la muerte inmediata.*
8. *Las personas minusválidas o con malformaciones tienen los mismos derechos que las demás personas, concretamente en lo que se refiere a la recepción de tratamientos terapéuticos. En la fase prenatal y postnatal se*

*les han de proporcionar las mismas curas que a los fetos y niños sin ninguna minusvalía.*

9. *El Estado no puede atribuirse el derecho de legalizar la eutanasia, pues la vida del inocente es un bien que supera el poder de disposición tanto del individuo como del Estado.*
10. *La eutanasia es un crimen contra la vida humana y contra la ley divina, del que se hacen corresponsables todos los que intervienen en la decisión y ejecución del acto homicida.*<sup>302</sup>

---

<sup>302</sup> CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA: COMITE EPISCOPAL PARA LA DEFENSA DE LA VIDA, *o. c.*, N° 94.



### 3.3 ORIENTACIONES PARA PROMOVER UNA ASISTENCIA INTEGRAL Y DIGNA A LOS PACIENTES EN FASE TERMINAL DE ENFERMEDAD. MEDIDAS SOCIALES Y PASTORALES

En los dos capítulos precedentes han sido desarrollados los importantes problemas que existen en el mundo de la enfermedad terminal.

Con este objetivo, se ha realizado una aproximación a la realidad del sufrimiento en la que viven los enfermos terminales y sus familias, conociendo las muchas necesidades que tienen y como éstas sólo pueden ser cubiertas desde una atención integral que abarque los aspectos físicos, psíquicos, espirituales y sociales. También ha sido visto lo difícil y problemática que resulta hoy su asistencia, tanto desde el punto de vista de los familiares, del personal sanitario, como de la sociedad, y cómo estas personas están expuestas a una serie de peligros que se manifiestan, unas veces en forma de tratamientos deshumanizadores y, otras, en el rechazo, la desconsideración e incluso en el abandono, que puede llegar hasta la solución de la eutanasia.

También se ha reflexionado, desde el punto de vista ético, sobre la atención médica que se debe prestar a estos enfermos y llegando a la conclusión que sólo los Cuidados Paliativos les pueden ofrecer una atención digna y que la eutanasia es un atentado a la dignidad de estas personas y que significa, por tanto, el verdadero fracaso de nuestra sociedad en la ayuda a los enfermos terminales.

Tras conocer toda esta realidad, llega la hora de preguntar por las medidas que se deben adoptar para solucionar estos graves problemas. ¿Qué medidas se deben aportar desde la sociedad, desde las instituciones públicas, para favorecer una asistencia digna a estos enfermos y sus familias?, ¿Qué deben hacer los profesionales de la sanidad para ayudar a estas familias a no ver la eutanasia como una solución?, ¿Cómo pueden ayudar a estas personas y a sus familias a afrontar los momentos difíciles que suponen una enfermedad en fase terminal y la muerte?

En esta sección se plantea contestar a estas preguntas y reflexionar, al mismo tiempo, sobre la misión evangelizadora en este campo. ¿Qué puede la Iglesia, como Pueblo de Dios, aportar a esta realidad humana de sufrimiento que significa la enfermedad terminal y la muerte en su misión de ser sal, luz y fermento de esta sociedad? ¿Qué respuesta ofrece al sufrimiento de muchos hermanos nuestros a causa de la enfermedad y muerte de un ser querido?

Juan Pablo II en un discurso dirigido a los participantes de la V Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida, el 27 de febrero de 1999, señalaba que no era suficiente con luchar en la opinión pública y en los Parlamentos contra la tendencia a la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido. Es necesario, además, que la sociedad y los organismos de la Iglesia se comprometan en favor de una digna asistencia al moribundo.<sup>303</sup>

Intentaremos, por tanto, ver qué medidas deben ser aportadas desde el mundo de la sanidad y desde la sociedad<sup>304</sup> para favorecer una asistencia digna a estos enfermos y a sus familias, y presentar, desde el punto de vista pastoral, algunas ideas que sirvan para ayudar a las personas a afrontar humana y cristianamente la muerte, y para promover comportamientos de respeto y solidaridad hacia los enfermos en situación terminal y sus familias.

### 3.3.1 Medidas Socio-Sanitarias

Las medidas que deben ser aportadas desde las instituciones públicas para ofrecer una correcta asistencia a estos enfermos y sus familias fueron hace tiempo recogidas en la *recomendación 1418 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, que trata sobre la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de los Enfermos Terminales y Moribundos*, en 1999.<sup>305</sup>

En este documento se reconocían las numerosas deficiencias en la atención ofrecida a estos enfermos y se instaba a los Estados miembros, entre los que se encuentra España, a que incorporaran en su Derecho interno la protección legal y social necesaria contra todas las amenazas y temores que el enfermo terminal

---

<sup>303</sup> "Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a los participantes de la V Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida", (27-II-99), *L' Osservatore Romano*, edic. semanal en castellano, (5-III-99), 7.

<sup>304</sup> CUENCA MOLINA, A., "Eutanasia, familia y sociedad", en PASTOR GARCIA, L. M., FERRER COLOMER, M., *La Bioética en el Milenio Biotecnológico*, Sociedad Murciana de Bioética, Murcia (2001) 381-392.

<sup>305</sup> "Recomendación 1418 (1999), de la Asamblea parlamentaria del Consejo de Europa, sobre la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de los Enfermos Terminales y Moribundos". Se puede encontrar en la dirección de Internet: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=16722&lang=en>. Consultado 10/04/17.

afrenta. En modo particular señala que se tomen las medidas sociales y legales necesarias para que al enfermo terminal se le aplique un correcto control de síntomas, para que no se alargue el proceso de la muerte contra su voluntad, para que no fallezca en soledad y con el temor de ser una carga social, para evitar que no se utilicen medios proporcionados de soporte vital por razones económicas y para que se presupuesten los recursos financieros suficientes para una asistencia adecuada.

Esta recomendación afirma el derecho de los enfermos terminales a recibir Cuidados Paliativos integrales, el derecho a la autodeterminación y el deber de respetar la vida humana, prohibiendo cualquier tipo de eutanasia, e insta a los estados miembros a respetar y proteger la dignidad de los enfermos terminales o moribundos en todos los aspectos, adoptando las medidas necesarias para ello. En este documento se aboga por la definición de los Cuidados Paliativos como un derecho subjetivo y una prestación más de la asistencia sanitaria, por lo que se insta a los Estados miembros a que tomen las medidas necesarias para que todos los enfermos en fase terminal y los moribundos puedan tener acceso a los mismos.

La Organización Médica de España, en sintonía con la anterior, hizo también en 2010 una *Declaración sobre la Atención Médica al Final de la Vida* en la que los mismos términos afirma que

“Recibir una adecuada atención médica al final de la vida no debe considerarse un privilegio, sino un auténtico derecho. La Medicina Paliativa debe aplicarse desde todos los ámbitos asistenciales: Atención Primaria, Atención Especializada y Atención Sociosanitaria. Además, el médico, cualquiera que sea su especialidad, debe adoptar ante el sufrimiento una actitud particularmente compasiva y humana, con empatía, respeto y delicadeza. Abandonar al enfermo cuando necesita esta atención constituye una mala práctica médica”.

En ella se delinear los elementos esenciales que implica dicha atención médica al final de la vida cuyo principal objetivo es *“procurar al enfermo la mejor calidad de vida”*: lo que significa tratamiento temprano del dolor junto con el cuidado de todas sus necesidades psíquicas, sociales y espirituales; *“comunicación respetuosa y sincera”* en la que se informe adecuadamente y el enfermo se sienta escuchado; cuidados coordinados y continuos hasta su muerte, que debería ser en

su casa si él así lo desea; fomento de la participación del enfermo en la toma de decisiones con respeto a sus valores y atendiendo sus voluntades anticipadas; reconocimiento de la importancia de la familia y su ayuda en los cuidados, atendiendo también las necesidades de los cuidadores"; *"evitar tanto la prolongación innecesaria de la vida por medio de la obstinación diagnóstica y terapéutica, como su acortamiento deliberado, o el abandono del enfermo y su familia"* y *"considerar la petición individual de eutanasia o suicidio asistido como una demanda de mayor atención y luchar contra ella aplicando los principios y la práctica de unos cuidados paliativos de calidad"*. Junto a estos principios nucleares de la atención médica, la Declaración afirma que para que todo eso sea posible es necesario que la atención sea realizada por *un equipo interdisciplinario, que la "ética clínica" sea la que promueva la toma de decisiones y el método de trabajo cotidiano*, y la urgencia por promover la formación en medicina paliativa desde las Facultades de Medicina.<sup>306</sup>

En España, *"el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización"* y su actualización en julio de 2015, recogen:

*"la atención integral, individualizada y continuada de personas con enfermedad en situación avanzada, no susceptible de recibir tratamientos con finalidad curativa y con una esperanza de vida limitada (en general, inferior a 6 meses), así como de las personas a ellas vinculadas. Su objetivo terapéutico es la mejora de su calidad de vida, con respeto a su sistema de creencias, preferencias y valores. Esta atención, especialmente humanizada y personalizada, se presta en el domicilio del paciente o en el centro sanitario, si fuera preciso, estableciendo los mecanismos necesarios para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación con otros recursos y de acuerdo con los protocolos establecidos por el correspondiente servicio de salud"*.

Se desprende de esta normativa, una atención especial -que no especializada- y especial porque contempla el perfil humano y personalizado de la atención sanitaria. Como legislación "socio-sanitaria" va más allá de la mera atención clínica y técnica, por ello contempla la atención en domicilio, en el ambiente natural del

---

<sup>306</sup> OMC, "Declaración sobre «La Atención Médica al Final de la Vida». Una necesidad transformada en un derecho", *Cuadernos de Bioética*, Vol. XXI, N° 1 (2010) 111-112.

paciente (y cuando sea necesario en un centro hospitalario) y garantiza la continuidad asistencial y la coordinación con los diferentes agentes de salud, con el objetivo de un “trato” continuo con el paciente y su familia.

Llevar a la práctica estas recomendaciones supone una serie de pasos, entre los que reconoce:

a) Diagnóstico y situación. Tener claro el estado del paciente, tanto para que no haya un exceso de tratamiento y una actuación desproporcionada, como para que no quede ningún paciente sin beneficiarse de estas atenciones.

b) Plan de cuidados, basado en una adecuada valoración de las necesidades, tanto del paciente como de sus cuidadores. Dicho plan debería guiar las actuaciones del equipo sociosanitario, contemplando medidas especialmente dirigidas al control de síntomas y, al mismo tiempo, medidas para para el día a día en el ambiente domiciliario, medidas preventivas, de acomodación en casa, higiénico-dietéticas, sociales y adquisición de medicamentos o productos sanitarios.

c) Continuidad, tanto en el seguimiento clínico general, como terapéutico, y siempre dirigido al control de síntomas. Todo ello compartiendo con el paciente y la familia la información adaptada en tiempo y forma al estado de ambos, e igualmente siempre transmitiendo apoyo y tranquilidad.

d) Referencia ante una duda o incertidumbre; que sientan que tienen a quién dirigirse ante un problema. Muchas veces se busca un consejo, ni siquiera una actuación concreta; una simple visita puede aportar más tranquilidad que el mejor fármaco.

El desarrollo de este Real Decreto ha quedado inconcluso. La atención actual realizada a la cronicidad de las patologías y a la fase terminal de la enfermedad queda muy distante de las necesidades reales que existen. El enfoque ha ido dirigido, especialmente, a la integración de los distintos agentes y servicios sanitarios y sociales implicados en la atención integral a las personas con enfermedad crónica y a quienes llegan a esa fase final de la enfermedad. Hoy por hoy, es una buena declaración de intenciones pero que choca con algo que es finito, esto es, la vida de la persona, pero no tanto por la prolongación de la vida, sino por cómo vive esa etapa final el paciente y los suyos.

Teniendo en cuenta las recomendaciones dadas por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, por la Organización Médica Colegial y el referido Real Decreto 1030/2006, creo que en España para proporcionar una atención adecuada a estos enfermos que les ayude a morir con dignidad, aunque se han hecho ya bastantes avances en las leyes, es necesario adoptar como mínimo las siguientes medidas:

1.- Crear más unidades de Cuidados Paliativos y distribuir las de manera más uniforme por el territorio español. Como se dijo, el número actual de programas es insuficiente y además están muy mal distribuidos, concentrándose la mayoría en algunas regiones, mientras que en otras prácticamente no existen.

2.- Potenciar la formación de equipos de asistencia ambulatoria que aseguren la asistencia paliativa a domicilio en los casos en que ésta está indicada. El lugar idóneo para atender a gran mayoría de los enfermos en situación terminal no es el hospital, ya que en éstos el enfermo pierde su autonomía, su intimidad, su ambiente familiar y es elevado el riesgo de que sufran tratamientos desproporcionados, compatibles con la obstinación terapéutica. La atención domiciliar es de enorme importancia para ayudar a que los enfermos terminales puedan vivir la última etapa de su vida con dignidad, rodeados del amor y cariño de su familia y de la gente que los quiere.

3.- Integrar de forma habitual, consabida, rutinaria la atención a su familia dentro de la atención al enfermo terminal. El enfermo terminal y su familia forman una unidad que debe ser atendida conjuntamente. Es necesario promover una amplia organización de ayuda a las familias que quieren mantener en su casa a una persona gravemente enferma, ofreciéndoles medidas específicas de educación y apoyo, tanto económico -legislar un equivalente a la baja laboral para el familiar cuidador, ayudas fiscales...- como emocional. Es más, es fundamental que las instituciones públicas privilegien la atención a la familia, mediante políticas familiares que ayuden a fortalecer y promover los valores y posibilidades de la célula primaria y vital de la sociedad que es la familia.<sup>307</sup>

4.- Crear residencias y hospicios especializados en Cuidados Paliativos para aquellos enfermos en fase terminal que por diferentes causas no puedan ser atendidos en su domicilio, bien por una complejidad en los tratamientos que

---

<sup>307</sup> CONC. VATICANO II, *Decreto apostolicam actuositatem*, N° 11, AAS 58 (1966) 850.

precisan, bien porque aun necesitando tratamientos simples no tengan familia o ésta resulte insuficiente y limitada para responder a sus necesidades.

5.- Dar una formación adecuada en Medicina Paliativa y Bioética a todos los profesionales sanitarios que tienen que atender a estos enfermos, pues para muchos médicos es un gran problema el tener que atender a un enfermo en situación terminal por no haber recibido formación en este campo y haber sido adiestrados sólo para diagnosticar y curar. Por eso es necesario implantar en las universidades, en los hospitales docentes, en los cursos de postgrado, en seminarios etc., una adecuada formación que les ayude a solucionar las necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales que estos enfermos presentan.

6,- Hacer todo lo posible para que los Cuidados Paliativos Integrales se afiancen en la conciencia pública como la única ayuda digna que se debe prestar a un enfermo en situación terminal y que por lo tanto son un objetivo importante de la medicina. Al mismo tiempo, consolidando la verdad de que la eutanasia es un atentado a la dignidad de la persona humana, una actitud indigna que no congenia con el propio ser de la medicina y que más bien es todo lo contrario, ya que la medicina está al servicio de la vida y la eutanasia al servicio de la muerte.

7.- Promover un cambio en la sociedad a través de la educación, de los medios de comunicación, de la promoción del voluntariado, etc., en el sentido de crear una sensibilidad nueva en la que no se discrimine y oculte socialmente la debilidad, el morir y la muerte. Es esencial transformar las actitudes sociales actuales ante la enfermedad y la muerte, ya que éstas son las que favorecen en gran medida el aislamiento y el abandono que sufren los enfermos terminales. Es necesario redescubrir el sentido humano de la muerte; volver a introducir el hecho de la muerte en nuestras coordenadas vitales, luchando contra su ocultación social. Una sociedad que no sabe integrar con naturalidad y humanidad la muerte no sabe cómo tratar y apoyar a sus enfermos terminales y moribundos.

Con todas estas medidas se pueden solucionar muchos de los graves problemas que afectan actualmente a los enfermos terminales y a sus familias, ya que aparte de proporcionar los medios para que éstos reciban una atención adecuada y digna, sirven también para luchar contra la tendencia actual a ver la eutanasia como una solución.

### 3.3.2 Cuidados médicos basados en una presencia amorosa

Con las medidas anteriormente expuestas se proporcionan los medios materiales para que los enfermos en situación terminal y sus familias reciban una atención adecuada, pero, a mi juicio, no son suficientes. Es además necesario que los profesionales que se dedican al cuidado de estos enfermos tengan una sensibilidad y una talla humana especial, que les lleve a vivir su profesión desde el amor.

Aparte del amor familiar, el enfermo en fase terminal necesita ser atendido por unos profesionales sanitarios con vocación que, además de ofrecerle una asistencia técnica adecuada, le ofrezcan una atención integral y humana, cimentada en el amor por la persona que sufre.

El servicio a la persona enferma exige amor, disponibilidad, atención, comprensión, benevolencia, paciencia, diálogo. No basta “la pericia científica y profesional”, se precisa también “la participación personal en las circunstancias concretas del paciente individual”.<sup>308</sup>

Esta necesidad de los enfermos terminales, que es la necesidad de todo enfermo, se corresponde perfectamente con la vocación intrínseca de las profesiones sanitarias. La profesión médica, de enfermería, de cualquier trabajador en el campo de la salud, no puede entenderse sólo como un trabajo técnico o científico, sino como un ministerio, como una misión, como una vocación<sup>309</sup> al servicio de la vida y de la salud, que se expresa en un “darse al cuidado” del hombre que sufre, a través de una entrega incondicional y total.

En la actividad médico-sanitaria, profesión, vocación y misión se encuentran y, en la visión cristiana de la vida y de la salud, se integran recíprocamente.<sup>310</sup> El agente de la salud es el buen samaritano de la parábola que se para al lado del

---

<sup>308</sup> CPPAS, o. c., N° 2.

<sup>309</sup> JUAN PABLO II, “Mensaje a las Asociaciones médicas católicas italianas”, (28-XII-1978), en *Insegnamenti* I, 436.: «Vosotros sabéis cuan estrecha relación, cuanta analogía, cuanto intercambio existe entre la misión del sacerdote de una parte y la del trabajador de la salud de otra: todos están dedicados, en diverso título, a la salvación del hombre, al cuidado de la salud, a liberarlo del mal, del sufrimiento y de la muerte, a promover en él la vida, el bienestar, la felicidad». Citado por el CPPAS, o. c., N° 3.

<sup>310</sup> CPPAS, o. c., N° 4.



hombre herido, tiene compasión de él y le presta ayuda eficaz, haciéndose su “prójimo” en la caridad.<sup>311</sup> Desde esta visión cristiana se comprende que el ejercicio de las profesiones sanitarias sea un verdadero ministerio de colaboración del amor exclusivo de Dios por el hombre sufriente, y a la vez obra de amor a Dios, que se hace presente en cada uno de los enfermos. Por eso, el ministerio terapéutico de los agentes de la salud participa de la acción pastoral y evangelizadora de la Iglesia; es un verdadero ministerio de salvación, o sea, anuncio que realiza el amor redentor de Cristo.<sup>312</sup>

Por otra parte, en este darse al cuidado del hombre que sufre, está incluida la asistencia sanitaria a la familia del enfermo. El agente de salud, frente a la familia del enfermo en fase terminal está llamado a proporcionar, conjuntamente con el cuidado, una acción de iluminación, de consejo, de orientación y de apoyo.<sup>313</sup> Esto no es un añadido a su misión, sino que forma parte integrante de la misma. Como ya se ha dicho en varias ocasiones, enfermo y familia forman una unidad que necesita ser atendida conjuntamente.

El enfermo terminal es una persona necesitada de un acompañamiento humano y cristiano y no sólo de medios y recursos materiales. Sólo la caridad es la que encuentra los medios más oportunos para que los enfermos gocen de una asistencia verdaderamente humana y reciban los cuidados adecuados a sus exigencias, en particular a su angustia y soledad<sup>314</sup>. Por eso, el primer cuidado que les debe prestar el médico o la enfermera es su presencia amorosa.

“Una presencia vigilante y solícita que haga que el enfermo se sienta vivo, se sienta persona entre personas; destinatario como todo ser necesitado de atenciones y cuidados. Esta presencia atenta y cuidadosa infunde confianza y esperanza en el enfermo y lo reconcilia con la muerte. Es una contribución única que enfermeras y médicos, con su ejercicio humano y cristiano, aun antes que con su función, pueden y deben dar a quien está viviendo el momento

---

<sup>311</sup> Cfr. JUAN PABLO II, *SD*, N° 28-30, *AAS* 76 (1984) 242-247.

<sup>312</sup> CPPAS, *o. c.*, N° 5.

<sup>313</sup> Cfr. JUAN PABLO II, *Exhortación Apostólica Familiaris Consortio*, N° 75, *AAS* 74 (1982) 172-173.

<sup>314</sup> Cfr. IDEM, *EV*, N° 88, *AAS* 87 (1995) 500-502.

supremo de la partida, para que el rechazo de la muerte sea sustituido por la aceptación y sobre la angustia prevalezca la esperanza".<sup>315</sup>

El continuo progreso de la medicina requiere de parte de los profesionales sanitarios, una seria preparación y una formación continua, para mantener la exigida competencia y el debido prestigio profesional. Del mismo modo, es necesario que los agentes de la salud reciban una formación ético-religiosa que los habilite para ejercer responsablemente su profesión, para poder estar al alto nivel humano y cristiano que su profesión les exige. Sólo de esta manera podrán estar capacitados para ofrecer la mejor asistencia posible a los enfermos y a sus familias.<sup>316</sup>

Es importante señalar la importante responsabilidad que tienen los profesionales sanitarios en este sentido, no sólo de ofrecer una asistencia humana y digna a estos enfermos, que es su misión principal, sino de ayudar activamente en la lucha contra la eutanasia. Su profesión les exige ser custodios y servidores de la vida humana. A través de la medicina, el médico, el profesional sanitario, interviene en la sociedad y cambia las convicciones y los comportamientos sociales. Puede conducir a que la sociedad acepte unas posiciones o rechace otras. Hoy, más que nunca, ha crecido esta responsabilidad suya, ya que el contexto social y cultural les puede inducir fácilmente a convertirse en "agentes de muerte", negando así la

---

<sup>315</sup> CPPAS, o. c., N° 117.

<sup>316</sup> Benedicto XVI en el N° 31 de la encíclica *Deus Caritas est* señala que *"Por lo que se refiere al servicio que se ofrece a los que sufren, es preciso que sean competentes profesionalmente: quienes prestan ayuda han de ser formados de manera que sepan hacer lo más apropiado y de la manera más adecuada. Un primer requisito fundamental es la competencia profesional, pero por sí sola no basta. En efecto, se trata de seres humanos, y los seres humanos necesitan siempre algo más que una atención sólo técnicamente correcta. Necesitan humanidad. Necesitan atención cordial. Cuantos trabajan en las instituciones caritativas de la Iglesia deben distinguirse por no limitarse a realizar con destreza lo más conveniente en cada momento, sino por su dedicación al otro con una atención que sale del corazón, para que el otro experimente su riqueza de humanidad. Por eso, dichos agentes, además de la preparación profesional, necesitan también y sobre todo una "formación del corazón": se les ha de guiar hacia ese encuentro con Dios en Cristo, que suscite en ellos el amor y abra su espíritu al otro, de modo que, para ellos, el amor al prójimo ya no sea un mandamiento por así decir impuesto desde fuera, sino una consecuencia que se desprende de su fe, la cual actúa por la caridad"*.

esencia misma de su profesión. Por eso, es importantísimo que los profesionales sanitarios defiendan y recuperen la intrínseca e imprescindible dimensión ética de su profesión, que les exige el compromiso de respetar absolutamente la vida humana como ya reconocía el antiguo y siempre actual *Juramento de Hipócrates*.

El “hacer morir” nunca puede considerarse un tratamiento médico: ni siquiera cuando la intención es secundar una petición del enfermo; es más bien la negación de la profesión sanitaria que debe ser un apasionado y tenaz “sí” a la vida.<sup>317</sup>

### 3.3.3 Misión de la Iglesia

La Iglesia participe de las alegrías y las esperanzas, las tristezas y las angustias de los hombres de todos los tiempos, ha acompañado y sostenido constantemente a la humanidad en su lucha contra el dolor y en su esfuerzo de promoción de la salud. El día 8 de febrero de 2105, en el rezo del Ángelus, el Santo Padre Francisco I dirigía estas palabras con ocasión de la inminente Jornada mundial del enfermo que se celebra anualmente el 11 de febrero, Fiesta de Nuestra Sra. de Lourdes:

“Enviando en misión a sus discípulos, Jesús les confiere un doble mandato: anunciar el Evangelio de la salvación y curar a los enfermos (cf. Mt 10, 7-8). Fiel a esta enseñanza, la Iglesia ha considerado siempre la asistencia a los enfermos parte integrante de su misión.

“Los pobres y los enfermos estarán siempre con ustedes”, enseña Jesús, (cfr. Mt 26,11) y la Iglesia continuamente los encuentra por su camino, considerando a las personas enfermas como un camino privilegiado para encontrar a Cristo, para acogerlo y para servirlo. Curar a un enfermo, acogerlo, servirlo, es servir a Cristo: el enfermo es la carne de Cristo.

Esto sucede también en nuestros tiempos, cuando no obstante los múltiples progresos de la ciencia, el sufrimiento interior y físico de las personas suscita fuertes interrogantes acerca del sentido de la enfermedad y del dolor y sobre el porqué de la muerte. Se trata de preguntas esenciales, a las cuales la acción

---

<sup>317</sup> Cfr. JUAN PABLO II, *EV*, N° 89, AAS87 (1995) 502.

pastoral de la Iglesia debe responder a la luz de la fe, teniendo ante los ojos el Crucifijo, en el cual aparece todo el misterio salvífico de Dios Padre, que por amor de los hombres no ha ahorrado a su propio hijo (cfr. Rm 8, 32).

Por lo tanto, cada uno de nosotros está llamado a llevar la luz de la Palabra de Dios y la fuerza de la gracia a aquellos que sufren y a cuantos los asisten, familiares, médicos, enfermeros, para que el servicio al enfermo se cumpla cada vez con más humanidad, con dedicación generosa, con amor evangélico, con ternura. La Iglesia madre, a través de nuestras manos, acaricia nuestros sufrimientos y cura nuestras heridas, y lo hace con ternura de madre.”<sup>318</sup>

En la Jornada mundial del enfermo del 2001 la Iglesia eligió como tema “La nueva evangelización y la dignidad del hombre que sufre” queriendo poner de relieve la necesidad de evangelizar este ámbito de la experiencia humana:

“Los hospitales, los centros para enfermos o ancianos, y cualquier casa donde se acoge a personas que sufren, constituyen ámbitos privilegiados de la nueva evangelización; por eso, precisamente allí ha de resonar el mensaje del Evangelio, portador de esperanza. Cristo es el Salvador de todo hombre y de todo el hombre. Por eso, la Iglesia no se cansa de anunciarlo, para que el mundo de la enfermedad y de la búsqueda de la salud sea vivificado por su luz. Así pues, es importante que al inicio del tercer milenio cristiano se dé nuevo impulso a la evangelización del mundo de la sanidad como lugar especialmente indicado para convertirse en un valioso laboratorio de la civilización del amor”.<sup>319</sup>

El mismo Juan Pablo II, en la encíclica *Evangelium Vitae* nos indica que la misión fundamental de la Iglesia es evangelizar y nos señala el triple contenido de esta misión:

“La Iglesia ha recibido el Evangelio como anuncio y fuente de gozo y salvación. Lo ha recibido como don de Jesús, enviado del Padre "para anunciar

---

<sup>318</sup> FRANCISCO I, Papa, *Ángelus*, Plaza de San Pedro en el Vaticano, (08/02/2015), [http://w2.vatican.va/content/francesco/es/angelus/2015/documents/papa-francesco\\_angelus\\_20150208.html](http://w2.vatican.va/content/francesco/es/angelus/2015/documents/papa-francesco_angelus_20150208.html).

<sup>319</sup> Del “Mensaje del Santo Padre Juan Pablo II para la IX Jornada Mundial del Enfermo” que tuvo lugar en Sídney el 11-II-2001.

a los pobres la Buena Nueva". Lo ha recibido a través de los Apóstoles. La Iglesia, nacida de esta acción evangelizadora, siente resonar en sí misma cada día la exclamación del Apóstol: "¡Ay de mí si no predicara el Evangelio!" En efecto, "evangelizar constituye la dicha y vocación propia de la Iglesia, su identidad más profunda. Ella existe para evangelizar".

"La evangelización compromete a la Iglesia a participar en la misión profética, sacerdotal y real del Señor Jesús. Por tanto, conlleva inseparablemente las dimensiones del anuncio, de la celebración y del servicio de la caridad. Es un acto profundamente eclesial, que exige la cooperación de todos, cada uno según su propio carisma y ministerio."<sup>320</sup>

La nueva evangelización en el mundo de la salud, y más específicamente en el mundo de los enfermos terminales y sus familias, abarcaría, por tanto, tres tareas fundamentales: anunciar la salvación de Cristo a estos enfermos y a sus familias, comunicarles esta salvación por medio de los sacramentos y compartir con ellos estos momentos difíciles, acompañándoles y sirviéndoles con amor. Estas tres tareas van *intrínsecamente unidas* y no se pueden separar, ya que nacen del mismo Espíritu de Jesucristo donado a su Iglesia.<sup>321</sup>

### 3.3.3.1 Evangelización como anuncio de la salvación.

La Iglesia existe para una misión que le da su identidad más profunda y para la cual ha sido constituida: anunciar el Kerigma de la salvación a todos los hombres, realizado por Cristo crucificado y resucitado. Anunciar a los hombres la gran Noticia de que la muerte ha sido vencida por Cristo para todos, que Él murió por nuestros pecados y fue resucitado para nuestra justificación; que Él está vivo e intercede por nosotros ante el Padre para que podamos recibir el Espíritu Santo y participar aquí ya de la vida divina, de la vida eterna.

---

<sup>320</sup> JUAN PABLO II, *EV*, N° 78, AAS87 (1995) 490-491.

<sup>321</sup> Benedicto XVI en el N° 25 de la encíclica *Deus Caritas est* señala que "La naturaleza íntima de la Iglesia se expresa en una triple tarea: anuncio de la Palabra de Dios (*kerygma-martyria*), celebración de los Sacramentos (*leiturgia*) y servicio de la caridad (*diakonia*). Son tareas que se implican mutuamente y no pueden separarse una de otra. Para la Iglesia, la caridad no es una especie de actividad de asistencia social que también se podría dejar a otros, sino que pertenece a su naturaleza y es manifestación irrenunciable de su propia esencia".

La Iglesia ha recibido la misión de anunciar esta Buena Noticia a todos los hombres, y en todas las circunstancias. Anunciar la novedad sorprendente que supera toda expectativa humana, de que el Dios viviente y soberano, el que está en el principio y fin de todas las cosas, se ha acercado a los hombres para ofrecerles la salvación en el mismo Jesús, destinándolos a participar de su vida eterna.<sup>322</sup> Esta Buena Noticia es la única capaz de salvar gratuitamente al hombre, de transformarlo de una manera integral y radical, de satisfacer sus ansias de vida, amor y felicidad.

En el mundo de la enfermedad, la Iglesia no puede anunciar otra cosa que este Amor de Dios por el hombre manifestado en Cristo Jesús. La Iglesia no tiene en su mano aportar las “soluciones” que sirvan para paliar los graves problemas que afectan hoy al mundo de la enfermedad terminal. La Iglesia no ofrece “soluciones”, ofrece algo diferente: la “salvación” íntegra del hombre. Para el cristiano, la redención de Cristo y su gracia salvífica alcanzan a todo el hombre en su condición humana y por tanto, también en la enfermedad, el sufrimiento y la muerte.

La evangelización en el mundo de la enfermedad terminal y la cercanía de la muerte ofrece, con la salvación íntegra del hombre, un sentido a la realidad de sufrimiento en la que se encuentra tanto el enfermo y su familia, como el personal que lo atiende, el sentido que les da el Evangelio y con él la tradición cristiana.

#### 3.3.3.1.1 La de evangelización como ofrecimiento sentido.

Juan Pablo II en la Carta Apostólica *Salvifici Doloris* comenta que:

“Dentro de cada sufrimiento experimentado por el hombre, y también en lo profundo del mundo del sufrimiento, aparece inevitablemente la pregunta: ¿por qué? Es una pregunta acerca de la causa, la razón; una pregunta acerca de la finalidad (¿para qué?); en definitiva, acerca del sentido. Ésta no sólo acompaña al sufrimiento humano, sino que parece determinar incluso el contenido humano, eso por lo que el sufrimiento es propiamente humano... Solamente el hombre, cuando sufre, sabe que sufre y se pregunta por qué; y

---

<sup>322</sup> GARCIA-GASCO, A., “Pastoral y anuncio del evangelio de la vida”, en *Evangelium Vitae, texto y comentarios*, EDICEP, Valencia (1995) 141.

sufre de manera humanamente aún más profunda si no encuentra una respuesta satisfactoria (SD 9).

Cuando el hombre se pregunta sobre el significado, sobre el sentido del sufrimiento, se pregunta por aquello que le puede posibilitar asumirlo. El sufrimiento es mucho mayor cuando éste parece absurdo, cuando no se le encuentra un sentido. Decía Víctor Frankl que *“el sufrimiento deja de ser en cierto modo sufrimiento en el momento en que se encuentra un sentido”*.<sup>323</sup>

Tanto el enfermo en fase terminal como sus familiares viven una realidad profunda de sufrimiento que les lleva a preguntarse por qué, qué sentido tiene todo lo que les está sucediendo. Muchos de ellos viven en esta realidad sin poder encontrar un sentido válido y convincente, lo que hace aún más profundo su sufrimiento. Este mismo sufrimiento les puede llevar a grandes conflictos en su relación con Dios e incluso a la negación de que exista un Dios bueno y omnipotente que los ama.<sup>324</sup> Por eso, es importante que estas personas puedan encontrar un sentido a su sufrimiento, que si bien no le evite sufrir, le permita poder asumirlo, poder vivir en paz y con esperanza estos momentos de su existencia.

Por otra parte, uno de los factores que influyen y propician la aceptación de la eutanasia actualmente es un contexto cultural en el que sólo se aprecia la vida en la medida en que da placer y bienestar, y en donde el sufrimiento es rechazado como inútil, más aún, combatido como mal que debe evitarse siempre y de cualquier modo.<sup>325</sup> Por eso, cuando una vida está sumergida en el dolor y el futuro de la misma está cerrado a la posibilidad de placer y bienestar, como ocurre en el caso de enfermedades terminales, es fácil considerar que esa vida ha perdido todo el sentido y caer en la tentación de anticipar la muerte.<sup>326</sup> Esta dificultad de darle sentido al sufrimiento es una de las principales razones de la aceptación de la eutanasia en la sociedad actual.

Desde este punto de vista, evangelizar en el ámbito sanitario debe consistir en ofrecer -como alternativa al “sin sentido” con que muchos viven hoy la realidad de la enfermedad, del sufrimiento, del deterioro, del morir- el sentido que les da el

---

<sup>323</sup> FRANKL, V. E., *El hombre en busca de sentido*, 20ª ed., Herder, Barcelona (1999)158.

<sup>324</sup> Cfr. JUAN PABLO II, *SD*, N° 9, *AAS*76 (1984) 209.

<sup>325</sup> IDEM, *EV*, N° 23, *AAS*87 (1995) 426-427; Cfr. *Ibidem*, N° 15, 417.

<sup>326</sup> Cfr. *Ibidem*, N° 64, 474-475.

Evangelio y, con él, la tradición cristiana. Existe verdaderamente una Buena Noticia para ellos, un Evangelio para aquellos que sufren: Jesucristo. La fe encuentra y acoge el Evangelio viviente y personal, Jesucristo, y confiesa que sólo Él es la respuesta a la pregunta sobre el sentido del sufrimiento y la muerte humana.<sup>327</sup> El Evangelio es Buena Noticia porque, al anunciarlo, la Iglesia muestra y ofrece a Cristo, luz del mundo, iluminador y antídoto de las oscuridades humanas.

Es importante volver a escuchar el mensaje conclusivo del Concilio Vaticano II dirigido a los enfermos y a todos los que sufren, porque en él se resume estupendamente la visión cristiana del sufrimiento, y por tanto su sentido para el hombre que sufre:

“Para todos vosotros, hermanos que sufrís, visitados por el dolor en sus mil modos, el Concilio tiene un mensaje muy especial. Siente fijos sobre él vuestros ojos implorantes, brillantes por la fiebre o abatidos por la fatiga, miradas interrogadoras que buscan en vano el porqué del sufrimiento humano y que preguntan ansiosamente cuándo y de dónde vendrá el consuelo.

Hermanos muy queridos, sentimos profundamente resonar en nuestros corazones de padres y pastores vuestros gemidos y lamentos. Y nuestra pena aumenta al pensar que no está en nuestro poder el concederos la salud corporal, ni tampoco la disminución de vuestros dolores físicos, que médicos, enfermeros y todos los que se consagran a los enfermos se esfuerzan en aliviar lo más posible. Pero tenemos una cosa más profunda y más preciosa que ofreceros, la única verdad capaz de responder al misterio del sufrimiento y de daros un alivio sin engaño: la fe y la unión al Varón de dolores, a Cristo, Hijo de Dios, crucificado por nuestros pecados y nuestra salvación.

Cristo no suprimió el sufrimiento y tampoco ha querido desvelar enteramente su misterio: Él lo tomó sobre sí, y eso es bastante para que nosotros comprendamos todo su valor.

¡Oh vosotros que sentís más pesadamente el peso de la cruz! Vosotros que sois pobres y desamparados, los que lloráis, los que estáis perseguidos por la justicia, vosotros sobre los que se calla, vosotros los desconocidos del dolor, tened ánimo; sois los preferidos del reino de Dios, el reino de la esperanza, de

---

<sup>327</sup> Cfr. CONCILIO VATICANO II, *GS*, N° 22, *AAS* 58 (1966) 1042-1044.



la bondad y de la vida; sois los hermanos de Cristo paciente, y con Él, si queréis, salváis al mundo.

He aquí la ciencia cristiana del dolor, la única que da la paz. Sabed que no estáis solos, ni separados, ni abandonados, ni inútiles: sois los llamados por Cristo, su viva y trasparente imagen. En su nombre, el Concilio os saluda con amor, os da las gracias, os asegura la amistad y la asistencia de la Iglesia y os bendice".<sup>328</sup>

#### 3.3.3.1.2 Sentido cristiano del sufrimiento y de la muerte.<sup>329</sup>

Los principales puntos de la visión cristiana tradicional respecto al sufrimiento y la muerte humana han sido presentados ampliamente por Juan Pablo II en la Carta Apostólica *Salvifici Doloris*. También, de forma más breve, se pueden encontrar alguna de estas enseñanzas en la Encíclica *Evangelium Vitae*, así como en sus muchos discursos dirigidos a los enfermos en las diferentes visitas pastorales. En estas enseñanzas del Papa Juan Pablo II nos basaremos, ya que aparte de provenir de la experiencia y sensibilidad de un hombre que sufrió mucho, están avaladas por la autoridad de haber sido el representante de Cristo. En adelante tomaremos como referencia la Doctrina de la Iglesia expuesta en la Carta Apostólica *Salvifici Doloris (SD)*.

Es necesario recordar, en primer lugar, que el hombre experimenta siempre el sufrimiento como un límite, como una esclavitud, y es normal que haga todo lo posible por librarse de él. Es lícito, es más, es un deber, combatir las diferentes

---

<sup>328</sup> CONCILIO VATICANO II, "Mensaje del Concilio a los pobres, a los enfermos, a todos los que sufren", *Documentos del Vaticano II*, 31ª ed., BAC, Madrid (1976) 626-627.

<sup>329</sup> KIELY, B., "Sentido del sufrimiento y de la muerte humana" en LUCAS LUCAS, R. (dir.), *Comentario Interdisciplinar a la Evangelium Vitae*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid (1996) 683-693; TETTAMANZI, D., "La sofferenza itinerario de libertad" en *Nueva Bioética Cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (2000) 345-369; BETETA, P., *Una visita de Dios. El Papa consuela a los que sufren*, RIALP, Madrid, 1995; Cfr. MELINA, L., "Prenderse cura della vita in declino. Sofferenza, malattia, vecchiaia e morte" en *Corso di Bioetica*, Piemme, Casale Monferrato (1996) 132-149; DOMINGUEZ BALAGUER, R., *El misterio del sufrimiento. Comentario a la carta apostólica de Juan Pablo II "Salvifici Doloris"*, Bendita Maria, Pozuelo de Alarcon, (Madrid), (2014).

formas de sufrimientos. En efecto, el mandamiento de Dios, fuente de vida y de alegría, es que el hombre viva y sea feliz.<sup>330</sup>

Dentro de la enfermedad terminal hay muchos sufrimientos que pueden y deben ser evitados, muchos síntomas físicos que pueden ser suprimidos con medicamentos. Pero hay otro sufrimiento que el hombre no puede suprimir, no puede librarse de él, como es el sufrimiento moral que produce padecer una enfermedad incurable, el tener que depender de los demás, el hecho de morir, el ver a un ser querido enfermo y no poderlo curar, etc. Son estas realidades de sufrimiento inevitable las que van siempre acompañadas del interrogante sobre el sentido del sufrimiento, las que nos llevan a preguntarnos ¿qué respuesta da el Evangelio y la tradición cristiana al misterio del sufrimiento inevitable del hombre?

La primera característica de la visión cristiana del sufrimiento y la muerte es su fuerte realismo: el sufrimiento es una tónica constante en la vida humana. Es una realidad que afecta a todo hombre que viene a este mundo, una realidad particularmente esencial a la naturaleza del hombre<sup>331</sup>, algo casi inseparable de su existencia terrena<sup>332</sup> y algo todavía más amplio que la enfermedad, más complejo y a la vez profundamente enraizado en la humanidad misma.<sup>333</sup>

El sufrimiento y la muerte, aun siendo en sí mismos un mal y una prueba,<sup>334</sup> un misterio que el hombre no puede comprender a fondo con su inteligencia,<sup>335</sup> no son nuestros grandes enemigos sino que se convierten en instrumentos de nuestra salvación. No se trata sólo de que sepamos por nuestra fe que los sufrimientos tendrán un término y que a ellos seguirá una vida mejor;<sup>336</sup> el sufrimiento y la muerte adquieren ya en el momento presente un significado de gran riqueza, pudiendo llegar a ser fuente de bien. Llegan a serlo si se viven con amor y por amor,

---

<sup>330</sup> Cfr. TETTAMANZI, D., *o. c.*, 352.

<sup>331</sup> JUAN PABLO II, *SD*, N° 2, *AAS* 76 (1984) 202.

<sup>332</sup> *Ibidem*, N° 3, 202-203.

<sup>333</sup> *Ibidem*, N° 5, 204.

<sup>334</sup> IDEM, *EV*, N° 67, *AAS* 87 (1995) 478-479; IDEM, *SD*, N° 11, *AAS* 76 (1984) 211-212; *Ibidem*, N° 18, 221-224; *Ibidem*, N° 23, 231-232; *Ibidem*, N° 30, 246-248.

<sup>335</sup> *Ibidem*, N° 11, 211-212.

<sup>336</sup> JUAN PABLO II, *EV*, N° 105, *AAS* 87 (1995) 521-522; IDEM, *SD*, N° 20, *AAS* 76 (1984) 226-227; *Ibidem*, N° 21, 228-229.

participando, por don gratuito de Dios y por libre decisión personal, en el sufrimiento mismo de Cristo crucificado.<sup>337</sup>

No es sólo en vista de la resurrección que el sufrimiento adquiere un sentido. Ya en la vida del hombre sobre la tierra éste cumple una misión: ayudar a reconstruir el bien en el mismo sujeto que sufre, servir para la conversión.<sup>338</sup> El estado de sufrimiento grave ofrece momentos de interiorización, de reflexión, de repensamiento de la vida a la luz de la nueva realidad. El sufrimiento mete en crisis y redimensiona los valores corrientes ligados a una visión reducida de la vida, como son el dinero, el éxito, el placer, etc. y lleva gradualmente a un cambio de mentalidad, a una conversión, a una reorientación global de la existencia. Es gracias al sufrimiento que el hombre experimenta su debilidad, su impotencia, que no es Dios, que no se puede salvar a sí mismo y, por ello, es también en el sufrimiento cuando el hombre se hace particularmente receptivo, particularmente abierto a la acción de las fuerzas salvíficas de Dios, ofrecidas a la humanidad en Cristo.<sup>339</sup>

Juan Pablo II manifiesta que “para poder percibir la verdadera respuesta al “por qué” del sufrimiento tenemos que volver nuestra mirada a la Revelación del Amor Divino, fuente última del sentido de todo lo existente. Hay que acoger la luz de la Revelación, no sólo en cuanto expresa el orden trascendente de la justicia, sino en cuanto ilumina este orden con el Amor como fuente definitiva de todo lo que existe. El Amor es también la fuente más plena de la respuesta a la pregunta sobre el sentido del sufrimiento. Esta respuesta ha sido dada por Dios al hombre en la cruz de Jesucristo”<sup>340</sup>

Mirando a la Revelación vemos que el amor de Dios al hombre es un “amor salvífico”. Este amor viene expresado en las palabras de Cristo: *“Porque tanto amó Dios al mundo, que le dio su unigénito Hijo, para que todo el que cree en Él no perezca, sino que tenga vida eterna”*.<sup>341</sup> La misión de Jesús es una misión salvífica: Él vino para salvar al hombre del mal, del verdadero mal, del mal fundamental y definitivo que es la muerte eterna. Por eso la misión de Jesús consiste en vencer el pecado y la muerte, que son los que están en la base de la pérdida de la vida eterna,

---

<sup>337</sup> IDEM, *EV*, N° 67, AAS87 (1995) 478-479.

<sup>338</sup> Cfr. IDEM, *SD*, N° 12, AAS76 (1984) 213.

<sup>339</sup> Cfr. *Ibidem*, N° 23, 231-232.

<sup>340</sup> *Ibidem*, N° 13, 213-214.

<sup>341</sup> Jn 3, 16.

del sufrimiento definitivo. Él vence el pecado con su obediencia hasta la muerte y vence la muerte con su resurrección. Con ello, da la posibilidad al hombre de vivir libre del pecado, de vivir en la gracia santificante y abre el camino a la futura resurrección de los cuerpos; dos condiciones esenciales de la "vida eterna", es decir, de la felicidad definitiva del hombre en unión con Dios.<sup>342</sup>

"Es cierto que la victoria sobre el pecado y la muerte, conseguida por Cristo con su cruz y resurrección, no suprime los sufrimientos temporales de la vida humana, ni libera del sufrimiento toda la dimensión histórica de la existencia humana. Sin embargo, sobre toda esa dimensión y sobre cada sufrimiento esta victoria proyecta una luz nueva, que es la luz de la salvación, la luz de la Buena Nueva. En el centro de esta luz se encuentra la verdad de que "Dios ama al mundo hasta el punto de entregarle su hijo unigénito". Esta verdad cambia radicalmente el cuadro de la historia del hombre y su situación terrena, e infunden en el creyente una fuerza extraordinaria para abandonarse a Dios".<sup>343</sup>

Cuando el hombre acoge en su corazón esta Buena Noticia de que Dios lo ama siempre y en toda circunstancia (que lo ama hasta el punto de hacerse hombre como él, de sufrir como él, que el amor hacia él lo ha llevado hasta dar su vida en la cruz y a entrar en la muerte para vencerla) su vida cambia. Nace en él la certeza de la inmortalidad futura y la esperanza en la resurrección prometida, y empieza a experimentar ya aquí la salvación y la vida eterna. Y aunque sufra por una enfermedad, no se siente desgraciado ya que la fe le certifica interiormente que Dios le ama, que es su Padre, que Él no es impasible ante su sufrimiento, y confía en su bondad y poder para sacar del mal de la enfermedad y de la muerte, el bien de la salud y la vida, como hizo cuando resucitó a Jesús. Éste es el milagro que opera la fe, la fe que como dice San Pablo viene de la predicación. Por eso es necesario predicar el Evangelio, la Buena Noticia para todos los que sufren, pues nos libra del verdadero sufrimiento y la verdadera muerte que es no conocer el amor de Dios.

En otra ocasión el Papa habla acerca de la verdad profunda de la enfermedad y dice a los enfermos que la fe en Jesús, suscitada por el deseo de la curación, está destinada a procurar la salvación que vale más, la espiritual. La enfermedad, en el

---

<sup>342</sup> Cfr. JUAN PABLO II, *SD*, N<sup>o</sup>s 14-15, *AAS* 76 (1984) 214-217.

<sup>343</sup> Cfr. *Ibidem*, N<sup>o</sup> 15, 215-217; IDEM, *EV*, N<sup>o</sup> 67, *AAS* 87 (1995) 478-479.

plano divino, puede revelarse como un estímulo a la fe. Los enfermos están estimulados a vivir el tiempo de la enfermedad como un tiempo de fe más intensa, como un tiempo de santificación y de acogida más completa y más consciente de la salvación que viene de Cristo.<sup>344</sup>

Explicar o hacer una teoría sobre el dolor no fue la misión de Cristo, cuando se le preguntó sobre la causa del mismo sólo explicó que no se trataba de un castigo divino.<sup>345</sup> Pero Jesús hizo algo mejor que pronunciar palabras sobre el sufrimiento: se acercó a todos los que sufrían y les anunció el amor de Dios hacia ellos,<sup>346</sup> pasó haciendo el bien,<sup>347</sup> curó a los enfermos<sup>348</sup> y, por último, Él mismo tomó sobre sí el sufrimiento del hombre en la mayor medida posible con su pasión y muerte, revelando así el carácter salvífico del sufrimiento.<sup>349</sup> Cristo da la respuesta al interrogante sobre el sufrimiento y sobre el sentido del mismo, no sólo con sus enseñanzas, con el anuncio de la Buena Nueva, sino ante todo con su propio sufrimiento. Es en la doctrina de la Cruz donde se puede encontrar la respuesta profunda al interrogante sobre el sentido del sufrimiento.<sup>350</sup>

“En la Cruz de Cristo no sólo se ha cumplido la redención mediante el sufrimiento, sino que el mismo sufrimiento humano ha sido redimido. ...Llevando a efecto la redención mediante el sufrimiento, Cristo ha elevado juntamente el sufrimiento humano a nivel de redención. Consiguientemente, todo hombre, en su sufrimiento, puede hacerse también participe del sufrimiento redentor de Cristo”.<sup>351</sup>

De este modo quien vive su sufrimiento en el Señor se configura más plenamente a Él y se asocia más íntimamente a su obra redentora a favor de la Iglesia y de la humanidad. Ésta es la experiencia del Apóstol que toda persona que sufre está también llamada a revivir: *“Me alegro por los padecimientos que soporto*

---

<sup>344</sup> De la “Catequesis del Papa a los enfermos”, Roma 15-VI-1994.

<sup>345</sup> Cfr. Jn 9, 2-4.

<sup>346</sup> Mt. 5, 3-11.

<sup>347</sup> Hch 10, 38.

<sup>348</sup> Mt 4, 23; Mt 9, 35; Lc 6, 18.

<sup>349</sup> JUAN PABLO II, *EV*, N° 33, *AAS* 87 (1995) 437-438; *IDEM*, *SD*, N°s 16-18, *AAS* 76 (1984) 217-224.

<sup>350</sup> *Ibidem*, N° 18, 221-224.

<sup>351</sup> *Ibidem*, N° 19, 225-226.

*por vosotros, y completo en mi carne lo que falta a las tribulaciones de Cristo, a favor de su Cuerpo, que es la Iglesia*".<sup>352</sup> Por eso la Iglesia encuentra en el sufrimiento un valor especial, un bien ante el cual se inclina con veneración, con toda la profundidad de su fe en la redención.<sup>353</sup> El sufrimiento no es algo inútil, absurdo, el mal por excelencia que hay que eliminar a toda costa. Éste, vivido bajo el amor y la luz del mensaje salvador y sanador de Cristo, adquiere un sentido positivo.

El descubrimiento del sentido salvífico del sufrimiento en unión con Cristo, lleva a eliminar la sensación de inutilidad que se arraiga profundamente en el sufrimiento humano, que hace que el enfermo se considere así mismo como inútil y como una carga para los demás. La fe en la participación en el sufrimiento redentor de Cristo lleva consigo la certeza interior de que su sufrimiento, como el de Cristo, "sirve para la salvación de sus hermanos y hermanas. Por lo tanto, no sólo es útil a los demás, sino que realiza incluso un servicio insustituible. El sufrimiento humano, penetrado por el espíritu del sacrificio de Cristo, es el mediador insustituible, es el que abre el camino a la gracia que transforma las almas. Por eso la Iglesia ve en todos los hermanos y hermanas de Cristo que sufren como un sujeto múltiple de su fuerza sobrenatural y a menudo los pastores de la Iglesia recurren precisamente a ellos, y concretamente en ellos buscan ayuda y consuelo".<sup>354</sup>

Es evidente que para poder vivir así el sufrimiento no basta la reflexión y la voluntad. Como dice la misma SD, esta madurez interior y grandeza espiritual en el sufrimiento son fruto de una particular conversión y cooperación con la gracia del Redentor crucificado. Él mismo es quien actúa por medio de su Espíritu Consolador. En efecto, el sufrimiento no puede ser transformado y cambiado con una gracia exterior, sino interior. Cristo, mediante su propio sufrimiento salvífico, se encuentra muy dentro de todo sufrimiento humano, y puede actuar desde el interior del mismo con el poder de su Espíritu Consolador. Con frecuencia se requiere tiempo, mucho tiempo para que el hombre pueda descubrir este misterio ya que sólo se descubre en la medida que el hombre toma su cruz y responde

---

<sup>352</sup> JUAN PABLO II, *EV*, N° 67, *AAS* 87 (1995) 478-479; Cfr. IDEM, *SD*, N° 14-24, *AAS* 76 (1984) 214-234.

<sup>353</sup> *Ibidem*, N° 24, 232-234.

<sup>354</sup> *Ibidem*, N° 27, 241-242.

personalmente, uniéndose espiritualmente a la cruz de Cristo. Sólo entonces es cuando el hombre encuentra en su sufrimiento la paz interior e incluso la alegría espiritual.<sup>355</sup>

La revelación de Jesucristo del sentido salvífico del sufrimiento no se identifica en ningún modo con una actitud de pasividad. Todo lo contrario. El Evangelio es la negación de la pasividad ante el sufrimiento,<sup>356</sup> como testimonian la parábola del buen samaritano,<sup>357</sup> la actitud de Jesús ante todo hombre que sufre, y las palabras pronunciadas por Él sobre el juicio final.<sup>358</sup>

La parábola del buen samaritano indica cuál debe ser la relación de cada uno de nosotros con el prójimo que sufre. Buen samaritano es todo hombre sensible al sufrimiento ajeno y el que le ofrece ayuda en el sufrimiento.<sup>359</sup> Siguiendo esta parábola evangélica se podría decir que el sufrimiento está también presente para irradiar el amor al hombre,<sup>360</sup> para que el hombre pueda donarse y así llegar a su plenitud.<sup>361</sup> El mundo del sufrimiento humano invoca sin pausa otro mundo: el del amor humano. El hombre debe de algún modo al sufrimiento aquel amor desinteresado que brota en su corazón y en sus obras. La elocuencia de la parábola del buen samaritano, como también la de todo el Evangelio, es concretamente ésta: el hombre debe sentirse llamado personalmente a testimoniar el amor en el sufrimiento.<sup>362</sup>

Esta parábola entrará, finalmente, por su contenido esencial, en aquellas desconcertantes palabras sobre el juicio final que Mateo ha recogido en su Evangelio *“Venid benditos de mi Padre, tomad posesión del reino preparado para vosotros desde la creación del mundo. Porque tuve hambre, y me disteis de comer; tuve sed, y me disteis de beber; estaba desnudo, y me vestisteis; enfermo, y me*

---

<sup>355</sup> Cfr. *Ibidem*, N° 26, 238-241.

<sup>356</sup> *Ibidem*, N° 30, 246-247.

<sup>357</sup> Lc 10, 25-37.

<sup>358</sup> Mt. 25, 34-45.

<sup>359</sup> JUAN PABLO II, *SD*, N° 28, AAS76 (1984) 242-243.

<sup>360</sup> *Ibidem*, N° 29, 244-246.

<sup>361</sup> Cfr. CONCILIO VATICANO II, *GS*, N° 24, AAS 58 (1966)1045: *“El hombre, única criatura terrestre a la que Dios ha amado por sí mismo, no puede encontrar su propia plenitud si no es en la entrega sincera de sí mismo a los demás”*.

<sup>362</sup> JUAN PABLO II, *SD*, N° 29, AAS76 (1984) 244-246.

*visitasteis...*” Esta declaración de Cristo sobre el juicio final indica sin ambigüedad cuan esencial es, en la perspectiva de la vida eterna de cada hombre, el detenerse como hizo el buen samaritano junto al sufrimiento de su prójimo, compadecerle y, finalmente, entregarse en su ayuda. En el programa mesiánico de Cristo, que es a la vez el programa del Reino de Dios, el sufrimiento está presente en el mundo para provocar amor. La fe en Cristo no suprime el sufrimiento, pero lo eleva, lo purifica, lo sublima y lo convierte en ocasión para provocar amor, para hacer nacer obras de amor al prójimo, para transformar toda la civilización humana en la “Civilización del amor”.<sup>363</sup>

Estas palabras sobre los actos de amor relacionados con el sufrimiento humano nos permiten descubrir, en la raíz de todo el sufrimiento humano, el mismo sufrimiento redentor de Cristo. Él mismo es el que es ayudado, amado. Él está presente en quien sufre, pues su sufrimiento salvífico se ha abierto de una vez para siempre a todo sufrimiento humano, de tal forma que todas las personas que sufren han sido llamadas de una vez para siempre a participar de los sufrimientos de Cristo y, además, todas completan con el propio sufrimiento lo que falta a los padecimientos de Cristo. Cristo al mismo tiempo ha enseñado al hombre a hacer bien con el sufrimiento y a hacer bien a quien sufre. Bajo este doble aspecto ha manifestado cabalmente el sentido del sufrimiento.<sup>364</sup>

El Evangelio, aparte de revelar el sentido del sufrimiento, nos ilumina también sobre las actitudes que el hombre está llamado a adoptar ante él:

- No buscarlo arbitrariamente.
- Eliminar en lo posible el sufrimiento innecesario tanto nuestro como el de los demás.
- Ayudar siempre a todo hombre que sufre.
- Asumir el sufrimiento inevitable en comunión con Jesús crucificado.

Es sumamente importante introducir toda esta rica enseñanza sobre el valor salvífico del sufrimiento en nuestra sociedad. Empezando por los mismos cristianos, ya que muchos no han sido evangelizados en este sentido. No es raro encontrar personas que se han alejado de la Iglesia escandalizadas del sufrimiento,

---

<sup>363</sup> JUAN PABLO II, *SD*, N° 30, *AAS* 76 (1984) 246-247.

<sup>364</sup> Cfr. *Ibidem*.



o cristianos que consideran la enfermedad como un castigo, como una consecuencia del pecado, y hay incluso quien da al sufrimiento en sí mismo un valor especial, sin vincularlo al amor, influido ciertamente por una religiosidad natural basada en sacrificios expiatorios. La Iglesia debe asumir la tarea de educar para vivir con sentido la enfermedad y la muerte, de la misma manera que se ocupa de educar para la paz, el amor y otras realidades de la vida.

Es Juan Pablo II otra vez quien nos indica en la encíclica *Evangelium Vitae* la importancia de introducir la enseñanza de la *Salvifici Doloris* en la catequesis y en la formación cristiana:

“La labor educativa debe tener en cuenta también el sufrimiento y la muerte. En realidad, forman parte de la experiencia humana, y es vano, además de equivocado, tratar de ocultarlos o descartarlos. Al contrario, se debe ayudar a cada uno a comprender, en la realidad concreta y difícil, su misterio profundo. El dolor y el sufrimiento tienen también un sentido y un valor, cuando se viven en estrecha relación con el amor recibido y entregado. En este sentido he querido que se celebre cada año la Jornada Mundial del Enfermo, destacando “el carácter salvífico del ofrecimiento del sacrificio que, vivido en comunión con Cristo, pertenece a la esencia misma de la redención”. Por otra parte, incluso la muerte es algo más que una aventura sin esperanza: es la puerta de la existencia que se proyecta hacia la eternidad y, para quienes la viven en Cristo, es experiencia de participación en su misterio de muerte y resurrección”.<sup>365</sup>

Los padres son los primeros evangelizadores de los hijos. Y lo son, ante todo, con su testimonio y ejemplo de confianza en Dios, de oración y de caridad operativa.<sup>366</sup> Es principalmente mediante la educación de los hijos como la familia cumple su misión de anunciar el Evangelio. “Dentro de la misión educadora de los padres está el enseñar y testimoniar a los hijos el sentido verdadero del sufrimiento y de la muerte. Lo podrán hacer si saben estar atentos a cada sufrimiento que encuentren a su alrededor y, principalmente, si saben desarrollar actitudes de

---

<sup>365</sup> JUAN PABLO II, *EV*, N° 97, *AAS*87 (1995) 511-512.

<sup>366</sup> Cfr. IDEM, *FC*, N°s 51-54, *AAS*74 (1982) 142-147.

cercanía, asistencia y participación hacia los enfermos y ancianos dentro del ámbito familiar".<sup>367</sup>

### 3.3.3.2 *Evangelización como comunicación de la salvación. Sacramentos*

"Cristo envió a los apóstoles, llenos del Espíritu Santo, no sólo para que, al predicar el Evangelio a toda criatura, anunciaran que el Hijo de Dios, con su muerte y resurrección, nos ha liberado del poder de Satanás y de la muerte y nos ha conducido al reino del Padre, sino también para que realizaran la obra de salvación que anunciaban mediante el sacrificio y los sacramentos en torno a los cuales gira toda la vida litúrgica".<sup>368</sup>

Por eso, forma parte de la misión evangelizadora de la Iglesia la comunicación de la salvación de Cristo por medio de los sacramentos. Los sacramentos son signos sensibles (palabras y acciones), accesibles a nuestra humanidad actual que realizan eficazmente la gracia que significan, en virtud de la acción de Cristo y por medio del Espíritu Santo.<sup>369</sup> Ellos hacen a los hombres partícipes de la vida divina, asegurándoles la energía espiritual necesaria para realizar verdaderamente el significado de vivir, sufrir y morir.<sup>370</sup>

Pero para que un enfermo terminal y su familia puedan recibir debidamente los sacramentos es necesario que tengan fe y que sean preparados de modo adecuado. Hoy, dada la situación de secularización y descristianización de nuestra sociedad, la Pastoral de la salud no puede limitarse a una pastoral "sacramentalista" reducida al empeño de hacer aceptar los sacramentos y exclusivamente orientada al "bien morir", sino que debe ir acompañada de una educación en la fe, que les ayude a vivir los sacramentos de la fe, y a recibirlos no de forma pasiva o indiferente.<sup>371</sup>

<sup>367</sup> IDEM, *EV*, N° 92, AAS87 (1995) 505-507.

<sup>368</sup> CONCILIO VATICANO II, *Constitución Sacrosantum Concilium*, N° 6, AAS 56 (1964) 100.

<sup>369</sup> *CEC*. 1084.

<sup>370</sup> JUAN PABLO II, *EV*, N° 84, AAS87 (1995) 496-497.

<sup>371</sup> CONCILIO VATICANO II, *SC*, N° 6, AAS 56 (1964) 100: "Para que los hombres puedan llegar a la liturgia es necesario que antes sean llamados a la fe y a la conversión: "¿Cómo invocarán a Aquel en quien no han creído? O ¿cómo creerán en Él sin haber oído de Él? Y ¿cómo oirán si nadie les predica? Y ¿cómo predicarán si no son enviados?" (Rom

“Por otra parte, no se puede proclamar que Dios está cerca del enfermo sino es desde un servicio gratuito. La gratuidad es, tal vez, el “sacramento” o signo más definitivo para anunciar la Buena Noticia de Dios. En el actual mundo sanitario donde tanto cuenta el interés, la ganancia o el propio provecho, pocos gestos pueden tener más fuerza evangelizadora que el hombre o la mujer disponible y cercano, capaz de dar gratis su tiempo.<sup>372</sup> La gratuidad exige que el acto evangelizador no encierre fines ocultos, como la administración de los sacramentos, el retorno del enfermo a la Iglesia, la vuelta a la práctica. El evangelizador cura, cuida, alivia, acompaña. El evangelizador ama, sirve, siembra ternura, sugiere a Dios, ofrece en testimonio su propia vida, atrae, tiende puentes que acercan. Nunca impone. Su actuación es invitación, interrogante, llamada”.<sup>373</sup>

Teniendo en cuenta todo lo anterior, y sabiendo que la aceptación pasiva de los sacramentos no es un objetivo de la evangelización, sino que la finalidad de ésta es la educación en la fe y que hay siempre que evitar todo tipo de proselitismo o coacción, es necesario señalar los tres sacramentos que tienen una importancia especial en la atención pastoral de los enfermos en situación terminal: el sacramento de la Penitencia, la Unción de enfermos y la Eucaristía.

La *Penitencia* es el sacramento del perdón, de la misericordia de Dios, pero sobre todo de la conversión y reconciliación consigo mismo, con los demás y con

---

*10, 14-15). Por eso, a los no creyentes la Iglesia proclama el mensaje de la salvación, para que todos los hombres conozcan al único Dios verdadero y a su enviado Jesucristo y se conviertan de sus caminos haciendo penitencia. Y a los creyentes les debe predicar continuamente la fe y la penitencia, y debe prepararlos además para los sacramentos”.*

<sup>372</sup> Benedicto XVI en el N° 31 de la encíclica *Deus Caritas est* señala que “*la caridad no ha de ser un medio en función de lo que hoy se considera proselitismo. El amor es gratuito; no se practica para obtener otros objetivos. Pero esto no significa que la acción caritativa deba, por decirlo así, dejar de lado a Dios y a Cristo. Siempre está en juego todo el hombre. Con frecuencia, la raíz más profunda del sufrimiento es precisamente la ausencia de Dios. Quien ejerce la caridad en nombre de la Iglesia nunca tratará de imponer a los demás la fe de la Iglesia. Es consciente de que el amor, en su pureza y gratuidad, es el mejor testimonio del Dios en el que creemos y que nos impulsa a amar. El cristiano sabe cuándo es tiempo de hablar de Dios y cuándo es oportuno callar sobre Él, dejando que hable sólo el amor. Sabe que Dios es amor (1 Jn 4, 8) y que se hace presente justo en los momentos en que no se hace más que amar.”*

<sup>373</sup> PAGOLA, J. A., “Como Evangelizar el mundo de la salud”, en *Vida Nueva* (20-V-2000), 27.

Dios. Presupone conciencia bastante clara del pecado y voluntad de cambiar de vida según las exigencias del Evangelio. Por eso, sólo puede ser celebrado cuando hay arrepentimiento, conversión y acogida del perdón.

Si este sacramento tiene gran valor durante toda la vida de un cristiano, se puede decir que en los momentos finales de la existencia adquiere una importancia capital. No sólo proporciona el perdón de los pecados, la reconciliación con Dios y con la Iglesia, proporciona también la paz y la serenidad de la conciencia, acompañadas de un gran consuelo espiritual, ya que es un signo visible de la misericordia de Dios, del amor de Dios por el hombre pecador.

La *Unción de enfermos* es el sacramento especialmente destinado a reconfortar a los atribulados por la enfermedad. Tiene por fin conferir una gracia especial al cristiano que experimenta las dificultades inherentes al estado de enfermedad grave o de vejez. Por eso, ha de celebrarse sólo cuando la enfermedad es asumida desde la fe, o cuando el creyente se acerca a la muerte con esperanza cristiana.

No es un sacramento sólo para aquellos que están a punto de morir, como podría suscitar la antigua denominación de extremaunción. Se considera tiempo oportuno para recibirlo cuando el fiel empieza a estar en peligro de muerte por enfermedad o vejez. Cada vez que un cristiano cae gravemente enfermo puede recibir la Santa Unción, y también cuando, después de haberla recibido, la enfermedad se agrava.

Es administrado por los sacerdotes a los gravemente enfermos, ungiéndolos en la frente y en las manos con aceite de oliva debidamente bendecido y pronunciando una sola vez estas palabras: *“Por esta santa unción, y por su bondadosa misericordia te ayude el Señor con la gracia del Espíritu Santo, para que, libre de tus pecados, te conceda la salvación y te conforte en la enfermedad”*.

La gracia especial del sacramento de la Unción de los Enfermos tiene varios efectos tanto en el cuerpo como en el espíritu:

- El consuelo, la paz y el ánimo para soportar cristianamente los sufrimientos de la enfermedad o de la vejez. Esta gracia es un don del Espíritu Santo que renueva la confianza y la fe en Dios y fortalece especialmente contra la tentación de desaliento y angustia ante la muerte.

- La unión del enfermo a la Pasión de Cristo, para su bien y el de toda la Iglesia. Cuando celebra este sacramento, la Iglesia, en la comunión de los santos, intercede por el bien del enfermo. Y el enfermo, a su vez, por la gracia de este sacramento recibe la fuerza y el don de unirse más íntimamente a la Pasión de Cristo, contribuyendo así a la santificación de la Iglesia y al bien de todos los hombres, por los que la Iglesia sufre y se ofrece por Cristo a Dios Padre.
- El perdón de los pecados si el enfermo no ha podido obtenerlo por el sacramento de la Penitencia.
- El restablecimiento de la salud corporal, si conviene a la salud espiritual.
- La preparación para el paso a la vida eterna.<sup>374</sup>

La *Eucaristía* es el sacramento por excelencia, fuente y cumbre de toda la vida cristiana y de su misión. La eucaristía es Cristo que se da como “pan vivo bajado del cielo”. Es el alimento del que tenemos absoluta necesidad, especialmente en los momentos en que el camino se hace difícil, como son los momentos de prueba y de enfermedad. La Eucaristía es el sacrificio pascual de Cristo y el testimonio supremo de su amor. La Eucaristía es la posibilidad y el compromiso de vivir cada cruz dentro de la cruz de Cristo, con el Espíritu de Cristo, convirtiéndose así en su memoria viviente.

A los que van a dejar esta vida la Iglesia ofrece, además de la Unción de enfermos, la Eucaristía como *Viático*. Recibida en este momento de paso hacia el Padre, la Comunión del Cuerpo y la Sangre de Cristo tiene una significación y una importancia particulares. Es semilla de vida eterna y poder de resurrección, según las palabras del Señor: “*El que come mi carne y bebe mi sangre, tiene vida eterna y yo le resucitaré el último día*”.<sup>375</sup> Puesto que es sacramento de Cristo muerto y resucitado, la Eucaristía es aquí sacramento del paso de la muerte a la vida, de este mundo al Padre.<sup>376</sup>

Así como los sacramentos del Bautismo, de la Confirmación y de la Eucaristía constituyen una unidad llamada “los sacramentos de la iniciación cristiana”, se puede decir que la Penitencia, la Santa Unción y la Eucaristía, en cuanto viático,

---

<sup>374</sup> CEC. N°s 1449-1532.

<sup>375</sup> Jn 6, 54.

<sup>376</sup> CEC. N° 1524.

constituyen cuando la vida cristiana toca a su fin, “los sacramentos que preparan para entrar en la Patria” o los sacramentos que cierran la peregrinación”.<sup>377</sup>

La comunidad cristiana está llamada a acompañar en la fe a los enfermos terminales y a sus familias, no sólo en los momentos sacramentales sino también acompañándolos en la oración y en la escucha de la Palabra de Dios. Es necesario ayudar espiritualmente a estas familias, meditando juntos aquellos pasajes de la Sagrada Escritura que iluminan el misterio de la enfermedad humana en Cristo y en su obra, y rezando con ellos los salmos o el Santo Rosario. A parte del cariño y de la ayuda material en caso de necesidad, lo que produce más consuelo en la enfermedad, en la vejez y cuando se está a punto de morir son las liturgias celebradas como comunidad o pequeños grupos de hermanos en la casa, o si es posible incluso en el hospital. También la comunión eucarística, llevada por el presbítero o por un ministro delegado, es importante que sea siempre en un contexto de pequeña celebración con algunos hermanos.

Evitar una pastoral exclusivamente sacramentalista, no excluye ni desvaloriza las celebraciones sacramentales que son efectivamente de gran ayuda para el cristiano que tiene que hacer frente a una enfermedad terminal y la muerte. Una buena celebración en la que participen activamente el presbítero, el enfermo, la familia y la comunidad cristiana será siempre la mejor catequesis para el pueblo de Dios y superará en eficacia toda otra actividad en este campo.<sup>378</sup>

### *3.3.3.3 Evangelización como servicio de la caridad.*

El servicio a la caridad es una dimensión inseparable de la evangelización. La caridad es la que inspira y hace posible la evangelización: el anuncio y la comunicación de la salvación, ya que la Buena Noticia del Amor de Dios al hombre que anuncia la Iglesia no es una teoría ni una doctrina, sino vida que se realiza y encarna. Sin ella, sin la caridad, todo quedaría reducido a nada.<sup>379</sup>

“El anuncio del Evangelio a quien se encuentra en el momento supremo de la vida tiene en la caridad, en la oración y en los Sacramentos las formas expresivas

---

<sup>377</sup> CEC. N° 1525.

<sup>378</sup> SOLA, F., *Voluntariado cristiano y el mundo de la salud*, Promoción Popular Cristiana, Madrid (1991) 70.

<sup>379</sup> 1 Cor 13, 1-13.

y actantes privilegiadas. La caridad hacia el enfermo terminal -este "pobre" que está renunciando a todos los bienes de este mundo- es expresión privilegiada de amor a Dios en el prójimo. La caridad significa aquella presencia donante y acogedora que establece con el agonizante una comunión hecha de atención, de comprensión, de delicadeza, de paciencia, de compartir, de gratuidad. La caridad ve en él, como en ningún otro, el rostro de Cristo sufriente y moribundo que lo invita al amor. Amarlo con caridad cristiana es ayudarlo a reconocer y hacerle sentir viva la misteriosa presencia de Dios a su lado: la caridad hacia el hermano transparenta el amor del Padre".<sup>380</sup>

A esta asistencia caritativa al enfermo en fase terminal estamos llamados todos los cristianos y de modo particular los más cercanos a él: sus familiares, el profesional sanitario que lo atiende y su comunidad parroquial.

#### 3.3.3.3.1 Familia.

La responsabilidad de asistir y cuidar a los enfermos es en primer lugar de *la familia*. Esta responsabilidad brota de su propia naturaleza y de su misión: la de ser una *comunidad de vida y amor* que tiene como misión el *custodiar, revelar y comunicar el amor*.<sup>381</sup>

La familia es una comunidad donde cada uno es amado por sí mismo, por lo que es y no por lo que tiene, y donde si hay algún miembro más necesitado, la atención hacia él es más intensa y viva.<sup>382</sup> Por eso, la familia es el lugar natural y originario donde el anciano y el enfermo en fase terminal deben ser cuidados. Y en aquellos casos en que, por cuidados especiales, deban permanecer en centros sanitarios o residencias, es sumamente importante que la familia pueda seguir acompañándolos y dándoles su amor desinteresado.

Todas las personas que trabajan con ancianos y enfermos comprueban cómo la causa que les provoca un mayor sufrimiento es la soledad, el no sentirse queridos, el sentirse abandonados o privados del afecto de sus seres queridos. Todo hombre, y mucho más el que se encuentra enfermo y desvalido, necesita sentirse amado. Juan Pablo II comenta en este sentido que

---

<sup>380</sup> CPPAS, *Carta de los agentes de la salud, o. c.*, N° 149.

<sup>381</sup> JUAN PABLO II, *FC*, N° 17, AAS74 (1982) 99-100.

<sup>382</sup> IDEM, *EV*, N° 92, AAS87 (1995) 505-507.

«El hombre no puede vivir sin amor. Él permanece para sí mismo un ser incomprensible, su vida está privada de sentido si no se le revela el amor, si no lo experimenta y lo hace propio, si no participa en él vivamente».<sup>383</sup>

Durante toda su existencia el hombre necesita de la familia, que es el lugar natural donde brota el amor, donde el hombre experimenta y participa de un amor desinteresado. Se puede además afirmar que la familia tiene un papel insustituible sobre todo en los primeros momentos de la existencia humana y en los últimos, cuando esta existencia terrena llega a su fin. En ambos momentos es cuando la persona humana está más necesitada de la protección y del amor de una familia. A través del amor incondicional de los familiares, el enfermo terminal y el moribundo puede conocer el amor de Dios hacia él y abrirse a la esperanza de que su vida no termina con la muerte, que tras ella lo espera el Amor del Padre.

Pero la misma familia necesita ser ayudada y apoyada para cumplir esta misión.<sup>384</sup> En la actualidad, las relaciones familiares son cada vez más débiles y se consideran una pesada carga que quita la independencia y la libertad. Este debilitamiento de la familia se comprueba tanto en la actual marginación familiar y social de las personas ancianas, abandonadas cada vez con más frecuencia en Residencias de la llamada tercera edad, como en el hecho de que la mayoría de las personas pasen los últimos días de su existencia en un hospital, en vez de en un ambiente familiar. Por eso la evangelización del mundo de la salud, debe ir necesariamente unida a la reconstrucción y el reforzamiento de la familia, tanto por parte de la sociedad como de la misma Iglesia.

#### 3.3.3.3.2 Voluntariado

Junto a la familia es muy importante la presencia amorosa de personas que, sin tener obligación de atenderlos por no estar sujetos a un contrato laboral ni estar unidos a ellos por vínculos familiares, le ofrezcan un *servicio desinteresado*.

En todas las partes del mundo se descubre un fuerte aumento del fenómeno del servicio de voluntariado, por el cual gran cantidad de personas se ofrecen para dedicar, al menos parte de su tiempo, al servicio desinteresado del enfermo. El voluntario es especialmente sensible a un trato en el que se va a la persona porque

---

<sup>383</sup> JUAN PABLO II, *Carta Encíclica Redemptor hominis*, N° 10, AAS71 (1979) 274-275.

<sup>384</sup> Cfr. JUAN PABLO II, *EV*, N° 94, AAS87 (1995) 508-509,



es persona, sin buscar nada, de manera totalmente gratuita, ya que el enfermo teme que nadie lo estime por sí mismo.<sup>385</sup>

Dentro y fuera de la Iglesia existen organizaciones de voluntarios destinadas a ofrecer un servicio a los enfermos en situación terminal. Estas asociaciones están dirigidas fundamentalmente a cubrir determinadas necesidades que no pueden ser cubiertas por los profesionales sanitarios totalmente.

En el campo sanitario y específicamente en la atención a enfermos terminales, el Voluntariado se orienta sobre todo a suministrar una presencia humana y soporte psicológico a los enfermos y a sus familias. *Compañía, contacto humano y presencia tienen para estos enfermos a veces más valor que cualquier terapia.* No son pocos los enfermos que le temen más a la soledad que a la propia muerte.<sup>386</sup>

Para aquellos enfermos que precisan estar ingresados en Unidades de Cuidados Paliativos hospitalarias, la presencia de voluntarios (integrados dentro del equipo terapéutico) es si cabe más necesaria. Éstos no realizarán una labor sustitutoria de enfermería, sino que tienen una labor específica que consiste en ofrecer amistad, afecto, calor humano, compañía, plena disponibilidad. Necesidades todas ellas que son muy difíciles de cubrir por quien se siente sujeto a horarios, a un puesto de trabajo fijo, a un contrato remunerado. Son verdaderamente insustituibles los servicios que realizan los voluntarios en aquellos casos de enfermos que no tienen familia o que no pueden ser atendidos por ella.

Existen también asociaciones de voluntarios que prestan su servicio en el domicilio de los enfermos, algunas de ellas especializadas en enfermos de cáncer o SIDA. En estos casos el voluntario puede realizar muchísimas funciones: acompañar al paciente, intentando comunicar con él y dándole la posibilidad de expresar sus sentimientos; intentar distraerlo del pensamiento fijo de la enfermedad a través de actividades de diversión, como juegos, lectura de libros; sustituir a los familiares si el enfermo tiene que estar parte del día sólo, ayudándole a levantarse, moverse, alimentarse y, probablemente, servir también de soporte emotivo de los familiares directos del enfermo. Los voluntarios ayudan tanto al enfermo como a su familia a llevar el peso de la enfermedad y a afrontar el

---

<sup>385</sup> SOLA, F., *Voluntariado cristiano y el mundo de la salud, o. c.*, 81,

<sup>386</sup> GOMEZ SANCHO, M. "Los voluntarios" en *o. c.*, Vol. II, 807.

momento del fallecimiento, siguiendo con frecuencia en contacto con los familiares después de la muerte de su ser querido.

En la mayoría de las parroquias existen los *Agentes de Pastoral de la Salud*, que son creyentes comprometidos y organizados a los que la comunidad les confía la atención de los enfermos del ámbito parroquial. Algunos de ellos hacen su servicio en hospitales donde intentan ser testigos del amor de Dios a los que sufren, acompañando al enfermo y a sus familiares en los momentos duros de la enfermedad. El voluntariado cristiano ante el sufrimiento realiza su acción, no como mero altruismo, filantropía o pura solidaridad humana. Aunque así sea a simple vista, es algo más profundo. Su aportación personal, libre y gratuita nace de la llamada a seguir a Jesús en su amor y entrega al que sufre. El creyente sabe que está mostrando, con su palabra y con su testimonio, la presencia salvífica del amor divino.<sup>387</sup>

A través del voluntariado el cristiano se convierte en testigo de la Caridad divina: la anuncia y la hace tangible en todo momento, en la medida en que él mismo se siente bañado por ella. “La Caridad permite que la solidaridad llegue más allá de la necesidad, más allá de la ayuda concreta. La Caridad establece un lazo personal, baña a las personas y las transforma, establece una conexión entre la acción, las personas, y Dios. La Caridad es muy superior a la solidaridad, sin dejar de ser éste un valor de gran importancia. La Caridad dota de sentido a la acción solidaria y la santifica, llenándola de los carismas del Espíritu.”<sup>388</sup> El voluntariado hace patente la gran capacidad difusiva del bien, hace patente cómo el amor divino se hace presente en la tierra a través de la gran multitud de creyentes que, movidos desde lo más profundo de su ser por la fuerza de la Caridad, dedican todos sus esfuerzos a entregar su vida por los demás”.<sup>389</sup>

En la Carta que el día 5 de diciembre del 2001 (Día mundial del voluntariado) su Santidad Juan Pablo II dirigió a los voluntarios de todo el mundo podemos leer estas palabras:

---

<sup>387</sup> SOLA, F., *Voluntariado cristiano y el mundo de la salud*, o. c., 38.

<sup>388</sup> Cfr. BENEDICTO XVI, *Carta Encíclica Deus Caritas Est*, sobre el Amor Cristiano, 25-XII-2005, AAS98 (2006) 217-252.

<sup>389</sup> “Conclusiones del Congreso Internacional *Caridad y Voluntariado en el III Milenio*”, celebrado en la Universidad Católica San Antonio de Murcia, del 22 al 24 de febrero de 2002.

"Sea actuando individualmente sea agrupados en asociaciones específicas, representáis para niños, ancianos, enfermos, gente en dificultad, ... un rayo de esperanza que disipa las tinieblas de la soledad y anima a vencer la tentación de la violencia y del egoísmo...A través del amor a Dios y del amor a los hermanos, el cristianismo libera toda su potencia salvífica. La Caridad representa la forma más elocuente de evangelización, pues respondiendo a las necesidades corporales, revela a los hombres el amor de Dios, como Padre atento, siempre solícito para cada uno. No se trata de satisfacer únicamente las necesidades materiales del prójimo..., sino de llevarlo a experimentar de modo personal la Caridad de Dios. A través del voluntariado, el cristiano se convierte en testigo de esta Caridad divina; la anuncia y la hace tangible con intervenciones valientes y proféticas".<sup>390</sup>

#### 3.3.3.3 Comunidad parroquial.

Junto a la familia, voluntarios y el personal sanitario que lo atiende, el enfermo en fase terminal necesita ser acompañado por la *comunidad eclesial*. A nivel cristiano, el que está muriendo necesita el testimonio de vida, de fe, de amor y de esperanza. La tarea de la comunidad eclesial radica en prestar ayuda y presencia cercana junto al enfermo y su familia, desde el amor y la fe.

Las comunidades cristianas sólo pueden realizar su tarea evangelizadora en el mundo de la enfermedad y del sufrimiento desde una actitud de amor gratuito y activo a los enfermos y sus familias; desde una presencia "samaritana", que tenga como modelo a Jesús, el primer evangelizador. Si a la misión evangelizadora de la Iglesia le falta la presencia samaritana le falta algo esencial. Es necesario que conozcan a sus enfermos, que los amen y que los sirvan.

La Iglesia, dejándose guiar por el ejemplo de Jesús "buen samaritano" y sostenida por su fuerza, siempre ha estado en la primera línea de la caridad: tantos de sus hijos e hijas, especialmente religiosas y religiosos, con formas antiguas y siempre nuevas, han consagrado y continúan consagrando su vida a Dios

---

<sup>390</sup> "Mensaje de su Santidad Juan Pablo II con motivo de la conclusión del año internacional del voluntariado" (2001).

ofreciéndola por amor al prójimo más débil y necesitado.<sup>391</sup> No obstante, uno de los lugares privilegiados donde debe cuidarse y manifestarse la preocupación y el amor de la Iglesia por los enfermos es la parroquia. La parroquia es el rostro concreto de la comunidad eclesial, el espacio concreto donde el amor y el servicio desinteresado a los enfermos y a sus familias debe estar presente, como una realidad que preocupa e interesa a todos sus miembros, y no sólo a grupos minoritarios sensibilizados con este problema.

Para que un enfermo en fase terminal y su familia puedan vivir la experiencia salvadora de Jesucristo, puedan conocer el amor que Dios les tiene, es imprescindible que experimenten de una manera cercana el amor de la Iglesia hacia ellos. Es esencial que se sientan acompañados, consolados, fortalecidos y sostenidos por una comunidad de hermanos. Decía Juan Pablo II en 1998 que sólo donde los hombres y las mujeres, mediante la escucha de la Palabra, la oración y la celebración de los sacramentos, se vuelven “un corazón y un alma sola”, se desarrolla la solidaridad fraterna y se progresa compartiendo los bienes, y se cumple lo que san Pablo recuerda a los cristianos de Corinto: “Si sufre un miembro todos los demás sufren con él”.<sup>392</sup>

Para la nueva evangelización del mundo de la salud, como para la evangelización en cualquier otro campo, lo primero de todo, lo más importante, es la existencia de la comunidad cristiana. Si no existe una comunidad fraterna que vive su fe en la estatura adulta del amor, en la dimensión de la cruz y de la perfecta unidad, que sea en el mundo de la salud un “Cuerpo Visible de Cristo resucitado”, no hay nada que ofrecer más que palabras, ideas y programas sin realidad. No es posible anunciar la Buena Noticia.<sup>393</sup>

Por eso creo que una prioridad de la Iglesia en el momento actual es transformar la parroquia en una verdadera comunidad fraterna. Es hacer de la parroquia “una comunidad de pequeñas comunidades”, donde los hermanos puedan vivir su fe comunitariamente y no en el anonimato.

---

<sup>391</sup> JUAN PABLO II, *EV*, N° 27, AAS87 (1995) 431-432.

<sup>392</sup> Del “Mensaje del Santo Padre Juan Pablo II para la VI Jornada Mundial del Enfermo” que tuvo lugar en el Santuario de Loreto el 11-II-1998.

<sup>393</sup> Cfr. SOLA, F., *Voluntariado cristiano y el mundo de la salud*, o. c., 39.

No se puede servir caritativamente a quien no se ama, y no se puede amar a quien no se conoce. Y es muy difícil conocer a diez-quince-veinte mil personas. De ahí la necesidad de transformar la parroquia en “pequeñas” comunidades fraternas, en las que los hermanos no sean unos desconocidos, sino hermanos concretos que crecen juntos en la fe, a través de la escucha comunitaria de la palabra y la celebración de los sacramentos, y a los que el Espíritu Santo les lleve a amarse y a vivir como verdaderos hermanos en Cristo.

En un mundo secularizado, como vivimos actualmente, no se puede anunciar la Buena Noticia nada más que con los signos que llevan a la fe a aquellos que la han perdido. Estos signos son “el amor en la dimensión de la cruz”<sup>394</sup> y la “unidad”.<sup>395</sup> Por eso lo más necesario actualmente para la nueva evangelización es la re-evangelización, la reconstrucción de la misma Iglesia, empezando por las parroquias. Hacer de la Iglesia local, o sea de la parroquia, una verdadera comunidad de dimensiones humanas, donde se puedan dar los signos que manifiestan al mundo que Cristo ha verdaderamente resucitado y nos ha dado su Espíritu, que nos capacita para amarnos unos a otros por encima de nuestros egoísmos y nuestros temores.

La Iglesia está convencida de que los enfermos, los que sufren, los pobres, los que son perseguidos por la justicia, los que lloran, son los preferidos del reino de Dios<sup>396</sup>, la viva y transparente imagen de Cristo.<sup>397</sup> Dentro de ella, dentro de una Comunidad Eclesial de hermanos concretos, cualquier persona enferma descubre que tiene reservado un puesto especial, que no está sola, ni abandonada, ni inútil.

Sólo viviendo comunitariamente la fe y la caridad, el enfermo puede encontrar un significado nuevo a su sufrimiento, puede transformarlo en ocasión de redención y de evangelización.<sup>398</sup> Es dentro de la Comunidad Eclesial donde cualquier enfermo, inútil para todo, toma conciencia de que, en la fe y en el amor, está activamente participando en la salvación de sus hermanos; de que su sufrimiento no sólo es útil para los demás, sino que cumple un servicio

---

<sup>394</sup> Jn 15, 12.

<sup>395</sup> Jn 17, 21-23.

<sup>396</sup> Cfr. Mt 5, 1-12.

<sup>397</sup> Cfr. Mt 25, 40.

<sup>398</sup> Cfr. Del “Mensaje del Santo Padre Juan Pablo II para la VI Jornada Mundial del Enfermo” que tuvo lugar en el Santuario de Loreto el 11-II-1998.

insustituible; de que está enriqueciendo a la Iglesia tanto o más que los apóstoles y misioneros; de que su sufrimiento asumido por amor, es el que abre el camino de la gracia más que cualquier otra cosa; de que más que todo lo demás, hace presente en la historia de la humanidad la fuerza de la redención.<sup>399</sup>

Efectivamente, la Iglesia está convencida de que todos sus miembros tienen un ministerio indispensable; cree en la capacidad de todos, aún de los más pequeños, y especialmente en la de ellos. Por eso, el enfermo no es un agente pasivo de la evangelización. Él, miembro de la Comunidad Eclesial, es también enviado como obrero a la viña del Señor. En ella tiene una misión importante, es más, imprescindible, la misión de anunciar a todos los hombres que la enfermedad y el sufrimiento no les impide vivir plenamente la vida cristiana ya que el Amor es más fuerte que la muerte. Anunciar que Cristo está vivo y consuela a cuantos viven en medio de angustias y dificultades; que Él es la fuerza de los débiles; que Él fortalece a quienes atraviesan momentos de cansancio y vulnerabilidad.<sup>400</sup> Anunciar en definitiva, no con palabras, sino con su propia vida asediada por el sufrimiento, la fuerza de Cristo Resucitado, la fuerza de la Resurrección.<sup>401</sup>

---

<sup>399</sup> Cfr. JUAN PABLO II, *SD*, N° 27, *AAS*76 (1984) 241-242.

<sup>400</sup> Del "Mensaje del Santo Padre Juan Pablo II para la IX Jornada Mundial del Enfermo" que tuvo lugar en Sídney el 11-II-2001.

<sup>401</sup> Cfr. 2 Cor 4, 7-10.

#### 3.4. FORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA Y FORMACIÓN ÉTICA EN ESTUDIANTES EN CIENCIAS DE LA SALUD.

En los capítulos anteriores hemos ido viendo las grandes dificultades que se presentan actualmente en la atención a las personas con enfermedades incurables en situación clínica avanzada, o terminal, y a sus familias. Cómo la situación se ve agravada por múltiples factores, entre los que destacan la ocultación individual y social de la muerte que hace que no se hable de ella, se la ignore y no haya una preparación, ni se sepa qué hacer cuando llega; el vivir inmersos en una sociedad secularizada y materialista donde el sufrimiento y la muerte carecen de sentido y se les esconde y margina; el gran desarrollo de la ciencia y de la tecnología, que si bien permite curar muchas enfermedades, puede prolongar la agonía de muchos y crear falsas esperanzas en la población general; la falta de formación y las dificultades secundarias que tienen los mismos profesionales sanitarios para atender a estos pacientes; los cambios que hay en la población y en la estructura familiar, donde cada vez hay más personas ancianas y pocos familiares jóvenes capaces de atenderlos; la tendencia progresiva en la mentalidad de la población hacia una “cultura de la muerte”, donde la eutanasia va ganando partidarios y va siendo legalizada cada día en más lugares, etc....

También se ha reflexionado desde un punto de vista ético sobre las conductas que se pueden adoptar en la atención del final de la vida, y hemos concluido que la única conducta médica adecuada son los Cuidados Paliativos Integrales, que intentan cubrir todas las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales que presentan estos enfermos y sus familias, y procuran la mejor calidad de vida, sin pretender alargar el proceso de morir ni adelantar la muerte. Se han recogido todas las medidas que el Consejo de Europa, la Organización Médica Colegial y el Ministerio de Sanidad señalan como necesarias para favorecer, para mejorar, la asistencia que se está prestando actualmente. Y, finalmente, se ha mostrado la importante misión que los cristianos tenemos en este campo de la enfermedad terminal y la muerte, donde la Iglesia siempre ha estado presente y, debe seguir estando, anunciando con la palabra y con la vida el amor de Jesucristo y la buena noticia del evangelio.

Culminando lo ya dicho, y como introducción a la investigación empírica que hemos realizado, en este apartado queremos centrarnos y profundizar en una de las medidas que hemos señalado como fundamental para ayudar a que estos enfermos y sus familias puedan recibir una atención integral y adecuada a sus necesidades y a su dignidad: la formación que los futuros profesionales sanitarios reciben. Para rehumanizar la medicina es fundamental mejorar la educación y formación de los profesionales.

Ya hemos dicho que además de la formación técnico científica, para atender a enfermos terminales y su familia se necesitan profesionales sanitarios que ante el sufrimiento tengan una actitud compasiva y humana, con empatía y respeto profundo, unos profesionales con sensibilidad y una talla humana especial que les lleve a vivir su profesión desde el amor a la persona que sufre, que sepan trabajar en equipo multidisciplinar y compartir las decisiones clínicas tomadas siempre de acuerdo con una ética médica, que mire siempre por el bien del paciente. Pero ¿cómo se forman estos profesionales?

En el último encuentro anual de Educación Médica organizado por la Cátedra de Educación Médica Fundación Lilly-UCM, en Madrid el 3/07/2017 con el lema “*La Medicina basada en el Paciente*”<sup>402</sup> se ha puesto en relieve la “*necesidad de enseñar a los futuros profesionales en empatía*” y se han propuesto como métodos para humanizar la enseñanza de la Medicina durante el grado: *la inmersión clínica temprana con reflexión posterior, la simulación de pacientes y el debate ético.*” Se ha afirmado la “*necesidad de formar en todas las metas de la Medicina, que son las que definen quién es un buen profesional, y no limitarse a la curación, también el alivio del dolor y del sufrimiento, e incluso acompañar en el proceso de la muerte aminorando los síntomas para que ésta sea lo menos dolorosa posible y a su tiempo. Éstas son también metas de la medicina*”.

En este encuentro se señalaron como tareas imprescindibles: “la formación en ética y bioética de los futuros profesionales sanitarios pues la toma de decisiones

---

<sup>402</sup> Fuente: *Diario Medico* online: “La Universidad busca vías para enseñar la empatía”, (4/7/2017), Encuentro anual de Educación Médica: *La Medicina basada en el Paciente*, <http://www.diariomedico.com/2017/07/03/area-profesional/profesion/la-universidad-busca-vias-para-ensenar-la-empatia>. Fecha consulta: 04/07/2017.



clínicas no es nada fácil,<sup>403</sup> la necesidad de cambiar la selección de los estudiantes de grado sin basarse sólo en las notas del bachillerato<sup>404</sup> y la necesidad de formar en todas las metas de la medicina" (*incluida, por tanto, la medicina paliativa*).

En el 2015, en un curso de verano organizado por la universidad de Zaragoza, la profesora y directora del Instituto Borja de Bioética, Montserrat Esquerda, "alertaba del deterioro que ocasiona en el ejercicio de la Medicina la falta de formación bioética en las facultades" y afirmaba que "*La inmensa mayoría de estudiantes españoles de Medicina "no saben resolver conflictos éticos, carecen de argumentos"*.<sup>405</sup> Defendía una expansión de estos estudios con dos metas fundamentales: "Desarrollar médicos virtuosos y desarrollar habilidades para reconocer y resolver conflictos éticos".

Junto a la formación en ética y bioética hay otra asignatura pendiente en la formación que se ofrece en los grados sanitarios: *la formación sobre la muerte y la atención al final de la vida*. Esta necesidad ha sido puesta de manifiesto repetidamente en los debates que sobre "la Atención al Final de la Vida", han tenido lugar en los últimos años, organizados por la Cátedra Memora y el Diario

---

<sup>403</sup> SIURANA, J.C., "El debate bioético no es una fórmula matemática", *Diario Médico* online (4/7/2017), *Encuentro anual de Educación Médica: "La Medicina basada en el Paciente"*, <http://www.diariomedico.com/2017/07/04/area-profesional/profesion/el-debate-bioetico-no-es-una-formula-matematica>, Fecha consulta: 04/07/2017.

<sup>404</sup> En la jornada de Educación Médica (6/7/2015): Rodríguez de Castro, presidente de la Sociedad Española de Educación Médica, señaló que hay que replantearse quién accede a la carrera. En su opinión, "*los estudiantes de medicina están mal seleccionados, sólo basándonos en la nota de bachillerato. Y en esa selección no sólo hay que ver aptitudes, como la empatía y trabajo de equipo, sino también su capacidad de manejarse con la incertidumbre y las probabilidades. Hay evidencia científica de que las altas calificaciones académicas no se correlacionan con la calidad del desempeño profesional"... "algunos de los requisitos de un médico se pueden aprender, pero otros necesitan una base inicial, y habría que detectar determinados valores y actitudes de la persona: capacidad de escuchar y de aprender, de trabajo, valores como el altruismo, etc. Son valores que no tienen que ver con la Medicina, sino con el ser humano"*. Fuente; *Diario Medico online* <http://www.diariomedico.com/medico-joven/estudiar/grado/noticias/expertos-docencia-senalan-necesidad-seleccionar-estudiantes-grado>, Fecha consulta: 04/07/2017.

<sup>405</sup> Fuente: *Diario Medico* online (07/09/2015): "El estudiante de Medicina no sabe resolver conflictos éticos", <http://www.diariomedico.com/2015/09/07/area-profesional/normativa/rel-estudiante-de-medicina-no-sabe-resolver-conflictos-eticos> Fecha consulta: 04/07/2017.

Médico, en los que profesionales de diversas áreas de la salud han intercambiado opiniones y conocimiento sobre diferentes aspectos importantes de la atención al final de la vida. En el primero de ellos en marzo de 2014, se debatió sobre “la formación médica”<sup>406</sup> en este ámbito, y se afirmó que aunque “los cuidados paliativos han introducido conceptos, de la Universidad del siglo XXI salen profesionales sin conocimientos básicos sobre la muerte”. Dos conclusiones importantes se pueden sacar de las intervenciones de los expertos, la primera sería “La urgencia de mejorar la atención al final de la vida generalizando los cuidados paliativos y aumentando las competencias y habilidades del personal sanitario”; y la segunda que “la Universidad sigue sin ocuparse como debiera de un asunto tras trascendental para los individuos, la sociedad y el sistema sanitario” como es la muerte y la atención que se debe prestar a los que sufren por una enfermedad incurable en los últimos días de su vida.

En otro de estos debates, en noviembre de 2016, el tema a deliberar estuvo centrado en la “La percepción de la muerte por parte de los estudiantes del ámbito de la salud”, y se pudo observar que aunque existían diferencias entre las distintas profesiones había algo común a todas: la necesidad de que esta realidad forme parte de los estudios universitarios”.<sup>407</sup> Había acuerdo entre los distintos expertos en que el tema de la muerte no es un tema que se trabaje en una asignatura concreta de los grados; en algunos no se trabaja nada y en otros es un tema que aparece de forma tangencial en los programas formativos y cada facultad lo organiza de forma muy irregular, con lo que no se puede asegurar que estén garantizadas las competencias. También hay diferencias en la percepción de la muerte, tanto entre los grados como entre los alumnos que comienzan las carreras y los que las acaban. En algunos grados la evolución, según los expertos, debe de ser a mejor, después de ver morir a gente y de ayudar a otros al final de su vida. En medicina hay estudios de diferentes lugares que confirman que la evolución es a peor, según Montserrat Esquerda. “No hay estrategias específicas de afrontamiento ni

---

<sup>406</sup> Fuente: *Diario Medico* online: “La formación médica obvia la atención al final de la vida”, <http://www.diariomedico.com/2014/03/03/area-profesional/profesion/debate-memora> Fecha consulta: 29/06/17.

<sup>407</sup> Fuente: *Diario Medico* online: “Percepción de la muerte por los estudiantes: un velo por descubrir”, (7/11/2016) <http://www.diariomedico.com/especial/atencion-al-final-de-la-vida/la-percepcion-de-la-muerte-por-parte-del-estudiante> Fecha consulta: 29/06/17

mecanismos para gestionar los factores, por lo que se produce una regresión"; además reconoció que "parte del problema en el campo de la Medicina es que toda la enseñanza está enfocada al examen para poder desarrollar la formación especializada por la vía de Médico Interno Residente (MIR), por lo que los alumnos se preparan para un examen con alta competitividad y valoran lo que se evalúa, y lo demás, a pesar de ser necesario, se va postergando." Los expertos coinciden en que es fundamental que se introduzca una parte de formación en temas relacionados con la muerte y que se adapte al currículo de cada especialidad.

Estas dos emergencias formativas, la de la atención a final de la vida y la formación ética, han sido el centro del debate en febrero de 2017 con el título *"El final de la vida también exige una buena práctica"*.<sup>408</sup> En el mismo, los diferentes expertos han aportado las siguientes conclusiones relativas a la formación de los futuros profesionales sanitarios:

"Resulta indispensable la formación del personal sanitario, pero también su honestidad con el paciente y con la familia para gestionar, del mejor modo posible, el proceso de enfermedad, muerte y duelo"; "Para proporcionar la mejor asistencia es fundamental la capacidad de trabajo en equipo y la visión de comunidad, y para ello en el plano individual, los profesionales tienen que aglutinar en su persona las cuatro c: competencia, compromiso, conciencia y compasión"; "La atención al paciente es un acto sagrado al que hay que dar relevancia"; "La compasión, la presencia, la empatía, el compromiso, la coherencia... son valores añadidos que el paciente identifica en cuestión de minutos, pero resultan difícilmente medibles, por lo que supone un importante reto incorporar estos conceptos en el sistema de manera que puedan ser enseñados a los profesionales sanitarios".

Lo expuesto hasta aquí sirve para justificar la investigación empírica realizada en la presente tesis, que se basa, fundamentalmente, en conocer las actitudes y opiniones de los estudiantes de ciencias sociosanitarias de la UCAM, frente al proceso de morir y la muerte en sí, con la finalidad de poder mejorar la

---

<sup>408</sup> Fuente: *Diario Médico* online (27/02/2017): "El final de la vida también exige una buena práctica", *Diario Médico* Online, <http://www.diariomedico.com/especial/atencion-al-final-de-la-vida/el-final-de-la-vida-tambien-exige-una-buena-practica>- Fecha consulta: 29/06/2017.

formación que se les está ofreciendo, favorecer su excelencia profesional y contribuir de este modo a una mejor atención a los enfermos en fase terminal y sus familias. En concreto, se ha investigado en estudiantes de los Grados de Medicina, Enfermería, Psicología, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Farmacia y Nutrición.

Estamos convencidos que investigar en este ámbito es una cuestión clave, por el hecho de que el futuro trabajo diario de muchos de estos alumnos les llevará a tratar a diario con personas incurables, en estadios avanzados y terminales de enfermedad y en el momento de su muerte; porque la inmensa mayoría de ellos, en algún momento de su vida, tendrán que acompañar a personas, más o menos próximas –incluidos familiares/amigos-, a pasar por este trance; y, simplemente, porque todos ellos, como seres vivos son también seres mortales y tendrán necesariamente que afrontar esta realidad de su existencia.

Investigar en esta temática creemos se trata de una cuestión primordial en cualquier centro de educación superior, pero más aún en la universidad en la que hemos realizado la investigación, pues se trata de una Universidad Católica, que entiende que “su misión no es sólo instruir, sino educar, formar personas íntegras que se inserten en la sociedad de una manera creativa y transformadora. Es más, su confesionalidad católica y su vocación evangelizadora y humanizadora le hacen entender que la educación integral de sus alumnos incluye la formación de su dimensión espiritual, su conciencia, de ahí que la enseñanza teológica, ética y humanista sean obligatorias en todos sus planes de estudios”.<sup>409</sup> Si esto es importante para todos sus grados, más aún, para aquellos del ámbito socio sanitario donde se sobreentiende que la humanización de la asistencia es un pilar básico sobre el cual debe pivotar todo su actuar profesional y personal.

En relación a lo expuesto ya se viene comentando desde hace unos años de la necesidad de hablar de una “*pedagogía de la muerte, tanto en el ámbito de la investigación, como en la formación e innovación educativa emergente*”; de hecho se debería de tratar el tema de la muerte como un valor formativo dentro de la

---

<sup>409</sup> CUERPO DE TUTORES PERSONALES, *Educando para la excelencia*, Universidad Católica de Murcia, (2004).

evolución de todo ser humano, dando lugar a una normalización del proceso de enfermedad y muerte desde edades tempranas.<sup>410</sup>

En este apartado de la tesis queremos presentar brevemente qué hay estipulado para la formación en la atención al enfermo terminal de los estudiantes de ciencias de la salud y en ética. Para ello

- Haremos una exposición de las competencias a adquirir por los estudiantes de cada uno de estos grados, para ver si la formación en Cuidados Paliativos, que hemos visto, es la única actitud adecuada ante un enfermo en situación terminal, está contemplada o no. Estas competencias han sido fijadas por órdenes ministeriales, por lo que son de obligado cumplimiento en todas las universidades españolas.
- Veremos también cuál es la situación en otros países en relación a la formación en Cuidados Paliativos.
- Expondremos lo que se hace en la Universidad Católica de Murcia, por ser el ámbito de nuestra investigación empírica.
- Finalmente, intentaremos responder a la pregunta, de cuándo es mejor que se imparta esta formación, si en el pregrado o en el postgrado, y si hay evidencia científica de que esta formación cumple sus objetivos o no.
- Por último, profundizaremos en la cuestión de la formación de los profesionales sanitarios en ética y bioética.

Para una más sencilla exposición nos centraremos primero en los Grados de Enfermería y Medicina, por estar más estrechamente vinculados al objeto de estudio, y en otro apartado veremos el resto de Grados de Ciencias de la Salud.

### **3.4.1 Competencias sobre la atención al final de la vida en las áreas curriculares de Enfermería y Medicina.**

Algunas universidades de España, durante años, han incluido en sus programas de pregrado y postgrado de los estudios de Medicina y Enfermería los

---

<sup>410</sup> Cfr. RODRIGUEZ HERRERO, P., DE LA HERRÁN GASCÓN, A., et al., "Antecedentes de la pedagogía de la muerte en España", *Enseñanza & Teaching*, Vol. 30, N° 2, (2012) 175-195.

Cuidados Paliativos. Por ejemplo, en Asturias y Murcia, en el año 2004 las Escuelas / Facultades de Enfermería tenían incluida ya la asignatura de Cuidados Paliativos en sus programas de formación. Pero esta formación no era homogénea en todo el territorio español.

Desde el curso 2008-2009 en el que se impartieron por primera vez los nuevos grados, la universidad española está en una profunda transformación interna fomentada por el Proceso de Bolonia, y las necesidades de una sociedad cada vez más anciana en muchos lugares. Aunque este cambio estaba preparándose desde una década antes, pues fue en junio de 1999 cuando tuvo lugar la Primera Conferencia Ministerial y Fundacional, donde se dieron los primeros pasos para dar lugar al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) en el que actualmente nos encontramos. No está mal volver a recordar los objetivos que se buscan en este proceso:

- Construir un *sistema común* de titulaciones que asegure el *reconocimiento y la compatibilidad de los estudios* realizados en los diversos países del espacio europeo.
- Crear un espíritu crítico con *propuesta de mejorar la estructura*, contenidos formativos, títulos impartidos y materias del sistema universitario.
- Provocar un *cambio en la perspectiva de la educación*, anteriormente centrada en el contenido de la enseñanza, para pasar ahora a ser lo importante el proceso de aprendizaje y la adquisición de competencias.
- *Impulsar un sistema de aprendizaje*, a nivel de la educación superior, que capacite a las personas a tener una actitud de *adquisición de conocimientos a lo largo de toda su vida*, de forma que aumente su adaptabilidad para enfrentarse a los cambios y necesidades de la sociedad actual.

En lo referente a nuestro tema, en el 2007, Utor Ponce, Vicepresidente en aquel momento de la Asociación Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) decía:

“la formación en Cuidados Paliativos en todos sus niveles es un pilar fundamental en el que se asienta el desarrollo definitivo de los Cuidados Paliativos en España ... por ello, para aunar esfuerzos y concretar actuaciones en el ámbito enfermero, desde la SECPAL se fomentó la creación de la Asociación Española de Enfermería y Cuidados Paliativos (AECPAL)”; ....“No es casualidad que el impulso definitivo de los Cuidados Paliativos modernos

vinieran de la mano de una enfermera inglesa, Cicely Saunders, que supo catalizar todas las iniciativas dirigidas a implantar estructuras asistenciales para pacientes en situación paliativa, iniciando el movimiento Hospice actual”.<sup>411</sup>

Utor Ponce indicaba que el modelo en cuanto al desarrollo de los Cuidados Paliativos que se debería seguir era el canadiense, tanto para enfermería como para medicina, pues el *Palliative Care Nursing Practice* recoge los siguientes aspectos integrales:

- Aspectos filosóficos, historia del desarrollo del movimiento Hospice y de Cuidados Paliativos, trabajo interdisciplinar en equipo, trabajo con la familia, aspectos culturales y espirituales al final de la vida y la muerte.
- Tratamientos médicos, intervenciones enfermeras, terapias complementarias en pacientes terminales, control de síntomas en general y del dolor en particular.
- Intervenciones psicoterapéuticas, counselling, etc.

En un estudio realizado por la AECPAL en 2006 se vio que las carencias en formación enfermera en Cuidados Paliativos eran alarmantes, pues se limitaba en el mejor de los casos en la formación de pregrado a una asignatura de libre configuración, con un cómputo de 4.5 créditos, que correspondería a unas 45 horas aproximadamente. Por ello, la AECPAL vio conveniente el desarrollo de un modelo curricular enfermero en Cuidados Paliativos. El primer debate estribó en si se quería especialización o no en Cuidados Paliativos, de forma que existiera un área de competencia específica, y la respuesta fue que, si se quería dar cuidados de calidad a los enfermos al final de sus días, y atender también a sus familias, entendiendo enfermo-familia como un todo, este planteamiento era necesario. Por ello, la AECPAL junto con la SECPAL propone un área de competencia en tres niveles:

- *Nivel básico*, éste se impartiría en pregrado, se daría en todas las Escuelas o Facultades de Ciencias de la Salud como conocimiento básico.

---

<sup>411</sup> UTOR PONCE, L., “Capacitación de enfermería en Cuidados Paliativos”, *Medicina Paliativa*, Vol. 2, N° 14, (2007) 100-103 en GIMÉNEZ FERNÁNDEZ, M., ECHEVARRÍA, P. et al., *La Bioética y el Modelo Paliativo: el ahora y el futuro del cuidado*. Ed. EAE, (2017).

- *Nivel intermedio*, este conocimiento se impartiría como cursos de postgrado, para aquellos profesionales que por su trabajo están en contacto con enfermos en la fase final de su vida y requieren una formación determinada sobre alguna temática. Serían cursos monográficos de 20 ó 40 horas.
- *Nivel avanzado*, se trataría de una formación de postgrado para aquellas personas que se dedicaran de lleno a los Cuidados Paliativos, donde el profesional debería desarrollar todas las competencias relacionadas con esta área. Dentro de este nivel se estaría tratando la formación de Postgrado Universitario en Cuidados Paliativos, lo que daría una capacitación a nivel asistencial, de gestión, investigación y docencia.

La Declaración de Bolonia, y en base a la exigencia de alcanzar diferentes competencias en saber, saber hacer y saber ser, muestra necesario para el libre movimiento de los profesionales, que estos tengan las mismas competencias, y para ello se evidencia como requisito imprescindible que se cree un modelo educativo que realmente se adapte a las necesidades de la sociedad.<sup>412</sup> Por esto, la AECPAL defiende un curriculum académico teórico-práctico de diez módulos.

A estas recomendaciones hay que añadir el debate de las Comisiones Nacionales de la especialidad de Enfermería en base al Real Decreto 450/2005, de 22 abril. Los Cuidados Paliativos estarían incluidos dentro de la especialidad de *Cuidados Médico-Quirúrgicos*, y su área de competencia sería la de *Cuidados de Soporte*. Así se desarrollaría la formación específica en Cuidados Paliativos, y comprendería una formación en las siguientes competencias: *Cuidados Paliativos, Cuidados oncológicos, Cuidados del lesionado medular, Terapias naturales y holísticas, y Terapia del dolor crónico*.

Ante lo expuesto, el Ministerio de Ciencia e Innovación se ha percatado de la necesidad de introducir los Cuidados Paliativos dentro de los estudios de pregrado de Enfermería. De ahí que por Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio,<sup>413</sup> se

---

<sup>412</sup> GIMÉNEZ FERNÁNDEZ, M. y SIMONELLI MUÑOZ, A.J. "Espacio europeo de educación superior: Proceso de convergencia", en ECHEVARRÍA PÉREZ, P. y GÓMEZ SÁNCHEZ, R. *Manual de aprendizaje basado en problemas. Nuevas metodologías de aprendizaje en la convergencia europea*, Diego Marín, Murcia, (2009) 7-19.

<sup>413</sup> MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN, "Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios



establezcan una serie de competencias relacionadas estrechamente con ellos. Entre estas competencias se encuentran:

“11. Establecer una comunicación eficaz con paciente, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud; 15. Trabajar con equipos de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales; 17. Realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial; 18. Conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de Cuidados Paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales”.

En la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Murcia se implantó el Grado en Enfermería en el curso 2008 y se ha acreditado por ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación) en el curso académico 2014-2015, tras someterse y superar una profunda revisión realizada por dicha agencia. Hasta ese momento los Cuidados Paliativos se contemplaban como una Optativa de 4.5 créditos, pero se pidió una revisión del título con el fin de aumentar la carga de las optativas, de forma que actualmente dicha optativa, Cuidados Paliativos, tiene 6 ECTS, lo que equivale a 150 horas de formación, 60 de ellas presenciales. Es verdad, que al ser una asignatura que el alumno puede elegir llevar a cabo o no en su tercer curso, no es cursada por todos los alumnos. Teniendo en cuenta esto y las competencias que debe adquirir un Graduado en Enfermería, se imparten contenidos genéricos de forma transversal en varias asignaturas troncales, por ejemplo, en Historia, Fundamentos Teóricos y Cuidados Básicos; en Psicosocial, en Farmacología Clínica cuando se habla del tratamiento del dolor, en Enfermería Comunitaria II, en Enfermería en Geriatria y Gerontología, etc., además, en la asignatura de Clínica Avanzada, impartida en el tercer curso, existe un temario específico sobre Cuidados Paliativos, aunque dicho temario no sea muy extenso. Como formación complementaria los alumnos cursan en 2º la asignatura

---

oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermera”, *BOE*, N° 174, (2008), 31680-31683.

de Ética Aplicada y Bioética donde estudian, entre otras cuestiones, todo lo relativo a la relación clínica y las cuestiones éticas que surgen al final de la vida, y se habla de Eutanasia, Cuidados Paliativos y Obstinación Terapéutica.

La formación teórico/práctica previa a la inclusión en prácticas clínicas se hace necesaria para los estudiantes de enfermería, esto es lo que viene a indicar un estudio realizado en Santiago de Chile, pero que puede ser análogo a cualquier situación que se dé en otro territorio, como España; dicho estudio describe la experiencia vivida por alumnos de 3º y 4º de enfermería, ante su primer encuentro con enfermos terminales.<sup>414</sup> El estudio concluye diciendo que los estudiantes muestran dificultades para atender a las personas en la fase final de su vida; aun así, señalan como positivo de este encuentro con la realidad del final de la vida que los alumnos empiezan a desarrollar unas actitudes de aprendizaje de vida, que aparecen en ellos sentimientos (de diferente índole) antes del encuentro, que muestran un cuidado amoroso, que entienden la necesidad de trabajar de forma interdisciplinar, además, empiezan a encontrarle más sentido a la profesión enfermera, que tienen la capacidad de incluir a la familia dentro del cuidado y que mejoran su capacidades comunicativas.<sup>415</sup>

Resumiendo, la formación básica en Cuidados Paliativos en los Grados de enfermería de las universidades españolas, aunque ya impartan contenidos, al menos en forma transversal, deberá ir afianzándose y ampliándose tras la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, pues para la verificación del título de Enfermería, la competencia en Cuidados Paliativos deberá estar presente en la formación básica enfermera, como se ha indicado.<sup>416</sup>

---

<sup>414</sup> La realidad española es que el alumno puede encontrarse en esta situación desde 2º de enfermería, porque en la mayoría de las universidades españolas se empiezan las prácticas de enfermería en este nivel.

<sup>415</sup> MUÑOZ-PINO, I.P., "Experience of nursing students upon their first care encounter with terminally ill patientents". *Investigación y Educación en Enfermería*, Vol. 32, N° 1, (2014) 87-96.

<sup>416</sup> VALLES MARTÍNEZ, P., GARCÍA SALVADOR, I., "Formación básica en Cuidados Paliativos: estado actual en las universidades de enfermería españolas", *Medicina Paliativa*, Vol. 20, N° 3, (2013) 111-114.

En el caso de los estudios de Medicina, y con motivo de todo el cambio provocado por el proceso de Bolonia, *la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas (CND)* culminó la elaboración de un Libro Blanco de Título de Grado en Medicina en abril del 2005.<sup>417</sup> En este documento se incluyen los Cuidados Paliativos dentro de los *contenidos comunes e instrumentales obligatorios del curriculum de Medicina en el bloque de Patología humana, como uno de los campos de actuación* y se describen todas las competencias necesarias a adquirir por los médicos en el pregrado, tanto en el ámbito del saber (19 competencias), como en el de saber hacer (17 competencias):

*“Deben saber reconocer, diagnosticar y orientar su manejo:* 1. Principios y bases de la Medicina Paliativa, 2. Concepto de enfermedad terminal, 3. Identificación de las prioridades y necesidades del enfermo y familia (físicas, psíquicas, sociales y espirituales). 4. Proceso de adaptación del enfermo. 5. Aspectos básicos de la asistencia domiciliaria. 6. Psicodinámica de la relación médico-enfermo. 7. La atención a los familiares. 8. Farmacología y uso clínico de los opioides en cuidados paliativos. 9. Tratamiento del dolor. Efectos adversos. 10. Cuidados de la boca, halitosis, mucositis, infecciones orales. 11. La atención en las últimas horas de vida en el domicilio del paciente y en el Hospital. 12. Reconocer factores que influyen sobre el proceso final de la vida (físicos, psicológicos, sociales y espirituales). // *Deben conocer:* 1. Organización de los Cuidados Paliativos. Proceso asistencial integral de cuidados paliativos. 2. Reconocimiento y manejo del estrés del personal sanitario. 3. Elementos básicos de la comunicación e información. 4. La actitud del médico ante la muerte de su enfermo. 5. Papel de la terapia física, particularmente postoperatoria (ej. disección axilar). 6. Indicaciones, interacciones efectos adversos de la rehabilitación en los cuidados paliativos. 7. Identificación del riesgo de duelo patológico.”

*“Deben saber hacer con competencia:* 1. Historia clínica en el enfermo terminal. 2. Evaluación médica del enfermo terminal. 3. Evaluar el dolor. Uso de escalas. 4. Cuidados de la boca. 5. Prescripción hemoderivados. // *Deben*

---

<sup>417</sup> A.A.V.V., *Libro Blanco Titulo del Grado en Medicina*, Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), (2005). Disponible en [http://www.aneca.es/var/media/150312/libroblanco\\_medicina\\_def.pdf](http://www.aneca.es/var/media/150312/libroblanco_medicina_def.pdf).

haberlo practicado tuteladamente: 1. Responder adecuadamente y explorar las emociones del paciente. 2. Manejo general de las reacciones transfusionales. 3. Manejo general de: Disfagia, Anorexia y caquexia, Estreñimiento, Obstrucción intestinal, Prurito, Disnea, Tos, Hipo, Retención e incontinencia urinaria, espasmos vesicales y rectales, Letargia, confusión, delirio, e insomnio, Hipertensión intracraneal, Compresión medular, Hipercalcemia //Deben haberlo visto practicar por un experto: 1. Comunicar malas noticias, 2. Informar al paciente de tratamientos complejos, 3. Planificar el soporte nutricional del paciente con cáncer o con enfermedades crónicas, 4. Dar respuesta adecuada a las necesidades del paciente, 5. Exponer las situaciones y trazar un plan terapéutico de acuerdo con el paciente y sus necesidades, 6. Conseguir el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente, 7. Bloqueo neural, 8. Infiltración de anestésicos y/o esteroides, 9. Otras técnicas analgésicas: TENS, acupuntura, relajación.”

La *European Association for Palliative Care* (EAPC) ha elaborado un currículum, con objetivos concretos, que debería de cubrir el estudiante de medicina para alcanzar su graduación. El documento de la EAPC recomienda un total de 40 horas de formación en Cuidados Paliativos para alcanzar dichos objetivos, distribuidas incluso en diversos cursos. Indican que los objetivos básicos de los Cuidados Paliativos se deben transmitir lo antes posible y los aspectos clínicos lo más tarde en la formación. Es conveniente tener experiencia clínica en paliativos. Y en cuanto a la evaluación, se recomienda, además de preguntas con respuestas múltiples, o preguntas cortas, otros métodos de evaluación como es el de casos clínicos.<sup>418</sup>

De modo orientativo, el documento de la EAPC propone que el temario debe estar compuesto por: 5% de Principios de los Cuidados Paliativos (CP), 55% de dolor y control de síntomas en CP, 20% en aspectos psicosociales y espirituales en

---

<sup>418</sup> FILBET, M., CENTENO, C., et al., *Curriculum in Palliative Care for undergraduate Medical Education. Recommendations of the EAPC*, EAPC. (2006) en ELSNER, F., CENTENO, C., et al. “Recomendaciones de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) para el Desarrollo de la Especialidad en Medicina Paliativa. Informe del Grupo de Trabajo de la EAPC para la Formación Médica”, *Medicina Paliativa*, Vol. 2, N° 17, (2010) 103–188.

CP, 5% cuestiones éticas y legales, 10% de trabajo en equipo y autocuidado y, 10% quedan libres.

Como ocurría en enfermería, estudios realizados hace tan sólo una década demostraban que la formación en Cuidados Paliativos por los médicos tenía deficiencias significativas. En 2007 se llevó a cabo una revisión de los planes de estudio de los cinco estudios de medicina de Suiza para identificar sus contenidos y características relacionados con los Cuidados Paliativos.<sup>419</sup> El promedio de horas obligatorias de educación en cuidados paliativos era de 10,2 h (mediana 8 h, rango 0-27 h), significativamente por debajo de los 40 h recomendados por el *Grupo de Expertos en Educación de la European Palliative Care Association*. El tiempo medio asignado a los bloques de cuidados paliativos era de 3 h (rango 0-8 h). La mayor parte de la educación ocurre antes de los años clínicos, y no había rotaciones clínicas obligatorias. Tres escuelas ofrecían rotaciones clínicas opcionales, pero estaban mal atendidas (<10% de los estudiantes). Aunque se cubrían varios dominios, predominaban los contenidos relacionados con la ética; 21 de un total de 51 horas obligatorias (41%). La comunicación relacionada con los Cuidados Paliativos se limita en gran medida a "cómo dar las malas noticias". En dos de las escuelas, la enseñanza se realizaba principalmente por médicos de atención paliativa y enfermeras (70% o más de la enseñanza). En los demás, se realizaba principalmente por educadores en otras especialidades clínicas y éticas (aproximadamente el 90% de la enseñanza). Estos hallazgos muestran las graves deficiencias que había, y aún hay, en la formación médica en este ámbito.

El Ministerio de Educación y Ciencia por Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero de 2008, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión del Médico,<sup>420</sup> en su apartado 3, relacionado con las competencias que tiene que adquirir un estudiante de medicina habla de algunas directamente relacionadas

---

<sup>419</sup> PEREIRA, J., PAUTEX, S., et al., "Palliative care education in Swiss undergraduate medical curricula: a case of too little, too early". *Palliative medicine*, Vol. 22, N° 6, (2008) 730-735.

<sup>420</sup> MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA, "Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de médico", *BOE*, N° 40, (2008) 8351-8355.

con la atención al final de la vida, entre otras: “A. Valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos; C. Habilidades clínicas, y dentro de éste en su punto 18 señala que, deben indicar la terapéutica más adecuada de los procesos agudos y crónicos más prevalentes, así como de los enfermos en fase terminal; D. Habilidades de comunicación”.

Además, existen muchas asociaciones médicas que promueven reuniones científicas, y publicaciones relacionados con el tratamiento y cuidado de enfermos en la fase final de su vida. Por ejemplo, la Asociación Europea de Oncología impulsa la creación de una red de centros que, para obtener la excelencia en oncología, deben disponer de un programa integrado de Medicina Paliativa. De ahí que en Europa se ha observado la tendencia a introducir, en la formación de los especialistas en oncología médica, temas relativos a Cuidados Paliativos.

Volviendo a la formación en el pregrado, en el plan de estudios de la Universidad de Navarra se propuso, para la aprobación por el Ministerio de Educación, seguir el Modelo de la EAPC procurando seguir estas orientaciones y se introdujo una asignatura a partir del semestre de sexto con una carga de 3 ETCS, denominada Medicina Paliativa.<sup>421</sup>

“En 2013 la enseñanza de la Medicina Paliativa en las facultades de medicina españolas, en sus nuevos planes de estudios, se impartía en la mitad de las facultades siendo esto un aumento del 100% con respecto a un estudio efectuado en 2000 por Gracia”,<sup>422</sup> pero además ya se intuía que poco a poco dicha formación, al ser obligada por Ley, se tendría que llegar a impartir en todos los planes de estudios.<sup>423</sup> “La tendencia a nivel europeo es la misma, diez países cuentan como obligatoria la enseñanza de Medicina Paliativa en sus universidades: Alemania,

---

<sup>421</sup> CENTENO, C. “El proceso de Bolonia y la enseñanza en Cuidados Paliativos universitarios”, *Medicina Paliativa*, suplemento 1, Vol. 15, 90-92.

<sup>422</sup> GRACIA, D. J., NÚÑEZ OLARTE, M. “Report from Spain” *Supp Care Cancer*, N° 8 (2000)169-174 en FORTÍN MAGAÑA, M., GÓMEZ CASANOVAS, J. et al, “Situación actual de la enseñanza de la Medicina Paliativa en las universidades de Centroamérica”, *Educación Médica*, (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2016.08.002>, Fecha consulta: 16/5/2017.

<sup>423</sup> VAQUERO CRUZADO, J.A. & CENTENO CORTÉS, C. “Panorama actual de la enseñanza de Medicina Paliativa en la universidad española”, *Medicina Paliativa*, Vol. 21, N° 1, (2014) 3-8.

Austria, Chipre, Eslovenia, Francia, Hungría, Irlanda, Malta, Moldavia, Noruega y Suiza".<sup>424</sup>

Otros estudios en Inglaterra, Estados Unidos, Australia e Irlanda han indicado el crecimiento de la educación en pregrado de los Cuidados Paliativos.

En el Grado de Medicina de la Universidad Católica de Murcia, existe una asignatura obligatoria de 4,5 ECTS en el segundo semestre del 4º curso denominada "Oncología y Medicina Paliativa", en la que el mayor peso en el programa se lo lleva Oncología; los alumnos van recibiendo formación transversal relacionada con la atención al final de la vida y los Cuidados Paliativos desde el 1º curso en diferentes asignaturas: *Humanidades* (Fronteras de la existencia y esperanza humana; La muerte como misterio fundamental de la existencia; El ser humano y la esperanza), *Psicología Médica* (Reacciones Psicológicas ante la enfermedad, Psicología del dolor, Psicología del envejecimiento y la muerte; Muerte: aspectos antropológicos y culturales; Atención médica al paciente terminal; Decisiones al final de la vida, ) *Teología, Doctrina Social de la Iglesia, Deontología* (Consentimiento informado; Instrucciones previas / Voluntades Anticipadas; Derechos de los pacientes,...) y *Ética Médica y Bioética* (Relación Clínica; Cuestiones éticas relativas al final de la vida; Eutanasia; Distanasia; Cuidados Paliativos,... ) y *Farmacología* (terapia del dolor) entre otras.<sup>425</sup>

Diferentes autores comentan la importancia de adquirir herramientas y habilidad de control del dolor y otros síntomas. La herramienta comunicativa es fundamental también en estos casos, puesto que en muchas ocasiones se tienen que dar "malas noticias" en un ambiente cambiante y complejo, incluso en situaciones hostiles como puede ser un centro sanitario, lo que requiere por parte del profesional la capacidad de adaptación e innovación.<sup>426</sup>

---

<sup>424</sup> FORTÍN MAGAÑA, M., GÓMEZ CASANOVAS, J. et al., *o. c.*

<sup>425</sup> Datos extraídos consultando el plan de estudios del Grado en Medicina de la UCAM. <http://www.ucam.edu>.

<sup>426</sup> WEISSMAN, D., BLUST, L., "Education in Palliative Care", *Clinics in Geriatric Medicine*, Vol. 21, (2005) 167-175; WITTENBERG-LYLES, E., GOLDMITH, J., et al, "Communicating a terminal prognosis in a palliative care setting: deficiencias in current comunicación training protocols", *Social Science & Medicine*, Vol. 66, N° 11, (2008) 2356-2365.

En relación a la enseñanza de la Medicina Paliativa en las universidades centroamericanas, un estudio indica, que de las 33 universidades que se valoraron, sólo en 2(6%) se identificó la asignatura de Medicina Paliativa. Sin embargo, en 26 universidades se impartían asignaturas afines (78%).<sup>427</sup>

Otros autores indican una situación similar en América Latina: los resultados preliminares de una encuesta pasada a estudiantes en pregrado de medicina indican que el 85% de ellos no reciben ningún tipo de entrenamiento paliativo. Y en Colombia, el Grupo de Cuidados Paliativos de la Universidad de la Sabana evaluó a través de una encuesta el conocimiento del dolor en estudiantes de último año de diversas facultades de medicina del país. "Se encontraron carencias en el conocimiento percibido en áreas de fisiopatología, semiología, evaluación y tratamiento del dolor. Un alto porcentaje de los encuestados no tenían conocimiento de la escala analgésica de la OMS, e indicó dificultades en el manejo del dolor oncológico y neuropático".<sup>428</sup>

León Delgado et al.<sup>429</sup> señalan también que los programas de educación de pregrado en paliativos son escasos, según demuestran estudios realizados por la *American Medical College Association*, y que la educación no está asegurando que las nuevas generaciones de médicos estén adecuadamente formadas para proporcionar Cuidados Paliativos a los pacientes y sus familias, según estudios realizados sobre programas de medicina existentes en Canadá, Reino Unido, Estados Unidos y Europa Oriental.

Según León Delgado, los programas de postgrado son la forma de entrenamiento idónea para bastantes expertos "*pero que sólo se beneficiará un número limitado de médicos*", por lo tanto, sólo podrán recibir estos cuidados un número limitado de enfermos y familiares. Por lo que, con el fin de brindar una cobertura lo más grande posible se entiende que este "entrenamiento" debe realizarse desde la formación de pregrado. Pero existen diferentes inquietudes en relación a:<sup>430</sup>

---

<sup>427</sup> FORTÍN MAGAÑA, M., GÓMEZ CASANOVAS, J., et al., *o. c.*

<sup>428</sup> LEÓN DELGADO, M.X., FLORES SOJAS, S.P. et al, "Educación en Cuidados Paliativos para pregrado de medicina: resultado de una encuesta acerca de la percepción de los conocimientos adquiridos", *Medicina Paliativa*, Vol. 1, N° 16, (2009) 28-33.

<sup>429</sup> *Ibidem.*

<sup>430</sup> *Ibidem.*



- Cuándo y dónde debe enseñarse.
- Quién debe enseñar.
- Cuáles deben ser los contenidos del curso.
- Cuál debe ser el impacto de este conocimiento en el estudiante.

Las barreras que se han detectado en la implementación de los programas de pregrado son:

- Limitaciones de tiempo.
- Competencia entre las especialidades médicas por el espacio dentro del currículum.
- Diferencias en el planeamiento del currículum integrado.
- Ausencia de soporte financiero para los cambios requeridos.
- Escasez de profesores capacitados en esta área.
- Falta de compromiso por parte de los administradores educativos.
- El bajo estatus percibido del cuidado paliativo cuando se compara con otras especialidades médicas.

Decir también que, sin embargo, existen tres países en América Latina que cuentan con formación de pregrado en Cuidados Paliativos: Colombia, Uruguay y Cuba.<sup>431</sup>

En relación a la formación de postgrado, en España, todos los Máster deben ir adaptándose a la nueva normativa; el BOE (Boletín Oficial del Estado) 21/08/07 sobre la expedición de títulos oficiales de máster y doctorado señala las diferentes normas que deberán seguir todos los títulos de programas oficiales que se impartirán en las universidades españolas en estos dos últimos ciclos. En Murcia en el curso 2012-2013 se puso en marcha la 1º edición de un Máster Propio (no oficial) en Cuidados Paliativos por la Universidad de Murcia,<sup>432</sup> que actualmente ya no está activo; estando previsto ofertar próximamente otro Máster Oficial en Cuidados Paliativos en la Universidad Católica de Murcia.

Se aprecia la tendencia, cada vez más creciente, a que los Cuidados Paliativos sean reconocidos como una disciplina, una especialización médica o área de capacitación.

---

<sup>431</sup> CANO MOLANO, L.M. "Cuidados Paliativos no significa final de los tiempos", *Revista Cuarzo*, Vol. 21, N° 2, (2015) 61-67.

<sup>432</sup> En [www.cuidarypaliar.es](http://www.cuidarypaliar.es).

En Europa, tanto en Reino Unido como en Irlanda tienen el estatus de especialidad. De hecho, fue Gran Bretaña, en 1987, el primer país del mundo en crear la sub-especialidad médica llamada "*Medicina Paliativa*", lo que fue seguido por el reconocimiento en numerosos países como Australia, Bélgica, Nueva Zelanda, Hong Kong, Polonia, Singapur, Taiwán y Rumania. En España no tienen aún el reconocimiento de especialidad como si ocurre en Francia, Alemania y Eslovenia.<sup>433</sup>

En septiembre de 2006 el *American Board of Medical Sub-specialties* reconoce a la Medicina Paliativa finalmente el estatus de subespecialidad.<sup>434</sup> En los Estados Unidos no hay Cuidados Paliativos en los planes de estudios, además no son reconocidos por el Departamento de Educación y Acreditación, sin embargo, diferentes universidades de este país han incluido estos estudios.

En 1993, en Canadá, se desarrolla el plan de estudios y las competencias en Cuidados Paliativos, siendo uno de los mejores que existen por su integralidad.

En Latino América, aunque ya en los años 80 del s. XX, empezaron en Colombia a implantarse los Cuidados Paliativos, como unidades del dolor y/o programas domiciliarios, sólo en Costa Rica tienen rango de especialidad médica en la actualidad.<sup>435</sup>

Es necesario recordar que, aunque muchos de los programas de Cuidados Paliativos se iniciaron para enfermos de cáncer, hoy por hoy, resulta evidente la necesidad de aplicar este tipo de cuidados a otras personas en fase terminal, sea cual sea la patología o procesos en la vida que le hayan llevado a la situación en la que se encuentra (patologías crónicas, degenerativas, ...)

---

<sup>433</sup> CENTENO, C., NOGUERA, A., et al., "Official certification of doctors working in palliative medicine in Europe: data from an EAPC study in 52 European countries". *Palliative Medicine*, Vol. 21, N° 8, (2007) 683-687.

<sup>434</sup> DOYLE, D. 2007, "Palliative medicine: the first 18 years of a new sub-speciality of General Medicine", *The Journal of the Royal College of Physicians Edinburgh*, Vol. 35, (2005) 199-205, en DEL RÍO, I., PALMA, A., "Cuidados Paliativos: Historia y desarrollo", *Boletín Escuela de Medicina. U.C. Pontificia Universidad Católica de Chile* [online], Vol. 32, N° 1, (2007) 1-8, Disponible en [http://www.agetd.com/phpfm/documentos/publicos/paliativos/Historia\\_de\\_los\\_cuidados\\_Paliativos.pdf](http://www.agetd.com/phpfm/documentos/publicos/paliativos/Historia_de_los_cuidados_Paliativos.pdf). Fecha consulta: 18-01-2010.

<sup>435</sup> FORTÍN MAGAÑA, M., GÓMEZ CASANOVAS, J., et al., *o. c.*

Son muchos también los que reivindican, como ya se ha mencionado, que el concepto “*cuidado paliativo*” no es sinónimo de “*cuidado terminal*”. A colación de esto la OMS dice:

“Los Cuidados Paliativos también son aplicables en los inicios de la enfermedad, en combinación con otras terapias que van dedicadas a la prolongar la vida, como es la quimioterapia o la radioterapia, y también incluyen aquellos procedimientos diagnósticos complementarios que pueden ser necesarios para comprender mejor y manejar de mejor modo las complicaciones clínicas y los problemas sintomáticos de enfermedades avanzadas”.<sup>436</sup>

### 3.4.2 Competencias sobre la atención al final de la vida en otras disciplinas de Ciencias de la Salud.

En la LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en su art. 9. Relaciones interpersonales y trabajo en equipo indica que:

- “1. La atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas.
2. El equipo de profesionales es la unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales para realizar efectiva y eficientemente los servicios que les son requeridos.
3. Cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación, de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.

---

<sup>436</sup> CENTENO CORTES, C., GÓMEZ SANCHO, M., et al, *Manual de Medicina Paliativa*. EUNSA. Navarra. (2009) 36.

4. Dentro de un equipo de profesionales, será posible la delegación de actuaciones, siempre y cuando estén previamente establecidas dentro del equipo las condiciones conforme a las cuales dicha delegación o distribución de actuaciones pueda producirse. Condición necesaria para la delegación o distribución del trabajo es la capacidad para realizarlo por parte de quien recibe la delegación, capacidad que deberá ser objetivable, siempre que fuere posible, con la oportuna acreditación.

5. Los equipos de profesionales, una vez constituidos y aprobados en el seno de organizaciones o instituciones sanitarias serán reconocidos y apoyados y sus actuaciones facilitadas, por los órganos directivos y gestores de las mismas. Los centros e instituciones serán responsables de la capacidad de los profesionales para realizar una correcta actuación en las tareas y funciones que les sean encomendadas en el proceso de distribución del trabajo en equipo”.<sup>437</sup>

Se inicia dicho epígrafe con lo expuesto anteriormente, porque de entrada ninguna de las disciplinas indicadas como sanitarias, a excepción de la Enfermería y la Medicina, tienen dentro de sus competencias los Cuidados Paliativos; sin embargo, se ve necesario que, para el cuidado de calidad tanto de las personas en fase avanzada como terminal de su vida, así como la atención a sus familias, es prioritaria la colaboración de un equipo interdisciplinar.

Siguiendo la Ley indicada, y en base al artículo 36 de la Constitución Española, se entienden como *profesiones sanitarias*, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación tanto a nivel de pregrado, como posteriormente en sus especialidades, su formación está dirigida específicamente a lograr una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que son necesarias para atender en los *procesos de salud-enfermedad*; además, tienen que estar organizadas en colegios profesionales reconocidos por los poderes públicos, y previsto de una normativa específica. En base a la muestra elegida en este estudio, se puede decir, que son profesionales sanitarias: Medicina, Farmacia, Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Nutrición, así como aquellas especialidades oficiales que de cada una de estas disciplinas se desprenda.

---

<sup>437</sup> CORTES GENERALES, “Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias”, *BOE*, N° 280, (2003) 41442-41458.

Esto nos viene a indicar que Psicología a priori, no es entendida como Ciencias Sanitarias, a excepción de realizar la especialización en un postgrado de Psicología General Sanitaria, que tiene un carácter profesionalizante. Independientemente de este hecho, la realidad es que la persona en sí, está configurada por muchas esferas, física, psicológica, social, cultural, espiritual, por lo tanto, para el cuidado de ella, más aún en la fase final de su vida, no es posible centrarse únicamente en la dimensión corporal, física, porque se estaría cometiendo una grave negligencia, que posiblemente en el ámbito legal no esté tipificada pero que a nivel ético es evidente, pues no se haría justicia a la persona al no ser tratada holísticamente, como ella se merece: como una persona y no simplemente como un cuerpo enfermo. En estos momentos de máxima vulnerabilidad y de cercanía de la muerte, la dimensión psicológica y espiritual de la persona reclama y está necesitada de máxima atención.

También existen otras disciplinas, no sanitarias, como la Antropología y la Sociología, que ayudan a interpretar y atender el proceso del final de la vida de la persona y su muerte. Gracias a ellas conocemos mejor cómo se comporta la sociedad hacia el otro diferente por razones varias, como pueda ser: la económica, la presencia de una enfermedad, la presencia de una discapacidad; cuales son los valores que imperan en la sociedad actual y por qué; cómo nos enfrentamos hoy hacia el sufrimiento y la muerte, etc.

Centrándonos en el *Grado en Fisioterapia*, vemos que está regulado por una Ley,<sup>438</sup> una Orden Ministerial, que su apartado 3 expone las competencias que tiene que adquirir en su formación un fisioterapeuta. Destacamos:

Nº 5, “Valorar el estado funcional del paciente, considerando los aspectos físicos, psicológicos y sociales”; Nº 8. “Ejecutar, dirigir y coordinar el plan de intervención de fisioterapia, utilizando las herramientas terapéuticas propias y atendido a la individualidad del usuario”; Nº 13. “Saber trabajar en equipos de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma uni o

---

<sup>438</sup> MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN, “Orden CIN/2135/2008, de 3 de julio, por lo que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Fisioterapeuta”, *BOE*, Nº 174, (2008) 31684-31687.

multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales”; N° 14. “Incorporar los principios éticos y legales de la profesión a la práctica profesional así como integrar los aspectos sociales y comunitarios en la toma de decisiones”.<sup>439</sup>

Es evidente que aquí se vislumbra la conveniencia, y a veces la necesidad, de un fisioterapeuta en la atención al enfermo en fase avanzada y terminal, dependiendo su mayor o menor grado de la situación concreta en la que se encuentre la persona enferma.

Además, indicar que en muchos Grados de Fisioterapia, de alguna forma se introducen los Cuidados Paliativos, aunque sea en un tema, por ejemplo. En el Grado de Fisioterapia de la Universidad Católica de Murcia, en su asignatura de Geriatría, el Tema 20 indica “Cuidados Paliativos del Anciano” y en la asignatura obligatoria de Legislación y gestión Sanitaria, en el tema 29, se aborda la “Atención sociosanitaria: la Ley de Dependencia y la Ley de Cuidados Paliativos” y como en todos los grados de la UCAM se imparte también la asignatura de Ética Aplicada y Bioética donde se abordan los aspectos éticos de la relación clínica y las cuestiones éticas que se presentan al final de la vida (distanasia, eutanasia, Cuidados Paliativos...)

En un estudio de revisión se analiza la función del fisioterapeuta en la atención al final de la vida, y son muchos los artículos que indican que este profesional tiene un lugar propio en los Cuidados Paliativos, porque su trabajo es colaborar con el equipo para el alivio del dolor, prevenir lesiones en la piel, evitar las complicaciones de tipo respiratorio y cardiovascular, incentivar y mantener la actividad física y autónoma mientras sea posible, y una vez perdida ésta, colaborar con el resto de la familia y el equipo en el cuidado del enfermo. Todo esto promueve la dignidad del enfermo hasta el último momento de su existencia.<sup>440</sup>

---

<sup>439</sup> *Ibíd.*

<sup>440</sup> LÖWENSEBERG, K., “Rol de fisioterapeuta en Cuidados Paliativos y en pacientes al final de la vida”. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, Vol. 4, N° 1, (2015) 48-51.

Si hablamos del *Grado en Terapia Ocupacional*,<sup>441</sup> en relación a sus competencias indicar que:

“la N° 6 dice: comprender los fundamentos conceptuales de la naturaleza ocupacional del ser humano y el desempeño de sus ocupaciones a lo largo del ciclo vital, N° 7: comprender y reconocer la interrelación entre los conceptos de bienestar, salud, ocupación significativa, dignidad y participación. N° 10: realizar la evaluación y la adaptación del entorno para promover la participación en ocupaciones significativas en las diferentes facetas de la vida diaria, la autonomía personal y la calidad de vida, N° 18: reconocer la influencia de las diferencias individuales, religiosas, culturales, así como las costumbre sobre la ocupación y la participación, N° 21: Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales, adquiriendo habilidades de trabajo en equipo”, N° 24: establecer una comunicación interpersonal asertiva con todos los interlocutores que sean relevantes durante el proceso de Terapia Ocupacional”.

Estas son algunas de las competencias donde se enmarca claramente la necesidad de este profesional en el cuidado paliativo.

En un estudio consultado se indica que las posibilidades de la Terapia Ocupacional son:<sup>442</sup>

- Ayuda en la valoración del enfermo.
- Realización de cambios en el medio ambiente.
- Provisión de ayudas y de adaptaciones.
- Conservación de la energía.
- Mejor empleo del tiempo.
- Terapias grupales (teatro, desempeño de un papel, psicodrama).
- Actividades grupales.

---

<sup>441</sup> MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN, “Orden CIN/729/2009, de 18 de marzo, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Terapeuta Ocupacional”, *BOE*, N° 73, (2009) 29177- 29181.

<sup>442</sup> GÓMEZ PAVÓN, J., CATALÁ, R. “La Terapia Ocupacional en la atención al final de la vida”, *TOG* (A Coruña), Vol. 7, N° 6, (2010) 145-160. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num6/final.pdf> Fecha consulta: 6/2/2017.

- Educación para sobrellevar el cambio.
- Actividades terapéuticas (artes, manualidades, poesía, música).
- Terapia de recuerdos (reminiscencia)

En la Universidad Católica de Murcia los alumnos que estudian el Grado en Terapia Ocupacional en la asignatura obligatoria de 3º, Geriatría, tratan un tema que lleva por título la Terapia ocupacional en Cuidados Paliativos. A parte reciben mucha formación transversal por todo lo relacionado con la discapacidad y la dependencia. Como en el resto de carreras realizan también el Módulo de Educación Integral, donde se complementa su formación humana y se estudian en concreto las cuestiones éticas relacionadas con el final de la vida.

Siguiendo con la disciplina de *Farmacía*,<sup>443</sup> se puede pensar a priori, que un farmacéutico no tiene por qué tener contacto directo con la población en fase paliativa de enfermedad, aunque se tiene clarísimo que con la población en fase crónica y avanzada de enfermedad sí que tienen un contacto muy directo, sobre todo, cuando la atención a estos últimos se hace desde atención primaria, pues son ellos mismos, los usuarios, o sus familiares los que acuden a las farmacias de sus barrios y hablan directamente con su farmacéutico, y éste les puede suministrar aquello que el médico les ha prescrito previamente; más aún, puede explicarle cómo se debe administrar este producto, incluso si tiene alguna interacción con otro u otros fármacos que se esté tomando. Por lo tanto, sobra decir que esta disciplina es básica en Cuidados Paliativos; incluso en los hospitales, son referentes como consultores por parte de medicina y enfermería a la hora de la prescripción y aplicación de los fármacos a los enfermos hospitalizados.

En relación a las competencias que tiene que tener un farmacéutico, según lo explicado por Orden Ministerial anteriormente citada, son muchas las que argumentan lo expuesto, por ejemplo;

“Nº 4: diseñar, preparar, suministrar y dispensar medicamentos y otros productos de interés sanitario; Nº 5: prestar consejo terapéutico en

---

<sup>443</sup> MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN, “Orden CIN/2137/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Farmacéutico”, *BOE*, Nº 174, (2008) 31692- 31695.



farmacoterapia y dietoterapia, así como en el ámbito nutricional y alimentario en los establecimientos en los que presten servicio; N° 7: identificar, evaluar y valorar los problemas relacionados con fármacos y medicamentos, así como participar en las actividades de farmacovigilancia; N° 8: llevar a cabo las actividades de farmacia clínica y social, siguiendo el ciclo de atención farmacéutica; N° 11: evaluar el efecto toxicológico de sustancias y diseñar y aplicar las pruebas y análisis correspondientes; N° 13: “desarrollar habilidades de comunicación e información, tanto orales como escritas, para tratar con pacientes y usuarios del centro donde desempeñe su actividad profesional. Promover las capacidades de trabajo y colaboración en equipo multidisciplinares y las relacionadas con otros profesionales sanitarios; N° 14: conocer los principios éticos y deontológicos según las disposiciones legislativas, reglamentarias y administrativas que rigen el ejercicio profesional, comprendiendo las implicaciones éticas de la salud en un contexto social en transformación”.

En relación a lo indicado existe un estudio de revisión bibliográfica donde se indica que en los países de habla inglesa como: Reino Unido, EE. UU, Australia, etc., se ha comenzado a tener en cuenta al farmacéutico comunitario, como un profesional colaborador o bien dentro del equipo multidisciplinar, y esto se sabe al estudiar las Guías de Cuidados Paliativos de estos países, pero en la mayoría son experiencias piloto. En el caso de España, solo en Madrid y Murcia, aparece en sus Planes Regionales de Cuidados Paliativos la figura del farmacéutico o de la farmacia comunitaria, pero de forma muy general. La realidad es que los Cuidados Paliativos es una cosa de todos.<sup>444</sup>

Actualmente en el Grado en Farmacia de la Universidad Católica de Murcia, además de lo que los alumnos trabajan en Ética y Bioética, sólo tiene relacionado con la atención a los enfermos terminales, un tema de la Farmacología del dolor

---

<sup>444</sup> CUADRADO BLANCO, A., ÁLVAREZ GONZÁLEZ, M.T., et al., “La atención farmacéutica comunitaria en pacientes incluidos en programas de Cuidados Paliativos. Revisión bibliográfica”. *Medicina Paliativa*, Vol. 23, N° 1, (2016) 13-20.

que se imparte en las asignaturas de Farmacología y Farmacoterapia I, en 4º curso.<sup>445</sup>

En relación a la *profesión de dietista-nutricionista*,<sup>446</sup> señala una serie de competencias que claramente se enmarca dentro de cualquier tipo de atención, también en Cuidados Paliativos, como son las siguientes;

“Nº 1: Reconocer los elementos esenciales de la profesión del Dietista-Nutricionista, incluyendo los principios éticos, responsabilidades legales y el ejercicio de la profesión, aplicando el principio de justicia social a la práctica profesional y desarrollándola con respeto a las personas, sus hábitos, creencias y culturas; Nº 2: Desarrollar la profesión con respeto a otros profesionales de la salud, adquiriendo habilidades para trabajar en equipo; Nº 4: Conocer los límites de la profesión y sus competencias, identificando cuando es necesario un tratamiento interdisciplinar o la derivación a otro profesional; Nº 5: Realizar la comunicación de manera efectiva, tanto de forma oral como escrita, con las personas, los profesionales de la salud o la industria y los medios de comunicación, sabiendo utilizar las tecnologías de la información y la comunicación especialmente las relacionadas con nutrición y hábitos de vida; Nº 12: Conocer los nutrientes, su función en el organismo, su biodisponibilidad, las necesidades y recomendaciones, y las bases del equilibrio energético y nutricional; Nº 13 Integrar y evaluar la relación entre la alimentación y la nutrición en estado de salud y en situaciones patológicas; Nº 14. Aplicar los conocimientos científicos de la fisiología, fisiopatología, la nutrición y alimentación a la planificación y consejo dietético en individuos y colectividades, a lo largo del ciclo vital, tanto sanos como enfermos; Nº 18 “Intervenir en la organización, gestión e implementación de las distintas modalidades de alimentación y soporte nutricional hospitalario y del tratamiento dietético nutricional ambulatorio”,

---

<sup>445</sup> En la conversación mantenida con su Decana, se mostró muy interesada al ser preguntada por esta cuestión y dispuesta a incluirlo en la asignatura de Farmacología y Farmacoterapia III que se imparte en el 5º curso.

<sup>446</sup> MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN. “Orden CIN/730/2009, de 18 de marzo, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Dietista-Nutricionista”, *BOE*, Nº 73, (2009) 29182- 29186.

Éstas son algunas de las competencias que hacen referencia claramente al tratamiento, también, de los enfermos que se encuentran en fase terminal y requieren Cuidados Paliativos. Como se sabe, uno de los trastornos más importantes que sufren estas personas, que pueden ser objetivables son: náuseas, vómitos, anorexia y caquexia<sup>447</sup>; por ello, es de especial interés el trabajo que pueden realizar estos profesionales de forma colaborativa con el resto de los profesionales sanitarios en el cuidado al enfermo terminal, en su asesoramiento y el de sus familias.

En el Grado en Nutrición Humana y Dietética impartido en la UCAM no hay un tema específico dedicado al final de la vida, ni a los Cuidados Paliativos a excepción del tema visto en la asignatura obligatoria de Ética y Bioética de 2º, pero en la asignatura obligatoria de 3º, Nutrición Clínica II, se imparten temas que tiene que ver con la situación de estos enfermos (Nutrición y cáncer, Tratamiento nutricional en la caquexia, dietas en la disfagia).

En relación al *Grado en Psicología*, decir que de por sí, éste no tiene competencias específicas en Cuidados Paliativos, por supuesto que se habla de comunicación y de otras temáticas desde una perspectiva general. Por lo tanto, para adentrarse en el mundo de lo sanitario se hace necesario hacer el Máster en Psicología General Sanitaria, éste habilita al profesional para el ejercicio de la profesión como “Psicólogo General Sanitario”.<sup>448</sup> Dentro de sus competencias nos podemos encontrar:

“Nº2 Aplicar los fundamentos de la bioética y el método de deliberación en la práctica profesional, ajustándose su ejercicio como profesional sanitario a lo dispuesto en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las

---

<sup>447</sup> CENTENO CORTÉS, C., GÓMEZ SANCHO, M., et al., *Manual de Medicina Paliativa*, EUNSA, Navarra, (2009) 91-96; SECPAL. *Guía de Cuidados Paliativos*, 21-27, disponible en <https://cmvinalo.webs.ull.es/docencia/Posgrado/8CANCER%20Y%20CUIDADOS-PALIATIVOS/guiacp.pdf> Fecha consulta: 6/2/2017.

<sup>448</sup> MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE, “Orden ECD/1070/2013, de 12 de junio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales de Máster en Psicología General Sanitaria que habilite para el ejercicio de la profesión titulada y regulada de Psicólogo General Sanitario”, *BOE*, N° 142, (2013) 44948-44953.

profesiones sanitarias; N° 3 Mostrar habilidades de comunicación interpersonal y de manejo de las emociones adecuadas para una interacción efectiva con los pacientes, familiares y cuidadores en los procesos de identificación del problema, evaluación, comunicación del diagnóstico e intervención y seguimiento psicológicos; N° 10 Saber comunicar y comunicarse con otros profesionales, y dominar las habilidades necesarias para el trabajo en equipo y en grupos multidisciplinares; N° 11 Conocimiento de las obligaciones y responsabilidades del personal sanitario relativas a la confidencialidad de la información y de la protección de datos personales de los pacientes; N° 14 Conocer en profundidad los factores psicosociales asociados a los problemas de salud y enfermedad; N° 20 “Conocimientos de la normativa vigente en el ámbito sanitario español”.

El papel del psicólogo general sanitario, llamado de forma más coloquial, psicólogo clínico, es una realidad. Ya que la función del mismo puede estar encaminada no sólo a atender a enfermo y familiares, sino también a los profesionales que trabajan en Cuidados Paliativos, valorando y diagnosticando situaciones como de burnout, dándole al profesional estrategias de afrontamiento ante estas situaciones, de forma que el profesional aprenda a cuidarse así mismo para poder cuidar a los demás. En esto se basa un estudio realizado en la Comunidad de Madrid, donde se pretende conocer la atención psicológica que se presta en Cuidados Paliativos, y donde resulta evidente que la dada por enfermeras y médicos es una atención más general, por lo tanto, es necesaria la figura de un psicólogo general sanitario.<sup>449</sup>

En la UCAM los alumnos del Grado de Psicología, reciben formación transversal sobre el final de la vida en las asignaturas de “Psicología de la Salud”, “Psicología del Desarrollo II: Adolescencia, adultez y vejez”. “Psicogeriatría (Optativa)” y en particular sobre Suicidio se habla en “Intervención en Salud Mental”. Como en el resto de grados también reciben información sobre Cuidados Paliativos, ética de la relación clínica y los aspectos éticos en la fase final de la vida en la asignatura de Ética Aplicada y Bioética de 2°.

---

<sup>449</sup> DURO MARTÍNES, J.C., DE MIGUEL, C., et al., “Discurso de los profesionales de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid sobre la atención psicológica”. *Psicosociología*, Vol. 9, N° 2-3, (2012) 467-481.

Aunque esta carrera no forma parte de las carreras sanitarias y no se imparte de momento en la UCAM, creemos necesario hacer referencia al Grado de Trabajo Social por ser fundamental en una ayuda integral a los enfermos terminales. De hecho la SECPAL creó una monografía sobre el rol del trabajador social en Cuidados Paliativos.<sup>450</sup>

De igual forma, una esfera muy importante de la persona es su espiritualidad, tal es así, que en 2004, la SECPAL crea un Grupo de trabajo sobre *Espiritualidad en Cuidados Paliativos*, los directores de este grupo fueron: Enric Benito, Javier Barbero y Alba Payás. Posteriormente, Javier Barbero ha publicado un texto llamado "El apoyo espiritual en Cuidados Paliativos". En este texto indica la dificultad de poder atender a ésta esfera de la persona, aun así, señala alguna característica (perfil) que debería tener un "consejero espiritual", entre éstas se encuentran:

- "1. Una persona que ha cultivado su vida espiritual, tanto desde el conocimiento, como desde la experiencia vivida. Tolerante con la diversidad, percibiéndola como una riqueza y no como una amenaza.
2. Buen conocedor de la tradición espiritual de su cultura, tanto desde el punto de vista religioso como desde el filosófico-ideológico.
3. Con capacidad para no huir y afrontar la angustia existencial y el desierto espiritual que en ocasiones inunda la situación de enfermedad.
4. Con capacidad para establecer una alianza terapéutica con el paciente que pueda motivar la reunión de lo disperso, la reconciliación de lo dividido y la liberación de lo alienado.
5. Dispuesto a trabajar en equipo, conociendo el lenguaje y metodología de los Cuidados Paliativos y participando como uno más en la dinámica asistencial (reuniones, proyectos...).
6. Testigo de la impotencia cuando a la pregunta que no tiene respuesta se le ofrece, al menos, una presencia significativa.
7. Con energía para convivir la espiritualidad del "equilibrio tenso", sabiendo conjugar los tiempos de la vida, armonizando necesidades y deseos, implicándose desde la empatía, pero sin perder perspectiva.

---

<sup>450</sup> AGRAFO BETANCUR, E., GARCÍA, P. (Coord.). *Trabajo Social en Cuidados Paliativos*, SECPAL, Madrid, (2015).

8. Dispuesto a formarse a fondo en estrategias de relación de ayuda – counselling.
9. Una persona sencilla capaz de desvelar la pequeñez de las cosas grandes y la grandeza de las cosas pequeñas, en un momento como el de la enfermedad terminal en el que se puede recuperar lo esencial.
10. Testigo de comunión, pues la salud espiritual remite siempre a la experiencia de comunidad.
11. Testigo de la esperanza, desde una dimensión trascendente de la vida.
12. Capaz de celebrar la vida en medio de tanto sufrimiento y muerte”.<sup>451</sup>

Una vez expuesto qué profesionales son necesarios dentro del equipo de Cuidados Paliativos, y qué competencias tienen o debieran tener; además, de asumir que puedan surgir otras necesidades en la persona enferma al final de su vida, por lo tanto la necesidad de otros profesionales, resulta necesario abordar la pregunta de si la formación reglada en Cuidados Paliativos, ayuda de veras a mejorar, a humanizar la asistencia sanitaria a la persona y su familia, dando lugar a unos cuidados de calidad impregnados de humanidad; esto parece una obviedad, pero la realidad es que no lo es. ¿Existe evidencia científica de esto o no? y ¿deben formarse ya en el pregrado o es mejor esperar al postgrado?

En un estudio exploratorio y transversal donde participaron 30 profesionales que trabajaban en unidades de Cuidados Paliativos (enfermeras, médicos, psicólogos, trabajadores sociales y nutricionistas), utilizando los instrumentos: *Inventario de Burnout de Maslach* y *Cuestionario de Estilos de Afrontamiento*. Se concluyó que el estilo de afrontamiento mediante estrategias activas era el más utilizado por estos profesionales, que no sufrían mucho burnout, esto se asocia a que habían recibido formación en Cuidados Paliativos, por lo tanto, su nivel de agotamiento también se presentaba estable frente a otros estudios con los que se había comparado, insistiendo que todo era fruto de la formación previa recibida.<sup>452</sup> Otro estudio concluye en esta línea con que “la formación en cuidados paliativos

---

<sup>451</sup> BARBERO, J. “El apoyo espiritual en Cuidados Paliativos”. Asociación de profesionales sanitarios cristianos. Disponible en <http://sanitarioscristianos.com/documentos/308.pdf> Fecha consulta: 6/2/2017.

<sup>452</sup> ALDERETE AGUILAR, C., ASCENCIO HUERTAS, L., “Burnout y afrontamiento en los profesionales de de salud en una unidad de Cuidados Paliativos oncológicos”. *Psicología y Salud*, Vol. 25, N° 1, (2015) 73-81.

repercute de manera positiva en el procesamiento emocional, la gestión del sufrimiento y el afrontamiento relacionado con el fin de la vida”.<sup>453</sup>

Es importante la formación en Cuidados Paliativos desde la etapa de pregrado, entendiendo que los conocimientos irán siendo de mayor grado si la persona pretende especializarse. Lo que es una realidad, es que cualquier profesional sanitario en el ejercicio de su profesión va a tratar a personas en fases avanzadas de enfermedad, en la fase final de su vida e incluso en su muerte; incluso se debe tratar a la familia como un todo junto a la persona enferma. Partiendo además, de que cada persona es un ser total, y no la suma de sus partes, que es mucho más; que la persona es única e irrepetible y que hay que velar en todo momento para que se mantenga su dignidad inalienable siempre, cuanto antes comience su formación creemos que es mejor.

En un encuentro que hubo en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, que contó con 60 profesionales de distintas disciplinas y de 11 países de Latinoamérica, concluyeron que el cuidado paliativo debería ser accesible a todas las personas que lo necesitaran, por ello, los estudiantes de pregrado deben adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes básicas para poder tratar a estos pacientes, y tener la capacidad de reconocer cuándo su competencia no puede cubrir las demandas de estas personas y derivarlas a otros profesionales con dichas competencias. Además, afirman, que el primer nivel de atención tiene que estar preparado para tratar a las personas en la fase final de la vida. Y que por supuesto, hay que tener en cuenta que hay que desarrollar áreas de capacitación específica para adquirir estos conocimientos.<sup>454</sup>

Otro estudio con metodología cuasi-experimental, dirigido a profesionales de la salud (enfermería, medicina, psicología, terapia ocupacional y fisioterapia), cuyos criterios de inclusión eran que los participantes fueran voluntarios y no hubieran tenido formación en Cuidados Paliativos. A partir de aquí se les dio un

---

<sup>453</sup> MARTI-GARCÍA, C., GARCÍA-CARO, M., et al. “Formación en cuidados paliativos y efecto en la evaluación emocional de imágenes de muerte”, *Med. Paliat.*, 2016 abril-junio; 23(2), 72-78.

<sup>454</sup> WENK, R., DE LIMA, L., et al., “Encuentro sobre educación de cuidado paliativo en Latinoamérica. Recomendaciones sobre enseñanza en el pregrado y en el primer nivel de atención de salud”. *Medicina Paliativa*, (2014) Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.11.002> Fecha consulta: 6/2/2017.

curso de 45 horas. Iniciaron el curso 90 personas, y 87 lo terminaron. Al principio y final del curso se les pasó la “escala de Bugen de afrontamiento de la muerte”. El 74% eran mujeres, la edad media era de 21.35 años, y el 64% eran enfermeras. Para concluir se indica que un programa adecuado de formación en Cuidados Paliativos mejora el afrontamiento de la muerte por parte de los profesionales.<sup>455</sup>

En otro estudio, unos años después se hizo un experimento similar: la muestra era un grupo de 160 estudiantes del Grado de Enfermería de la Universidad de Granada –España, matriculados en Cuidados Paliativos, al final los participantes se quedaron en 143. Añadieron otros protocolos de evaluación, como una batería de imágenes del IAPS que incluía una categoría de imágenes de la muerte, un cuestionario para determinar la homogeneidad de la muestra (DAS), otro para descartar outliers (SCL-90-R) y otro para evaluar la adquisición de competencias relacionadas con la muerte (Bugen). Hay dos grupos de estudiantes (el pre y el post), todos contestaron el DAS y cumplieron la escala Bugen de afrontamiento de la muerte. Uno de los grupos visualizó las imágenes el primer día de clase, el grupo pre; y otros las visualizó el último día de clase, el grupo post. En este estudio se demostró la importancia de la formación para adquirir la competencia de afrontamiento ante la muerte. Los resultados indican que las imágenes de muerte resultan menos activantes para aquellos alumnos que ya han cursado la asignatura de Cuidados Paliativos, estaban menos nerviosos y/o excitados al observar los estímulos visuales. Lo cual concuerda con lo obtenido en la escala Bugen.<sup>456</sup> La conclusión de otro estudio fue parecida “ un programa de formación mejora considerablemente el afrontamiento ante la muerte de los futuros profesionales de ciencias de la salud... esto procurará un incremento de la calidad asistencia en los procesos finales de vida” .<sup>457</sup>

Para concluir esta sección utilizaremos el artículo titulado “Para la humanización de la atención sanitaria: los Cuidados Paliativos como modelo”. Este artículo se base en 10 premisas básicas que debe cumplir dicho modelo para que la

---

<sup>455</sup> SCHMIDT-RIOVALLE, J., MONTOYA-JUAREZ, R., et al., “Efectos de un programa de formación en Cuidados Paliativos sobre el afrontamiento de la muerte”, *Medicina Paliativa*, Vol. 19, N° 3, (2012) 113-120.

<sup>456</sup> MARTI-GARCÍA, C., GARCÍA-CARO, M., et al., *o. c.*

<sup>457</sup> SCHMIDT-RIOVALLE, J., MONTOYA-JUAREZ, R., et al., *o. c.*



asistencia que reciba el enfermo y su familia esté impregnada de humanidad. A este mismo modelo, se añadirán algunas cuestiones básicas.<sup>458</sup>

“1º Razón. Los Cuidados Paliativos conciben la asistencia sanitaria desde un modelo centrado en la persona del paciente.

2º Razón. Nos encontramos con un modelo que trabaja desde la integridad y en contra de la parcelación de la persona.

3º Razón. El modelo de Cuidados Paliativos se lleva a cabo en interacción con el entorno y su complejidad, es decir, que se atiende al paciente, pero también a sus allegados y familia.

4º Razón. Es un modelo asistencial cuya estructura nuclear de trabajo no es el profesional por sí solo, sino el equipo y en buena coordinación con la red sociosanitaria.

5º Razón. Dados el tabú sobre la muerte, el proceso de secularización de la sociedad occidental, la técnica que posterga el final, etc., se constatan nuevas necesidades para la atención asistencial, requiriéndose otros conocimientos, competencias, profesionales y organizaciones. El modelo de los Cuidados Paliativos ha redefinido los conceptos de eficiencia, éxito y fracaso de la atención sanitaria.

6º Razón. El objetivo prioritario de la bioética no es otro que humanizar la relación asistencial y los equipos de Cuidados Paliativos, y hay que saber diferenciar los diferentes modelos bioéticos, siendo coherente con lo que anteriormente se ha expuesto.

7º Razón. Los equipos de paliativos han sabido, además, trabajar, desde la bioética total amplia (por eso es necesario conocer los diferentes modelos bioéticos y qué aportan cada uno) y desde la ética organizativa.

8ª Razón. En Cuidados Paliativos se considera la asistencia como un arte que se practica en diálogo. Lo que caracteriza al arte es la originalidad, no la copia ni la repetición.

9ª Razón. La asistencia sanitaria es vocacional o no es excelente, por ello, en los Cuidados Paliativos la vocación se pone continuamente a prueba. El encuentro personal con el otro que sufre es total o no es buen encuentro.

---

<sup>458</sup> ROMÁN MAESTRE, B. “Para la humanización de la atención sanitaria: los Cuidados Paliativos como modelo”. *Medicina Paliativa*, Vol. 20, N° 1, (2013) 19-25.

10º Razón. El profesional de Cuidados Paliativos se confronta con la búsqueda del sentido. Desde la trascendencia y/o desde la inmanencia se trata de ayudar a los pacientes a encontrar un modelo de espiritualidad que le puede ayudar a su búsqueda. El objetivo es que al final la persona acepte su condición.”

Si los Cuidados Paliativos son el modelo de humanización de la asistencia sanitaria, éste no se puede aplicar sólo a las personas que están en la fase final de su vida o cerca de su muerte; tiene que ser un modelo aplicable a toda persona, porque en la mayoría de las ocasiones a las personas no se las cura, lo que se trata es de paliar los signos o síntomas que padecen. De ahí, que dicho modelo humanístico debe ser aplicado durante todo el ciclo vital de la persona, y en cualquier nivel asistencial al cual la persona y su familia acudan.

### **3.4.3 Competencias en el área de ética y bioética en las disciplinas de Ciencias de la Salud.**

Este apartado de la tesis quedaría incompleto de no ahondar en la otra emergencia educativa que hemos señalado: la formación en ética y bioética de los futuros profesionales sanitarios, y hacer unas reflexiones sobre la misma, pues hablar de humanización es hablar de ética.

Al igual que hemos hecho con las competencias sobre la atención al final de la vida, hemos querido comprobar y recoger qué está reglamentado como formación obligatoria en cada Grado sobre formación en Ética y Bioética. Dábamos por sentado que debería aparecer, pero qué y cuánto no lo sabíamos, de ahí que hayamos ido a ver las órdenes ministeriales que reglamentan la formación obligatoria para saber qué competencias mínimas recogen y hemos encontrado muchas diferencias en los grados.

Siguiendo el mismo orden en la exposición que antes, las competencias éticas que estipulan para ellos son:

#### *Grado en Enfermería:*

“1.- Ser capaz, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas atendidas, de acuerdo con ..... los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables ; 7.- Comprender sin prejuicios a las personas,

considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional; 8. Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud-enfermedad; 12. Conocer el código ético y deontológico de la enfermería española, comprendiendo las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación;”

*Grado en Medicina:*

Según la Orden ECI/332/2008, las Competencias éticas que los estudiantes deben adquirir son:

“A)-Valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos: 1.- Reconocer los elementos esenciales de la profesión médica, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales y el ejercicio de la profesión centrado en el paciente. 2.-Comprender la importancia de tales principios para el beneficio del paciente, de la sociedad y la profesión, con especial atención al secreto profesional. 3.- Saber aplicar el principio de justicia social a la práctica profesional y comprender las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación. 4.- Desarrollar la práctica profesional con respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias y cultura. 5. -Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional, 6. Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales de la salud, adquiriendo habilidades de trabajo en equipo.”

Y las competencias específicas de la asignatura de ética médica recogidas en el Módulo Medicina Social, Habilidades de Comunicación e Investigación:

“Consentimiento informado. Confidencialidad. Conocer los fundamentos de la ética médica. Bioética. Resolver conflictos éticos. Aplicar los valores profesionales de excelencia, altruismo, sentido del deber, responsabilidad, integridad y honestidad al ejercicio de la profesión. Reconocer la necesidad de

mantener la competencia profesional. Saber abordar la práctica profesional respetando la autonomía del paciente, sus creencias y cultura”

#### *Grado en Fisioterapia*

4.” Adquirir la experiencia clínica adecuada que facilite la incorporación de valores éticos y profesionales; y que desarrolle la capacidad de integración de los conocimientos adquiridos; de forma que, al término de los estudios, los estudiantes sepan aplicarlos tanto a casos clínicos concretos en el medio hospitalario y extra hospitalario, como a actuaciones en la atención primaria y comunitaria”. 14. “Incorporar los principios éticos y legales de la profesión a la práctica, así como integrar los aspectos sociales y comunitarios en la toma de decisiones”.

#### *Grado en Terapia Ocupacional*

“A) Autonomía profesional y responsabilidad: 1. Reconocer los elementos esenciales de la profesión de terapeuta ocupacional, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales, el ejercicio profesional centrado en individuos y poblaciones, respetando su autonomía y el secreto profesional. C) Proceso de Terapia Ocupacional y razonamiento profesional. 14. Realizar la evaluación ocupacional, determinar la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones.

#### *Grado en Farmacia*

14. Conocer los principios éticos y deontológicos según las disposiciones legislativas, reglamentarias y administrativas que rigen el ejercicio profesional, comprendiendo las implicaciones éticas de la salud en un contexto social en transformación.

#### *Grado en Nutrición*

“A). Valores profesionales, actitudes y comportamientos. Reconocer los elementos esenciales de la profesión de Dietista-Nutricionista, incluyendo los principios éticos, responsabilidades legales y el ejercicio de la profesión,

aplicando el principio de justicia social a la práctica profesional y desarrollándola con respeto a las personas, sus hábitos, creencias y culturas.”

*Psicólogo General Sanitario*

“2.-Aplicar los fundamentos de la bioética y el método de deliberación en la práctica profesional, ajustándose su ejercicio como profesional sanitario a lo dispuesto en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. 11.- Conocimiento de las obligaciones y responsabilidades del personal sanitario relativas a la confidencialidad de la información y de la protección de datos personales de los pacientes.”

Como esperábamos, en todas ellas, se habla de competencias éticas, pero es muy poco a nuestro juicio lo que se explicita de ellas. En la mayoría son simplemente marcos rectores, requerimientos legales y no se ve claramente si se contempla la necesidad de una asignatura de ética en el título o no, si estas competencias éticas se adquieren a través de la experiencia en las prácticas, ... Lo que se deduce de todas es la necesidad de que los alumnos, al terminar sus estudios e incorporarse a la práctica profesional, tengan esta competencia adquirida en su proceder, que su actuar profesional sea ético. Pero la pregunta es ¿Cómo se adquieren competencias éticas? ¿Cómo se aprende a actuar bien? Hay quien no cree que la universidad pueda formar en este ámbito; piensa que en la universidad se enseñan habilidades técnicas y científicas pero el ámbito de la moralidad se forma en la vida diaria, que el alumno viene ya formado, o deformado de casa, y un curso de ética no le va a cambiar.

Es cierto que la enseñanza de la ética es diferente de la enseñanza de la biología, de la farmacología, de la anatomía... La ética es una ciencia, sí, pero una ciencia práctica y no sólo teórica. Como toda ciencia, los contenidos, principios y teorías que la conforman se pueden enseñar -y se pueden aprender-, mediante los procedimientos tradicionales de transmisión del conocimiento: clases, conferencias, seminarios, debates, etc. Pero en su faceta práctica la ética se aprende en la vida diaria: comportándose éticamente mediante la repetición de actos. Actos dirigidos por la voluntad, que se esfuerza en vencer resistencias y dificultades, y actuar bajo el gobierno de la razón. De hecho, forma parte importante de la educación que cualquier persona recibe desde pequeño y que pretende, precisamente, hacer de ella una persona completa, capaz de alcanzar su fin, algo

que será la tarea de toda su vida. Porque durante toda su vida, como ser libre que es tendrá que optar, tendrá que decidir si hace el bien que la razón le dicta o hace el mal, lo que le hará mejor o peor persona desde el punto de vista moral. Es cierto, la ética no se aprende sólo en las aulas, pero debe enseñarse en ellas.

Nunca como ahora ha sido tan urgente enseñar ética en las profesiones sanitarias, donde el avance técnico y científico, ha ido en detrimento de la relación profesional sanitario-persona.<sup>459</sup> Esta necesidad se ve reflejada en el surgimiento hace 50 años, y en el crecimiento imparable, de una nueva disciplina en el panorama científico, la Bioética,<sup>460</sup> “el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizadas a la luz de los valores y de los principios morales”. En relación a esto, Miranda y Contreras señalan “La Ética es importante... porque es valioso conocer y poner por obra las acciones que nos dirigen a la perfección, y porque es valioso conocer, esta vez para omitir, las acciones que impiden u obstaculizan nuestra realización integral”.<sup>461</sup> Y cuando nuestras acciones tienen que ver con la salud y la vida de otras personas, como es el caso de los profesionales sanitarios entonces es doblemente importante. La realidad es que la Bioética es necesaria en la práctica sanitaria porque te insta en la ética, y te provee de herramientas como son la responsabilidad, la virtud, el pensamiento deliberativo, la transparencia pública, la protección del otro como persona, etc., que se vuelven indispensables para acometer las diferentes problemáticas que se dan en el mundo, y en concreto, a nivel sanitario.<sup>462</sup>

En otro artículo de Molina Montoya se vuelve a preguntar ¿por qué estudiar bioética? Y, tras dar muchos motivos, concluye diciendo uno que nos parece importantísimo y no dicho hasta ahora porque “... estos estudiantes, durante su formación, pueden experimentar una crisis ética... el caso particular de los

---

<sup>459</sup> BÁRBARA EVIA, J. A., “Ética-bioética. Una asignatura pendiente en la formación académica del futuro profesional de la salud”. *Rev Latinoam Patol Clin Med Lab*, (2015), 62(4), 268-274.

<sup>460</sup> REICH, W. T. (coord.), Citado por SGRECCIA, E. en *o. c.*, 36.

<sup>461</sup> MIRANDA, A. y CONTRERAS, S., “El cuidado enfermero como problema ético: concepto y principios prácticos aplicados al acto de cuidado”. *Rev. Bras Enferm.*, (2014 nov-dic); 67(6), 873-880.

<sup>462</sup> SÁNCHEZ-GONZÁLEZ, M. y HERREROS, B., “La bioética en la práctica clínica”. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* (2015); 53(1), 66-73.

estudiantes de medicina que a lo largo de su carrera cambian su perspectiva moral hacia una suerte de 'ceguera moral'."<sup>463</sup>

Que los *profesionales de la salud deben recibir formación en ética y bioética* desde sus estudios de grado es algo que creemos no necesita más justificación, que cualquiera es capaz de entender y admitir, porque en su esencia, y por el hecho de que el objeto de su saber y hacer es el ser humano, son profesiones a las que se le exige más que a cualquier otras un actuar ético. A pesar de todo, siguiendo a la Dra. Paola Premoli De Marchi<sup>464</sup> daremos brevemente algunos motivos que se pueden aducir en favor del hecho de que un estudiante de Ciencias de la Salud reciba formación ética. En primer lugar, la medicina y demás profesiones sanitarias, involucran muchos tipos de acciones, la mayoría de los cuales tienen relevancia ética, o sea, se pueden definir como moralmente justas o injustas. Además, estas profesiones tienen como fines muchos bienes fundamentales del hombre (la vida, la salud, la lucha contra el dolor, la defensa de la conciencia y la integridad corporal) que como tales son moralmente relevantes y son una fuente de deberes morales. Por último, son profesiones, que cada vez más implican un alto grado de especialización, y por lo tanto implican una ética de trabajo muy peculiar, como lo demuestra la existencia de códigos deontológicos de conducta e incluso juramentos profesionales.

Estas consideraciones muestran cómo las personas que se van a dedicar a cuidar de la vida y salud de los demás deben estar bien formadas en cuestiones de *ética general*: como es la búsqueda de principios morales que les ayuden a resolver conflictos de valores y a evaluar éticamente las distintas opciones antes de actuar, deben conocer y acostumbrarse a reflexionar desde estudiantes sobre cuestiones éticas muy ligadas a su profesión como la responsabilidad, la libertad de elección, la conciencia, etc...,. Además, estas personas deberán ser instruidas en las cuestiones específicas de la *ética de su profesión*, aquella parte de la ética que tiene como objeto la actividad específica de su trabajo. Y, por supuesto, deben recibir *formación bioética* para que sepan juzgar y actuar bien en todas las cuestiones relacionadas con la vida humana.

---

<sup>463</sup> MOLINA MONTOYA., N. P., "Formación bioética en ciencias de la salud". *Cienc Tecnol Salud Vis Ocul.*, (2016); 14 (1), 117-132.

<sup>464</sup> Cfr. PREMOLI DE MARCHI, P., *Introduzione all'etica medica*. Accademia University Press, Torino, (2012).

Pero ¿Vale cualquier corriente bioética? Actualmente éste es otro grave escollo con el que tropieza la formación. En una sociedad relativista, también el relativismo ha entrado en la ética y la bioética médica, por triste que resulte admitirlo ya no hay un consenso. La prueba está en que hay bastantes médicos que argumentan y consideran ético eliminar la vida de un paciente enfermo cuando la persona lo pide voluntariamente, es decir consideran que la eutanasia es un acto médico justificado en algunas ocasiones, cuando desde el Juramento Hipocrático se afirma rotundamente como imperativo ético y deontológico para el médico de que *“nunca daré veneno a nadie, aunque me lo pidiera”*. La Bioética más difundida es la Bioética Principialista de origen estadounidense que fundamenta sus decisiones en base a los conocidos cuatro principios: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, que lógicamente resultan insuficientes cuando se aplican, al no estar fundamentados en algo anterior inamovible, en la antropología y en la ética objetiva, por lo que al final las decisiones éticas se quedan siempre en un plano subjetivo.

Por eso, a nuestro juicio, no basta la simple formación en contenidos éticos y bioéticos, pues la ética médica, la ética de todas las profesiones sanitarias, se debe basar (A) en el conocimiento de los bienes o fines que estas profesiones están llamadas a servir y (B) en el reconocimiento de la dignidad única de la persona. Por eso, es fundamental que reciban también formación en una antropología adecuada, que les permita reconocer el valor único e inviolable de todo ser humano, independientemente de su edad, raza, sexo, salud. Pero esto no es fácil, pues las humanidades generan a priori un gran rechazo en los estudiantes y no las contemplan como una base imprescindible de su formación, pues están centrados en lo biomédico.<sup>465</sup>

A nuestro juicio la solución parte de que desde el primer curso los estudiantes sean introducidos en estas materias y no esperar a cursos avanzados donde ya se ha forjado la tendencia biomédica. Hay que introducirlos desde el principio en las cuestiones éticas y antropológicas, en la bioética,<sup>466</sup> porque “no es suficiente con

---

<sup>465</sup> ABELLÁN SALORT, J. C., y MALUF., F., “De la enseñanza de la bioética a la educación bioética. Reflexiones sobre los desafíos en los posgrados en Bioética”. *Rev. Latinoam. Bioet.*, (2014 julio-diciembre); 14 (2), 52-65.

<sup>466</sup> Algunos autores proponen iniciar tempranamente con una buena estrategia de enseñanza-aprendizaje de la bioética como el estudio de caso, Cfr. PAOLA PÉREZ-



que (el profesional) sea competente y cumpla con sus deberes profesionales y legales ... esto no los convierte en profesionales excelentes. Lo que hace que sus decisiones alcancen la excelencia es la búsqueda del bien para aquellos a los que cuida". "No hay verdadera profesión donde se pone en juego la dignidad de la persona".<sup>467</sup> Por eso, la Universidad Católica de Murcia, consciente de la necesidad de la formación y crecimiento de toda la persona, ha incluido en todos sus grados un *Módulo de Educación Integral* en el que se imparten desde el primer curso materias obligatorias como Teología, Doctrina Social de la Iglesia, Ética fundamental, Bioética y Humanidades. Sin esta Bioética Integral fundamentada en la ética y la antropológica que les ayude a reconocer y respetar la "dignidad humana innegable" que todo ser humano posee, y que obliga al médico y a todo profesional sanitario a respetarla siempre y en cualquier circunstancia, no se podrá asegurar que los enfermos en fase terminal sean respetados y tratados con el respeto que se merecen.

Por último, sólo nos queda advertir, que para aprender ética médica no hay mejor medio que el ejemplo de médicos que son también verdaderos maestros. Y esto es lo mismo para cualquier profesión sanitaria. Cuenta la doctora Paola Primoli de Marchi que una vez

"alguien le preguntó al doctor Lucien Israel sobre la razón por la cual los estudiantes de medicina de hoy en día reciben cursos de ética a diferencia de los que les precedieron y, sin embargo, creen que el trabajo del médico es un trabajo como cualquier otro, y con frecuencia son insensibles a las implicaciones éticas de su profesión. La respuesta de Israel es que el sentido de la profesión médica, y por lo tanto también su aspecto ético, no se aprende en un curso sino "por el contacto con personas excepcionales".<sup>468</sup>

Por eso para aquellos que están aprendiendo a ser médicos, -enfermeros, psicólogos, fisioterapeutas, - es tan importante encontrar maestros verdaderos, que

---

POLANCO y LUIS MANUEL MONTAÑO-ZENITA. "Importancia de fomentar los semilleros bioéticos en la universidad". *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, (2017); 55(1), 104-109

<sup>467</sup> MIRANDA, A. y CONTRERAS, S., "El cuidado enfermero como problema ético: concepto y principios prácticos aplicados al acto de cuidado". *Rev Bras Enferm.*, (nov-dic 2014); 67 (6), 873-880.

<sup>468</sup> Cfr. PREMOLI DE MARCHI, P., *o. c.*

---

combinen competencia profesional y una actuar excelente desde el punto de vista moral. La búsqueda de estos maestros puede llevar tiempo, pero no deben descuidarla. Y para aquellos los que les enseñan, recordar que una acción suya vale más que 100 clases.

## Capítulo IV. HIPÓTESIS.



## HIPÓTESIS

- I. El paciente en fase terminal de enfermedad es una persona que necesita una atención integral y digna que, en la actualidad, en nuestro medio, no tiene.
- II. Las actitudes de los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Murcia, ante la atención a las personas al final de la vida y ante la muerte, son negativas, de evitación y rechazo.
- III. El tema de la muerte y el morir está escasamente presente en la formación de los estudiantes de los Grados de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Murcia.



## Capítulo V. OBJETIVOS





### **5.1.1 Objetivo general de la investigación teórica:**

- I. Aportar desde la reflexión bioética, una aproximación a la humanización de la sociedad y de la asistencia sanitaria, investigando en qué consiste realmente la atención integral y digna a las personas con enfermedades avanzadas e incurables que se enfrentan a la muerte en un corto espacio de tiempo.

### **5.1.2 Objetivos generales de la investigación empírica:**

- I. Indagar en la preparación de los futuros profesionales sanitarios de la UCAM en relación a la atención que deberán prestar a los enfermos en fase terminal, desde el punto de vista humano y ético.
- II. Explorar el modo de pensar y sentir de los estudiantes de Ciencias de la Salud de la UCAM, sobre la atención que deberán prestar a los enfermos en fase terminal, a través del estudio de diversas variables y del análisis estadístico de posibles relaciones significativas entre ellas.

## **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

### **5.2.1 Objetivos específicos de la parte teórica:**

- I. Realizar una descripción y aproximación a la situación de enfermedad terminal desde la óptica del enfermo incurable, de la familia, del personal sanitario y de la sociedad.
- II. Llevar a cabo una reflexión ética sobre las diferentes conductas que se pueden seguir en la atención al enfermo en situación terminal para identificar la que es integral y se adecúa a su dignidad.

- III. Exponer las diferentes medidas que deberían ser aportadas desde la sociedad, la política, la sanidad y la educación, para favorecer y hacer posible dicha asistencia integral y digna a estos enfermos y a sus familias.
- IV. Mostrar la misión evangelizadora de la Iglesia en el mundo de la enfermedad terminal.
- V. Presentar las competencias estipuladas sobre este ámbito de formación en los distintos Grados de Ciencias de la Salud

### 5.2.2 Objetivos específicos de la parte empírica:

- I. Conocer si en la Universidad Católica de Murcia se aborda el tema la muerte en la formación de los alumnos de Ciencias de la Salud.
- II. Conocer y valorar, en los estudiantes de ciencias de la salud, sus actitudes ante la muerte y sus actitudes ante la asistencia a los enfermos en la última fase de su vida.
- III. Conocer en los alumnos del último curso su grado de satisfacción por la formación recibida en este campo, y si se sienten preparados para atender a los enfermos terminales desde el punto de vista emocional y asistencial.
- IV. Conocer en los alumnos del último curso su disposición o deseo de trabajar en su futuro laboral con enfermos en situación terminal de enfermedad.
- V. Identificar relaciones entre las actitudes ante el final de la vida y la muerte y las otras variables estudiadas: logro de sentido de la vida alcanzado, fe y religiosidad.
- VI. Valorar, en las opiniones de los alumnos de 4º curso, la repercusión de las enseñanzas recibidas en la asignatura de Ética y Bioética.

## Capítulo VI. MATERIAL Y MÉTODO



## MATERIAL Y MÉTODO.

### 6.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

La población objeto de estudio son los alumnos de primer y último curso de las titulaciones de Grado del área de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Murcia en el curso 2014/2015. En concreto: Grado en Medicina, Grado en Enfermería, Grado en Fisioterapia, Grado en Farmacia, Grado en Nutrición, Grado en Terapia Ocupacional y Grado en Psicología.

En el Grado en Medicina, son alumnos de 1er y 3er curso, ya que la primera promoción de este grado cursaba el tercer curso de la carrera. Se incluyó en el estudio porque en el momento de la recogida de información dichos alumnos ya habían cursado las asignaturas del Módulo de Educación Integral: Teología, Humanidades, Ética Médica y Bioética.

En el Grado en Farmacia sólo participan alumnos de 1°. Sólo existía otra promoción en el 2° curso de la carrera que no había cursado aún las asignaturas del Módulo de Educación Integral.

En el resto de Grados son alumnos que cursan 1° y 4° curso.

La población total son 1731 estudiantes, de los que se obtiene una muestra válida de 492 participantes. Se explica más adelante todo lo referido a ella.

	1º	3º	4º	Total
Medicina	119	82		201
Enfermería	277		428	705
Psicología	144		78	222
Fisioterapia	185		140	325
Nutrición	33		132	165
Terapia Ocupacional	10		37	47
Farmacia	66	82		66
	834	82	815	1731

Toda la población fue invitada a participar voluntariamente en el estudio a través del correo electrónico institucional, al que se le enviaron las instrucciones y el link de acceso a la encuesta. Es, por tanto, una encuesta autoadministrada por internet.

Los criterios de inclusión es estar matriculado en alguna asignatura de 1º o 4º curso de los Grados de Ciencias de las Salud de la UCAM antes referidos, en el curso académico 2014-2015. En el caso del Grado en Medicina es 3º en vez de 4º.

Los criterios de exclusión son dos:

- Haber sufrido la pérdida de un familiar o alguien muy querido en los últimos seis meses, para evitar el sesgo de la influencia del proceso de duelo en los resultados.
- Estar diagnosticado de algún tipo de trastorno depresivo por un médico, por la influencia negativa de esta circunstancia en las respuestas.

Ambos son criterios de exclusión, y de autoexclusión, pues son conocidos por el alumno al inicio de la encuesta. En los ítems 7 y 8 del cuestionario se les pregunta por estas circunstancias y se le invita a que no siga contestando si la respuesta es afirmativa, porque, con mucha seguridad, no va a ser tenida en cuenta su opinión. Muchos dejaron de contestar en ese momento, pero otros siguieron adelante. Al final, en la depuración de la muestra se eliminaron, por estos motivos, 27 alumnos de 1º y 25 alumnos de 4º que habían contestado la encuesta completa.

## 6.2 INSTRUMENTO PARA LA RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN. (ANEXO 1)

### 6.2.1 Tipo de cuestionario

La recogida de información se hizo a través de una encuesta por internet que fue enviada al correo electrónico institucional de cada alumno. La participación en la misma fue incentivada con el sorteo de un Notebook Android.

### 6.2.2 Procedimiento de elaboración del cuestionario

#### a) Contenido del cuestionario:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos (Medline y Dialnet...) de los trabajos e investigaciones publicados relacionados con nuestra

temática. Los criterios de búsqueda fueron: encuestas, estudiantes, muerte, enfermedad terminal, final de la vida y sus correspondientes en inglés (surveys, students, death, terminal illness, end of life, Medical students, nursing students)

Tras el análisis del abundante material encontrado hemos diseñado nuestro instrumento de recogida de datos, incluyendo en el mismo, cuestionarios utilizados en otras investigaciones -por su validez y fiabilidad ya contrastada-, y cuestionarios de elaboración propia, que nacen de la singularidad de esta investigación.

Los cuestionarios que hemos tomado de otras investigaciones son:

*1.- CUESTIONARIO SOBRE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS QUE DEBEN RECIBIR LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL*

Es un cuestionario que consta de 10 preguntas con un total de 41 subpreguntas, pues tiene 4 escalas tipo Likert. Para su confección se han extraído casi todas de dos encuestas realizadas por el C.I.S.<sup>469</sup> en los años 2002 y 2008.

Hemos optado por usar estas fuentes para las preguntas de nuestro cuestionario por estar ya comprobada su validez y confiabilidad y para evitar usar preguntas parciales o tendenciosas, elaboradas por nosotros, que influyeran en las respuestas de los alumnos. Se han elegido las preguntas más relacionadas con el objeto de nuestra investigación, modificándose algunas de ella. Por ejemplo, en vez de preguntar "si se está de acuerdo con que exista una ley que autorice determinada práctica", hemos preguntado directamente "si se está de acuerdo con que se realice dicha práctica". El objeto ha sido centrarnos en el plano ético en vez de en el legal, pues lo que pretendemos valorar son las opiniones, los conocimientos, las actitudes éticas de los estudiantes.

Las preguntas tomadas de las encuestas realizadas por el CIS versan sobre el derecho del paciente a ser informado, la conformidad ante determinados tratamientos a pacientes en fase terminal, su opinión ante diversas cuestiones relacionadas con la eutanasia y la muerte digna, las razones por las que un enfermo en fase terminal puede pedir que se acabe con su vida, la respuesta médica más adecuada a un enfermo que solicita la eutanasia y su conformidad con el recurso a

---

<sup>469</sup> Cfr. Centro Investigaciones Sociológicas, *Estudio n° 2.803: "Atención a pacientes con enfermedades en fase terminal"*, (mayo-junio 2009) y *Estudio n° 2.451: "Actitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia"* (abril-mayo 2002).

la eutanasia, el suicidio asistido y su disponibilidad a participar personalmente en ellos. Finalmente, se les pregunta si han vivido de cerca la experiencia de la muerte de alguna persona próxima y querida como consecuencia de alguna enfermedad irreversible en cuya fase final tuvo mucho sufrimiento.

Sólo hay una escala de elaboración propia de 8 preguntas sobre la dignidad humana que hemos visto necesario incluir por ser un tema sobre el que los alumnos reciben formación en nuestra universidad, con la intención de valorar si los participantes en el estudio tienen una correcta comprensión de la dignidad de la persona humana al ponerla en relación con el sufrimiento, la enfermedad, la incapacidad para tomar decisiones libres, las limitaciones físicas o psíquicas y la autodeterminación.

### *2.- CUESTIONARIO SOBRE LAS CONDICIONES PARA MORIR EN PAZ*

Es un cuestionario realizado por Bayés y Limonero (1999)<sup>470</sup> que investiga las condiciones que, a juicio de los participantes en el estudio, son necesarias para morir en paz. Se trata de una escala Likert de 11 preguntas en las que se exponen aspectos que ayudarían a morir en paz y las respuestas pueden ir desde no me ayudaría nada con una puntuación de 1, hasta me ayudaría muchísimo con una puntuación de 5.

Hay dos preguntas al final sobre los dos aspectos que más le ayudarían a morir en paz de los anteriormente vistos. Ha sido utilizado en otras tesis doctorales<sup>471</sup>.

### *3.- CUESTIONARIO DE OPINIONES SOBRE LA PROPIA VIDA (PURPOSE IN LIFE TEST PIL-REDUCIDO)*

El PIL Test (Purpose in life test) es el instrumento para la medida del sentido de la vida -desde claves logoterapéuticas- más utilizado hoy en día a efectos de investigación. Desarrollado por Crumbaught y Maholick en 1964, es un test cuyo

---

<sup>470</sup> BAYÉS, R., LIMONERO, J. T et al, "¿Qué puede ayudarnos a morir en paz?". *Medicina clínica*, Vol. 115, N° 15, (2000), 579-582.

<sup>471</sup> COLLET BRUNET, R., *Análisis de las Actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña*, dirigida por LIMONERO GARCÍA J., del departamento de Psicología Básica, Evolutiva i de l'Educació, de la Universitat Autònoma de Barcelona (2005).



objetivo es evaluar el “sentido de la vida” o su contraparte “vacío existencial” a través de una estructura cuantitativa y cualitativa. Es un test que ha sido validado en países de varios continentes y en España en varias ocasiones por Noblejas de la Flor, M.A., (1994, 2003, 2011), Risco (2009) García Alandete, Joaquín (2012), confirmando su validez interna.

La versión española de la parte A, del Purpose in life test (PIL), se trata de una escala compuesta por 20 ítems, con categorías de respuesta de 1 a 7. Las categorías 1 y 7 tienen anclajes de respuesta específica para el enunciado de cada ítem y la categoría 4 representa una posición neutra. Sumándose los valores numéricos que la persona selecciona, las puntuaciones pueden oscilar entre 20 y 140 puntos.

Para nuestro estudio hemos recurrido a una versión breve del 2002 en el que se toman los 10 ítems más discriminantes.<sup>472</sup> a los que hemos añadido otros dos (3 y 15) por estar relacionados especialmente con nuestra investigación. Por lo que el cuestionario que hemos utilizado está formado por 12 ítems, con 6 respuestas cada uno, y las puntuaciones que se obtienen oscilan entre 12 y 72 puntos. Aunque a la hora de analizar los resultados del test se puede hacer en función de diferentes factores: propósito en la vida, satisfacción, logro de metas, autorrealización, ..., en nuestra investigación sólo tendremos en cuenta la puntuación total del PIL obtenida por cada participante.

Las puntuaciones del PIL indican mayor sentido de la vida cuanto más altas son. La interpretación, para el PIL, siguiendo el criterio de Crumbaugh y Maholick (1969) que tiene 20 ítems, es la siguiente: una puntuación inferior a 90 indica la falta de un claro sentido, puntuación entre 90 y 105 denota indefinición respecto al sentido de la vida y una puntuación superior a 105 significa presencia de metas y sentido de la vida. Su puntuación máxima es de 140 y la mínima es de 20.

---

<sup>472</sup> Fuente: Pedro Morales adaptación-traducción (para uso académico) DE CRUMBAUGH, JAMES C. AND MAHOLIC, LEONARD T. *Manual for The Purpose in Life Test*. Brookport, Illinois: Psychometric Affiliates (1969). (en el original inglés las respuestas son 7 en vez de 6 y hay 20 ítems en vez de 10). Esta es una versión breve del 2002 en la que se han tomado los 10 ítems más discriminantes. Se ha extraído de MORALES VALLEJO, P., “Cuestionarios y Escalas”, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales Universidad Pontificia Comillas, Madrid, (12/4/2013). En <http://web.upcomillas.es/personal/peter/otrosdocumentos/CuestionariosyEscalas.doc>. Día de consulta 10/4/15.

Hemos seguido el mismo criterio de Crumbaugh y Maholick para la interpretación de nuestro cuestionario, tras adecuarlo al menor nº de ítems (12 ítems, en vez de 20). Nuestro criterio de interpretación es: puntuaciones inferiores a 46 indican falta de sentido de la vida (vacío existencial), entre 46 y 54 denotan una zona de indefinición con respecto al sentido de la vida y superiores a 54 indican presencia de metas y sentido de la vida. Entendemos que estas tres categorías son aproximadas y sólo tienen validez en nuestro estudio con fines metodológicos para poder ver relaciones con otras variables. No puede dárseles más valor al no haber validado este test previamente en nuestra población, ni haber encontrado otras investigaciones que lo hayan hecho con las variables concretas que nosotros hemos utilizado. Sólo sabemos que, en términos generales, a mayor puntuación total en el PIL, mayor logro de sentido de la vida, y, al contrario, a menor puntuación, menor logro de sentido de la vida (indefinición respecto al sentido y, en su extremo inferior, vacío existencial).

*4.- PERFIL REVISADO DE ACTITUDES ANTE LA MUERTE DE GESSER, WONG Y REKER. (PAM-R)*

Perfil revisado de Actitudes ante la Muerte —PAM-R— es un instrumento multidimensional de medida de las actitudes hacia la muerte desarrollado por Gesser y otros (1987-1988).

El PAM-R consiste en 5 dimensiones derivadas factorialmente e independientes entre sí. Las cinco dimensiones se explican de la siguiente forma:

- *Aceptación de acercamiento* (10 ítems), estaría relacionada con la visión de la muerte como la puerta hacia una vida feliz después de la misma.
- *Miedo a la muerte/proceso de morir* (7 ítems), hace referencia a pensamientos y sentimientos negativos respecto a la muerte.
- *Aceptación de escape* (5 ítems), relacionada ésta con la idea de la muerte como el escape de una existencia dolorosa.
- *Evitación de la muerte* (5 ítems), donde evitación hay que entenderla como un mecanismo de defensa que mantiene la muerte fuera de la consciencia, como una dificultad para afrontar los pensamientos de la muerte, de modo que la conducta se puede ver afectada.
- *Aceptación neutral* (5 ítems), relacionada con la visión de la muerte como una realidad que ni se teme ni se le da la bienvenida.

Cada uno de los 32 ítems se valora en una escala tipo Likert del 1 al 7, en la dirección de totalmente en desacuerdo (1), a totalmente de acuerdo (7). Para cada dimensión se calcula una puntuación media, dividiendo la puntuación total de la misma (la suma de los diversos ítems) por el número de ítems que la forman.

Variable Nominal. Actitud ante la muerte		
Variable Conceptual: La actitud ante la muerte son todas aquellas ideas, creencias y conductas que el individuo manifiesta ante el hecho de morir.		
Dimensiones	Indicadores	Ítems
Miedo a la muerte	Miedo	1 , 18
	Ansiedad	2 , 7
	Temor ante lo desconocido	20,21,32
Aceptación de escape	Percepción negativa de la vida	5,9,23,29
	Falta de afrontamiento	11
Evitación de la muerte	Evita pensamiento sobre la muerte	3,10,12, 19,26
Aceptación Neutral	Aceptación de la muerte como un hecho natural	6,14,24
	Indiferencia ante la muerte	17,30
Aceptación de acercamiento	Creencia en el cielo, en Dios y en otra vida mejor	4 , 15
	Existencia de un lugar mejor	8,13,25,22
	Creencia de otra vida mejor	16,27,28,31

Hemos elegido este instrumento por su validez y confiabilidad que se demuestra al haber sido utilizado en numerosas investigaciones.<sup>473</sup>

<sup>473</sup> TALAVERA MEDINA, C. Director de la Tesis Doctoral: POVEDA, J. *Actitudes ante la muerte en estudiantes universitarios: un estudio comparativo*. Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría Universidad Autónoma de Madrid. (2010). Unpublished; CAMBRÓN SÁNCHEZ, M. E., & RODRIGUEZ ESTRADA, A. I. *Actitud ante la muerte de los estudiantes del cuarto año de la licenciatura en Nutrición de la Universidad Autónoma del estado de México durante el periodo febrero-julio 2012*. (2013); SIRACUSA, C, F., Director de la Tesis Doctoral: CRUZ QUINTANA, F., PÉREZ MARFIL, M.N., *Educación para la muerte*. De 8 a 12 años. Propuesta de programa educativo. Universidad de Granada (2010); MOYA, F., Director de la Tesis Doctoral: BARCIA SALORIO, D., *Ansiedad ante la muerte en el sujeto anciano*. Universidad Católica de Murcia (2007).

### 5.-CUESTIONARIO CON VARIABLES ESPIRITUALES-RELIGIOSAS

Se trata de un breve cuestionario de 5 preguntas extraídas de una encuesta realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)<sup>474</sup>, sobre *Actitudes y creencias religiosas* en enero de 2002.

Aclaración: Hemos distinguido las variables espiritualidad y religiosidad porque no significan lo mismo.

*Espiritualidad* según la RAE es naturaleza y condición de espiritual. Y por espiritual se entiende la cualidad de ser espiritual, no físico, no material. Es lo que tiene que ver con la dimensión específicamente humana, por la que el hombre es hombre, un ser con inteligencia y voluntad libre, capaz de entrar en relación con otros y con el mundo, por la que es capaz de trascendencia. Todo hombre es espiritual, es trascendente, aunque no todo hombre es religioso.

*Religión* según la RAE es el conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto. Profesión y observancia de la doctrina religiosa. La religiosidad es posible porque los seres humanos somos seres espirituales, pero no todos los hombres son religiosos; algunos se definen ateos.

En estas cinco preguntas se indaga sobre el grado de espiritualidad del alumno, si cree en la vida después de la muerte, sobre cómo se define en términos religiosos, si es practicante, la frecuencia con la que asiste a oficios religiosos y su grado de religiosidad autopercebida.

Junto a estos cuestionarios que hemos extraído de otras investigaciones que tienen una validez y fiabilidad contrastada, hemos realizado tres cuestionarios de elaboración propia:

### 6.- CUESTIONARIO DE METAS Y MOTIVOS EN LA ELECCIÓN DE LA CARRERA

Es un cuestionario de 3 preguntas de elaboración propia, con una escala de 15 subpreguntas. Para la realización de la escala sobre *metas y motivos de elección de la carrera* hemos tomado como base un cuestionario realizado por Elena Gámez

---

<sup>474</sup> Centro Investigaciones Sociológicas, *Estudio n° 2.443: "Actitudes y creencias religiosas"* (enero 2002).

e Hipólito Marrero del Departamento de Psicología Cognitiva, Social y Organizacional de la Universidad de la Laguna, que consta de 30 ítems.<sup>475</sup> Nuestro cuestionario tiene sólo 15 ítems de los que se extraen 3 tipos de metas o motivos de elección de la carrera.

TIPO DE INTERES	ITEMS
Académico: (A):	1, 6, 7, 14, 15 (7 y 14 de saturación negativa)
Humanitario, ayuda: (H):	2, 4, 8, 12, 13
Alcanzar un Estatus Social: (ES):	3, 5, 9, 10, 11

Hemos seleccionado aquellos ítems que nos parecían más interesantes de la escala original y hemos añadido alguno con vistas a que el número de ítems por motivo o indicador, sea el mismo.

Aunque en un principio nuestro objetivo era conocer las metas y la motivación de los alumnos que estudian los grados de ciencias de la salud en la UCAM, finalmente no se ha sacado de él ninguna variable de investigación ya que desconocemos su validez y fiabilidad, pero lo hemos mantenido en el cuestionario porque nos parece una manera atractiva para que los estudiantes comiencen a contestar el cuestionario en vez de empezar directamente con preguntas que tienen que ver con el final de la vida. Para los alumnos de 3º y 4º hay además otra pregunta sobre si volverían o no a elegir estos estudios ahora.

#### *7.- FORMACIÓN RECIBIDA EN LA UCAM SOBRE EL MORIR Y LA MUERTE*

Sólo para estudiantes del último curso de los grados en CCSS o de 3º en el grado en Medicina. No han participado alumnos del grado en Farmacia por estar la primera promoción en 2º curso y no haber cursado aún las asignaturas del Módulo de Educación Integral, que sí lo habían hecho los alumnos de 3º del grado en Medicina. Hay una sección exclusivamente para alumnos del último curso de Enfermería que investiga su formación práctica en esta área.

<sup>475</sup> Gámez, E. & Marrero, H. (2000). "Metas y motivos en la elección de la carrera de Psicología". *Revista Electrónica de Motivación y Emoción, R.E.M.E.* 3 (5-6), en <http://reme.uji.es/articulos/agomee1071912100/texto.html>. Día de consulta 12/5/15.

Es un cuestionario de 9 preguntas de elaboración propia, que incluye una escala de 4 subpreguntas: 12 subpreguntas en total. La escala nos servirá para extraer en el análisis dos nuevas variables de investigación sobre la satisfacción general del alumno.

Las 10 primeras subpreguntas van dirigidas a los alumnos de todos los grados sanitarios y nos ayudan a averiguar si abordan el tema de la muerte en sus carreras en alguna asignatura, la importancia que creen tienen los Cuidados Paliativos en la misma, la percepción que los alumnos tienen sobre su grado de preparación emocional y asistencial a la hora de atenderlos profesionalmente, y la satisfacción con la formación recibida sobre el final de la vida. Las cuatro últimas preguntas van dirigidas a alumnos de Enfermería que presumiblemente en el prácticum de su carrera tienen la oportunidad de atender a enfermos terminales y se les pregunta por esta experiencia.

#### *8.- PERSPECTIVAS PARA EL FUTURO*

Sólo para estudiantes del último curso de los grados en CCSS o de 3º en el grado en Medicina.

Consta de dos preguntas: una sobre el deseo de trabajar en un futuro con enfermos en fase terminal y otra sobre su deseo de seguir formándose en Cuidados Paliativos.

Dada la cantidad de preguntas y el tiempo que requería su contestación, vimos necesario dividir el cuestionario original en dos, e incluir en ambas una misma pregunta: un código propio que sólo el encuestado conoce. Este código propio nos ha permitido unir las dos partes del cuestionario a la hora de hacer el análisis de los resultados y tomar sólo aquellos alumnos que han contestado ambas, o lo que es lo mismo, todo el cuestionario. De este modo creemos haber favorecido la cumplimentación, aunque se ha dificultado mucho la obtención de la muestra válida para el estudio, al tener que unir ambas partes en cada alumno.

El cuestionario también incluye al final de las preguntas sociodemográficas (Grado, curso, sexo y fecha de nacimiento) una pregunta sobre si el alumno está diagnosticado de algún tipo de trastorno depresivo, y otra sobre si ha sufrido la

pérdida de un familiar o alguien muy querido en los últimos 6 meses. El objeto de estas dos preguntas es detectar los casos de exclusión.<sup>476</sup>

#### **b) Formato informático utilizado**

Hemos informatizado los cuestionarios en la plataforma WEB “*LimeSurvey*”, que nos ha sido proporcionada por el servicio de informática de la universidad. Su elección se ha basado en los siguientes motivos:

- El principal de carácter ético: asegurar *el anonimato en las respuestas* de los participantes. La aplicación separa los resultados de las informaciones personales que podrían identificarlos (DNI, Email...). Esta circunstancia era crucial ya que el principal hándicap que presenta esta investigación, al incluir datos sensibles (opiniones éticas, religiosas...) y ser realizada en la misma comunidad universitaria de los investigadores, es que los sujetos no quieran participar por temor a que sus respuestas puedan ser conocidas, o que participen y sus respuestas no se correspondan con la verdad. La informatización de la encuesta con esta plataforma nos ha evitado este problema, al asegurar que los investigadores no pueden llegar a saber lo que contesta cada participante.
- *Evitar el peligro de pérdida de datos o fuga de la información*, pues al recoger y custodiar toda la información en el servidor y banco de datos de la propia universidad, los datos no han estado al alcance de agentes externos, como puede ocurrir cuando se utilizan otras plataformas de fácil acceso y manejo como la que ofrece Google Drive, donde los datos no son custodiados exclusivamente por los investigadores, no siendo por tanto confidenciales, ni se desvinculan de sus datos personales por lo que las respuestas tampoco son anónimas. Con la aplicación Limesurvey para realización de cuestionarios

---

<sup>476</sup> Para mayor transparencia en la exposición del proceso, hay que relatar que, en un principio, se diseñó una investigación que incluía también a profesores de Ciencias de la Salud y a Tutores Personales. Cada una de las poblaciones tenía una encuesta distinta, aunque todas compartían elementos comunes. Se envió también la encuesta correspondiente a profesores y tutores, y tenemos recogidas las respuestas de los mismos, pero no se han analizado. Dada la cantidad de información recogida con los alumnos, hemos decidido profundizar en el análisis de los datos aportados por ellos y dejar los otros resultados para analizarlos más adelante como futura línea de investigación.

hemos asegurado tanto *el anonimato* como *la confidencialidad de los resultados*.

- Otra ventaja de la aplicación es que permite crear una tabla de encuestados/as para la encuesta, de modo que *sólo pueden responder las personas que presenten una contraseña*. En este caso la contraseña que hemos asignado a cada alumno es su DNI sin la letra.
- *Ha facilitado bastante la realización* de la investigación, pues con la aplicación informática hemos obtenido los datos recopilados directamente en *hojas Excel*, algo necesario dado el elevado número de variables que hemos investigado.
- Creemos también que ha *facilitado la cumplimentación* el hecho de ser cuestionarios informatizados y no en papel y, por otra parte, *la participación ha sido totalmente libre*, pues los alumnos no se han sentido coaccionados como podría ocurrir si la hubiéramos realizado en el aula aprovechando una hora de clase.
- Por último, dado que participar ha tenido como compensación entrar en el sorteo de una Notebook Android, *cada alumno ha podido enviar el cuestionario una sola vez*, aunque sí ha podido cumplimentarlo en diferentes momentos guardando los datos previamente. El que haya una sola encuesta por alumno *aumenta la validez de los datos que hemos obtenido*.

### 6.2.3 Valoración por el Comité de Ética de la UCAM

Una vez construido el cuestionario original y antes de su informatización, se solicitó la *autorización y valoración del Comité Ético de la Universidad Católica de Murcia* (Anexo 2) para aportar transparencia, rigor y calidad ética al proceso.

Creímos necesaria dicha valoración por tratarse de una investigación realizada en su universidad, que recoge información sobre la formación recibida en la misma y se acopian datos de carácter sensible, como son las opiniones éticas y religiosas de los participantes. Tras recibir el informe favorable del Comité Ético (Anexo 3), se han informatizado los cuestionarios, para que la validación de los mismos por un grupo de expertos se hiciera en el formato definitivo.



#### 6.2.4 Validación del cuestionario.

La validación de la encuesta se hizo a través de un *Grupo de Expertos*.<sup>477</sup>

Los expertos han sido seis miembros del Comité de Ética Asistencial del Área de Salud II del Servicio Murciano de Salud (Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena), siete profesores, uno de cada una de las titulaciones estudiadas, y trece alumnos, uno de cada uno de los cursos y grados investigados. Los alumnos han sido recomendados por profesores de sus títulos, dada su valía personal y responsabilidad. El resto de expertos son todas personas conocidas por la doctoranda o por los directores de la tesis. Tras explicarles personalmente lo que se pretendía, y ellos aceptar, se les ha enviado por correo electrónico el enlace con las encuestas informatizadas y un documento Word que debían cumplimentar con la información necesaria para la validación. El plazo propuesto en un principio a los mismos para esta tarea fue de un mes, 15 días para cada cuestionario, pero finalmente se dilató hasta dos meses y medio para poder recoger los informes. De las veintiséis personas a las que enviamos cuestionarios sólo dieciocho enviaron el informe de validación cumplimentado y unos pocos estaban incompletos.

Los expertos han valorado para cada una de las preguntas y para el cuestionario en su totalidad: la *pertinencia* (si los ítems o preguntas contribuyen a recoger información relevante a los objetivos de la investigación) y la *adecuación* (si la pregunta o el instrumento están adaptados a las personas a las que va dirigido). Para realizar la valoración, el informe de validación ha llevado adjunta una escala de pertinencia de 1 a 5 en cada una de las preguntas de la encuesta, otra escala igual para la adecuación, y un espacio para comentarios o aportaciones para cuando las consideraran no adecuadas o no pertinentes. Finalmente hemos preguntado por la pertinencia y la adecuación global del cuestionario, así como por el tiempo que han empleado en contestar el cuestionario on-line exclusivamente. En el Anexo 4 se puede ver un ejemplo del informe utilizado.

El análisis de los ítems se ha hecho haciendo la media de la puntuación obtenida: si es superior a 3 es un ítem bien considerado, si es inferior a 3 hemos tenido en cuenta y valorado los comentarios y propuestas de mejora que se nos han

---

<sup>477</sup> El método seguido para la validación es el expuesto por el Prof. Tiberio Feliz Murias, UNED, 2010 en <https://www.youtube.com/watch?v=C7S5ImJZhvo> Día de consulta 8/4/14.

hecho. De este modo hemos eliminado los ítems considerados no pertinentes, se han modificado otros para hacerlos más adecuados y ha quedado concretado el contenido del cuestionario en dos encuestas:

- La 1ª encuesta tiene 24 preguntas. De éstas, 6 son escalas que contienen varias subpreguntas, por lo que podríamos considerar que en realidad el primer cuestionario tiene 77 preguntas, que a la hora de realizar el análisis estadístico se han concretado en 35 variables de investigación.
- La 2ª encuesta tiene 33 preguntas, que al ser dos de ellas escalas con varias subpreguntas, en realidad contiene 63 preguntas de las que hemos obtenido 28 variables de investigación.

El cuestionario total (ANEXO 1) tiene, por tanto, 57 preguntas, 140 subpreguntas, de las que se han concretado 63 variables de investigación. Las variables se describen a continuación.

### **6.2.5 Fiabilidad o consistencia interna de los ítems del cuestionario: $\alpha$ de Cronbach**

Según George y Mallery<sup>478</sup> la fiabilidad o consistencia interna de un instrumento de medida se refiere a que éste produzca los mismos resultados cada vez que sea administrado a la misma persona y en las mismas circunstancias. Así, el instrumento de medida se puede considerar fiable si, con independencia de quién y cómo lo administre, se obtienen resultados similares.

El  $\alpha$  de Cronbach permite medir el grado de fiabilidad de un instrumento cuyos ítems están medidos a través de una escala tipo Likert, analizando la correlación media de cada ítem con todas los demás que integran dicho instrumento.

Cuanto más cerca se encuentre el valor del  $\alpha$  de Cronbach de 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. En concreto, como nivel umbral para considerar que una escala es fiable se considera el criterio estándar de Nunnally y

---

<sup>478</sup> GEORGE, D., MALLERY, P., *SPSS/PC+ step by step: A simple guide and reference*, Wadsworth Publishing Company, Belmont (1995).

Bernstein:  $\alpha > 0.70$ . Como criterio general, George y Mallery sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar el valor del  $\alpha$  de Cronbach:<sup>479</sup>

- $\alpha$  de Cronbach  $> 0.9$  es excelente
- $\alpha$  de Cronbach  $> 0.8$  es bueno
- $\alpha$  de Cronbach  $> 0.7$  es aceptable
- $\alpha$  de Cronbach  $> 0.6$  es cuestionable
- $\alpha$  de Cronbach  $> 0.5$  es pobre
- $\alpha$  de Cronbach  $< 0.5$  es inaceptable

La siguiente tabla muestra el valor del  $\alpha$  de Cronbach para cada una de las escalas que se analizan en este trabajo:

Escala	Alfa de Cronbach	Nº elementos
Test PIL	0.870	12
Actitud ante la muerte	0.885	32
Miedo ante la muerte	0.881	7
Evitación de la muerte	0.929	5
Acercamiento a la muerte	0.946	10
Escape de la muerte	0.847	5
Aceptación neutral de la muerte	0.731	5
Condiciones para tener una muerte en paz	0.759	11
Motivos por los que ha elegido la carrera	0.500	15
Dignidad humana	0.560	8
Opinión sobre la eutanasia y la muerte digna	0.802	15

Como se puede comprobar, tan solo dos de las once escalas consideradas (“Motivos por los que ha elegido la carrera” y “Dignidad humana”) tienen un valor del  $\alpha$  de Cronbach inferior a 0,7, y otras dos (“Aceptación neutral de la muerte” y “Condiciones para tener una muerte en paz”) presentan un valor del  $\alpha$  de Cronbach entre 0,7 y 0,8.

<sup>479</sup> GEORGE, D., MALLERY, P. *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference* (4ª ed.), Allyn & Bacon, Boston (2003) 231, y NUNNALLY, J.C. Y BERNSTEIN, I.H. *Psychometric theory* (3ª ed.), McGraw Hill, New York (1994), citados por FRÍAS-NAVARRO, D., “Apuntes de SPSS”, Universidad de Valencia (2014) en <https://www.uv.es/friasnav/ApuntesSPSS.pdf>. Fecha consulta: 16/5/2015.

La consistencia interna de las otras siete escalas se puede calificar de buena ( $\alpha$  de Cronbach  $>0,8$ ) o excelente ( $\alpha$  de Cronbach  $>0,9$ ).

### 6.2.6 Descripción de las variables

Las variables que se han estudiado en la investigación son:<sup>480</sup>

#### A. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. Grado. Una variable Nominal, con 7 valores: 1- "Grado en Medicina"; 2- "Grado en Enfermería"; 3- "Grado en Psicología"; 4- "Grado en Fisioterapia"; 5- "Grado en Terapia Ocupacional"; 6- "Grado en Farmacia"; 7- "Grado en Nutrición".
2. Curso: Variable cualitativa ordinal, con 3 valores: 1- "1º"; 2- "4º"; 3- "3º". Respuesta a la pregunta: "¿A qué curso pertenecen la mayoría de asignaturas en las que está matriculado?"
3. Sexo: Variable nominal, con 2 valores: 1- "Hombre"; 2- "Mujer"
4. Edad: Variable cuantitativa: en años. Variable calculada tras responder el alumno a la pregunta: "Fecha de nacimiento"

#### B. VARIABLES RELATIVAS A FORMACIÓN IMPORTANTE PARA EL OBJETO DE ESTUDIO

5. Formación en Bioética: Variable nominal, con 2 valores: 1- "Sí"; 2- "No". Respuesta a la pregunta: "¿Tiene formación específica en Bioética?"
6. Formación en Tanatología: Variable nominal, con 2 valores: 1- "Sí"; 2- "No". Respuesta a la pregunta; "¿Tiene formación específica en Tanatología?"

#### C. VARIABLES RELATIVAS A LA ATENCIÓN Y CUIDADOS QUE DEBEN RECIBIR LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL

7. Opinión del alumno en relación al derecho del paciente a recibir información\_1. Variable cuantitativa obtenida de la suma de las respuestas de cada individuo a la siguiente escala Likert de 5 subpreguntas, con 5 posibilidades de respuesta: "No sabe", "Totalmente de acuerdo", "Bastante de acuerdo", "Poco de

<sup>480</sup> Se puede ver un cuadro sinóptico en el Anexo II.1.

*acuerdo”, “Nada de acuerdo”. Respuestas a las preguntas: “¿En qué medida está Usted de acuerdo con que, a una persona mayor de 18 años, con una enfermedad irreversible en fase terminal, al que le queda poco tiempo de vida, ...?”*

- 1. El médico no le informe sobre su estado de salud porque la familia quiere protegerlo de malas noticias: 0- “No sabe”; 1- “Totalmente de acuerdo”; 2- “Bastante de acuerdo”; 3- “Poco de acuerdo”; 4- “Nada de acuerdo”*
  - 2. El médico le dé una información falsa para ahorrarle sufrimientos: 0- “No sabe”; 1- “Totalmente de acuerdo”; 2- “Bastante de acuerdo”; 3- “Poco de acuerdo”; 4- “Nada de acuerdo”*
  - 3. El médico no le informe sobre su estado, si piensa que el conocimiento de su situación le puede perjudicar: 0- “No sabe”; 1- “Nada de acuerdo”; 2- “Poco de acuerdo”; 3- “Bastante de acuerdo”; 4- “Totalmente de acuerdo”*
  - 4. El médico no le informe sobre su estado de salud si el enfermo no quiere saberlo: 0- “No sabe”; 1- “Nada de acuerdo”; 2- “Poco de acuerdo”; 3- “Bastante de acuerdo”; 4- “Totalmente de acuerdo”*
  - 5. El médico se asegure de que el enfermo sabe que su situación es grave y de que la posibilidad de morir es real, aunque no le informe de todo: 0- “No sabe”; 1- “Nada de acuerdo”; 2- “Poco de acuerdo”; 3- “Bastante de acuerdo”; 4- “Totalmente de acuerdo”*
- 8. Opinión del alumno en relación al derecho del paciente a recibir información\_2.* Variable cualitativa ordinal obtenida categorizando la variable anterior en los siguientes niveles: 1- De 0 a 5 puntos: *“Muy incorrecta”*; 2- De 6 a 10 puntos: *“Incorrecta”*; 3- De 11 a 15 puntos: *“Algo inadecuada”*; 4- De 16 a 20 puntos: *“Correcta”*
- 9. Opinión del alumno en relación al uso de la analgesia y de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET)\_1.* Variable cuantitativa obtenida de la suma de las respuestas de cada individuo a la siguiente escala Likert de 5 subpreguntas, con 5 posibilidades de respuesta: *“No sabe”, “Totalmente de acuerdo”, “Bastante de acuerdo”, “Poco de acuerdo”, “Nada de acuerdo”*. Respuestas a las preguntas: *“Y estando en esa situación de enfermedad en fase terminal, ¿en qué medida estaría usted de acuerdo con que los médicos le aplicasen las siguientes medidas...”*

1. *Darle todos los calmantes necesarios para controlar el dolor:* 0- "No sabe"; 1- "Nada de acuerdo"; 2- "Poco de acuerdo"; 3- "Bastante de acuerdo"; 4- "Totalmente de acuerdo"
  2. *Prolongarle la vida de forma artificial cuando no exista esperanza alguna de curación:* 0- "No sabe"; 1- "Totalmente de acuerdo"; 2- "Bastante de acuerdo"; 3- "Poco de acuerdo"; 4- "Nada de acuerdo"
  3. *Administrarle la medicación necesaria para aliviar su sufrimiento, aunque acelere su muerte, sin que la intención sea procurársela:* 0- "No sabe"; 1- "Nada de acuerdo"; 2- "Poco de acuerdo"; 3- "Bastante de acuerdo"; 4- "Totalmente de acuerdo"
  4. *Interrumpir un tratamiento que prolongue su sufrimiento cuando le queda poco tiempo de vida, sin que la intención sea adelantar su muerte:* 0- "No sabe"; 1- "Nada de acuerdo"; 2- "Poco de acuerdo"; 3- "Bastante de acuerdo"; 4- "Totalmente de acuerdo"
  5. *Adelantarle voluntariamente la muerte para evitar que siga sufriendo:* 0- "No sabe"; 1- "Totalmente de acuerdo"; 2- "Bastante de acuerdo"; 3- "Poco de acuerdo"; 4- "Nada de acuerdo"
10. *Opinión del alumno en relación al uso de la analgesia y de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET)\_2.* Variable cualitativa ordinal obtenida categorizando la variable anterior en los siguientes niveles: 1- De 0 a 5 puntos: "Muy incorrecta"; 2- De 6 a 10 puntos: "Incorrecta"; 3- De 11 a 15 puntos: "Algo inadecuada"; 4- De 16 a 20 puntos: "Correcta"
11. *Opinión del alumno en relación a la Dignidad humana\_1.* Variable cuantitativa obtenida de la suma de las respuestas de cada individuo a la siguiente escala Likert de 8 subpreguntas, con 5 posibilidades de respuesta: "No sabe", "Totalmente de acuerdo", "Bastante de acuerdo", "Poco de acuerdo", "Nada de acuerdo". Respuestas a las preguntas; "¿Cuál es su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones?:"
1. *La dignidad de las personas es dependiente de su capacidad para poder tomar decisiones libres:* 0- "No sabe"; 1- "Totalmente de acuerdo"; 2- "Bastante de acuerdo"; 3- "Poco de acuerdo"; 4- "Nada de acuerdo"

2. *La persona pierde su dignidad con la enfermedad y el sufrimiento:* 0- "No sabe"; 1- "Totalmente de acuerdo"; 2- "Bastante de acuerdo"; 3- "Poco de acuerdo"; 4- "Nada de acuerdo"
  3. *La vida con limitaciones físicas o psíquicas es inútil y por lo tanto indigna:* 0- "No sabe"; 1- "Totalmente de acuerdo"; 2- "Bastante de acuerdo"; 3- "Poco de acuerdo"; 4- "Nada de acuerdo"
  4. *Cada persona es dueña de su propia vida y de elegir cuándo y cómo quiere morir:* 0- "No sabe"; 1- "Totalmente de acuerdo"; 2- "Bastante de acuerdo"; 3- "Poco de acuerdo"; 4- "Nada de acuerdo"
  5. *Todos los seres humanos tenemos la misma dignidad ontológica, que deriva del hecho de ser personas:* 0- "No sabe"; 1- "Nada de acuerdo"; 2- "Poco de acuerdo"; 3- "Bastante de acuerdo"; 4- "Totalmente de acuerdo"
  6. *Todas las personas tienen el mismo derecho a ser atendidas con igual dignidad en la última etapa de su vida:* 0- "No sabe"; 1- "Nada de acuerdo"; 2- "Poco de acuerdo"; 3- "Bastante de acuerdo"; 4- "Totalmente de acuerdo"
  7. *La dignidad de la persona humana exige que su vida sea respetada siempre, sobre todo cuando ésta es enferma y débil:* 0- "No sabe"; 1- "Nada de acuerdo"; 2- "Poco de acuerdo"; 3- "Bastante de acuerdo"; 4- "Totalmente de acuerdo"
  8. *Es contrario a la dignidad de la persona el anticipar su muerte deliberadamente:* 0- "No sabe"; 1- "Nada de acuerdo"; 2- "Poco de acuerdo"; 3- "Bastante de acuerdo"; 4- "Totalmente de acuerdo"
12. *Opinión del alumno en relación a la Dignidad humana\_2.* Variable cualitativa ordinal obtenida categorizando la variable anterior en los siguientes niveles: 1- De 0 a 8 puntos: "Muy incorrecta"; 2- De 9 a 16 puntos: "Incorrecta"; 3- De 17 a 24 puntos: "Algo inadecuada"; 4- De 25 a 32 puntos: "Correcta"
13. *Opinión del alumno en relación a la Eutanasia y la Muerte Digna\_1.* Variable cuantitativa obtenida de la suma de las respuestas de cada individuo a la siguiente escala Likert de 15 subpreguntas, con 5 posibilidades de respuesta: "No sabe", "Totalmente de acuerdo", "Bastante de acuerdo", "Poco de acuerdo", "Nada de acuerdo". Respuestas a las preguntas; "¿Cuál es su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones?":
1. *Los enfermos en fase terminal que conservan totalmente sus facultades mentales, tienen derecho a decidir sobre cómo acabar con su vida:* 0- "No

- sabe"; 1- "Totalmente de acuerdo"; 2- "Bastante de acuerdo"; 3- "Poco de acuerdo"; 4- "Nada de acuerdo"
2. Los familiares cercanos de enfermos terminales adultos en situación de inconsciencia, tienen derecho a decidir sobre la terminación de la vida de éstos: 0- "No sabe"; 1- "Totalmente de acuerdo"; 2- "Bastante de acuerdo"; 3- "Poco de acuerdo"; 4- "Nada de acuerdo"
  3. La eutanasia activa se puede considerar como una muestra de compasión con el que sufre de modo irremediable: 0- "No sabe"; 1- "Totalmente de acuerdo"; 2- "Bastante de acuerdo"; 3- "Poco de acuerdo"; 4- "Nada de acuerdo"
  4. Proporcionar una dosis letal a petición de un enfermo terminal, es acorde con la función médica de aliviar el dolor y sufrimiento: 0- "No sabe"; 1- "Totalmente de acuerdo"; 2- "Bastante de acuerdo"; 3- "Poco de acuerdo"; 4- "Nada de acuerdo"
  5. La legalización de la eutanasia activa por un médico, llevaría a un menor desarrollo de buenos cuidados paliativos: 0- "No sabe"; 1- "Nada de acuerdo"; 2- "Poco de acuerdo"; 3- "Bastante de acuerdo"; 4- "Totalmente de acuerdo"
  6. La legalización de la eutanasia activa por un médico, presionaría a los enfermos a pedirla cuando se sienten una carga para la familia: 0- "No sabe"; 1- "Nada de acuerdo"; 2- "Poco de acuerdo"; 3- "Bastante de acuerdo"; 4- "Totalmente de acuerdo"
  7. Algunas veces es una decisión acertada suspender (o no iniciar) un tratamiento de prolongación de la vida con muy mala calidad: 0- "No sabe"; 1- "Nada de acuerdo"; 2- "Poco de acuerdo"; 3- "Bastante de acuerdo"; 4- "Totalmente de acuerdo"
  8. La autonomía del enfermo no puede llegar hasta el punto de exigir el suicidio asistido o la eutanasia activa: 0- "No sabe"; 1- "Nada de acuerdo"; 2- "Poco de acuerdo"; 3- "Bastante de acuerdo"; 4- "Totalmente de acuerdo"
  9. La legalización de la eutanasia activa por un médico facilitaría que se aplicara a enfermos que no la han pedido, pero la familia o el médico la ven buena para ellos: 0- "No sabe"; 1- "Nada de acuerdo"; 2- "Poco de acuerdo"; 3- "Bastante de acuerdo"; 4- "Totalmente de acuerdo"



10. *Nunca proporcionaría una dosis letal a un enfermo:* 0- "No sabe"; 1- "Nada de acuerdo"; 2- "Poco de acuerdo"; 3- "Bastante de acuerdo"; 4- "Totalmente de acuerdo"
11. *En la fase final de la enfermedad el objetivo terapéutico debe cambiar: ya no se trata de curar, sino de cuidar:* 0- "No sabe"; 1- "Nada de acuerdo"; 2- "Poco de acuerdo"; 3- "Bastante de acuerdo"; 4- "Totalmente de acuerdo"
12. *Los cuidados paliativos son la respuesta de la Medicina ante la enfermedad terminal y la muerte:* 0- "No sabe"; 1- "Nada de acuerdo"; 2- "Poco de acuerdo"; 3- "Bastante de acuerdo"; 4- "Totalmente de acuerdo"
13. *En una muerte digna deben estar incluidos los cuidados paliativos:* 0- "No sabe"; 1- "Nada de acuerdo"; 2- "Poco de acuerdo"; 3- "Bastante de acuerdo"; 4- "Totalmente de acuerdo"
14. *La ayuda, el consuelo y el cuidado mejoran el sufrimiento del enfermo terminal:* 0- "No sabe"; 1- "Nada de acuerdo"; 2- "Poco de acuerdo"; 3- "Bastante de acuerdo"; 4- "Totalmente de acuerdo"
15. *El "hacer morir" nunca puede considerarse un tratamiento médico: ni siquiera cuando la intención es secundar una petición del enfermo; es más bien la negación de la profesión sanitaria:* 0- "No sabe"; 1- "Nada de acuerdo"; 2- "Poco de acuerdo"; 3- "Bastante de acuerdo"; 4- "Totalmente de acuerdo"
14. *Opinión del alumno en relación a la Eutanasia y la Muerte Digna\_2.* Variable cualitativa ordinal obtenida categorizando la variable anterior en los siguientes niveles: 1- De 0 a 15 puntos: "Muy incorrecta"; 2- De 16 a 30 puntos: "Incorrecta"; 3- De 31 a 45 puntos: "Algo inadecuada"; 4- De 46 a 60 puntos: "Correcta"
15. *Actitud ante la eutanasia voluntaria.* Variable cualitativa ordinal con 5 valores: 0- "No sé"; 1- "Sí, con toda seguridad"; 2- "Creo que sí, pero no estoy totalmente seguro/a"; 3- "Creo que no, pero no estoy totalmente seguro/a"; 4- "No, con toda seguridad". Respuesta a la pregunta: *Cuando una persona tiene una enfermedad en fase terminal, que le causa grandes sufrimientos y que le causará la muerte en poco tiempo, ¿cree Usted correcto que los médicos le ayuden a poner fin a su vida, si esta persona lo solicita libremente?*
16. *Actitud ante el suicidio asistido.* Variable cualitativa ordinal con 5 valores: 0- "No sé"; 1- "Sí, con toda seguridad"; 2- "Creo que sí, pero no estoy totalmente

*seguro/a* "; 3- *"Creo que no, pero no estoy totalmente seguro/a"* ; 4- *"No, con toda seguridad"* . Respuesta a la pregunta: *Y si esta persona lo solicita libremente a sus médicos, ¿cree Usted correcto que éstos le proporcionen los medios necesarios para que ella misma pueda terminar con su vida?*

17. *Actitud ante participar personalmente en la eutanasia voluntaria de un familiar.* Variable cualitativa ordinal con 5 valores: 0- *"No sé"*; 1- *"Sí, con toda seguridad"*; 2- *"Creo que sí, pero no estoy totalmente seguro/a"* ; 3- *"Creo que no, pero no estoy totalmente seguro/a"* ; 4- *"No, con toda seguridad"* .

Respuesta a la pregunta: *Si un miembro de su familia padeciese una enfermedad irreversible en fase terminal que le produjera un gran sufrimiento y le pidiera a usted repetidamente que le ayudara a morir, ¿contribuiría Ud., personalmente, a adelantar el fin de su vida?*

18. *Razón que lleva a un enfermo en fase terminal a solicitar la eutanasia\_1er lugar.* Variable nominal con 9 valores: 0- *"No sé"*; 1- *"Sentir un dolor físico insoportable"*; 2- *"Sentirse como una carga para la familia"*; 3- *"Perder su autonomía y libertad como persona"* ; 4- *"El miedo a perder el control mental"* ; 5- *"Sentirse deprimida"*; 6- *"El miedo al deterioro físico"*; 7- *"Otras razones"*; 8- *"Depender de otras personas para necesidades básicas"*. Respuesta a la pregunta: *¿Cuál cree usted que es la razón más importante que lleva a una persona enferma a pedir que se acabe con su vida?*

19. *Razón que lleva a un enfermo en fase terminal a solicitar la eutanasia\_2º lugar.* Variable nominal con 9 valores: 0- *"No sé"*; 1- *"Sentir un dolor físico insoportable"*; 2- *"Sentirse como una carga para la familia"*; 3- *"Perder su autonomía y libertad como persona"* ; 4- *"El miedo a perder el control mental"* ; 5- *"Sentirse deprimida"*; 6- *"El miedo al deterioro físico"*; 7- *"Otras razones"*; 8- *"Depender de otras personas para necesidades básicas"*. Respuesta a la pregunta relacionada con la anterior: *¿Y en segundo lugar?*

20. *Respuesta adecuada ante un enfermo que solicita la eutanasia\_1er lugar.* Variable nominal con 5 valores: 0- *"No sé"*; 1- *"Proporcionarle lo que pide (eutanasia)"*; 2- *"Sedarle"*; 3- *"Darle apoyo emocional"*; 4- *"Controlarle el dolor y los síntomas"*. Respuesta a la pregunta: *En su opinión, ¿cuál cree usted es la primera medida que hay que adoptar ante un paciente con dolor intenso, ansiedad, depresión, abandono, soledad u otras condiciones, que solicita la eutanasia?*

21. *Respuesta adecuada ante un enfermo que solicita la eutanasia\_2º lugar.* Variable nominal con 5 valores: 0- "No sé"; 1- "Proporcionarle lo que pide (eutanasia)"; 2- "Sedarle"; 3- "Darle apoyo emocional"; 4- "Controlarle el dolor y los síntomas". Respuesta a la pregunta relacionada con la anterior: *¿Y en segundo lugar?*
22. *Familiar fallecido tras pasar por una fase de enfermedad terminal.* Variable nominal, con 2 valores: 1- "Sí"; 2- "No". Respuesta a la pregunta: *A lo largo de mi vida, alguna persona muy próxima y querida, familiar o amiga, ha fallecido como consecuencia de alguna enfermedad irreversible en cuya fase final tuvo mucho sufrimiento*

#### D. VARIABLES SOBRE LAS CONDICIONES PARA MORIR EN PAZ

Son trece variables que constituyen el cuestionario elaborado por Bayés y Limonero (1999) sobre *"Condiciones que nos ayudarían a morir en paz"*.

- Las variables 23-33 forman parte de una escala Likert con 5 posibles respuestas para cada una: 1 - "Nada"; 2 - "Poco"; 3- "Bastante"; 4- "Mucho"; 5- "Muchísimo". La pregunta que formula este cuestionario es *"En el caso de que estuviera muriendo realmente, ¿en qué medida cree que los siguientes aspectos podrían ayudarle a morir en paz?"*
  - Las variables 34-35 están relacionadas con la anterior escala y contestan una pregunta final que hace este cuestionario: *"Si de los aspectos mencionados, tuvieras que elegir los dos que consideras más importantes para ayudarte a morir en paz, ¿cuál elegirías en 1º lugar? ¿y en 2º lugar?"*
23. *Para morir en paz considero importante pensar que los médicos pueden controlar mi dolor y otros síntomas generadores de malestar.* Variable cualitativa ordinal, con cinco valores: 1 - "Nada"; 2 - "Poco"; 3- "Bastante"; 4- "Mucho"; 5- "Muchísimo".
24. *Para morir en paz considero de importante pensar que mi proceso de morir, si se produce, será corto.* Variable cualitativa ordinal, con cinco valores: 1 - "Nada"; 2 - "Poco"; 3- "Bastante"; 4- "Mucho"; 5- "Muchísimo".
25. *Para morir en paz considero de importante pensar que podré controlar hasta el final mis pensamientos y funciones fisiológicas.* Variable cualitativa ordinal, con cinco valores: 1 - "Nada"; 2 - "Poco"; 3- "Bastante"; 4- "Mucho"; 5- "Muchísimo".

26. *Para morir en paz considero de importante pensar que mi muerte no supondrá una carga insoportable para mis personas queridas.* Variable cualitativa ordinal, con cinco valores: 1 - "Nada"; 2 - "Poco"; 3 - "Bastante"; 4- "Mucho"; 5- "Muchísimo".
27. *Para morir en paz considero de importante poder sentirme cerca, comunicarme y estrechar los vínculos afectivos con mis personas queridas.* Variable cualitativa ordinal, con cinco valores: 1 - "Nada"; 2 - "Poco"; 3- "Bastante" ; 4- "Mucho";5-"Muchísimo".
28. *Para morir en paz considero de importante pensar que si no tengo una esperanza real de recuperación no se prolongará artificialmente mi vida en una unidad de cuidados intensivos.* Variable cualitativa ordinal, con cinco valores: 1 - "Nada"; 2 - "Poco"; 3- "Bastante";4- "Mucho";5-"Muchísimo".
29. *Para morir en paz considero de importante pensar que mi vida ha tenido algún sentido.* Variable cualitativa ordinal, con cinco valores: 1 - "Nada"; 2 - "Poco"; 3- "Bastante";4- "Mucho";5-"Muchísimo".
30. *Para morir en paz considero de importante creer en otra vida después de la muerte.* Variable cualitativa ordinal, con cinco valores: 1 - "Nada"; 2 - "Poco"; 3- "Bastante";4- "Mucho";5-"Muchísimo".
31. *Para morir en paz considero de importante no sentirme culpable (sentirme perdonado), por conflictos personales del pasado.* Variable cualitativa ordinal, con cinco valores: 1 - "Nada"; 2 - "Poco"; 3- "Bastante"; 4- "Mucho"; 5- "Muchísimo".
32. *Para morir en paz considero de importante pensar que, si la situación se me hace insoportable, podré disponer de ayuda para morir con rapidez.* Variable cualitativa ordinal, con cinco valores: 1 - "Nada"; 2 - "Poco"; 3- "Bastante"; 4- "Mucho"; 5- "Muchísimo".
33. *Para morir en paz considero de importante pensar que podré morir en casa.* Variable cualitativa ordinal, con cinco valores: 1 - "Nada"; 2 - "Poco"; 3 - "Bastante"; 4- "Mucho"; 5- "Muchísimo".
34. *Lo más importante para ayudarme a morir en paz\_ 1er lugar.* Variable nominal con 11 valores: 1-"Pensar que los médicos pueden controlar mi dolor"; 2- "Pensar que mi proceso de morir será corto"; 3-"Pensar que podré controlar mis

*funciones fisiológicas”; 4-“Pensar que NO supondrá una carga para mi familia”; 5-“Poder sentirme de mis personas queridas”; 6-“Pensar que no se alargará artificialmente mi vida en UCI”; 7-“Pensar que mi vida ha tenido algún sentido”; 8-“Crear en otra vida después de la muerte”; 9-“No sentirme culpable por algo del pasado”; 10-“Pensar que dispondré de ayuda para morir con rapidez”; 11-“Pensar que podré morir en casa”.*

35. *Lo más importante para ayudarme a morir en paz\_ 2º lugar.* Variable nominal con 11 valores: 1-“Pensar que los médicos pueden controlar mi dolor”; 2-“Pensar que mi proceso de morir será corto”; 3-“Pensar que podré controlar mis funciones fisiológicas”; 4-“Pensar que NO supondrá una carga para mi familia”; 5-“Poder sentirme de mis personas queridas”; 6-“Pensar que no se alargará artificialmente mi vida en UCI”; 7-“Pensar que mi vida ha tenido algún sentido”; 8-“Crear en otra vida después de la muerte”; 9-“No sentirme culpable por algo del pasado”; 10-“Pensar que dispondré de ayuda para morir con rapidez”; 11-“Pensar que podré morir en casa”.

E. *VARIABLES OBTENIDAS CON EL CUESTIONARIO DE OPINIONES SOBRE LA PROPIA VIDA (PURPOSE IN LIFE. TEST PIL-REDUCIDO)*

36. *PIL\_Total1: Puntuación total en el Test de PIL o Test de Sentido en la vida\_1.* Variable cuantitativa obtenida como la suma de las respuestas de cada individuo a las siguientes preguntas: “Para cada una de las afirmaciones responda, por favor, escribiendo el número que mejor exprese su respuesta, sabiendo que los valores extremos (1 y 6) se corresponden con las respuestas adjuntas a los mismos:

1. [PIL2] *La vida me parece (1: una rutina completa / 6: excitante siempre)*
2. [PIL3] *Por lo que respecta a mis objetivos en la vida (1: No tengo ningún objetivo especial / 6: Tengo unos objetivos muy claros)*
3. [PIL4] *Mi existencia personal... (1: La veo completamente sin sentido / 6: La veo llena de sentido)*
4. [PIL5] *Para mí cada día es... (1: Exactamente como el anterior / 6: Nuevo y diferente)*
5. [PIL6] *Si pudiera escoger... (1: Preferiría no haber nacido / 6: Volvería a vivir la misma vida muchas veces)*
6. [PIL9] *Encuentro mi vida... (1: Vacía, llena solamente con desesperanza / 6: Rebosante de buenas cosas)*

7. [PIL10] *Si fuera a morir hoy, sentiría que mi vida... (1: No ha merecido la pena / 6: Ha merecido completamente la pena)*
8. [PIL11] *Cuando pienso en mi propia vida ... (1: Me pregunto con frecuencia por qué existo / 6: Siempre veo una razón para estar aquí)*
9. [PIL15] *Con respecto a la muerte me siento... (1: Con miedo y no preparado / 6: Preparado y sin miedo)*
10. [PIL17] *Por lo que respecta a mi capacidad para encontrar un sentido o una misión a la vida... (1: Me siento incapaz / 6: Veo que mi capacidad es muy grande)*
11. [PIL19] *Cuando me enfrento con las tareas de cada día... (1: Las veo incómodas y aburridas / 6: Las veo como una fuente de satisfacción)*
12. [PIL20] *Yo ya he llegado a descubrir... (1: Que no tengo una misión o un propósito en la vida / 6: Que tengo objetivos muy claros y motivos para vivir que me llenan de satisfacción)*

37. *PIL\_Total2: Puntuación total en el Test de PIL o Test de Sentido en la vida\_2.* Variable cualitativa ordinal generada categorizando la variable anterior en los siguientes niveles: 1- De 12 a 45 puntos: *Vacío existencial*; 2- De 46 a 54 puntos: *Indefinición*; 3- De 55 a 72 puntos: *Sentido en la vida*

F. *VARIABLES OBTENIDAS CON EL PERFIL REVISADO DE ACTITUDES ANTE LA MUERTE, DE GESSER, WONG Y REKER. (1987-88)*

De las 32 preguntas de este cuestionario se obtienen 5 variables. Todas las preguntas vienen formuladas con la frase: *“Indique hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones. Siendo 1 “totalmente de acuerdo” y 7 “totalmente en desacuerdo”:*

38. *Miedo\_ Muerte: Actitud relativa al miedo a la muerte.* Variable cuantitativa obtenida como la media aritmética simple de las respuestas de cada individuo a estas 7 preguntas:

- 1.- *La muerte es sin duda horrible*
- 2.- *La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad.*
- 7.- *Me trastorna la finalidad de la muerte.*
- 18.- *Tengo un miedo intenso a la muerte*
- 20.- *El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho.*

21.- *Me asusta el hecho que la muerte signifique el fin de todo tal como lo conozco*

32.- *Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte.*

39. *Evitación\_ Muerte: Actitud relativa a la evitación de la muerte.* Variable cuantitativa obtenida como la media aritmética simple de las respuestas de cada individuo a estas 5 preguntas:

3.- *Evito a toda costa pensar sobre la Muerte.*

10.- *Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente intento apartarlo.*

12.- *Siempre intento no pensar en la muerte.*

19.- *Evito totalmente pensar en la muerte*

26.- *Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte.*

40. *Acercamiento\_ Muerte: Actitud relativa a la aceptación de la muerte como acercamiento.* Variable cuantitativa obtenida como la media aritmética simple de las respuestas de cada individuo a estas 10 preguntas:

4.- *Creo que iré al cielo cuando muera.*

8.- *La muerte es la entrada a un lugar de satisfacción definitiva.*

13.- *Creo que el cielo será un lugar mejor que este mundo.*

15.- *La muerte es la unión con Dios y la Gloria eterna.*

16.- *La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa.*

22.- *Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir.*

25.- *Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito.*

27.- *La muerte ofrece una maravillosa liberación del alma.*

28.- *Una cosa que me consuela al afrontar la muerte, es mi creencia en una vida después de la misma.*

31.- *Espero una vida después de la muerte.*

41. *Escape\_ Muerte: Actitud relativa a la aceptación de la muerte como escape.* Variable cuantitativa obtenida como la media aritmética simple de las respuestas de cada individuo a estas 5 preguntas:

5.- *La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones.*

9.- *La muerte proporciona un escape de este mundo terrible.*

11.- *La muerte es una liberación.*

23.- *Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal.*

29.- *Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida.*

42. *Neutral\_ Muerte: Actitud relativa a la aceptación neutral de la muerte.* Variable cuantitativa obtenida como la media aritmética simple de las respuestas de cada individuo a estas 5 preguntas:

6.- *La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable.*

14.- *La muerte es un aspecto natural de esta vida.*

17.- *No temo a la muerte ni le doy la bienvenida.*

24.- *La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida.*

30.- *La muerte no es buena ni mala.*

#### G. VARIABLES ESPIRITUALES-RELIGIOSAS

43. *Auto-descripción del nivel de espiritualidad.* Variable cualitativa ordinal con cuatro valores: 1 - *"Nada espiritual"*; 2 - *"Poco espiritual"*; 3 - *"Bastante espiritual"* ; 4- *"Muy espiritual"*. Respuesta a la pregunta: *¿Se describiría usted a sí mismo como una persona...?*

44. *Creencia en una vida después de la muerte.* Variable cualitativa ordinal con cinco valores: 0- *"No sabe"*; 1 - *"No, con toda seguridad"*; 2 - *"Probablemente no"*; 3 - *"Probablemente sí"* ; 4- *"Sí, con toda seguridad"*. Respuesta a la pregunta: *¿Cree usted en la vida después de la muerte?*

45. *Autodefinition religiosa.* Variable cualitativa ordinal con cinco valores: 1 - *"Otro"*; 2 - *"Ateo"*; 3 - *"No creyente"* ; 4- *"Creyente de otra religión"*; 5- *"Católico"*. Respuesta a la pregunta: *¿Cómo se define Ud. en materia religiosa: católico, creyente de otra religión, no creyente o ateo?*

G1.- *SOLO PARA QUIENES SE DECLARAN "CATÓLICOS" O "CREYENTES DE OTRA RELIGIÓN"*

46. *Grado de religiosidad.* Variable cualitativa ordinal con cuatro valores: 1 - *"Nada religiosa"*; 2 - *"Poco religiosa"*; 3 - *"Bastante religiosa"*; 4- *"Muy religiosa"*. Respuesta a la pregunta: *En relación a la religión, ¿Se describiría usted a sí mismo como una persona...?*

47. *Frecuencia asistencia a actos religiosos.* Variable cualitativa ordinal con seis valores: 1- *"Nunca"*; 2 - *"Varias veces al año"*; 3 - *"Una vez al mes"*; 4 - *"Dos o tres veces al mes"*, 5- *"Una vez a la semana"*; 6- *"Varias veces a la semana"*.



Respuesta a la pregunta: Frecuencia con la que asiste usted a misa u otros oficios religiosos, sin contar las ocasiones relacionadas con ceremonias de tipo social, por ejemplo, bodas, comuniones o funerales

H. *VARIABLES RELATIVAS A LA FORMACIÓN RECIBIDA EN LA UCAM SOBRE EL MORIR Y LA MUERTE (SÓLO ALUMNOS DE 3° O 4° CURSO)*

48. *Ha recibido formación sobre el morir y la muerte en alguna asignatura:* Variable nominal, con 2 valores: 1- "Sí"; 2- "No". Respuesta a la pregunta: *¿Ha tratado el tema del morir y la muerte en alguna/s asignaturas de su carrera?*
49. *Asignatura en la que se trata el tema se morir la muerte.*  
Variable nominal, Pregunta abierta. Cuatro espacios en blanco
50. *Ha recibido formación sobre Cuidados Paliativos en alguna asignatura:* Variable nominal, con 2 valores: 1- "Sí"; 2- "No". Respuesta a la pregunta: *¿Ha recibido formación específica en Cuidados Paliativos en alguna/s asignaturas de su carrera?*
51. *Asignaturas en la que se tratan los Cuidados Paliativos*  
Variable nominal, Pregunta abierta. Cuatro espacios en blanco
52. *Importancia que asigna a los cuidados del enfermo en fase terminal en su carrera:* Variable cuantitativa. Respuesta a la pregunta: *Puntúe de 1 a 10 la importancia que para usted tienen los cuidados al enfermo en fase terminal en su carrera.*
53. *Satisfacción con realizar prácticas con enfermos en fase terminal:* Variable cualitativa ordinal, con cinco valores: 1- "Nada"; 2 - "Poco"; 3 - "Regular" ; 4- "Bastante"; 5- "Mucho". Respuesta a la pregunta: *¿Le ha gustado, o le gustaría, hacer prácticas clínicas en un servicio en el que se atienden enfermos en fase terminal?*
54. *Satisfacción con la preparación emocional para cuidar enfermos en fase terminal:* Variable cualitativa ordinal, con cinco valores: 1- "Nada"; 2 - "Poco"; 3 - "Regular" ; 4- "Bastante"; 5- "Mucho". Respuesta a la pregunta: *¿Se siente preparado desde un punto de vista emocional o psicológico, para cuidar a enfermos en fase terminal?*
55. *Satisfacción con la preparación asistencial-técnica para cuidar enfermos en fase terminal:* Variable cualitativa ordinal, con cinco valores: 1- "Nada"; 2 - "Poco";

- 3 - "Regular" ; 4- "Bastante"; 5- "Mucho" . Respuesta a la pregunta: *¿Se siente preparado para cuidar a enfermos terminales desde un punto de vista asistencial, ofreciéndoles los servicios propios de su rama profesional adaptados a sus necesidades específicas?*
56. *Satisfacción con la formación recibida sobre la muerte, el morir y la atención a los enfermos en fase terminal:* Variable cualitativa ordinal, con cinco valores: Respuesta a la pregunta: *¿Está satisfecho con la formación recibida sobre la muerte, el morir y la atención a los enfermos terminales?*
57. *Satisfacción General con la formación recibida en esta área\_1:* Variable cuantitativa obtenida como la suma de las respuestas de cada individuo a las 4 preguntas anteriores con cinco valores cada una: 1- "Nada"; 2 - "Poco"; 3 - "Regular"; 4- "Bastante"; 5- "Mucho" :
1. "Satisfacción con realizar prácticas con enfermos en fase terminal"
  2. "Satisfacción con la preparación emocional para cuidar enfermos en fase terminal"
  3. "Satisfacción con la preparación asistencial-técnica para cuidar enfermos en fase terminal"
  4. "Satisfacción con la formación recibida sobre la muerte, el morir y la atención a los enfermos en fase terminal"
58. *Satisfacción General con la formación recibida en esta área\_2:* Variable cualitativa ordinal obtenida categorizando la variable anterior en los siguientes niveles: 1- De 1 a 4 puntos: "Nada Satisfecho"; 2- De 5 a 8 puntos: "Poco satisfecho", 3-De 9 a 12 puntos: "Indefinido"; 4-De 13 a 16 puntos: "Bastante satisfecho"; 5-De 17 a 20 puntos: "Muy satisfecho".
- H1.-SÓLO A ALUMNOS DE 4º DE ENFERMERÍA*
59. *Número de enfermos en situación terminal atendidos en prácticas:* Variable cuantitativa. Respuesta a la pregunta: *¿Cuántos pacientes en situación terminal de enfermedad ha tenido la oportunidad de atender?*
60. *Número de muertes de pacientes presenciadas:* Variable cuantitativa. Respuesta a la pregunta: *Aproximadamente ¿en cuántas ocasiones ha estado presente en el momento de la muerte de un paciente?*

61. *Ha estado presente en la información de la muerte inminente o sucedida de un paciente a su familiar.* Variable nominal, con 3 valores: 1- "Sí"; 2- "No"; 3- "No sé, aún no las he concluido". Respuesta a la pregunta: *En las prácticas ¿ha estado presente cuando se ha informado a alguna persona de la inminencia de la muerte de un familiar o de que su fallecimiento ya ha acontecido?*

I. *VARIABLES RELATIVAS A LAS PERSPECTIVAS DE FUTURO (SÓLO ALUMNOS DE 3º O 4º CURSO)*

62. *Deseo de trabajar atendiendo enfermos en fase terminal:* Variable cualitativa ordinal con cinco valores: 1- "Nada"; 2- "Poco"; 3- "Regular"; 4- "Bastante"; 5- "Mucho". Respuesta a la pregunta: *¿Desea trabajar en su futuro laboral con enfermos en situación terminal de enfermedad?*

63. *Piensa seguir formándose en Cuidados Paliativos:* Variable nominal, con 3 valores: 1- "Sí"; 2- "No"; 3- "No sé". Respuesta a la pregunta: *¿Piensa recibir formación en Cuidados Paliativos más adelante?*

### **6.2.7 Procedimiento para la presentación de la investigación a los estudiantes, para la cumplimentación del cuestionario y la recogida de datos.**

Previamente al envío de los cuestionarios, para favorecer la participación de los estudiantes, la doctoranda informó personalmente a todos los cursos de la encuesta que recibirían en sus correos electrónicos; fue en su aula, utilizando 10 minutos de una clase lectiva. Les explicó los objetivos y fines de la investigación, les aseguró el absoluto anonimato y confidencialidad en el uso de los datos, y que los mismos no serían utilizados para otro fin que esta investigación. Les solicitó su participación sincera, libre y voluntaria y les animó concienciándolos de que los resultados revertirían en mejorar la formación impartida hasta ahora. También les informó de la compensación que tendría el tiempo y el esfuerzo que invirtieran en responder los dos cuestionarios: la posibilidad de obtener un Notebook Android que se sortearía entre los participantes.

Una vez obtenido el informe favorable del comité de ética de la universidad y validada la encuesta, se solicitó al servicio de informática de la universidad las direcciones electrónicas institucionales de los alumnos objeto de la investigación.

A todos los alumnos se les envió la invitación personal a participar en la investigación a su correo, incluyendo el link para acceder a la misma.

La clave de acceso era su DNI sin la letra. En el correo se les volvía a informar de los objetivos y fines de la investigación, se les aseguraba el anonimato, la confidencialidad y se les solicitaba su participación, que era, lógicamente, libre y voluntaria... Se les comunicaban los datos completos de la investigadora principal y la dirección de correo electrónico, para que pudieran ponerse en contacto con ella si necesitaban alguna aclaración más.

Se mandaron dos recordatorios a los alumnos que pasado un tiempo no habían contestado algún o ningún cuestionario. El primer periodo de cumplimentación de encuestas fue mayo y junio de 2015, siendo el premio para los alumnos de 1° y 4° cuyo DNI tuvo la terminación más parecida al número premiado de la ONCE el día 29 de junio.

A primeros de julio mandamos un nuevo recordatorio fijando como fecha para otro premio, igual al anterior, para el día 25 de julio y, en los primeros días de septiembre, dado que aún no teníamos una muestra suficiente, tuvimos que volver a mandar recordatorios con vistas al día 4 de octubre que se volvería a sortear otro notebook con el mismo método que los dos anteriores.

Al final, las encuestas contestadas han sido:

CURSO	1ª ENCUESTA	2ª ENCUESTA	Alumnos con 1ª y 2ª encuesta completa
1° N= 834 n=263	Enc. Completas: 345 Quitando excluidos: 337	Enc. Completas: 269	Enc. Completas: 247 Quitando excluidos: 242
3° y 4° N= 897 n=269	Enc. Completas: 393 Quitando excluidos: 367	Enc. Completas: 294	Enc. Completas: 267 Quitando excluidos: 250
Todos N=1731 n=315	Enc. Completas: 738 Quitando excluidos: 704	Enc. Completas: 563	Enc. Completas: 514 Quitando excluidos: 492

En el cuadro se ve: la población total ( $N$ ) y el tamaño muestral ( $n$ ) necesario para un error muestral máximo del 5% (nivel de confianza del 95%, tomando  $p=q=0.5$ ). *Excluidos* son aquellos alumnos que referían estar diagnosticados por un médico de un proceso depresivo y los que decían haber sufrido la pérdida de un

familiar o alguien muy querido hace menos de seis meses. Como se puede observar, el n° de cuestionarios individuales es alto en todos los cursos y cuestionarios, pero se reduce ostensiblemente cuando se seleccionan exclusivamente los alumnos que han contestado los dos cuestionarios de la investigación que son los que hemos seleccionado finalmente para el estudio, 492 alumnos (242 de 1° y 250 de 3° ó 4°). Se han desestimado bastantes primeros cuestionarios y algunos segundos cuestionarios por no coincidir los códigos personales entre ellos.

La depuración y selección de los casos válidos sobre los que se iban a realizar el estudio estadístico de las variables la hicimos con el software informático Excel 2007.

### 6.3 ESTUDIO ESTADÍSTICO

Antes de abordar el análisis estadístico de las variables, se ha calculado el error muestral del estudio, tanto para la muestra total disponible como para cada una de las submuestras de los estratos definidos por las variables “curso” y “grado”.

El análisis estadístico realizado ha sido, en primer lugar, de carácter descriptivo, con el fin de conocer las características más relevantes de las variables objeto de estudio en la muestra. A continuación, se han aplicado diversas técnicas de inferencia estadística para analizar las posibles relaciones entre dichas variables.

En el caso del análisis descriptivo de las variables cualitativas, tanto nominales como ordinales, se han obtenido las correspondientes tablas con las frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) de cada una de las categorías consideradas. Esta información se ha complementado, en muchos casos, con los procedimientos adecuados para analizar si existen o no diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de unos Grados y otros, o entre los alumnos de primer y último curso.

En el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se han obtenido la media (en ocasiones también la moda y la mediana) y la desviación típica. Además, como en el caso anterior, esta información se ha complementado con los procedimientos adecuados para analizar si existen o no diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de unos Grados y otros, o entre los alumnos de primer y último curso.

Por otra parte, el análisis inferencial ha tratado de contrastar las posibles relaciones entre cada par de variables del estudio. Así, cuando las dos variables a analizar son cualitativas, la asociación entre ellas se ha contrastado utilizando los siguientes tests:

- Contraste Chi cuadrado, cuando se analiza la asociación entre dos variables nominales.
- Contraste V de Cramer, cuando se analiza la asociación entre una variable nominal y una variable ordinal.
- Contraste Tau de Kendall, cuando se analiza la asociación entre dos variables ordinales.

Cuando las dos variables a analizar son cuantitativas, se han calculado los correspondientes coeficientes de correlación de Pearson. El signo, valor y significatividad estadística de estos coeficientes ha permitido determinar el sentido de la relación (positivo o negativo), su intensidad y si ésta es nula o no.

Por último, cuando se trata de analizar la relación entre una variable cuantitativa y una variable cualitativa, se han aplicado los correspondientes tests de igualdad de medias, que son contrastes estadísticos que comparan dos o más conjuntos de datos bajo el supuesto de que todos ellos presentan la misma media. Si se alcanza o supera un cierto nivel de significancia  $\alpha$  (generalmente  $\alpha = 0,05$ ), el supuesto es una realización poco probable del suceso, entonces se llega a la conclusión de que las medias de las muestras consideradas no son iguales.

Los test de igualdad de medias más frecuentemente utilizados son el test *t* de Student (si se dispone de dos muestras) y el análisis ANOVA (si se dispone de más de dos muestras). Sin embargo, una correcta aplicación de estos procedimientos exige que se cumplan los siguientes supuestos:

- Tamaño muestral igual o superior a 30 individuos en cada uno de los grupos a comparar.
- Normalidad, que implica que los valores de la variable deben seguir una distribución Normal en todas las subpoblaciones consideradas. Para comprobar si se cumple el supuesto de normalidad se ha hecho el test de Kolmogorov-Smirnov y el test de Shapiro-Wilk (si el tamaño muestral es superior o no a 50 individuos, respectivamente), y en ambos casos obtener sig. < 0,05 indica que la variable no sigue una distribución normal.

- Homocedasticidad, que implica que la variabilidad de la variable debe ser igual en todas las subpoblaciones consideradas. Para comprobar si se cumple el supuesto de homocedasticidad se ha realizado el test de Levene, según el cual  $\text{sig.} < 0,05$  indica heterocedasticidad (varianzas diferentes).

Si alguno de estos supuestos no se cumple, es necesario recurrir a las llamadas “pruebas no paramétricas”, que son menos potentes que los test *t* de Student y el análisis ANOVA, pero no exigen una distribución específica de los datos:

- Test U de Mann-Whitney, si se desea analizar el comportamiento de la variable cuantitativa en dos subpoblaciones (es decir, si la variable cualitativa es dicotómica).
- Test de Kruskal Wallis, si se desea analizar el comportamiento de la variable cuantitativa en más de dos subpoblaciones (es decir, si la variable cualitativa es politómica).

Cuando los resultados de los test de igualdad de medias (ANOVA o Kruskal Wallis) han indicado que existían diferencias estadísticamente significativas entre unas subpoblaciones y otras, se han realizado pruebas *post hoc* de comparaciones múltiples, con el fin de averiguar cuáles eran las medias que diferían. En concreto, las pruebas *post hoc* utilizadas han sido:

- Procedimiento de Hochberg, en caso de homocedasticidad y distintos tamaños muestrales.
- Prueba T3 de Dunnet, en caso de heterocedasticidad y distintos tamaños muestrales.

El análisis estadístico se ha realizado con el programa estadístico informático SPSS 21





## Capítulo VII. RESULTADOS



## VII. RESULTADOS

### 7.1 RESULTADOS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO

#### 7.1.1 Descripción de la muestra

La población objeto de estudio son los alumnos de primer y cuarto curso de las titulaciones de Grado del área de Ciencias de la Salud impartidas en la Universidad Católica San Antonio en el curso 2014/2015. En concreto:

- Grado en Medicina
- Grado en Enfermería
- Grado en Psicología
- Grado en Fisioterapia
- Grado en Terapia Ocupacional
- Grado en Farmacia
- Grado en Nutrición

Esto supone un total de 1731 estudiantes (ver tabla 1). Por ello, considerando un nivel de confianza del 95% y tomando  $p=q=0.5$ , la muestra disponible de 492 individuos supone un **error muestral del 3.7%**.

La tabla 1 muestra las características más importantes del muestreo:

**Tabla 1. Ficha técnica de la muestra**

Universo	Alumnos de 1° y 4° de Grados de Ciencias de la Salud
Ámbito	Universidad Católica San Antonio
Tamaño poblacional	1731
Tamaño muestral	514 cuestionarios completos respondidos. Tras la depuración, la muestra útil final fue de 492
Selección de la muestra	Muestreo estratificado
Técnica de recogida de información	Encuesta autoadministrada a través de Internet
Error muestral	<i>3.73% bajo supuesto de muestra aleatoria</i>
Nivel de confianza	95%
Fecha del trabajo de campo	Del 1 de mayo al 30 de septiembre de 2015
Incentivo a la colaboración	Sorteo de dos Netbook Android entre los participantes

A. *Análisis de la muestra según el grado de los estudiantes*

La tabla 2 muestra el tamaño muestral de cada una de las submuestras o estratos, que vienen definidos por el Grado que cursan los alumnos encuestados. En ella podemos observar cómo de los alumnos que participan en nuestro estudio, el 45,7 % pertenecen al Grado de Enfermería, el 13,8% son estudiantes de Psicología, el 13,2 % de Medicina, el 13,6% de Fisioterapia, el 7,5% de Nutrición, el 3,7% de Farmacia y el 2,4 % de Terapia Ocupacional.

**Tabla 2. Distribución muestral según el Grado del encuestado (I)**

Grado	Muestra		Población		Error muestral* (%)
	Frec.	Porcent.	Frec.	Porcent.	
Medicina	65	13,2	201	11,6	10,02
Enfermería	225	45,7	705	40,7	5,39
Psicología	68	13,8	222	12,8	9,92
Fisioterapia	67	13,6	325	18,8	10,68
Terapia Oc.	12	2,4	47	2,7	24,68
Farmacia	18	3,7	66	3,8	20,85
Nutrición	37	7,5	165	9,5	14,23
Total	492	100,0	1731	100,0	3,73

\* Bajo el supuesto de muestra aleatoria

Como se puede observar el error muestral alcanza valores considerablemente superiores al 10% en las titulaciones de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Farmacia y Nutrición. Por este motivo, y teniendo en cuenta además que estos Grados son los que presentan un contacto menos directo y continuo con los enfermos en fase terminal, se han agrupado en una sola categoría a la que se ha denominado "Otros Grados". De modo que trabajaremos sólo con 4 subpoblaciones de alumnos según el Grado que estudian. La distribución por Grados de la muestra con la que vamos a trabajar es la indicada en la Tabla 3:

Tabla 3. Distribución muestral según el Grado del encuestado (II)

Grado	Muestra		Población		Error muestral* (%)
	Frec.	Porcent.	Frec.	Porcent.	
Medicina	65	13,2	201	11,6	10,02
Enfermería	225	45,7	705	40,7	5,39
Psicología	68	13,8	222	12,8	9,92
Otros Grados	134	27,2	603	34,8	7,47
Total	492	100,0	1731	100,0	3,73

\* Bajo el supuesto de muestra aleatoria

### B. Análisis de la muestra según el curso de los estudiantes

La tabla 4 muestra el tamaño muestral de cada una de las submuestras o estratos, que vienen definidos por el curso en el que están matriculados. Observamos en ella que el **49,2 % son alumnos de 1º curso** y el **50,8% son alumnos de 3º o 4º**. (Los alumnos de 3º son del Grado de Medicina; en el resto de grados son todos alumnos de 4º curso, del último curso de su carrera. Los alumnos de 3º de Medicina, son la 1ª promoción del Grado, y participan en el estudio a pesar de estar en la mitad de la carrera porque han cursado todas las asignaturas del Módulo de Educación Integral (Teología I y II, Humanidades, Ética Médica y Bioética) y la asignatura de Deontología Médica, por lo que nos interesa conocer sus opiniones. Del Grado de Farmacia solo participan alumnos de 1º. La 1ª promoción de ese grado está en 2º curso y no ha cursado aún las asignaturas del Módulo de Educación Integral.

Tabla 4. Distribución muestral según el curso del encuestado

Curso	Muestra		Población		Error muestral* (%)
	Frec.	Porcent.	Frec.	Porcent.	
1º curso	242	49,2	834	48,2	5,31
3º o 4º curso	250	50,8	897	51,8	5,27
Total	492	100,0	1731	100,0	3,73

\* Bajo el supuesto de muestra aleatoria

### 7.1.2 Variables Sociodemográficas

Para tener una visión más precisa de la muestra con la que se va a trabajar, todas las variables consideradas se van a analizar, en primer lugar, de forma agregada y después por Grado y curso en el que está matriculado cada individuo.

#### A. Análisis del grado y curso que realizan los alumnos encuestados

En la tabla 5 y en el gráfico 1 se puede observar, en cada grado el % de alumnos de 1° y de 4° (3° en Medicina) que participan.

La participación de los alumnos de 1° fue mayor en todos los grados a excepción de los alumnos de Enfermería.

En el grado de Enfermería participan mucho más los alumnos de 4° curso que los de 1° curso (61,3% de 4° frente a un 38,7% de 1°)

En el grado de Medicina participan mucho más los alumnos de 1° curso que los de 3° curso (72% de 1° frente a un 27,7% de 3°)

En los otros grados el % de participación de 1° y 4° está más equilibrado aunque hay más alumnos de 1° que de 4°. De farmacia no hay alumnos de 3°, ni de 4°)

**Tabla 5. Alumnos por Grado y curso**

Grado	Curso	Frec.	Porcent.
Medicina	1° curso	47	72,3
	3° curso	18	27,7
	Total	65	100,0
Enfermería	1° curso	87	38,7
	4° curso	138	61,3
	Total	225	100,0
Psicología	1° curso	39	57,4
	4° curso	29	42,6
	Total	68	100,0
Otros Grados	1° curso	69	51,5
	4° curso	65	48,5
	Total	134	100,0
Todos los Grados	1° curso	242	49,2
	3° o 4°* curso	250	50,8
	Total	492	100,0

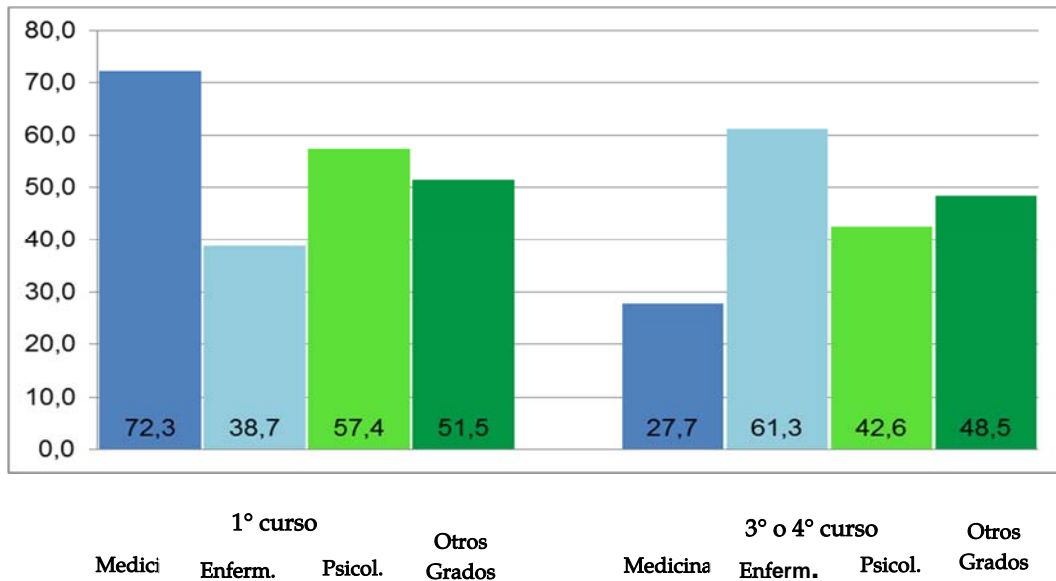


Gráfico 1. Distribución de los alumnos por Grado y curso (%)

*B. Análisis del sexo de los encuestados según el grado que estudian*

En la tabla 6 se puede observar que de los participantes **el 68,3% son mujeres** y **el 31,7% son varones**. En todos los Grados hay un mayor % de mujeres que de hombre, siendo Enfermería y Psicología los grados que presentan una proporción mujeres/hombres mayor que la media.

Tabla 6. Sexo del alumno, por Grado

		Frec.	Porcent.
Medicina	Hombre	22	33,8
	Mujer	43	66,2
Enfermería	Hombre	56	24,9
	Mujer	169	75,1
Psicología	Hombre	19	27,9
	Mujer	49	72,1
Otros Grados	Hombre	59	44,0
	Mujer	75	56,0
Todos los Grados	Hombre	156	31,7
	Mujer	336	68,3

*C. Análisis de la edad de los encuestados según el grado y curso que realizan*

En la tabla 7 se puede ver los estadísticos relativos a la edad de los alumnos

La edad media del total de los alumnos participantes es 24,8 años, con un máximo de 64 y un mínimo de 18 años. La moda, valor con mayor frecuencia en una distribución de datos, es decir la edad más frecuente, que más se repite, en el total de alumnos es 22. La mediana es 22, lo que significa que el 50 % de los alumnos tiene de 18 a 22 años y el otro 50% de 22 a 64 años.

La edad media de los alumnos de 1° es 22,4 años en un rango de 18 a 64. La edad con más frecuencia es 18 y la mediana es 20 (el 50% de los alumnos de 1° tiene entre 18 y 20 años y el otro 50% tiene entre 20 y 64 años). La edad media de la subpoblación de 3° o 4° es 27,1 años en un rango de 20 a 56. La edad con más frecuencia es 22 y la mediana es 24 (el 50% de los alumnos de 3° o 4° tiene entre 20 y 24 años y el otro 50% tiene entre 24 y 56 años)

En los grados, la edad media de los alumnos más baja corresponde a Medicina con 20,28 años, una moda de 18 y una mediana de 19. Los alumnos del resto de los grados tienen unos datos estadísticos relativos a la edad similares. La que presenta los alumnos con mayor edad es Enfermería edad más con una edad media de 25,58, una moda de 22 y una mediana de 23.

**Tabla 7. Edad del alumno, por grado y curso**

	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Medicina	18	28	20,28	19	18	2,465
Enfermería	18	52	25,58	23	22	7,352
Psicología	18	64	24,81	22	21 y 22	7,976
Otros Grado	18	56	25,78	23	19	8,604
1° curso	18	64	22,45	20	18	6,987
3° o 4°* curso	20	56	27,13	24	22	7,431
Total	18	64	24,83	22	22	7,578



### 7.1.3 Formación en Bioética y Tanatología

#### A. Análisis de la formación en Bioética según el curso y el grado<sup>481</sup>

En la tabla 8 y en los gráficos 2 y 3 se puede observar la formación en Bioética de los alumnos. El 51.8 % ha recibido formación en Bioética.

**Tabla 8. Ha recibido formación específica en Bioética, por Grado y curso**

	Respuestas	Frec.	Porcent.
Medicina	Sí	21	32,3
	No	44	67,7
	Total	65	100,0
Enfermería	Sí	139	61,8
	No	86	38,2
	Total	225	100,0
Psicología	Sí	27	39,7
	No	41	60,3
	Total	68	100,0
Otros Grados	Sí	68	50,7
	No	66	49,3
	Total	134	100,0
1° curso	Sí	21	8,7
	No	221	91,3
	Total	242	100,0
4° curso	Sí	234	93,6
	No	16	6,4
	Total	250	100,0
Total	Sí	255	51,8
	No	237	48,2
	Total	492	100,0

Los correspondientes contrastes Chi cuadrado indican que **sí existen diferencias estadísticamente significativas** en cuanto a la formación específica en Bioética recibida, tanto por Grado como por curso (sig.=0,000 en ambos casos).

El 93,6% de los alumnos de 4ª curso frente al 8,7% de alumnos de 1º curso.

<sup>481</sup> Se puede consultar mayor detalle de la distribución de esta variable en el Anexo II.3.

De los grados, son los alumnos de Enfermería los que presentan el mayor % (61,8%) y los de Medicina el menor (32,3%)

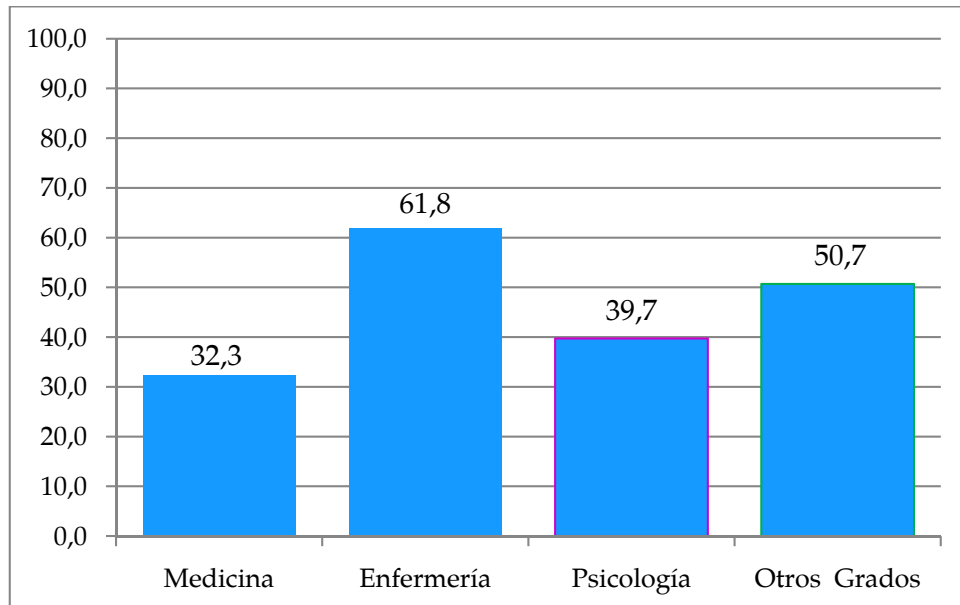


Gráfico 2. Alumnos que han recibido formación específica en Bioética (%), por Grado

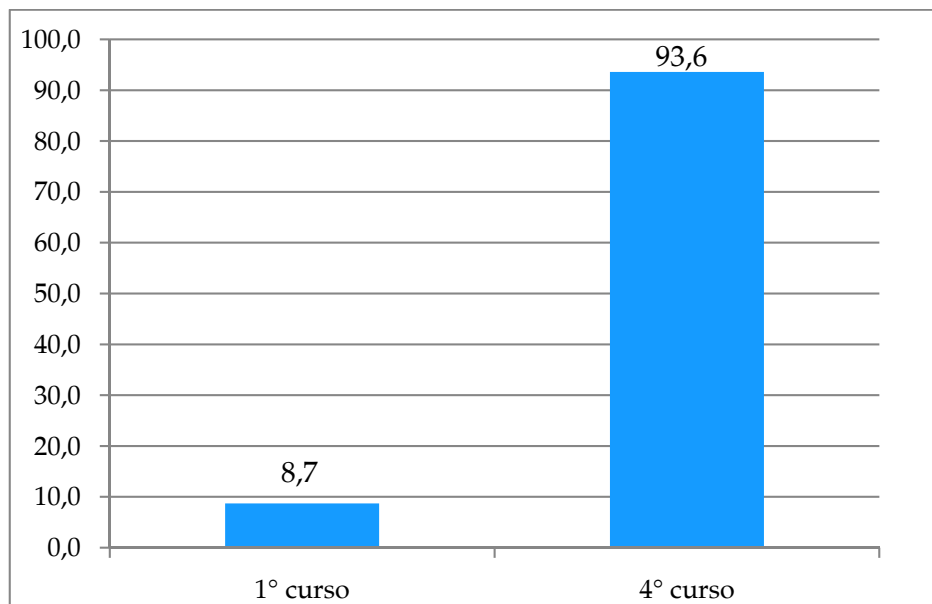


Gráfico 3. Alumnos que han recibido formación específica en Bioética (%), por curso

*B. Análisis de la formación en Tanatología según el curso y el grado*

En la tabla 9 y en los gráficos 4 y 5 se puede observar la formación en Tanatología de los alumnos. Sólo el 7,3% ha recibido formación en Tanatología: 13,2% de los alumnos de 4ª curso y al 1,2% de alumnos de 1º curso.

**Tabla 9. Ha recibido formación específica en Tanatología, por Grado y curso**

	Respuestas	Frec.	Porcent.
Medicina	Sí	3	4,6
	No	62	95,4
	Total	65	100,0
Enfermería	Sí	22	9,8
	No	203	90,2
	Total	225	100,0
Psicología	Sí	3	4,4
	No	65	95,6
	Total	68	100,0
Otros Grados	Sí	8	6,0
	No	126	94,0
	Total	134	100,0
1º curso	Sí	3	1,2
	No	239	98,8
	Total	242	100,0
4º curso	Sí	33	13,2
	No	217	86,8
	Total	250	100,0
Total	Sí	36	7,3
	No	456	92,7
	Total	492	100,0

Los correspondientes contrastes Chi cuadrado indican que no existen diferencias estadísticamente significativas ( $\text{sig.}=0,271>0,05$ ) en cuanto a la formación específica en Tanatología en cada uno de los grados considerados, aunque sí existen diferencias estadísticamente significativas ( $\text{sig.}=0,000$ ) por curso, siendo prácticamente de 4º los pocos alumnos que han recibido formación

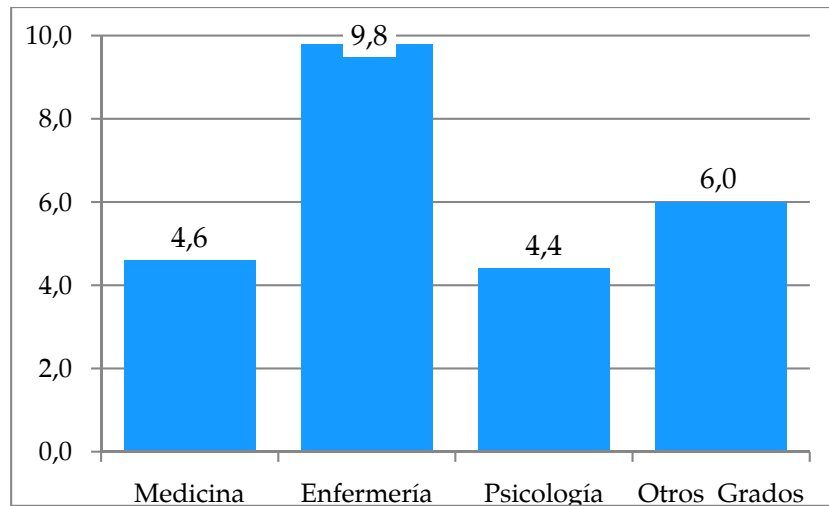


Gráfico 4. Alumnos que han recibido formación en Tanatología (%), por Grado

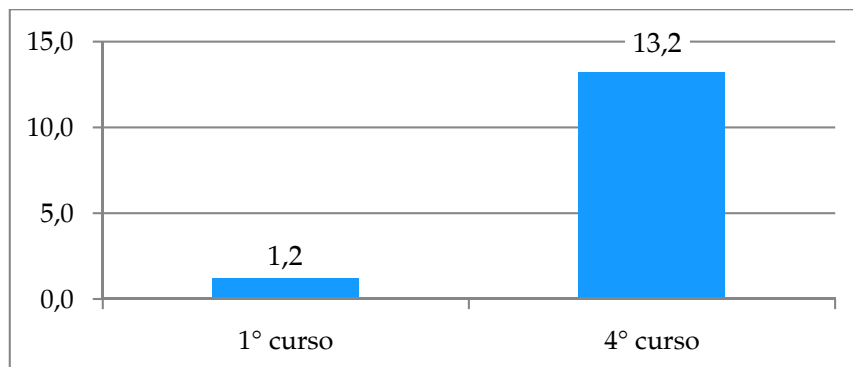


Gráfico 5. Alumnos que han recibido formación específica en Tanatología (%), por curso

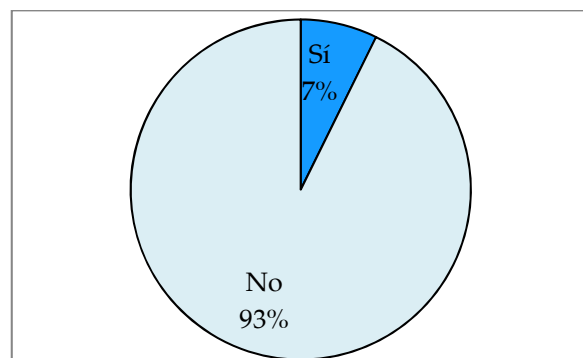


Gráfico 6. Alumnos que han recibido formación específica en Tanatología(%)

#### 7.1.4 Variables relativas a la Atención de los enfermos en fase terminal

##### A. Análisis de "las opiniones de los alumnos sobre el derecho del paciente a ser informado" en relación con el curso y el grado en el que están.<sup>482</sup>

Como se explica en la página 303 estas *Variables sobre opiniones* se obtienen de otras anteriores y presenta dos modalidades: una forma cuantitativa y otra cualitativa.

La variable cuantitativa es obtenida de la suma de las respuestas de cada individuo a una escala Likert de varias subpreguntas, con 5 posibilidades de respuesta, en el que las respuestas: "Totalmente de acuerdo", "Bastante de acuerdo", "Poco de acuerdo", "Nada de acuerdo", reciben una puntuación de 1 a 4, en función de la corrección o no de la respuesta dada. Si la pregunta afirma algo correcto desde el punto de vista de la ética objetiva y la praxis médica, la respuesta "Totalmente de acuerdo" se puntúa con 4 y "nada de acuerdo" con 1. Si por el contrario, la pregunta afirma algo incorrecto desde el punto de vista ético y de la praxis médica, la respuesta "Totalmente de acuerdo" se puntúa con 1 y "nada de acuerdo" con 4. La opción "No sabe" puntúa siempre 0-

La variable cualitativa ordinal se obtiene categorizando de nuevo la variable anterior en 4 posibles valores de "Correcta", "Algo inadecuada", "Incorrecta" y "Muy incorrecta" de acuerdo a la puntuación que tiene la variable cuantitativa. La puntuación máxima que se puede obtener en la pregunta se divide en 4 sectores. Las puntuaciones comprendidas en el  $\frac{1}{4}$  superior reciben el valor de "Correcta", las puntuaciones comprendidas en el  $\frac{1}{4}$  siguiente se categorizan como "Algo inadecuada"; las del  $\frac{1}{4}$  siguiente les corresponde el valor de "Incorrecta"; las del  $\frac{1}{4}$  con puntuaciones más bajas reciben el valor de "Muy incorrecta".

Variable cuantitativa: La pregunta sobre "las opiniones de los alumnos sobre el derecho del paciente a ser informado", al ser el resultado de la suma de 5 respuestas, (ver preguntas en página 303) la máxima puntuación que puede obtener es 20 y la mínima 0. La media obtenida por la población estudiada ha sido de 15,61. Los alumnos de 4º obtienen una media de 15,73 y los de 1º de 15,48.

Variable cualitativa: El 57,3% de la población tiene una opinión correcta. En los alumnos de 4º tienen una opinión correcta el 61,2% y el 53% de los alumnos de

---

<sup>482</sup> Se puede consultar mayor detalle de la distribución de esta variable en el Anexo II.4.

1°. De los grados es Medicina el que da el mayor % de respuestas correctas: 64% y “otros grados” el que da el menor: 53,7%

**Tabla 10. Opinión del alumno en lo referido al derecho del paciente a la información, por Grado y curso. Rango: 0-20.**

Grado	Media (Desv. típ.)	Respuestas	Frec.	Porcent.
Medicina	15,80 (1,962)	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	0	0,0
		Algo inadecuada	23	35,4
		Correcta	42	64,6
		Total	65	100,0
Enfermería	15,57 (2,292)	Muy incorrecta	1	,4
		Incorrecta	4	1,8
		Algo inadecuada	92	40,9
		Correcta	128	56,9
		Total	225	100,0
Psicología	15,38 (2,637)	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	5	7,4
		Algo inadecuada	23	33,8
		Correcta	40	58,8
		Total	68	100,0
Otros Grados	15,69 (2,075)	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	2	1,5
		Algo inadecuada	60	44,8
		Correcta	72	53,7
		Total	134	100,0
1° curso	15,48 (2,088)	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	4	1,7
		Algo inadecuada	109	45,0
		Correcta	129	53,3
		Total	242	100,0
4° curso	15,73 (2,381)	Muy incorrecta	1	,4
		Incorrecta	7	2,8
		Algo inadecuada	89	35,6
		Correcta	153	61,2
		Total	250	100,0

Total	15,61 (2,242)	Muy incorrecta	1	,2
		Incorrecta	11	2,2
		Algo inadecuada	198	40,2
		Correcta	282	57,3
		Total	492	100,0

Se va a comprobar a continuación si existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total de la opinión de los alumnos de 1º y 4º sobre el derecho del paciente a la información, así como en la puntuación de los alumnos del Grado en Medicina, del Grado en Enfermería, del Grado en Psicología, o de los demás Grados de Ciencias de la Salud. Para ello se realizarán los correspondientes test de igualdad de medias.

Se ha realizado en primer lugar un test de Levene, que ha puesto de manifiesto que las varianzas en ambos grupos son iguales ( $\text{sig.} = 0,386 > 0,05$ ), y un test de Kolmogorov-Smirnov, que indica que la distribución de la variable no es Normal en ninguno de los grupos ( $\text{sig.} = 0,000$  en ambos casos). Por este motivo se ha aplicado el test U de Mann-Whitney (dos muestras) obteniéndose que no existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total media de la opinión de los alumnos de 1º y 4º sobre el derecho del paciente a la información ( $\text{sig.} = 0,082 > 0,05$ ).

Para analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total de la opinión de los alumnos del Grado en Medicina, del Grado en Enfermería, del Grado en Psicología, o de los demás Grados de Ciencias de la Salud, sobre el derecho del paciente a la información, se ha realizado también un test de Levene, que ha puesto de manifiesto que las varianzas en ambos grupos son iguales ( $\text{sig.} = 0,253 > 0,05$ ), y un test de Kolmogorov-Smirnov, que ha puesto de manifiesto que la distribución de la variable no es Normal en ninguno de los grupos ( $\text{sig.} = 0,000$  en las cuatro submuestras). Por este motivo se ha aplicado el de Kruskal Wallis (disponemos de más de dos muestras), obteniéndose que no existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total media de la opinión de los alumnos de los distintos Grados considerados sobre el derecho del paciente a la información ( $\text{sig.} = 0,938 > 0,05$ ).

Aunque la segmentación simultánea por grado y curso incrementa considerablemente el error de cada submuestra, sí nos puede permitir analizar tendencias y comportamientos generales diferenciados en cada grupo. Con este

objetivo se ha realizado el test U de Mann-Whitney para cada uno de los grados considerados, obteniéndose que en ningún caso se detectan diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total media de la opinión de los alumnos de 1° y 4° sobre el derecho del paciente a la información (sig.=0,075, sig.=0,847, sig.=0,612, sig.=0,090, en Medicina, Enfermería, Psicología y Otros Grados, respectivamente).

*B. Análisis de “las opiniones de los alumnos sobre el uso de la analgesia y la limitación del esfuerzo terapéutico” en relación con el curso y el grado.<sup>483</sup>*

Como la anterior variable, ésta también se obtiene de otras anteriores (página 304) y presenta dos modalidades: una forma cuantitativa y otra cualitativa.

Variable cuantitativa: al ser el resultado de la suma de 5 respuestas, la máxima puntuación que puede obtener es 20 y la mínima 0. La media obtenida por la población estudiada ha sido de 15,07. Los alumnos de 4° obtienen una media de 15,48, y los de 1° de 14,63. En los grados es Enfermería quien obtiene una media más alta: 15,64, y Psicología quien obtiene la más baja 14,38%

Variable cualitativa: El 49,4% de la población tiene una opinión correcta. En los alumnos de 4° tienen una opinión correcta el 56,4% y el 42,1% de los alumnos de 1°. De los grados es Enfermería el que da el mayor % de respuestas correctas: 58,2% y “Psicología” el que da el menor: 36,8%

**Tabla 11. Opinión del alumno en relación al uso de analgesia y la LET, por Grado y Curso**  
**Rango: 0-20.**

	Media (Desv. típ.)	Respuestas	Frec.	Porcent.
Medicina	14,88 (3,3670)	Muy incorrecta	3	4,6
		Incorrecta	3	4,6
		Algo inadecuada	24	36,9
		Correcta	35	53,8
		Total	65	100,0

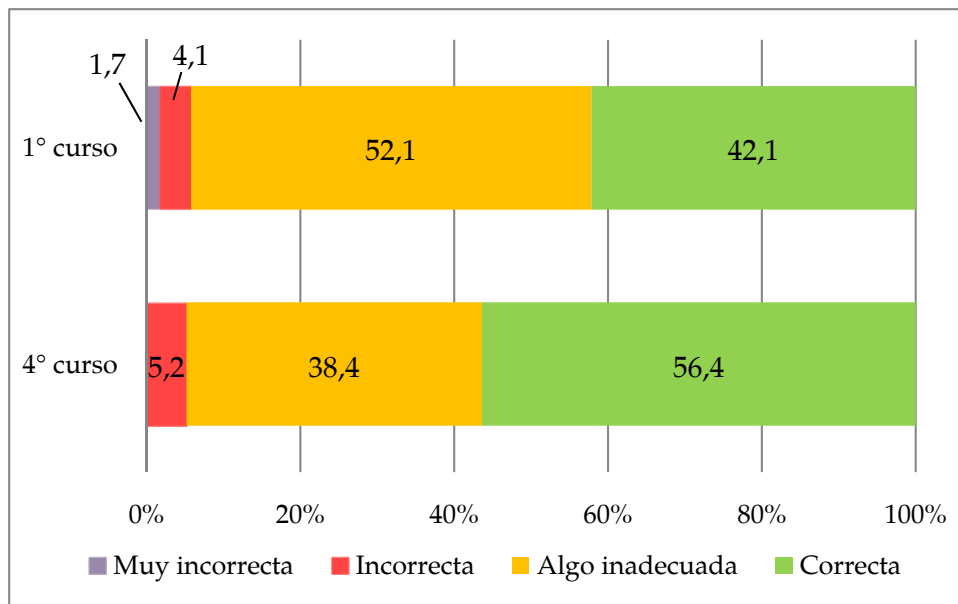
<sup>483</sup> Se puede consultar mayor detalle de la distribución de esta variable en el Anexo II.5.



Enfermería	15,64 (2,544)	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	7	3,1
		Algo inadecuada	87	38,7
		Correcta	131	58,2
		Total	225	100,0
Psicología	14,38 (2,891)	Muy incorrecta	1	1,5
		Incorrecta	6	8,8
		Algo inadecuada	36	52,9
		Correcta	25	36,8
		Total	68	100,0
Otros Grados	14,54 (2,891)	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	7	5,2
		Algo inadecuada	75	56,0
		Correcta	52	38,8
		Total	134	100,0
1° curso	14,63 (2,807)	Muy incorrecta	4	1,7
		Incorrecta	10	4,1
		Algo inadecuada	126	52,1
		Correcta	102	42,1
		Total	242	100,0
4° curso	15,48 (2,687)	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	13	5,2
		Algo inadecuada	96	38,4
		Correcta	141	56,4
		Total	250	100,0
Total	15,07 (2,777)	Muy incorrecta	4	,8
		Incorrecta	23	4,7
		Algo inadecuada	222	45,1
		Correcta	243	49,4
		Total	492	100,0

El test de Levene ha puesto de manifiesto en esta variable que las varianzas en los alumnos de 1° y 4° son iguales ( $\text{sig.} = 0,478 > 0,05$ ) y el test de Kolmogorov-Smirnov ha puesto de manifiesto que la distribución de la variable no es Normal en ninguno de los grupos ( $\text{sig.} = 0,000$  en ambos casos). Por este motivo se ha aplicado el test U de Mann-Whitney, obteniéndose que **sí existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total media de la opinión de los**

alumnos de 1° y 4° en relación al uso de analgesia y la LET (sig.= 0,000). En concreto, los alumnos de primero presentan una puntuación media de 14,63 y los alumnos de 4° de 15,48.



**Gráfico 7. Opinión sobre el uso de analgesia y LET, por curso (%)**

El test de Levene ha puesto de manifiesto en esta variable que las varianzas en los alumnos del Grado en Medicina, del Grado en Enfermería, del Grado en Psicología, o de los demás Grados de Ciencias de la Salud son iguales (sig.= 0,220 > 0,05) y el test de Kolmogorov-Smirnov ha puesto de manifiesto que la distribución de la variable no es Normal en ninguno de los grupos (sig.= 0,000 en Medicina, Enfermería y Otros Grados, y sig. = 0,002 en Psicología). Por este motivo se ha aplicado el test de Kruskal Wallis, obteniéndose que **sí existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total media de las opiniones de los alumnos de los distintos Grados en relación a la analgesia y la LET** (sig.= 0,000).

Al concluir que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las cuatro muestras analizadas (Grado en Medicina, Grado en Enfermería, Grado en Psicología, o de los demás Grados de Ciencias de la Salud), hemos aplicado el procedimiento de Hochberg para poder saber cuáles son las

medias que difieren. Hemos utilizado este procedimiento por ser un caso de homocedasticidad (La variable tiene igual varianza en los dos grupos) y distintos tamaños muestrales. El procedimiento de Hochberg ha permitido distinguir dos subconjuntos homogéneos: por una parte, Medicina y Enfermería (con una media más elevada en las opiniones relativas a la analgesia y la LET); y por otra parte Psicología, Otros Grados y Medicina (con una media menor).

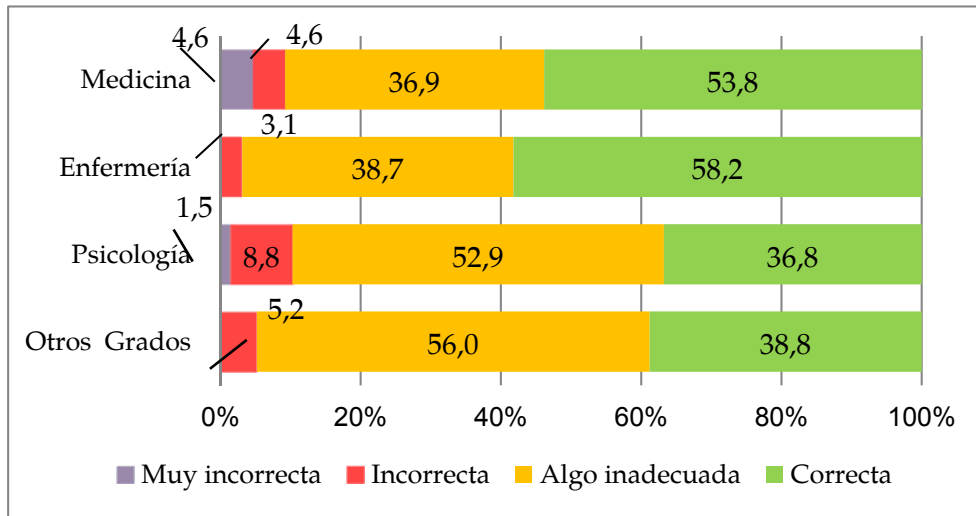


Gráfico 8. Opinión sobre el uso de analgesia y LET, por grado (%)

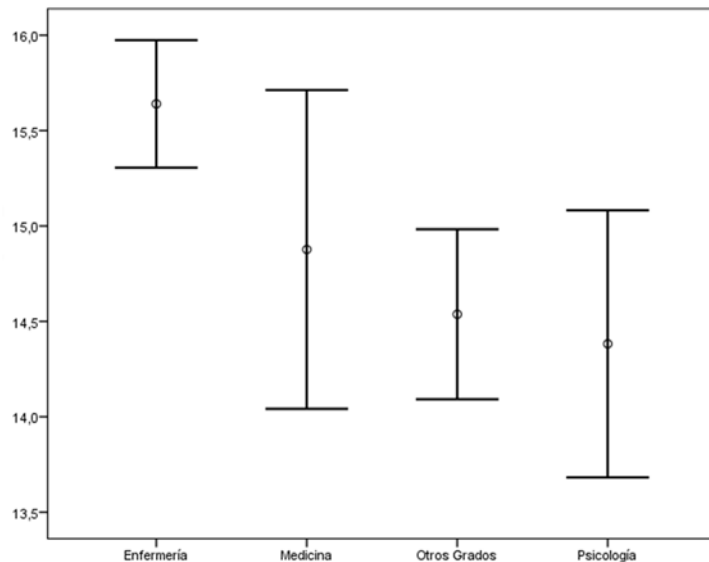


Gráfico 9. Gráfico de barras de error sobre la opinión sobre el uso de analgesia y LET, por grado

De nuevo, y aunque la segmentación simultánea por grado y curso incrementa considerablemente el error de cada submuestra, con la finalidad de detectar tendencias generales en cada grupo se ha realizado el test U de Mann-Whitney para cada uno de los grados considerados. Con la finalidad de detectar tendencias generales en cada grupo se ha realizado el test U de Mann-Whitney para cada uno de los grados considerados. Los resultados indican que **en los grados de Medicina y Enfermería sí existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total media de las opiniones de los alumnos de 1° y los alumnos de 4° en relación al uso de la analgesia y la LET** (sig.=0,020 y sig.=0,004, respectivamente), aunque estas diferencias no son detectables en el grado en Psicología y Otros Grados (sig.=0,910 y sig.=0,185, respectivamente).

*C. Análisis de “las opiniones de los alumnos sobre la Dignidad Humana” en relación con el curso y grado en el que están.*<sup>484</sup>

Como las anteriores variables, ésta también se obtiene de otras anteriores (pág. 305) y presenta dos modalidades: una forma cuantitativa y otra cualitativa.

Variable cuantitativa: al ser el resultado de la suma de 8 respuestas, la máxima puntuación que puede obtener es 32 y la mínima 0. La media obtenida por la población estudiada ha sido de 25,45. Los alumnos de 4° obtienen una media de 35,53, y los de 1° de 25,36. En los grados es Medicina quien obtiene una media más alta: 26,09, y Psicología quien obtiene la más baja 24,91%

Variable cualitativa: El 64,2% de la población tiene una opinión correcta. En los alumnos de 4° tienen una opinión correcta el 64,8% y el 63,6% de los alumnos de 1°. De los grados es Medicina el que da el mayor % de respuestas correctas: 76,9% y “otros grados” el que da el menor: 55,2%

Tabla 12. Opinión del alumno en relación a la dignidad humana, por Grado y curso Rango: 0-32.

	Media (Desv. típ.)	Respuestas	Frec.	Porcent.
Medicina	26,09 (4,766)	Muy incorrecta	1	1,5
		Incorrecta	1	1,5
		Algo inadecuada	13	20,0
		Correcta	50	76,9
		Total	65	100,0

<sup>484</sup> Se puede consultar mayor detalle de la distribución de esta variable en el Anexo II.6.

Enfermería	25,70 (3,311)	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	2	,9
		Algo inadecuada	69	30,7
		Correcta	154	68,4
		Total	225	100,0
Psicología	24,91 (3,484)	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	1	1,5
		Algo inadecuada	29	42,6
		Correcta	38	55,9
		Total	68	100,0
Otros Grados	24,99 (3,114)	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	0	0,0
		Algo inadecuada	60	44,8
		Correcta	74	55,2
		Total	134	100,0
1° curso	25,36 (3,423)	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	2	0,8
		Algo inadecuada	86	35,5
		Correcta	154	63,6
		Total	242	100,0
4° curso	25,53 (3,626)	Muy incorrecta	1	0,4
		Incorrecta	2	0,8
		Algo inadecuada	85	34,0
		Correcta	162	64,8
		Total	250	100,0
Total	25,45 (3,525)	Muy incorrecta	1	0,2
		Incorrecta	4	0,8
		Algo inadecuada	171	34,8
		Correcta	316	64,2
		Total	492	100,0

El test de Levene ha puesto de manifiesto que las varianzas en los alumnos de 1° y 4° son iguales ( $\text{sig.} = 0,766 > 0,05$ ) y el test de Kolmogorov-Smirnov ha puesto de manifiesto que la distribución de la variable no es Normal en ninguna de las dos subpoblaciones ( $\text{sig.} = 0,000$  en ambos casos). Por este motivo se ha aplicado el test U de Mann-Whitney, obteniéndose que no existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total media de la opinión de los alumnos de 1° y 4° en relación a la dignidad humana ( $\text{sig.} = 0,369 > 0,05$ ).

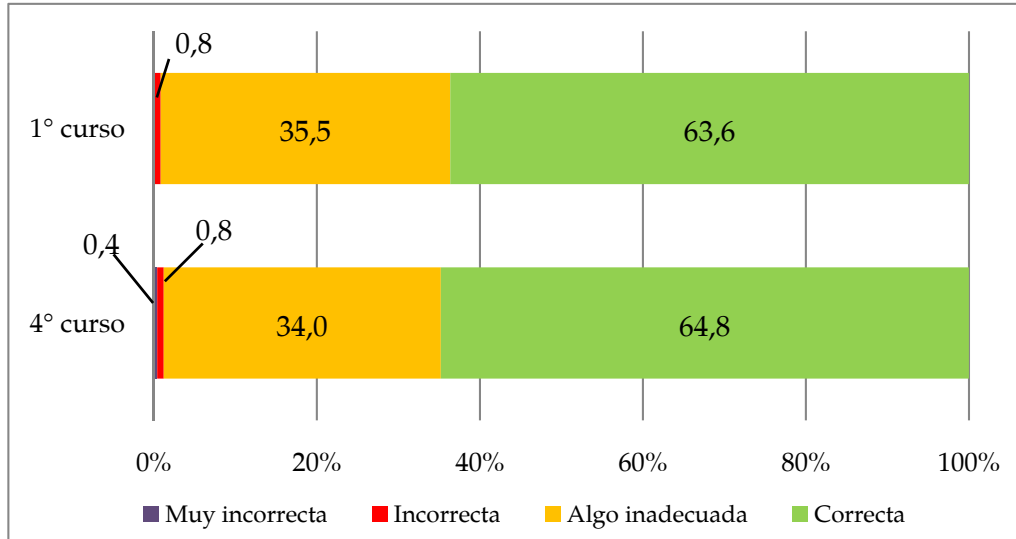
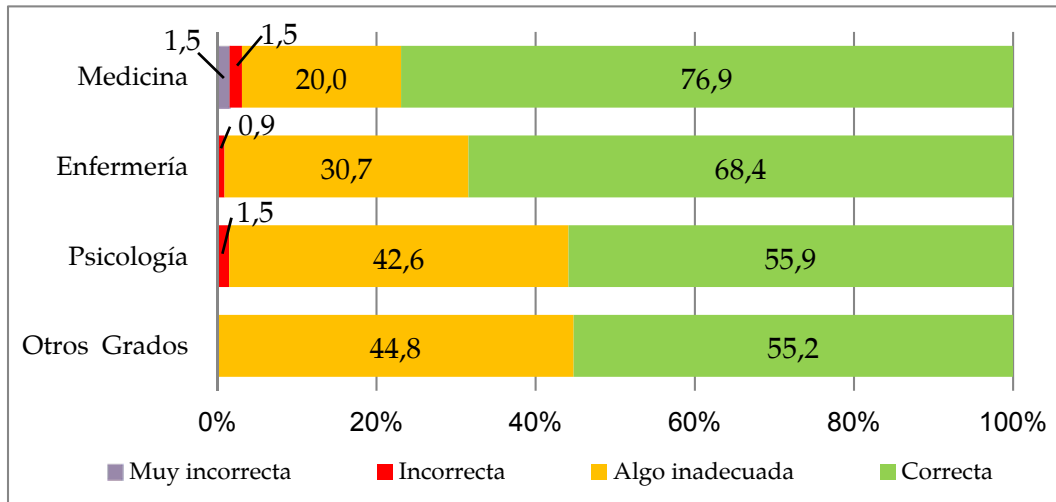


Gráfico 10. Opinión sobre la dignidad humana, por curso (%)

Para analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total de la opinión de los alumnos del Grado en Medicina, del Grado en Enfermería, del Grado en Psicología, o de los demás Grados de Ciencias de la Salud, en su opinión sobre la dignidad humana, también se ha realizado un test de Levene, que ha puesto de manifiesto que las varianzas en ambos grupos son iguales ( $\text{sig.} = 0,225 > 0,05$ ), y un test de Kolmogorov-Smirnov, que indica que la distribución de la variable no es Normal en ninguno de los grupos ( $\text{sig.} = 0,000$  en Medicina,  $\text{sig.} = 0,016$  en Enfermería, y  $\text{sig.} = 0,034$  en Otros Grados). Por este motivo se ha aplicado el de Kruskal Wallis, obteniéndose que **sí existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total media de la opinión de los alumnos de los distintos Grados considerados sobre la dignidad humana** ( $\text{sig.} = 0,003 < 0,05$ ).

Sin embargo, el procedimiento de Hochberg de comparaciones múltiples no es capaz de encontrar diferencias entre las cuatro muestras consideradas (el procedimiento de Hochberg es más conservador que el test de Kruskal Wallis).



**Gráfico 11. Opinión sobre la dignidad humana, por grado (%)**

Se ha realizado también el test U de Mann-Whitney para cada uno de los grados. Los resultados muestran que en ningún caso se detectan diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total media de la opinión de los alumnos de 1º y 4º sobre la dignidad humana (sig.=0,971, sig.=0,112, sig.=0,671, sig.=0,365, en Medicina, Enfermería, Psicología y Otros Grados, respectivamente).

*D. Análisis de "las opiniones de los alumnos sobre la eutanasia y la muerte digna" en relación con el curso y grado en el que están.*<sup>485</sup>

Como las anteriores variables, ésta también se obtiene de otras anteriores (página 306) y presenta dos modalidades: una forma cuantitativa y otra cualitativa.

Variable cuantitativa: al ser el resultado de la suma de 15 respuestas, la máxima puntuación que puede obtener es 60 y la mínima 0. La media obtenida por la población estudiada ha sido de 39,55, (una desviación típica de 8,8). Los alumnos de 4º obtienen una media de 39,62, y los de 1º de 39,47. En los grados es Medicina quien obtiene una media más alta: 42,49, y Psicología quien obtiene la más baja 35,31%

Variable cualitativa: El 25,4% de la población tiene una opinión correcta. En los alumnos de 4º tienen una opinión correcta el 23,2%, y el 27,7% de los alumnos

<sup>485</sup> Se puede consultar mayor detalle de la distribución de esta variable en el Anexo II.7.

de 1°. De los grados es Medicina el que da el mayor % de respuestas correctas: 40% y Psicología el que da el menor: 16,2%

**Tabla 13. Opinión del alumno en relación a la eutanasia y la muerte digna, por Grado y curso. Rango: 0-60.**

	Media (Desv. típ.)	Respuestas	Frec.	Porcent.
Medicina	42,49 (9,852)	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	10	15,4
		Algo inadecuada	29	44,6
		Correcta	26	40,0
		Total	65	100,0
Enfermería	41,16 (7,669)	Muy incorrecta	1	0,4
		Incorrecta	16	7,1
		Algo inadecuada	144	64,0
		Correcta	64	28,4
		Total	225	100,0
Psicología	35,31 (9,213)	Muy incorrecta	2	2,9
		Incorrecta	21	30,9
		Algo inadecuada	34	50,0
		Correcta	11	16,2
		Total	68	100,0
Otros Grados	37,57 (8,699)	Muy incorrecta	2	1,5
		Incorrecta	20	14,9
		Algo inadecuada	88	65,7
		Correcta	24	17,9
		Total	134	100,0
1° curso	39,47 (9,345)	Muy incorrecta	4	1,7
		Incorrecta	34	14,0
		Algo inadecuada	137	56,6
		Correcta	67	27,7
		Total	242	100,0
4° curso	39,62 (8,258)	Muy incorrecta	1	,4
		Incorrecta	33	13,2
		Algo inadecuada	158	63,2
		Correcta	58	23,2
		Total	250	100,0



Total	39,55 (8,800)	Muy incorrecta	5	1,0
		Incorrecta	67	13,6
		Algo inadecuada	295	60,0
		Correcta	125	25,4
		Total	492	100,0

Como en los casos anteriores, el test de Levene indica que las varianzas en los grupos de 1° y 4° son iguales ( $\text{sig.} = 0,071 > 0,05$ ), aunque esta vez el test de Kolmogorov-Smirnov indica que la distribución de la variable es Normal en ambos grupos ( $\text{sig.} = 0,200 > 0,05$  en 1° curso y  $\text{sig.} = 0,073 > 0,05$  en 4° curso). Por este motivo se ha aplicado un análisis ANOVA, concluyéndose que no existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total media de la opinión de los alumnos de 1° y 4° sobre la eutanasia ( $\text{sig.} = 0,847 > 0,05$ ).

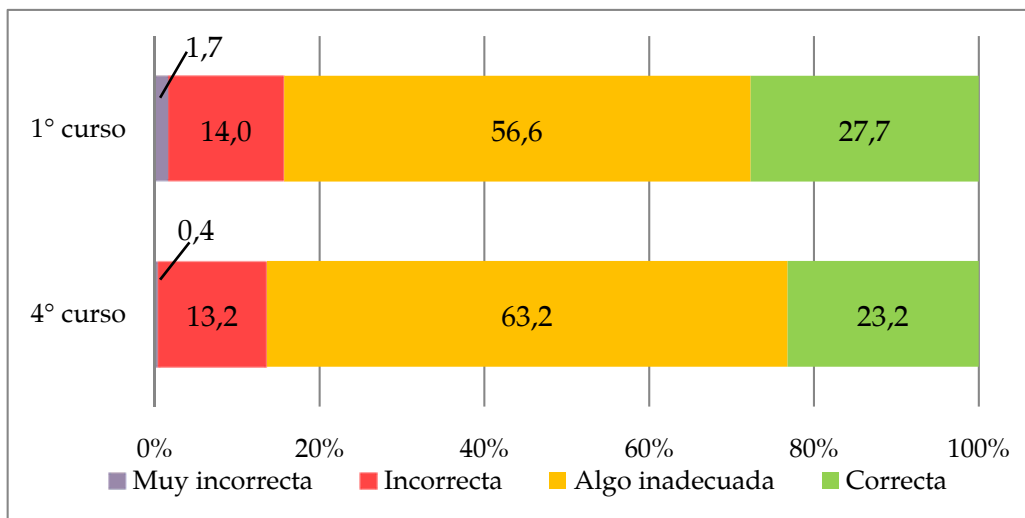


Gráfico 12. Opinión sobre la eutanasia y una muerte digna, por curso (%)

Aplicando el test de Levene a los distintos grados se pone de manifiesto que las varianzas no son iguales en ellos ( $\text{sig.} = 0,037 < 0,05$ ), y el test de Kolmogorov-Smirnov indica que la distribución de la variable es Normal en todos los grupos ( $\text{sig.} = 0,200 > 0,05$ ). El test de Kruskal Wallis indica que **sí existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total media de las opiniones de los alumnos de los distintos Grados en relación a la opinión sobre la eutanasia y la muerte digna** ( $\text{sig.} = 0,000 < 0,05$ ).

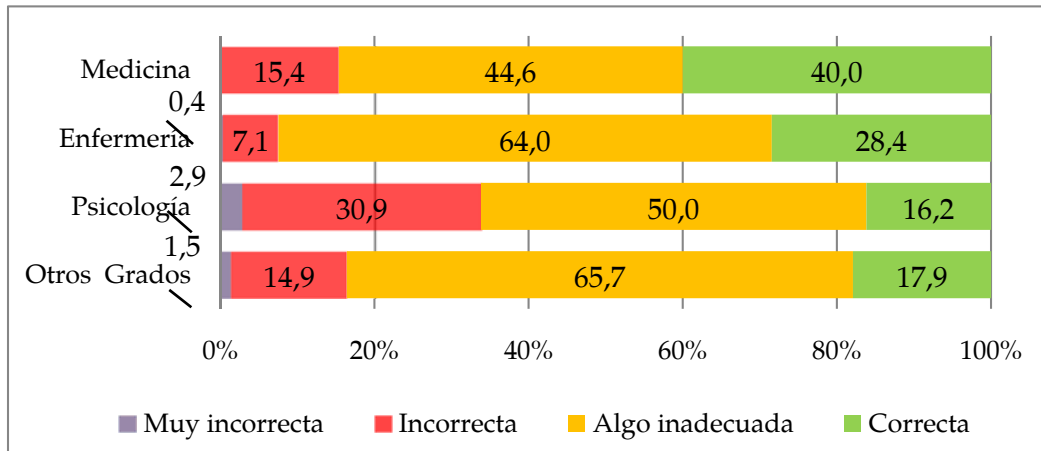


Gráfico 13. Opinión sobre la eutanasia y una muerte digna, por grado (%)

Para analizar cuál(es) son las medias que difieren se han realizado las pruebas post hoc de comparaciones múltiples; en concreto, en un caso de heterocedasticidad (la variable tiene una varianza distinta en cada grupo) y distintos tamaños muestrales, se ha aplicado la prueba T3 de Dunnett, que ha permitido distinguir dos subconjuntos homogéneos: por una parte Medicina y Enfermería (con una media más elevada, es decir, más correcta), y por otra parte Psicología y Otros Grados (con una media menor, es decir más incorrecta, en la opinión sobre la eutanasia y la muerte digna).

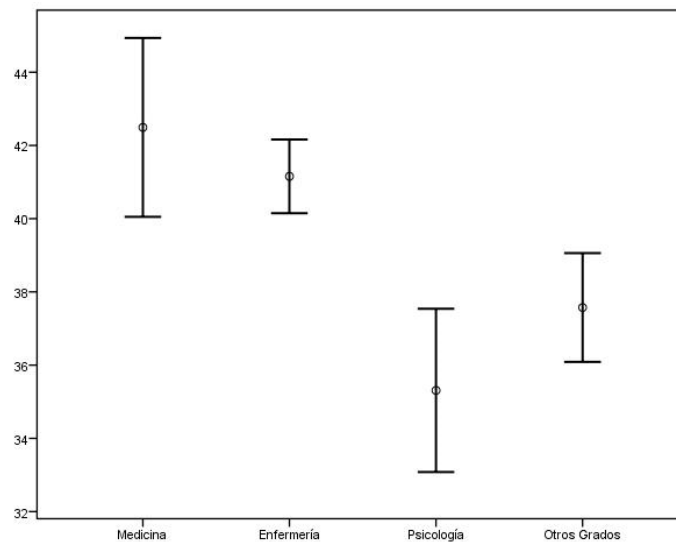


Gráfico 14. Gráfico de barras de error de opinión sobre la eutanasia y una muerte digna, por grado

Con la finalidad de detectar tendencias generales en cada grado se ha realizado el test U de Mann-Whitney para cada uno de los grados considerados. obteniéndose que en ningún caso se detectan diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total media de la opinión de los alumnos de 1° y 4° sobre la eutanasia y una muerte digna (sig.=0,138, sig.=0,059, sig.=0,115, sig.=0,098, en Medicina, Enfermería, Psicología y Otros Grados, respectivamente).

*E. Análisis de “las actitudes de los alumnos respecto a la eutanasia” en relación con el curso y grado en el que están.*<sup>486</sup>

En la Tabla 14, el Grafico 15 y el Grafico 16 se puede observar los % de las respuestas que han dado los alumnos a la pregunta: *Cuando una persona tiene una enfermedad en fase terminal, que le causa grandes sufrimientos y que le causará la muerte en poco tiempo, ¿cree Usted correcto que los médicos le ayuden a poner fin a su vida, si esta persona lo solicita libremente?*. Observamos que

El 72,4% de la población tiene una actitud favorable a la eutanasia pues 36 % contestan que *“Sí, con toda seguridad”* y 36,4% dicen también que *“sí, aunque no están totalmente seguros”*. Son contrarios a la eutanasia el 25,7%, aunque sólo 16,1% están totalmente seguros.

En los alumnos de 4°, el 82% tiene una actitud favorable a la eutanasia, (de los cuales no tiene dudas el 38,8%) y son contrarios a la eutanasia el 16,1%, todos totalmente seguros.

En los alumnos de 1°, el 62,4% tiene una actitud favorable a la eutanasia, (de los cuales no tiene dudas el 33,1%) y son contrarios a la eutanasia el 35,5%, sólo 16,1% están totalmente seguros.

En los grados, la titulación con un % mayor de alumnos favorables a la eutanasia es Psicología, con el 80,9%, (totalmente seguros el 51,5%) y la menos favorable es Medicina, con 64,6% de alumnos favorables (totalmente seguros el 24,6%). La titulación donde existe un mayor % de alumnos totalmente seguros en contra de la eutanasia es Enfermería (18,2%), seguida de Medicina (16,9%).

---

<sup>486</sup> Se puede consultar mayor detalle de la distribución de esta variable en el Anexo II.8.

Tabla 14. Actitud ante la Eutanasia voluntaria a un enfermo terminal

	Respuestas	Frec.	%	% acum
Medicina	Sí, con toda seguridad	16	24,6	64,6
	Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	26	40,0	
	Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	12	18,5	35,4
	No, con toda seguridad	11	16,9	
	No contesta	0	0,0	0,0
	Total	65	100,0	100,0
Enfermería	Sí, con toda seguridad	78	34,7	70,7
	Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	81	36,0	
	Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	20	8,9	27,1
	No, con toda seguridad	41	18,2	
	No contesta	5	2,2	2,2
	Total	225	100,0	100,0
Psicología	Sí, con toda seguridad	35	51,5	80,9
	Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	20	29,4	
	Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	5	7,4	16,2
	No, con toda seguridad	6	8,8	
	No contesta	2	2,9	2,9
	Total	68	100,0	100,0
Otros Grados	Sí, con toda seguridad	48	35,8	74,6
	Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	52	38,8	
	Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	10	7,5	23,2
	No, con toda seguridad	21	15,7	
	No contesta	3	2,2	2,2
	Total	134	100,0	100,0
1º curso	Sí, con toda seguridad	80	33,1	62,4
	Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	71	29,3	
	Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	47	19,4	35,5
	No, con toda seguridad	39	16,1	
	No contesta	5	2,1	2,1
	Total	242	100,0	100,0
4º curso	Sí, con toda seguridad	97	38,8	82,0
	Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	108	43,2	
	Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	0	0,0	16,0
	No, con toda seguridad	40	16,0	
	No contesta	5	2,0	2,0
	Total	250	100,0	100,0

Total	Sí, con toda seguridad	177	36,0	72,4
	Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	179	36,4	
	Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	47	9,6	25,7
	No, con toda seguridad	79	16,1	
	No contesta	10	2,0	2,0
	Total	492	100,0	100,0

Con respecto a esta pregunta se han efectuado los correspondientes contrastes V de Cramer (test que mide la asociación entre una variable nominal y una variable ordinal), ya comparando los grupos por curso y por grado. El resultado obtenido es que no existen diferencias significativas por grado ( $\text{sig.} = 0.080 > 0,05$ ), lo cual indica que en todos los Grados considerados (Medicina, Enfermería, Psicología y Resto de Grados de Ciencias de la Salud) la respuesta es la misma.

Sin embargo, **sí existen diferencias estadísticamente significativas en la respuesta de alumnos de 1º curso y alumnos de 3º y 4º curso** ( $\text{sig.} = 0,000 < 0,005$ ): en la tabla 14 se puede comprobar que el porcentaje de alumnos favorables a la eutanasia voluntaria es muy superior entre los alumnos de último curso (82,0% frente al 62,4%).

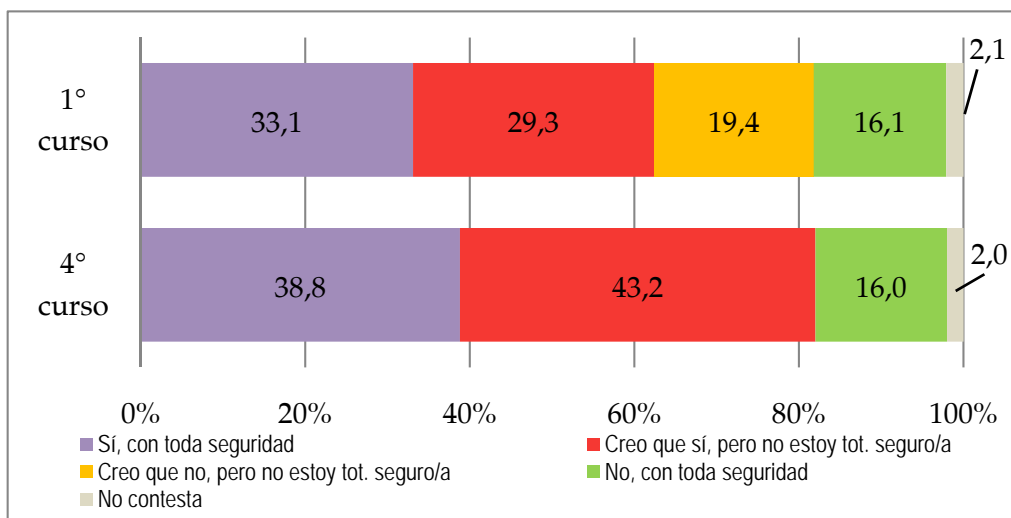
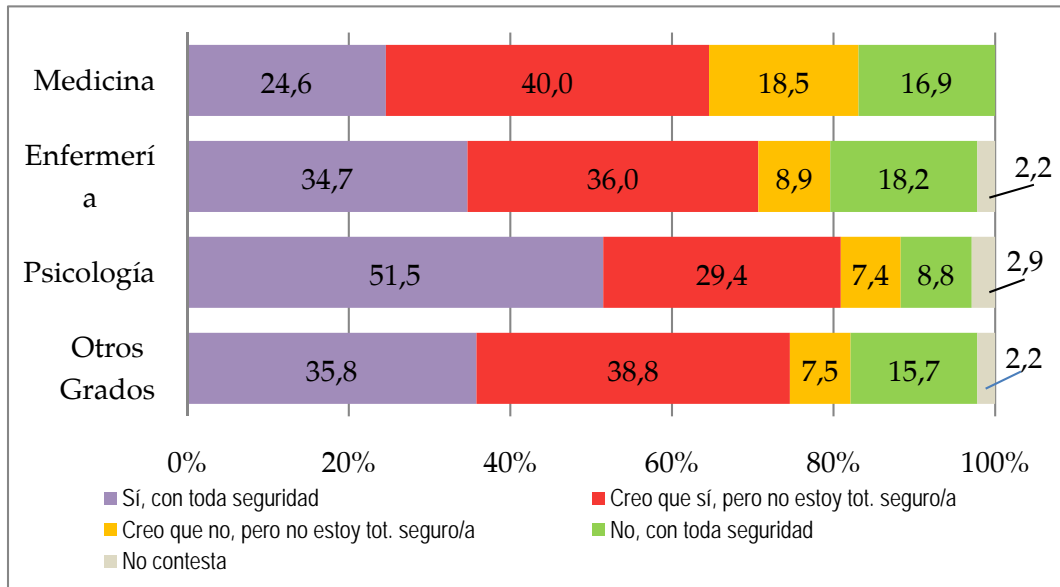


Gráfico 15. Actitud ante Eutanasia voluntaria a un enfermo terminal, por curso (%)



**Gráfico 16. Actitud ante Eutanasia voluntaria a un enfermo terminal, por grado (%)**

Aunque la segmentación simultánea por grado y curso incrementa considerablemente el error de cada submuestra, sí nos puede permitir analizar tendencias y comportamientos generales diferenciados en cada grupo. Con este objetivo se ha calculado el estadístico V de Cramer para cada uno de los grados considerados, obteniéndose **que sí existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud ante la eutanasia de los alumnos de 1° y 4° de Medicina, Enfermería y Otros Grados** (sig.=0,037, sig.=0,000, sig.=0,015, respectivamente), **aunque no entre los alumnos de 1° y 4° del grado en Psicología** (sig.=0,340).

En la tabla 14B, donde se muestran los cursos de cada grado, se aprecia muy bien en el grado de Enfermería esta diferencia estadísticamente significativa entre los alumnos de 1° y los alumnos de 4° curso, de 54% favorables a 81,2% favorables respectivamente. En este caso podemos afirmar que esta diferencia es estadísticamente significativa, pues en Enfermería el error muestral<sup>487</sup> para los alumnos de 4ª es sólo del 6,87%, dada la cantidad de alumnos que participan en el estudio.

<sup>487</sup> En el anexo II.2 se puede ver una tabla con los errores muestrales de las subpoblaciones de alumnos de 4° de cada grado.

Tabla 14B. Actitud ante la Eutanasia voluntaria a un enfermo terminal, por grado y curso

Grado	Cuso	Respuestas	Frec.	%
Medicina	1° curso	Sí / Creo que sí	29	61,7
		No / Creo que no	18	38,3
		No contesta	0	0,0
		Total	47	100,0
	3° curso	Sí / Creo que sí	13	72,2
		No / Creo que no	5	27,8
		No contesta	0	0,0
		Total	18	100,0
Enfermería	1° curso	Sí / Creo que sí	47	54,0
		No / Creo que no	38	43,7
		No contesta	2	2,3
		Total	87	100,0
	4° curso	Sí / Creo que sí	112	81,2
		No / Creo que no	23	16,7
		No contesta	3	2,2
		Total	138	100,0
Psicología	1° curso	Sí / Creo que sí	29	74,4
		No / Creo que no	9	23,1
		No contesta	1	2,6
		Total	39	100,0
	4° curso	Sí / Creo que sí	26	89,7
		No / Creo que no	2	6,9
		No contesta	1	3,4
		Total	29	100,0
Otros Grados	1° curso	Sí / Creo que sí	46	66,7
		No / Creo que no	21	30,4
		No contesta	2	2,9
		Total	69	100,0
	4° curso	Sí / Creo que sí	54	83,1
		No / Creo que no	10	15,4
		No contesta	1	1,5
		Total	65	100,0

*F. Análisis de "las actitudes de los alumnos respecto al suicidio asistido por el medico" en relación con el curso y grado en el que están.*<sup>488</sup>

En la Tabla 15, el Grafico 17 y el Grafico 18 se puede observar los % de las respuestas que han dado los alumnos a la pregunta: *si es correcto o no que los médicos proporcionen los medios necesarios a una persona para que ella misma acabe con su vida cuando esta persona está en fase terminal, con grandes sufrimientos que causará la muerte en poco tiempo, y es la misma persona la que la que lo solicita.* Observamos que

El 54,7% de la población tiene una actitud favorable al suicidio asistido (23,6% contestan que *"Sí, con toda seguridad"* y 31,1% dicen también que *"sí, aunque no están totalmente seguros"*. Son contrarios al suicidio asistido el 25,7%, aunque sólo 16,1% están totalmente seguros.

En los alumnos de 4º, el 71,2% tiene una actitud favorable al suicidio asistido, (no tiene dudas el 29,6%) y son contrarios al suicidio asistido el 25,2 %, todos totalmente seguros.

En los alumnos de 1º, el 37,6 % tiene una actitud favorable al suicidio asistido, (no tiene dudas el 17,4%) y son contrarios al suicidio asistido el 59,5%, sólo 34,7% están totalmente seguros.

En los grados, la titulación con un % mayor de alumnos favorables al suicidio asistido es Psicología, con el 66,2%, (totalmente seguros el 41,2%) y la menos favorable es Medicina, con 40% de alumnos favorables (totalmente seguros el 12,3 %). La titulación donde existe un mayor % de alumnos totalmente seguros en contra al suicidio asistido es Medicina (43,1%), seguida de Enfermería (32%).

**Tabla 15. Actitud ante el Suicidio asistido por el médico a un enfermo terminal**

	Respuestas	Frec.	%	% acum
Medicina	Sí, con toda seguridad	8	12,3	40,0
	Creo que sí, pero no estoy total seguro/a	18	27,7	
	Creo que no, pero no estoy total seguro/a	11	16,9	60,0
	No, con toda seguridad	28	43,1	
	No contesta	0	0,0	0,0
	Total	65	100,0	100,0

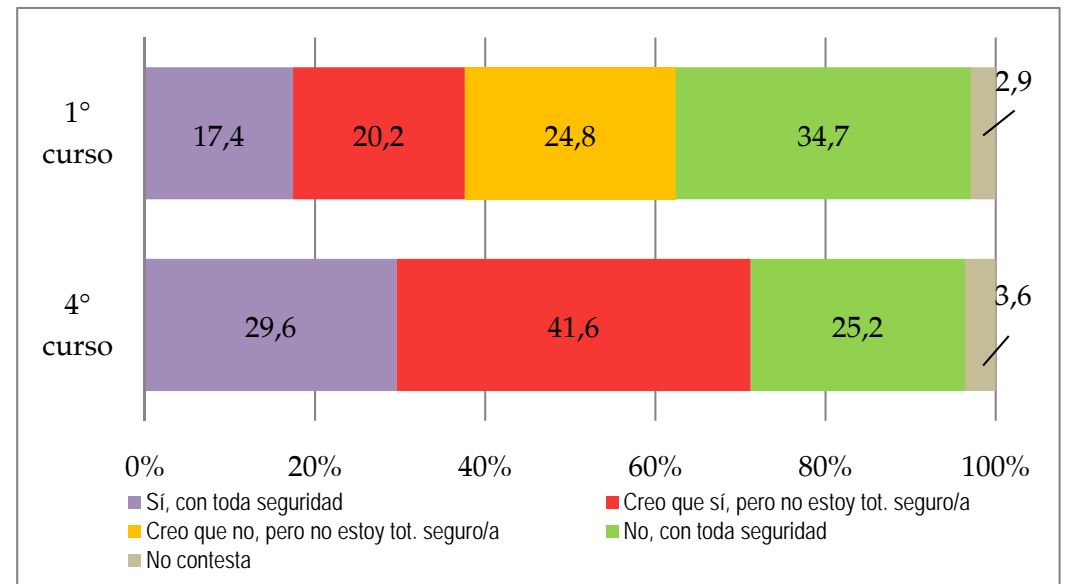
<sup>488</sup> Se puede consultar mayor detalle de la distribución de esta variable en el Anexo. II.9.



Enfermería	Sí, con toda seguridad	49	21,8	53,4
	Creo que sí, pero no estoy total seguro/a	71	31,6	
	Creo que no, pero no estoy total seguro/a	24	10,7	42,7
	No, con toda seguridad	72	32,0	
	No contesta	9	4,0	4,0
	Total	225	100,0	100,0
Psicología	Sí, con toda seguridad	28	41,2	66,2
	Creo que sí, pero no estoy total seguro/a	17	25,0	
	Creo que no, pero no estoy total seguro/a	9	13,2	30,8
	No, con toda seguridad	12	17,6	
	No contesta	2	2,9	2,9
	Total	68	100,0	100,0
Otros Grados	Sí, con toda seguridad	31	23,1	58,2
	Creo que sí, pero no estoy total seguro/a	47	35,1	
	Creo que no, pero no estoy total seguro/a	16	11,9	38,0
	No, con toda seguridad	35	26,1	
	No contesta	5	3,7	3,7
	Total	42	17,4	100,0
1° curso	Sí, con toda seguridad	42	17,4	37,6
	Creo que sí, pero no estoy total seguro/a	49	20,2	
	Creo que no, pero no estoy total seguro/a	60	24,8	59,5
	No, con toda seguridad	84	34,7	
	No contesta	7	2,9	2,9
	Total	242	100,0	100,0
4° curso	Sí, con toda seguridad	74	29,6	71,2
	Creo que sí, pero no estoy total seguro/a	104	41,6	
	Creo que no, pero no estoy total seguro/a	0	0,0	25,2
	No, con toda seguridad	63	25,2	
	No contesta	9	3,6	3,6
	Total	250	100,0	100,0
Total	Sí, con toda seguridad	116	23,6	54,7
	Creo que sí, pero no estoy total seguro/a	153	31,1	
	Creo que no, pero no estoy total seguro/a	60	12,2	42,1
	No, con toda seguridad	147	29,9	
	No contesta	16	3,3	3,3
	Total	492	100,0	100,0

El contraste realizado con el test V de Cramer comparando los grupos por curso y por grado detecta que **sí existen diferencias significativas por grado (sig.= 0.008<0,05)**. En la tabla 15 se puede comprobar que el porcentaje de alumnos favorables al suicidio asistido es muy superior en el Grado en Psicología (66,2%) al del Grado en Medicina (40,0%).

**También existen diferencias estadísticamente significativas en la respuesta de alumnos de 1º curso y alumnos de 3º y 4º curso (sig.=0,000<0,005):** en la tabla 15 se puede comprobar que el porcentaje de alumnos favorables al suicidio asistido es muy superior entre los alumnos de último curso (71,2% frente a 37,6%).



**Gráfico 17. Actitud ante el Suicidio asistido por el médico, por curso (%)**

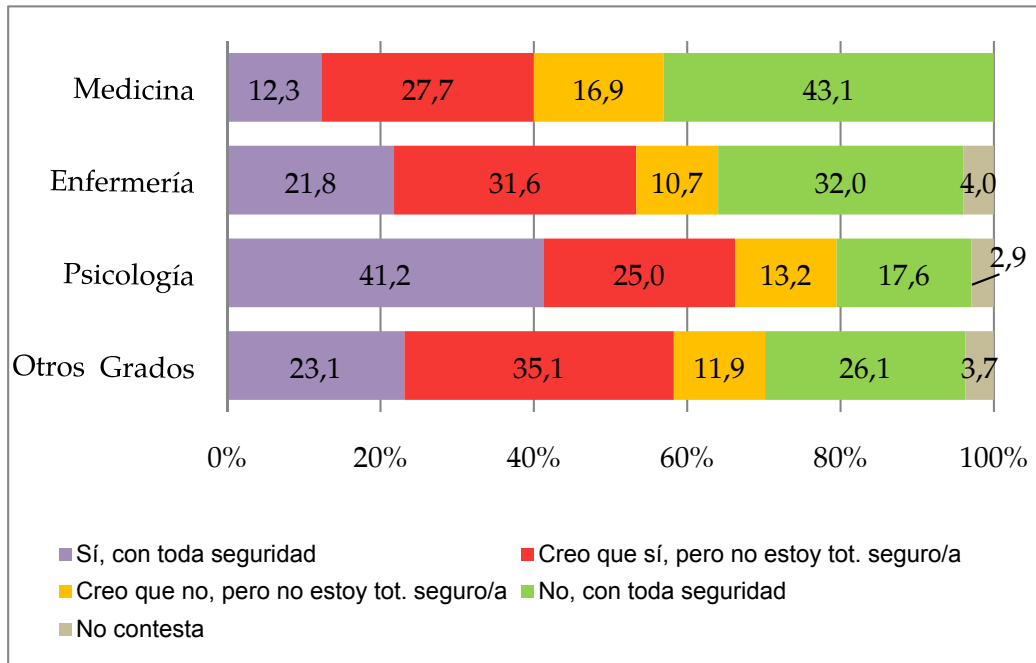


Gráfico 18. Actitud ante el Suicidio asistido por el médico, por grado (%)

Aunque la segmentación simultánea por grado y curso incrementa considerablemente el error de cada submuestra, sí nos puede permitir analizar tendencias y comportamientos generales diferenciados en cada grupo. Con este objeto se ha calculado el estadístico V de Cramer para cada uno de los grados, obteniéndose **que sí existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud ante el suicidio asistido entre los alumnos de 1° y 4° de Enfermería, Psicología y Otros Grados** (sig.=0,000, sig.=0,022, sig.=0,000, respectivamente), aunque **no entre los alumnos de 1° y 3° del grado en Medicina** (sig.=0,125).

En la tabla 15B, donde se muestran los cursos de cada grado, se aprecia muy bien en el grado de Enfermería esta diferencia estadísticamente significativa entre los alumnos de 1° y los alumnos de 4° curso, de 32,2% favorables a 66,7% favorables respectivamente. En este caso podemos afirmar que esta diferencia es estadísticamente significativa, pues en Enfermería el error muestral<sup>489</sup> para los alumnos de 4° es sólo del 6,87%, dada la cantidad de alumnos que participan en el estudio.

<sup>489</sup> En el anexo II.2 se puede ver una tabla con los errores muestrales de las subpoblaciones de alumnos de 4° de cada grado.

Tabla 15B. Actitud ante el Suicidio asistido por el médico, por grado y curso

Grado	Cuso	Respuestas	Frec.	%
Medicina	1º curso	Sí / Creo que sí	16	34,0
		No / Creo que no	31	66,0
		No contesta	0	0,0
		Total	47	100,0
	3º curso	Sí / Creo que sí	10	55,6
		No / Creo que no	8	44,4
		No contesta	0	0,0
		Total	18	100,0
Enfermería	1º curso	Sí / Creo que sí	28	32,2
		No / Creo que no	56	64,4
		No contesta	3	3,4
		Total	87	100,0
	4º curso	Sí / Creo que sí	92	66,7
		No / Creo que no	40	29,0
		No contesta	6	4,3
		Total	138	100,0
Psicología	1º curso	Sí / Creo que sí	20	51,3
		No / Creo que no	18	46,2
		No contesta	1	2,6
		Total	39	100,0
	4º curso	Sí / Creo que sí	25	86,2
		No / Creo que no	3	10,3
		No contesta	1	3,4
		Total	29	100,0
Otros Grados	1º curso	Sí / Creo que sí	27	39,1
		No / Creo que no	39	56,5
		No contesta	3	4,3
		Total	69	100,0
	4º curso	Sí / Creo que sí	51	78,5
		No / Creo que no	12	18,5
		No contesta	2	3,1
		Total	65	100,0

C. *Análisis de “las actitudes de los alumnos respecto a contribuir personalmente en la eutanasia de un familiar” en relación con el curso y grado en el que están*<sup>490</sup>.

En la Tabla 16, el Grafico 19 y el Grafico 20 se puede observar los % de las respuestas que han dado los alumnos a la pregunta: “*Si un miembro de su familia padeciese una enfermedad irreversible en fase terminal que le produjera un gran sufrimiento y le pidiera a usted repetidamente que le ayudara a morir, ¿contribuiría Ud., personalmente, a adelantar el fin de su vida?*” Observamos que:

El 49,8% de la población tiene una actitud favorable a contribuir personalmente en la eutanasia voluntaria a un familiar (13,4% contestan que “*Sí, con toda seguridad*” y 36,4% dicen también que “*sí, aunque no están totalmente seguros*”. Son contrarios a contribuir personalmente en la eutanasia voluntaria a un familiar el 42,7%, aunque sólo 29,5% están totalmente seguros.

En los alumnos de 4º, el 66,4% tiene una actitud favorable a contribuir personalmente en la eutanasia voluntaria a un familiar, (no tiene dudas el 15,2%) y son contrarios a contribuir personalmente en la eutanasia voluntaria a un familiar el 23,2 %, todos totalmente seguros.

En los alumnos de 1º, el 32,7 % tiene una actitud favorable a contribuir personalmente en la eutanasia voluntaria a un familiar, (no tiene dudas el 11,6%) y son contrarios a contribuir personalmente en la eutanasia voluntaria a un familiar el 62,9%, sólo el 36% están totalmente seguros.

En los grados, la titulación con un % mayor de alumnos favorables a contribuir personalmente en la eutanasia voluntaria a un familiar son “*otros grados*”, con el 58,2%, (totalmente seguros el 12,7%), y Psicología con un 22,1% dispuestos y sin dudas a contribuir en la eutanasia a un familiar. La menos favorable es Medicina, con 29,2% de alumnos favorables (totalmente seguros el 7,7%). La titulación donde existe un mayor % de alumnos totalmente seguros en contra a contribuir personalmente en la eutanasia voluntaria a un familiar es Medicina (40%), seguida de Enfermería (31,6%).

---

<sup>490</sup>Se puede consultar mayor detalle de la distribución de esta variable en el Anexo. II.10.

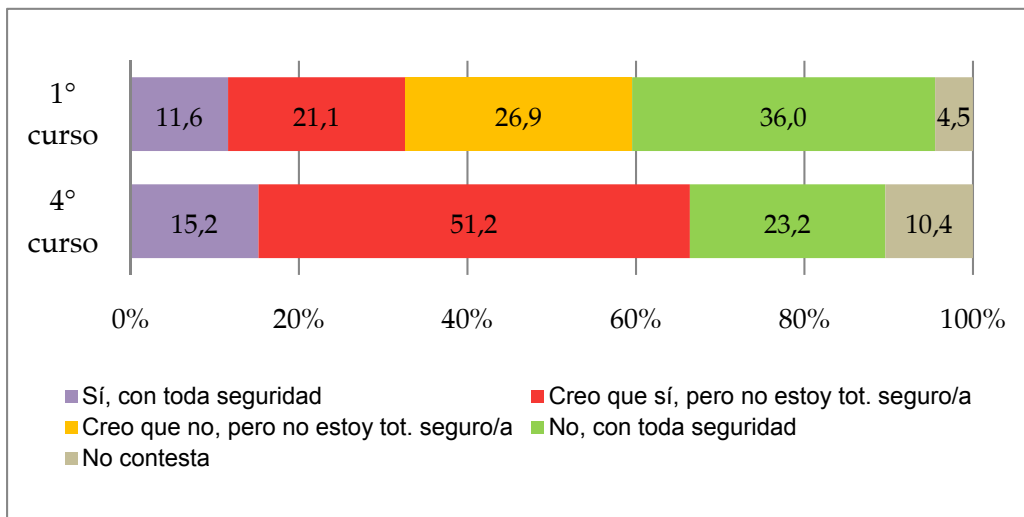
Tabla 16. Actitud ante contribuir personalmente en Eutanasia voluntaria a un familiar

	Respuestas	Frec.	%	% acum
Medicina	Sí, con toda seguridad	5	7,7	29,2
	Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	14	21,5	
	Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	14	21,5	61,5
	No, con toda seguridad	26	40,0	
	No contesta	6	9,2	9,2
	Total	65	100,0	100,0
Enfermería	Sí, con toda seguridad	29	12,9	48,9
	Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	81	36,0	
	Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	28	12,4	44,0
	No, con toda seguridad	71	31,6	
	No contesta	16	7,1	7,1
	Total	225	100,0	100,0
Psicología	Sí, con toda seguridad	15	22,1	55,9
	Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	23	33,8	
	Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	8	11,8	33,9
	No, con toda seguridad	15	22,1	
	No contesta	7	10,3	10,3
	Total	68	100,0	100,0
Otros Grados	Sí, con toda seguridad	17	12,7	58,2
	Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	61	45,5	
	Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	15	11,2	35,8
	No, con toda seguridad	33	24,6	
	No contesta	8	6,0	6,0
	Total	134	100,0	100,0
1º curso	Sí, con toda seguridad	28	11,6	32,7
	Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	51	21,1	
	Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	65	26,9	62,9
	No, con toda seguridad	87	36,0	
	No contesta	11	4,5	4,5
	Total	242	100,0	100,0
4º curso	Sí, con toda seguridad	38	15,2	66,4
	Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	128	51,2	
	Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	0	0,0	23,2
	No, con toda seguridad	58	23,2	
	No contesta	26	10,4	10,4
	Total	250	100,0	100,0

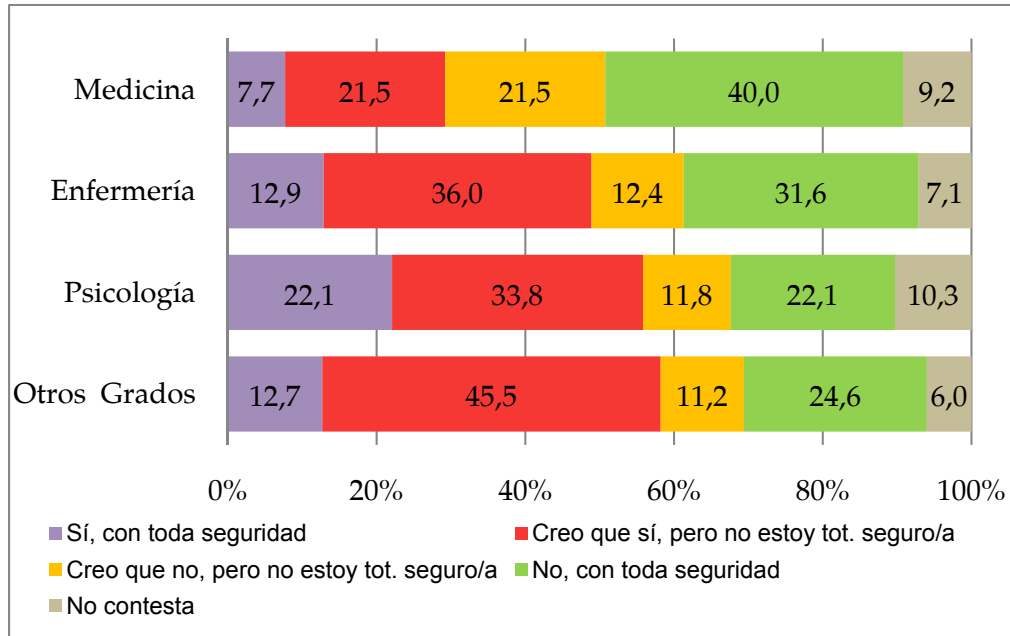
Total	Sí, con toda seguridad	66	13,4	49,8
	Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	179	36,4	
	Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	65	13,2	42,7
	No, con toda seguridad	145	29,5	
	No contesta	37	7,5	7,5
	Total	492	100,0	100,0

Se han realizado los contrastes V de Cramer comparando los grupos por curso y por grado y se detecta que **sí existen diferencias significativas por grado (sig.= 0.026<0,05)** en lo que respecta la respuesta a la pregunta de si contribuiría personalmente a adelantar la muerte a un miembro de mi familia que padeciese una enfermedad irreversible en fase terminal que le produjera un gran sufrimiento si me pidiera repetidamente que le ayudara a morir. En la tabla 17 se puede comprobar que el porcentaje de alumnos **favorables a contribuir personalmente a la eutanasia voluntaria a un familiar es muy superior en el Grado en Psicología (55,9%) y en Otros Grados (58,2%) al porcentaje de alumnos en el Grado en Medicina (29,2%).**

También **existen diferencias estadísticamente significativas en la respuesta de alumnos de 1° curso y alumnos de 3° y 4° curso (sig.=0,000<0,005):** en la tabla 17 se puede comprobar que el porcentaje de alumnos favorables a contribuir personalmente a la eutanasia voluntaria a un familiar es muy superior entre los alumnos de último curso (66,4% frente al 32,7% en 1° curso).



**Gráfico 19. Actitud a contribuir personalmente en la eutanasia voluntaria a un familiar, por curso (%)**



**Gráfico 20. Actitud ante contribuir personalmente en la eutanasia de un familiar, por grado (%)**

Aunque la segmentación simultánea por grado y curso incrementa considerablemente el error de cada submuestra, sí nos puede permitir analizar tendencias y comportamientos generales diferenciados en cada grupo. Con este objetivo se ha calculado el estadístico V de Cramer para cada uno de los grados considerados, obteniéndose **que sí existen diferencias estadísticamente significativas en si contribuirían personalmente a la eutanasia de un familiar entre los alumnos de 1º y 4º de Enfermería, Psicología y Otros Grados** (sig.=0,000, sig.=0,005, sig.=0,000, respectivamente), aunque no entre los alumnos de 1º y 4º del grado en Medicina (sig.=0,065).

En la tabla 16B, que muestra los cursos de cada grado, se aprecia muy bien en el grado de Enfermería esta diferencia estadísticamente significativa entre los alumnos de 1º y los alumnos de 4º curso, **de 23% favorables a 65,2% favorables** respectivamente. En este caso podemos afirmar que esta diferencia es estadísticamente significativa, pues en Enfermería el error muestral<sup>491</sup> para los

<sup>491</sup> En el anexo II.2 se puede ver una tabla con los errores muestrales de las subpoblaciones de alumnos de 4º de cada grado.



alumnos de 4ª es sólo del 6,87%, dada la cantidad de alumnos que participan en el estudio.

**Tabla 16B. Actitud ante contribuir personalmente en la Eutanasia voluntaria a un familiar, por grado y curso**

Grado	Cuso	Respuestas	Frec.	%
Medicina	1º curso	Sí / Creo que sí	11	23,4
		No / Creo que no	33	70,2
		No contesta	3	6,4
		Total	47	100,0
	3º curso	Sí / Creo que sí	8	44,4
		No / Creo que no	7	38,9
		No contesta	3	16,7
		Total	18	100,0
Enfermería	1º curso	Sí / Creo que sí	20	23,0
		No / Creo que no	64	73,6
		No contesta	3	3,4
		Total	87	100,0
	4º curso	Sí / Creo que sí	90	65,2
		No / Creo que no	35	25,4
		No contesta	13	9,4
		Total	138	100,0
Psicología	1º curso	Sí / Creo que sí	17	43,6
		No / Creo que no	20	51,3
		No contesta	2	5,1
		Total	39	100,0
	4º curso	Sí / Creo que sí	21	72,4
		No / Creo que no	3	10,3
		No contesta	5	17,2
		Total	29	100,0
Otros Grados	1º curso	Sí / Creo que sí	31	44,9
		No / Creo que no	35	50,7
		No contesta	3	4,3
		Total	69	100,0
	4º curso	Sí / Creo que sí	47	72,3
		No / Creo que no	13	20,0
		No contesta	5	7,7
		Total	65	100,0

G. *Análisis de “las opiniones de los alumnos respecto a las dos razones más importantes que conducen a una persona enferma a pedir la eutanasia” en relación con el curso y grado en el que están.*

En las Tablas 17, 18 y 18b y en los Gráficos 11 y 22 se puede observar los % de las respuestas que han dado los alumnos a la pregunta: “¿Cuál cree usted que es la razón más importante que lleva a una persona enferma a pedir que se acabe con su vida? ¿Y en segundo lugar?” Observamos que:

De las seis razones expuestas, la que tiene un porcentaje mayor en todas las tablas (en los alumnos de 1°, en los alumnos de 4°, y en la tabla de cada uno de los cuatro grados), como razón elegida en 1° lugar para pedir la eutanasia es “Sentir un dolor físico insoportable”. También todas las subpoblaciones coinciden en la razón que ocupa el segundo lugar en orden a pedir la eutanasia: “Sentirse como una carga para la familia”

Tabla 17. Razones para pedir la eutanasia, por curso

	1° curso				3° y 4° curso			
	En 1° lugar		En 2° lugar		En 1° lugar		En 2° lugar	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Depender de otras personas para necesidades básicas	28	11,6	38	15,7	18	7,2	46	18,4
Sentir un dolor físico insoportable	102	<b>42,1</b>	38	15,7	116	<b>46,4</b>	40	16,0
Sentirse como una carga para la familia	41	16,9	77	<b>31,8</b>	32	12,8	59	<b>23,6</b>
Perder su autonomía y libertad como persona	45	18,6	52	21,5	65	26,0	58	23,2
El miedo a perder el control mental	2	0,8	11	4,5	6	2,4	7	2,8
Sentirse deprimida	11	4,5	9	3,7	4	1,6	15	6,0
El miedo al deterioro físico	1	0,4	8	3,3	0	0,0	9	3,6
Otras razones	10	4,1	7	2,9	7	2,8	11	4,4
No contesta	2	0,8	2	,8	2	0,8	5	2,0
Total	242	100,0	242	100,0	250	100,0	250	100,0

Tabla 18. Razones para pedir la eutanasia, por grado

	Medicina				Enfermería			
	En 1° lugar		En 2° lugar		En 1° lugar		En 2° lugar	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec.	%
Depender de otras personas para necesidades básicas	5	7,7	11	16,9	22	9,8	37	16,4
Sentir un dolor físico insoportable	27	<b>41,5</b>	12	18,5	95	<b>42,2</b>	36	16,0
Sentirse como una carga para la familia	14	21,5	17	<b>26,2</b>	34	15,1	64	<b>28,4</b>
Perder su autonomía y libertad como persona	13	20,0	13	20,0	58	25,8	54	24,0
El miedo a perder el control mental	0	0,0	2	3,1	4	1,8	8	3,6
Sentirse deprimida	3	4,6	6	9,2	4	1,8	9	4,0
El miedo al deterioro físico	0	0,0	1	1,5	1	,4	7	3,1
Otras razones	2	3,1	2	3,1	5	2,2	8	3,6
No contesta	1	1,5	1	1,5	2	,9	2	,9
Total	65	100,0	65	100,0	225	100,0	225	100,0

Tabla 18b. Razones para pedir la eutanasia, por grado (cont.)

	Psicología				Otros Grados			
	En 1° lugar		En 2° lugar		En 1° lugar		En 2° lugar	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Depender de otras personas para necesidades básicas	6	8,8	10	14,7	13	9,7	26	19,4
Sentir un dolor físico insoportable	32	<b>47,1</b>	9	13,2	64	<b>47,8</b>	21	15,7
Sentirse como una carga para la familia	8	11,8	23	<b>33,8</b>	17	12,7	32	<b>23,9</b>
Perder su autonomía y libertad como persona	13	19,1	16	23,5	26	19,4	27	20,1
El miedo a perder el control mental	3	4,4	1	1,5	1	,7	7	5,2
Sentirse deprimida	5	7,4	3	4,4	3	2,2	6	4,5
El miedo al deterioro físico	0	0,0	3	4,4	0	0,0	6	4,5
Otras razones	1	1,5	3	4,4	9	6,7	5	3,7
No contesta	0	0,0	0	0,0	1	,7	4	3,0
Total	68	100,0	68	100,0	134	100,0	134	100,0

Con el fin de contrastar si hay diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de distinto curso respecto a las razones más importantes para pedir la Eutanasia, se ha realizado un test  $\chi^2$ . Este contraste indica que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de 1º y 4º curso en lo que respecta a la primera razón (sig.=0,070>0,05) ni a la segunda razón para pedir la eutanasia (sig.=0,432>0,05)

Con respecto a las diferencias por Grados, el test  $\chi^2$  indica que tampoco existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de Medicina, Enfermería, Psicología y Otros Grados en lo que respecta a la primera razón (sig.=0,390 >0,05) ni a la segunda razón para pedir la eutanasia (sig.=0,950>0,05)

Tampoco existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de 1º y 4º de cada grado, ni en la 1ª ni en la 2ª razón, pues en todos los casos sig. >0,05

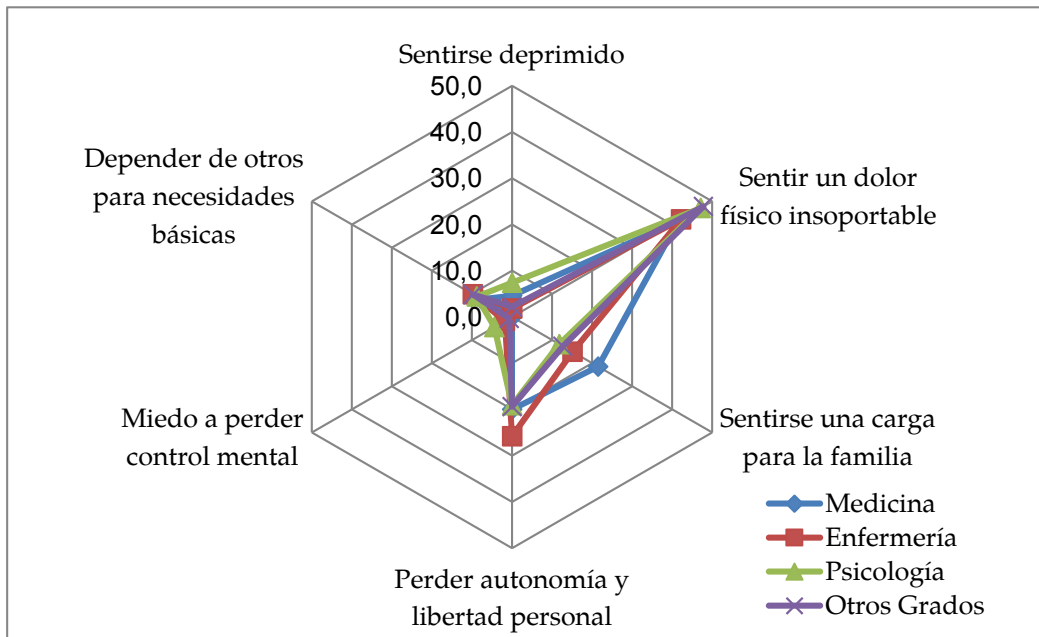
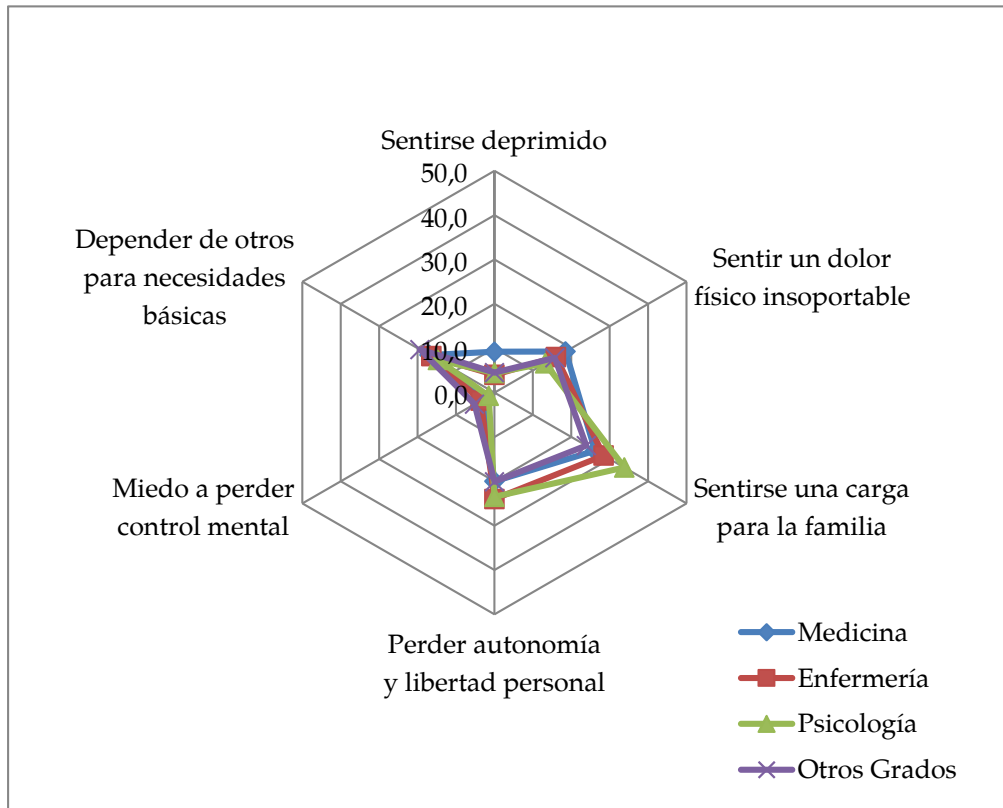


Gráfico 21. Primera razón más importante para pedir la eutanasia, por grado (%)



**Gráfico 22. Segunda razón más importante para pedir la eutanasia, por grado (%)**

H. *Análisis de “las opiniones de los alumnos respecto a la 1ª y 2ª medida que hay que adoptar ante un paciente en fase terminal que pide la eutanasia” en relación con el curso y grado en el que están.*

En las Tablas 19, 20 y 18b y en los Gráficos 11 y 22 se puede observar los % de las respuestas que han dado los alumnos a la pregunta: “¿Cuál cree usted que es la razón más importante que lleva a una persona enferma a pedir que se acabe con su vida? ¿Y en segundo lugar?” Observamos que:

De las cuatro razones expuestas, la que tiene un porcentaje mayor en todas las tablas (en los alumnos de 1º, en los alumnos de 4º, y en la tabla de cada uno de los cuatro grados), como razón elegida en 1º lugar para pedir la eutanasia es “Controlarle el dolor y los síntomas”. También todas las subpoblaciones coinciden en la medida que hay que tomar en 2º lugar en un paciente que pide la eutanasia: “Darle apoyo emocional”

Tabla 19. Respuesta ante un paciente que pide la eutanasia, por curso

	1º curso				3º y 4º curso			
	En 1º lugar		En 2º lugar		En 1º lugar		En 2º lugar	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Darle lo que pide (eutanasia)	3	1,2	20	8,3	2	0,8	13	5,2
Sedarle	2	0,8	8	3,3	3	1,2	6	2,4
Darle apoyo emocional	77	31,8	142	<b>58,7</b>	62	24,8	171	<b>68,4</b>
Controlarle el dolor y los síntomas	159	<b>65,7</b>	68	28,1	181	<b>72,4</b>	57	22,8
No contesta.	1	0,4	4	1,7	2	0,8	3	1,2
Total	242	100,0	242	100,0	250	100,0	250	100,0

Tabla 20. Respuesta ante un paciente que pide la eutanasia, por grado

	Medicina				Enfermería			
	En 1º lugar		En 2º lugar		En 1º lugar		En 2º lugar	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Darle lo que pide (eutanasia)	0	0,0	2	3,1	0	0,0	13	5,8
Sedarle	0	0,0	1	1,5	2	0,9	6	2,7
Darle apoyo emocional	25	38,5	37	<b>56,9</b>	49	21,8	162	<b>72,0</b>
Controlarle el dolor y los síntomas	39	<b>60,0</b>	24	36,9	173	<b>76,9</b>	42	18,7
No contesta.	1	1,5	1	1,5	1	0,4	2	0,9
Total	65	100,0	65	100,0	225	100,0	225	100,0

Tabla 20b. Respuesta ante un paciente que pide la eutanasia, por grado (cont.)

	Psicología				Otros Grados			
	En 1º lugar		En 2º lugar		En 1º lugar		En 2º lugar	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Darle lo que pide (eutanasia)	3	4,4	11	16,2	2	1,5	7	5,2
Sedarle	0	0,0	1	1,5	3	2,2	6	4,5
Darle apoyo emocional	22	32,4	38	<b>55,9</b>	43	32,1	76	<b>56,7</b>
Controlarle el dolor y los síntomas	43	<b>63,2</b>	18	26,5	85	<b>63,4</b>	41	30,6
No contesta.	0	0,0	0	0,0	1	0,7	4	3,0
Total	68	100,0	68	100,0	134	100,0	134	100,0

El test de la  $\chi^2$  indica que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de 1° y 4° curso en lo que respecta a la primera (sig.=0,456>0,05) ni a la segunda medida (sig.=0,245>0,05).

Con respecto a las diferencias por Grados, el test  $\chi^2$  indica que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de Medicina, Enfermería, Psicología y Otros Grados en lo que respecta tanto a la primera (sig.=0,010<0,05) como a la segunda medida (sig.=0,002<0,05).

Aun siendo el “Controlarle el dolor y los síntomas” y “Darle apoyo emocional” las dos principales medidas elegidas en todos los títulos, sin embargo, el % que le dan es diferente en unas y otras.

Enfermería, por ejemplo, es la carrera que le asigna un % más alto a la 1ª (76,9%) y a la 2ª medida (72%), lo que significa que la mayoría de alumnos coinciden en las respuestas, y la solución de *administrarle la eutanasia* es elegida por el 5,8% como segunda medida a adoptar.

Medicina, sin embargo, aunque también elige las mismas dos primeras medidas lo hace con una proporción menor para ambas: (60%) para la 1° y (56,9%) para la 2ª, lo que significa una mayor variabilidad en las respuestas de los alumnos. La opción de *administrarle eutanasia* es elegida por el 3,1% como 2ª medida a adoptar.

Psicología, aunque elige las dos mismas opciones en 1° y 2° lugar, y lo hace con unos porcentajes similares a Medicina: (63,2%) para la 1° y (55,9%) para la 2ª. La opción de *administrarle eutanasia* es sin embargo elegida como medida para adoptar en 1° lugar por el 4,4 % y como medida para adoptar en 2° lugar por el 16,2 % de sus alumnos.

Los “Otros grados” elige las dos mismas opciones en 1° y 2° lugar, y lo hace con unos porcentajes similares a Medicina y Psicología: (63,4%) para la 1° y (56,7%) para la 2ª, pero en su variabilidad la opción de *administrarle eutanasia* es elegida como medida para adoptar en 1° lugar por el 1,5 % y como medida para adoptar en 2° lugar por el 5,2 % de sus alumnos.

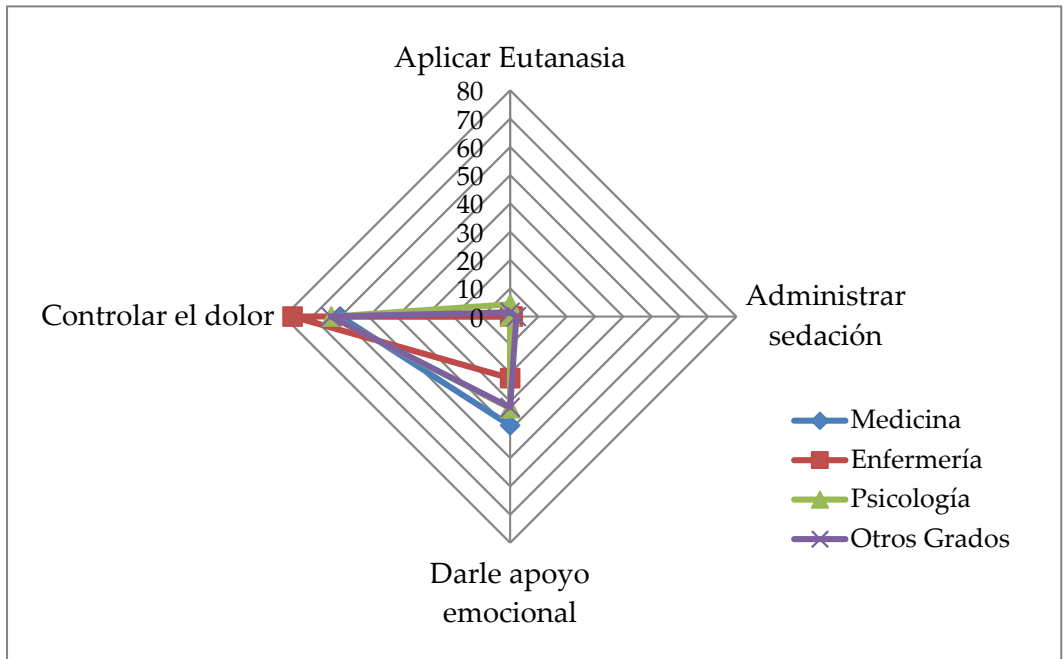


Gráfico 23. Primera medida ante un paciente que pide la eutanasia, por grado (%)

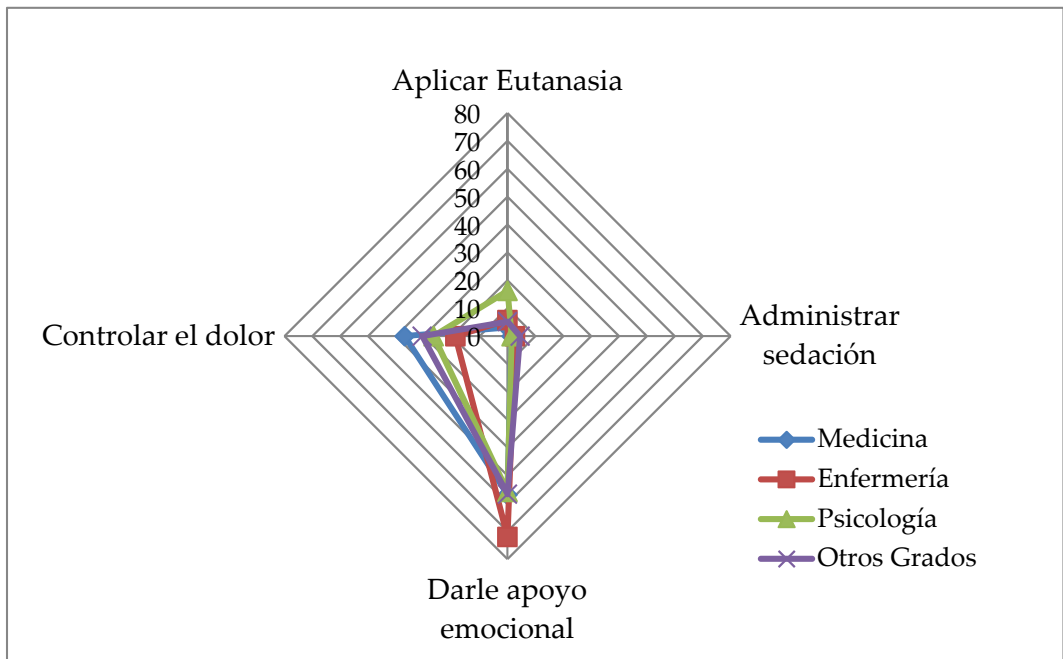


Gráfico 24. Segunda medida ante un paciente que pide la eutanasia, por grado (%)



*I. Análisis de la variable “tener el encuestado un familiar o ser querido que ha fallecido por una enfermedad terminal” en relación con el curso y grado que realiza.*

La tabla 21 nos indica el % de alumnos que responden que sí han tenido *A lo largo de su vida, alguna persona muy próxima y querida, familiar o amiga, ha fallecido como consecuencia de alguna enfermedad irreversible en cuya fase final tuvo mucho sufrimiento?*

El 48% de los alumnos dicen haber vivido la experiencia de perder una persona próxima o querida como consecuencia de una enfermedad irreversible en cuyo final tuvo mucho sufrimiento.

Por grados el % más alto lo tiene Medicina con el 52,3% de alumnos, y el más bajo Enfermería con 45,3%

**Tabla 21. Familiar fallecido por enfermedad terminal, por grado y curso**

	Sí		No	
	N	%	N	%
Medicina	34	52,3	31	47,7
Enfermería	102	45,3	123	54,7
Psicología	34	50,0	34	50,0
Otros Grado	66	49,3	68	50,7
1° curso	130	53,7	112	46,3
3° o 4°* curso	106	42,4	144	57,6
Total	236	48,0	256	52,0

### 7.1.5 Variables relativas a las Condiciones Importantes para Morir en Paz

En este apartado se verán los resultados que arrojan dos preguntas de la encuesta:

Preg. 23: *“En el caso de que estuviera muriendo realmente, ¿en qué medida cree que los siguientes aspectos podrían ayudarle a morir en paz?”*. En la que se ofrecen las 11 posibles respuestas que se ven en la tabla, y para cada una de ellas, deben elegir entre “Nada” =1, “Poco” =2, “Bastante” =3, “Mucho” =4, “Muchísimo” =5.

Preg. 24: *“Si de los aspectos mencionados, tuvieras que elegir los dos que consideras más importantes para ayudarte a morir en paz, ¿cuáles elegirías?”*

#### A. Análisis de la “importancia que los encuestados dan a los aspectos propuestos como condiciones para morir en paz”

En la tabla 22 (por cursos), 24, 24B (por grados) y 26 (por sexo), y en los gráficos 25, 26 y 27 se pueden ver los resultados de la respuesta a la pregunta *“En el caso de que estuviera muriendo realmente, ¿en qué medida cree que los siguientes aspectos podrían ayudarle a morir en paz?”*.

Esta pregunta es una escala tipo Likert, de 11 subpreguntas, (las 11 posibles circunstancias que se ven en la tabla), a las que el alumno debe asignar una de las cinco posibles respuestas: “Nada” =1, “Poco” =2, “Bastante” =3, “Mucho” =4, “Muchísimo” =5. Cada subpregunta es, por tanto, una variable cualitativa ordinal, que en el análisis hemos tratado como cuantitativa tras categorizar las respuestas (nada, poco, ...) en el valor numérico que se indica, que va de 1 a 5.

Se nos ofrece en las tablas para cada una de ellas tres valores:

(\*) Número de alumnos que dan “mucho” o “muchísima” importancia al aspecto correspondiente.

(\*\*) Porcentaje de alumnos que dan “mucho” o “muchísima” importancia al aspecto correspondiente.

(\*\*\*) Valoración media de la variable, considerando los valores: “Nada” =1, “Poco” =2, “Bastante” =3, “Mucho” =4, “Muchísimo” =5.

Importancia dada a cada condición para morir en paz, por curso

En la tabla 22 y el gráfico 25 se muestran las respuestas en relación a los cursos y se observa que:

- La valoración media de todas las variables es alta pues, siendo el valor máximo 5 el valor más bajo presentado por una variable es 3,43.
- La respuesta más valorada en ambos grupos (1º y 4º curso) es que *“Mi vida ha tenido sentido”*
- La respuesta menos valorada por los alumnos de 1º curso es *“Disponer de ayuda para morir (C10)”*, con una media de 3,43, y en los alumnos de 4º *“Crear en Vida después de la muerte (C8)”*, con una media de 3,50.

Se ha estudiado también si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de 1º y 4º en la importancia que, como condición para morir en paz, conceden a cada uno de los ítems considerados. Para ello se han realizado los correspondientes test de Levene y los test de Kolmogorov-Smirnov y de Shapiro-Wilk<sup>492</sup>, que indican que la distribución de la variable no es Normal en ninguno de los grupos (sig.= 0,000) y/o no presenta varianzas constantes. Por este motivo se ha aplicado el test U de Mann-Whitney, obteniéndose que **la valoración de los alumnos de 1º y 4º curso es estadísticamente distinta (en la última columna de la tabla anterior, sig. < 0,05) en seis de los once ítems considerados.**

En concreto, los alumnos de 4º curso dan más importancia que los alumnos de 1º curso a:

- (C1) *“Pensar que los médicos pueden controlar mi dolor y otros síntomas generadores de malestar”*
- (C2) *“Pensar que el proceso de morir, si se produce, será corto”*
- (C6) *“Pensar que si no tengo una esperanza real de recuperación no se prolongará artificialmente mi vida en una unidad de cuidados intensivos”*
- (C10) *“Pensar que, si la situación se me hace insostenible, podré disponer de ayuda para morir con rapidez”*
- (C11) *“Pensar que podré morir en casa”*

---

<sup>492</sup> El primero es más adecuado si el tamaño muestral es superior a 50 individuos, y el segundo si no supera dicho valor.

Por el contrario, los alumnos de 1° dan una importancia estadísticamente superior a la que dan los alumnos de 4° curso a:

- (C8) "Creer en otra vida después de la muerte"

**Tabla 22. Importancia dada a cada condición para morir en paz, por curso**

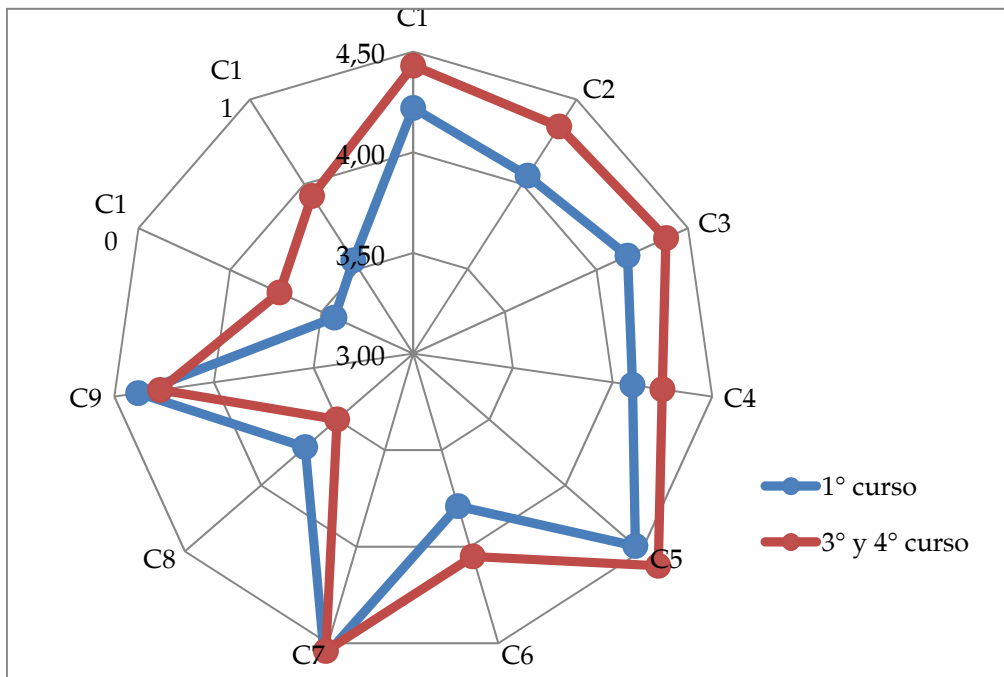
	Alumnos de 1°			Alumnos de 4°			Sig.
	N*	%**	Media***	N*	%**	Media***	
C1. Controlar el dolor	195	80,6	4,22	218	87,2	4,43	<b>0,003</b>
C2. Proceso corto	173	71,5	4,05	208	83,2	4,34	<b>0,002</b>
C3. Control pensamientos y funciones fisiológicas	183	75,6	4,17	211	84,4	4,38	0,056
C4. No carga familia	181	74,7	4,10	200	80,0	4,25	0,251
C5. Cerca seres queridos	210	86,8	4,46	229	91,6	4,61	0,086
C6. No prolongar artificial. la vida	153	63,2	3,79	184	73,6	4,05	<b>0,008</b>
C7. Mi vida ha tenido sentido	<b>218</b>	<b>90,1</b>	<b>4,57</b>	<b>230</b>	<b>92,0</b>	<b>4,54</b>	0,177
C8. Creer en Vida después de la muerte	154	63,6	3,71	139	55,6	4,05	<b>0,038</b>
C9.No sentirme culpable	203	83,9	4,38	204	81,6	4,27	0,121
C10. Disponer ayuda para morir	<i>122</i>	<i>50,4</i>	<i>3,43</i>	156	62,4	3,73	<i>0,006</i>
C11. Morir en casa	134	55,3	3,55	172	68,8	3,93	<b>0,001</b>

\* Número de alumnos que dan "mucho" o "muchísima" importancia al aspecto correspondiente.

\*\* Porcentaje de alumnos que dan "mucho" o "muchísima" importancia al aspecto correspondiente.

\*\*\* Valoración media de la variable, considerando los valores: "Nada" =1, "Poco" =2, "Bastante" =3, "Mucho" =4, "Muchísimo" =5.

El siguiente gráfico muestra las valoraciones relativas que los alumnos de 1° y 4° curso dan a cada uno de los ítems considerados. Cada uno de los radios del círculo representa una escala donde se establece el valor de la media que los alumnos de 1° curso (marcador azul) y de 4 curso (marcador rojo) dan a cada una de las condiciones, tal y como establece la tabla 22.



**Gráfico 25. Condiciones importantes para morir en paz, por curso**

Cada uno de los radios del círculo representa una escala donde se establece el valor de la media que los alumnos de 1º curso (marcador azul) los alumnos de 3º o 4º (marcados rojos) dan a cada una de las condiciones, tal y como establece la tabla 22.

Importancia dada a cada condición para morir en paz, por grado

En las tablas 24 y 24B y el gráfico 26 se muestran las respuestas en relación a los grados y se observa que:

- La valoración media de todas las variables es alta pues, siendo el valor máximo 5 el valor más bajo presentado por una variable es 3,43.
- En Medicina, la respuesta más valorada es que *“Mi vida haya tenido sentido (C7)”* con media de 4,75, seguida de *“Estar cerca de mis seres queridos (C5)”* con media de 4,53 y la respuesta menos valorada es *“Disponer de ayuda para morir (C10)”*, con media de 3,43.
- En Enfermería, la respuesta más valorada es que *“Estar cerca de mis seres queridos (C5)”* con media de 4,61, seguida de *“Estar cerca de mis seres queridos (C5)”* con media de 4,35 y la respuesta menos valorada es *“Disponer de ayuda para morir (C10)”*, con media de 3,63.

- En Psicología, la respuesta más valorada es que *“Mi vida haya tenido sentido (C7)”* con media de 4,68, seguida de *“Estar cerca de mis seres queridos (C5)”* con media de 4,53 y la respuesta menos valorada es *“Creer en otra vida después de la muerte (C8)”*, con media de 3,53.
- En los “Otros Grados”, la respuesta más valorada es que *“Mi vida haya tenido sentido (C7)”* con media de 4,40, seguida de *“Estar cerca de mis seres queridos (C5)”* con media de 4,35 y la respuesta menos valorada es *“Creer en otra vida después de la muerte (C8)”*, con media de 3,38.

Se ha estudiado también si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de cada uno de los Grados considerados, respecto a la importancia que, como condición para morir en paz, conceden a cada uno de los ítems considerados.

Tras realizar el test de Levene y los test de Kolmogorov-Smirnov y de Shapiro-Wilk, que indican que la distribución de la variable no es Normal en ninguno de los grupos (sig.= 0,000) y/o no presenta varianzas constantes, se ha aplicado el test de Kruskal-Wallis, obteniéndose que la valoración de los alumnos de los Grados en Medicina, Enfermería, Psicología y Otros Grados es estadísticamente distinta (en la última columna de la tabla anterior, sig. < 0,05) en ocho de los once ítems considerados:

- (C2) Pensar que mi proceso de morir, si se produce, será corto
- (C4) Pensar que mi muerte no supondrá una carga insoportable para mis personas queridas
- (C5) Poder sentirme cerca, comunicarme y estrechar los vínculos afectivos con mis personas queridas
- (C6) Pensar que si no tengo una esperanza real de recuperación no se prolongará artificialmente mi vida en una unidad de cuidados intensivos
- (C7) Pensar que mi vida ha tenido algún sentido
- (C8) Creer en otra vida después de la muerte
- (C9) No sentirme culpable (sentirme perdonado), por conflictos personales del pasado
- (C11) Pensar que podré morir en casa

Tabla 24. Importancia dada a cada condición para morir en paz, por grado

	Medicina			Enfermería		
	N*	%**	Media***	N*	%**	Media***
C1. Controlar el dolor	61	93.8	4,49	193	85.8	4,37
C2. Proceso corto	49	75.4	4,20	183	81.3	4,27
C3. C3. Control pensamientos y funciones fisiológicas	54	83.1	4,38	189	84.0	4,34
C4. No carga familia	49	75.4	4,14	193	85.8	4,42
C5. Cerca seres queridos	61	93.8	4,68	<b>206</b>	<b>91.6</b>	<b>4,61</b>
C6. No prolongar artificialmente la vida	42	64.6	3,80	170	75.6	4,09
C7. Mi vida ha tenido sentido	<b>64</b>	<b>98.5</b>	<b>4,75</b>	204	90.7	4,56
C8. Creer en Vida después de la muerte	46	70.8	3,86	140	62.2	3,68
C9. No sentirme culpable	58	89.2	4,57	190	84.4	4,33
C10. Disponer ayuda para morir	32	49.2	3,43	132	58.7	3,63
C11. Morir en casa	42	64.6	3,75	157	69.8	3,96

Tabla 24B. Importancia dada a cada condición para morir en paz, por grado

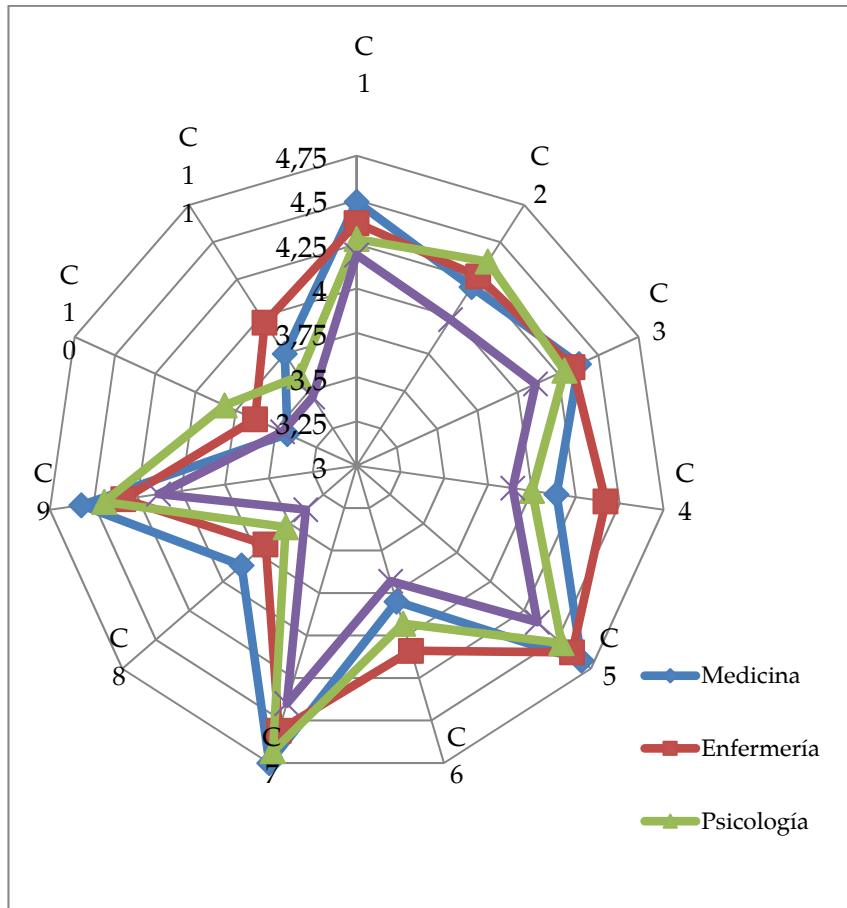
	Psicología			Otros Grados			Sig.
	N*	%**	Media***	N*	%**	Media***	
C1. Controlar el dolor	55	80,9	4,28	104	77,6	4,19	0,216
C2. Proceso corto	56	82,4	4,37	93	69,4	3,98	0,036
C3. Control pensamientos y funciones fisiológicas	54	79,4	4,29	97	72,4	4,11	0,223
C4. No carga familia	50	73,5	4,00	89	66,4	3,89	<b>0,000</b>
C5. Cerca seres queridos	61	89,7	4,53	111	82,2	4,35	<b>0,024</b>
C6. No prolongar artificial. la vida	44	64,7	3,93	81	60,4	3,68	<b>0,007</b>
C7. Mi vida ha tenido sentido	<b>62</b>	<b>91,2</b>	<b>4,68</b>	<b>118</b>	<b>88,1</b>	<b>4,40</b>	<b>0,003</b>
C8. Creer en Vida después de la muerte	38	55,9	3,53	69	51,5	3,38	<b>0,034</b>
C9.No sentirme culpable	55	80,9	4,44	104	77,6	4,13	<b>0,004</b>
C10. Disponer ayuda para morir	43	63,2	3,82	71	53,0	3,46	0,159
C11. Morir en casa	37	54,4	3,60	70	52,2	3,46	<b>0,002</b>

\* Número de alumnos que dan "mucho" o "muchísima" importancia al aspecto correspondiente.

\*\* Porcentaje de alumnos que dan "mucho" o "muchísima" importancia al aspecto correspondiente.

\*\*\* Valoración media valores: "Nada" =1, "Poco" =2, "Bastante" =3, "Mucho" =4, "Muchísimo" =5.

El siguiente gráfico muestra las valoraciones relativas que los alumnos de las distintas titulaciones dan a cada uno de los ítems considerados:



**Gráfico 26. Condiciones importantes para morir en paz, por grado**

Cada uno de los radios del círculo representa una escala donde se establece el valor de la media que los alumnos de cada Grado considerado dan a cada una de las condiciones, tal y como establece la tabla 24.

- C1. Controlar el dolor
- C2. Proceso corto
- C3. Control pensamientos y funciones fisiológicas
- C4. No ser una carga para mi familia
- C5. Cerca seres queridos

- C6. No prolongar artificialmente la vida
- C7. Mi vida ha tenido sentido
- C8. Creer en la Vida después de la muerte
- C9. No sentirme culpable
- C10. Disponer ayuda para morir
- C11. Morir en casa



Importancia dada a cada condición para morir en paz, por sexo

En la tabla 26 y el gráfico 27 se muestran las respuestas en relación al sexo de los alumnos y se observa que:

- La valoración media de todas las variables es alta pues, siendo el valor máximo 5 el valor más bajo presentado por una variable es 3,40.
- La respuesta más valorada tanto por los hombres como por las mujeres es que *“Mi vida ha tenido sentido” (C7)* con media de 4,60 en mujeres y 4,47 en hombres, seguida de *“Estar cerca de mis seres queridos (C5)”* con media de 4,58 en mujeres y 4,44 en hombres
- La respuesta menos valorada por las mujeres ha sido *“Disponer de ayuda para morir (C10)”*, con una media de 3,54, y en los hombres *“Creer en Vida después de la muerte (C8)”*, con una media de 3,40.

Se ha estudiado también si existen diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres en la importancia que, como condición para morir en paz, conceden a cada uno de los ítems considerados. Para ello se han realizado los correspondientes test de Levene y los test de Kolmogorov-Smirnov y de Shapiro-Wilk<sup>493</sup>, que indican que la distribución de la variable no es Normal en ninguno de los grupos (sig.= 0,000) y/o no presenta varianzas constantes. Por este motivo se ha aplicado el test U de Mann-Whitney, obteniéndose que **la importancia media que las mujeres conceden a los siguientes ítems es estadísticamente superior a la importancia media que conceden los hombres** (en la última columna de la tabla 40, sig. < 0,05, y media mujeres > media hombres):

- *“Estar cerca de mis seres queridos (C5)”*
- *“Pensar que mi vida ha tenido sentido” (C7)”*
- *“Creer en Vida después de la muerte (C8)”*
- *“No sentirme culpable (sentirme perdonado (C9)”*

---

<sup>493</sup> El primero es más adecuado si el tamaño muestral es superior a 50 individuos, y el segundo si no supera dicho valor.

Tabla 26. Importancia dada a cada condición para morir en paz, por sexo

	Hombres			Mujeres			Sig.
	N*	%**	Media ***	N*	%**	Media ***	
C1. Controlar el dolor	124	79,5	4,23	289	86,0	4,37	0,195
C2. Proceso corto	118	75,6	4,14	263	78,3	4,22	0,301
C3. Control pensamientos f. fisiológicas	129	82,7	4,35	265	78,9	4,24	0,100
C4. No carga familia	1,7	68,6	4,04	274	81,5	4,24	0,055
C5. Cerca seres queridos	133	85,3	4,44	306	91,1	4,58	<b>0,041</b>
C6. No prolongar artificialmente la vida	98	62,8	3,86	239	71,1	3,95	0,396
C7. Mi vida ha tenido sentido	<b>138</b>	<b>88,5</b>	<b>4,47</b>	<b>310</b>	<b>92,3</b>	<b>4,60</b>	<b>0,038</b>
C8. Creer en Vida después de la muerte	84	53,8	3,40	209	62,2	3,70	<b>0,025</b>
C9. No sentirme culpable	132	78,8	4,17	284	84,5	4,39	<b>0,025</b>
C10. Disponer ayuda para morir	90	57,7	3,67	188	56,0	3,54	0,351
C11. Morir en casa	89	57,1	3,59	217	64,6	3,82	0,066

\* Número de alumnos que dan "mucho" o "muchísima" importancia al aspecto correspondiente.

\*\* Porcentaje de alumnos que dan "mucho" o "muchísima" importancia al aspecto correspondiente.

\*\*\* Valoración media de la variable, considerando los valores: "Nada" =1, "Poco" =2, "Bastante" =3, "Mucho" =4, "Muchísimo" =5.

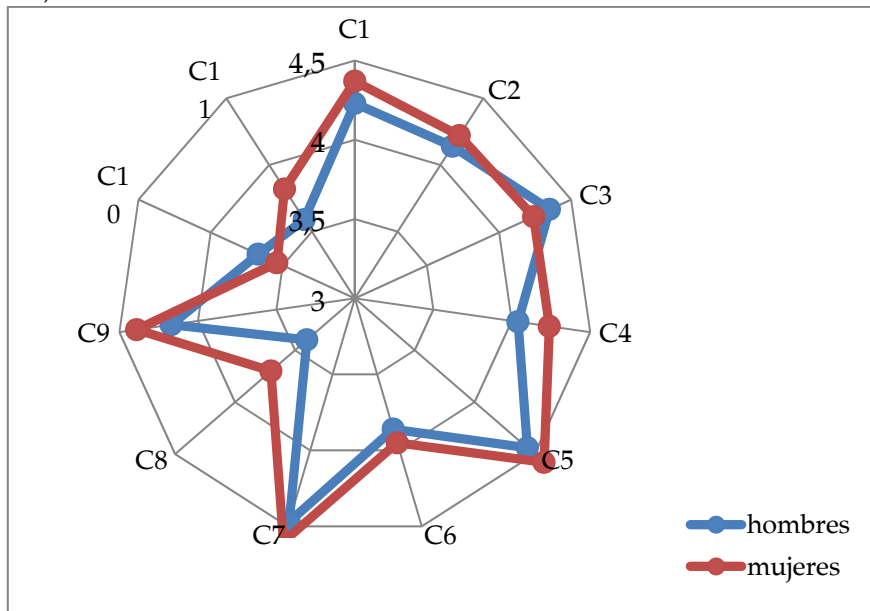


Gráfico 27. Condiciones importantes para morir en paz, por sexo

Cada uno de los radios del círculo representa una escala donde se establece el valor de la media que los hombres (marcador azul) y mujeres (marcador rojo) dan a cada una de las condiciones, tal y como establece la tabla 26.

*B. Análisis de las “opiniones de los alumnos sobre las condiciones más importantes (en 1° y 2° lugar) para morir en paz”*

En las tablas 23, 25, 25B y 27 se pueden observar los resultados de la respuesta a la pregunta: “Si de los aspectos mencionados, tuvieras que elegir los dos que consideras más importantes para ayudarte a morir en paz, ¿cuáles elegirías en 1er lugar y en 2° lugar?”

Análisis de las “opiniones de los alumnos sobre las condiciones más importantes (en 1° y 2° lugar) para morir en paz” en relación al grado que realizan

Para todos los alumnos, independientemente del grado, la condición más importante es “estar cerca de sus seres queridos (C5)”. La 2ª condición es “que su vida haya tenido sentido (C7)”, excepto para los de Enfermería, que señalan “no ser una carga para la familia (C4)”

**Tabla 25. Condiciones más importantes para morir en paz, por grado**

	Medicina				Enfermería			
	En 1° lugar		En 2° lugar		En 1° lugar		En 2° lugar	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
C1. Controlar el dolor	8	12,3	4	6,2	37	16,4	17	7,6
C2. Proceso corto	3	4,6	3	4,6	22	9,8	23	10,2
C3. Control pensamientos y funciones fisiológicas	2	3,1	6	9,2	12	5,3	9	4,0
C4. No carga familia	9	13,8	6	9,2	26	11,6	<b>33</b>	<b>14,7</b>
C5. Cerca seres queridos	<b>26</b>	<b>40,0</b>	14	21,5	<b>64</b>	<b>28,4</b>	50	22,2
C6. No prolongar artificial. la vida	3	4,6	3	4,6	5	2,2	17	7,6
C7. Mi vida ha tenido sentido	10	15,4	<b>17</b>	<b>26,2</b>	30	13,3	28	12,4
C8. Creer en Vida después de la muerte	4	6,2	6	9,2	12	5,3	20	8,9
C9.No sentirme culpable	0	0,0	4	6,2	8	3,6	12	5,3
C10. Disponer ayuda para morir	0	0,0	0	0,0	2	0,9	6	2,7
C11. Morir en casa	0	0,0	2	3,1	7	3,1	10	4,4
Total	65	100,0	65	100,0	225	100,0	225	100,0

Tabla 25B. Condiciones más importantes para morir en paz, por grado (cont.)

	Psicología				Otros Grados			
	1º lugar		2º lugar		1º lugar		2º lugar	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
C1. Controlar el dolor	3	4,4	4	5,9	14	10,4	9	6,7
C2. Proceso corto	6	8,8	7	10,3	10	7,5	8	6,0
C3. Control pensamientos y funciones fisiológicas	3	4,4	3	4,4	8	6,0	10	7,5
C4. No carga familia	11	16,2	5	7,4	24	17,9	19	14,2
C5. Cerca seres queridos	<b>19</b>	<b>27,9</b>	15	22,1	<b>43</b>	<b>32,1</b>	22	16,4
C6. No prolongar artificial. la vida	3	4,4	3	4,4	5	3,7	7	5,2
C7. Mi vida ha tenido sentido	13	19,1	<b>9</b>	<b>13,2</b>	16	11,9	<b>30</b>	<b>22,4</b>
C8. Creer en Vida después de la muerte	3	4,4	<b>9</b>	<b>13,2</b>	9	6,7	12	9,0
C9.No sentirme culpable	3	4,4	<b>9</b>	<b>13,2</b>	3	2,2	10	7,5
C10. Disponer ayuda para morir	3	4,4	4	5,9	0	0,0	3	2,2
C11. Morir en casa	1	1,5	0	0,0	2	1,5	4	3,0
Total	68	100,0	68	100,	134	100,0	134	100,

Análisis de las “opiniones de los alumnos sobre las condiciones más importantes (en 1º y 2º lugar) para morir en paz” en relación al curso que realizan

En la tabla 23 se observa que la condición más importante para todos los alumnos, 1º y 3º o 4º, es “*estar cerca de sus seres queridos (C5)*” y en 2º lugar para los alumnos de 1º “*que su vida haya tenido sentido (C7)*” y para los de 4º “*no ser una carga para la familia (C4)*” seguido de muy cerca del hecho de “*que su vida haya tenido sentido (C7)*”.

Tabla 23. Condiciones más importantes para morir en paz, por curso

	1° curso				3° y 4° curso			
	En 1° lugar		En 2° lugar		En 1° lugar		En 2° lugar	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
C1. Controlar el dolor	22	9,1	16	6,6	40	16,0	18	7,2
C2. Proceso corto	17	7,0	12	5,0	24	9,6	29	11,6
C3. Control pensamientos y funciones fisiológicas	12	5,0	18	7,4	13	5,2	10	4,0
C4. No carga familia	36	14,9	27	11,2	34	13,6	<b>36</b>	<b>14,4</b>
C5. Cerca seres queridos	<b>78</b>	<b>32,2</b>	48	19,8	<b>74</b>	<b>29,6</b>	53	21,2
C6. No prolongar artificial. la vida	4	1,7	14	5,8	12	4,8	16	6,4
C7. Mi vida ha tenido sentido	39	16,1	<b>50</b>	<b>20,7</b>	30	12,0	34	13,6
C8. Creer en Vida después de la muerte	21	8,7	29	12,0	7	2,8	18	7,2
C9.No sentirme culpable	7	2,9	20	8,3	7	2,8	15	6,0
C10. Disponer ayuda para morir	2	0,8	2	0,8	3	1,2	11	4,4
C11. Morir en casa	4	1,7	6	2,5	6	2,4	10	4,0
Total	242	100,0	242	100,0	250	100,0	250	100,0

Análisis de las “opiniones sobre las condiciones más importantes (en 1° y 2° lugar) para morir en paz” en relación al sexo de los encuestados

En la tabla 27 se puede observar que, tanto para los hombres como para las mujeres, la condición más importante para poder morir en paz es “*Poder sentirme cerca, comunicarme y estrechar los vínculos afectivos con mis personas queridas (C5)*” y en segundo lugar “*Pensar que mi vida ha tenido algún sentido*”

Tabla 27. Condiciones más importantes para morir en paz, por sexo

	Hombres				Mujeres			
	En 1º lugar		En 2º lugar		En 1º lugar		En 2º lugar	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
C1. Controlar el dolor	15	9,6	8	5,1	47	14,0	26	7,7
C2. Proceso corto	8	5,1	16	10,3	33	9,8	25	7,4
C3. Control pensamientos y funciones fisiológicas	13	8,3	10	6,4	12	3,6	18	5,4
C4. No carga familia	20	12,8	21	13,5	50	14,9	42	12,5
C5. Cerca seres queridos	<b>52</b>	<b>33,3</b>	30	19,2	<b>100</b>	<b>29,8</b>	71	21,1
C6. No prolongar artificial. la vida	5	3,2	10	6,4	11	3,3	20	6,0
C7. Mi vida ha tenido sentido	24	15,4	<b>26</b>	<b>16,7</b>	45	13,4	<b>58</b>	<b>17,3</b>
C8. Creer en Vida después de la muerte	12	7,7	13	8,3	16	4,8	34	10,1
C9.No sentirme culpable	4	2,6	13	8,3	10	3,0	22	6,5
C10. Disponer ayuda para morir	1	0,6	5	3,2	4	1,2	8	2,4
C11. Morir en casa	2	1,3	4	2,6	8	2,4	12	3,6
Total	156	100,0	156	100,0	336	100,0	336	100,0

### 7.1.6 Variables relativas al Logro de Sentido de la Vida (PIL)

Las dos variables que se describirán a continuación se han obtenido con las respuestas dadas por los alumnos al Cuestionario de Opiniones sobre la propia vida (PURPOSE IN LIFE. TEST PIL-REDUCIDO). (Ver página 45):

#### A. Análisis del Logro del sentido de la vida en la población total

Tabla 28. Logro del sentido de la vida (PIL)

Variable cuantitativa		
	Media	Desv. Tip.
Puntuación Test PIL (12-72)	56,84	8,625

Tabla 29. Logro del sentido de la vida (PIL)

Variable cualitativa	Variable cualitativa	
	n	%
Vacío existencial (12-45)	52	10,6
Indefinición (46-54)	107	21,7
Sentido de la vida (55-72)	333	67,7

Variable Cuantitativa Total (tabla 28): Se obtiene con la suma de las puntuaciones de las respuestas dadas por cada uno de los encuestados a los 12 ítems del Test "Purpose In Life"- PIL\_Reducido.

La puntuación media obtenida por la población total es de 56,84.

Variable Cualitativa Total (Tabla 29): Esta variable se obtiene tras categorizar los alumnos en tres niveles según la puntuación obtenida en el PIL Total. Los rangos se indican en la tabla 29: el 10,6% de los alumnos tiene un Vacío Existencial, el 67,7 % tiene "Logro de Sentido" de la Vida y el 21,7 % está en un nivel intermedio de indefinición.

#### B. *Análisis del Logro del sentido de la vida en relación al curso que el alumno realiza*

En las tablas 30 y 31 y el gráfico 28 podemos ver los valores obtenidos por los alumnos en este test Logoterapéutico, en función del curso en el que se encuentran.

Variable Cuantitativa curso: En la tabla 30 podemos ver que la puntuación media en los alumnos de 1º es de 55,70, con una desviación típica de 7,091. En los alumnos de 4º es de 57,94, con una DT de 8,070

Variable Cuantitativa curso: La tabla 31 y el gráfico 28 nos muestra la frecuencia y el porcentaje de los alumnos de 1º y de 4º curso, clasificados en los tres niveles de esta variable según la puntuación que han obtenido en el test:

- Alumnos de 1º: El 11,2% tiene vacío existencial, el 62,8% ha alcanzado un logro de sentido en la vida y un 26% están en una zona de indefinición
- Alumnos de 4ª: El 10% tiene vacío existencial, el 72,4% ha alcanzado un logro de sentido en la vida y un 17,6% está en una zona de indefinición

Tras los correspondientes test de Levene y los test de Kolmogorov-Smirnov y de Shapiro-Wilk que indican que la distribución de la variable no es Normal en ninguno de los grupos y/o no presenta varianzas constantes, se ha aplicado el test U de Mann-Whitney, para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de 1° y 4° en las puntuaciones del test del sentido de la vida (PIL) y **se ha obteniendo que la puntuación de los alumnos de 4° curso presenta un valor estadísticamente superior a la de los alumnos de primero.**

La diferencia de puntuación entre los alumnos de 4° y 1° es estadísticamente significativa. Los alumnos de 4° tiene un mayor Logro de Sentido de la vida que los de 1°.

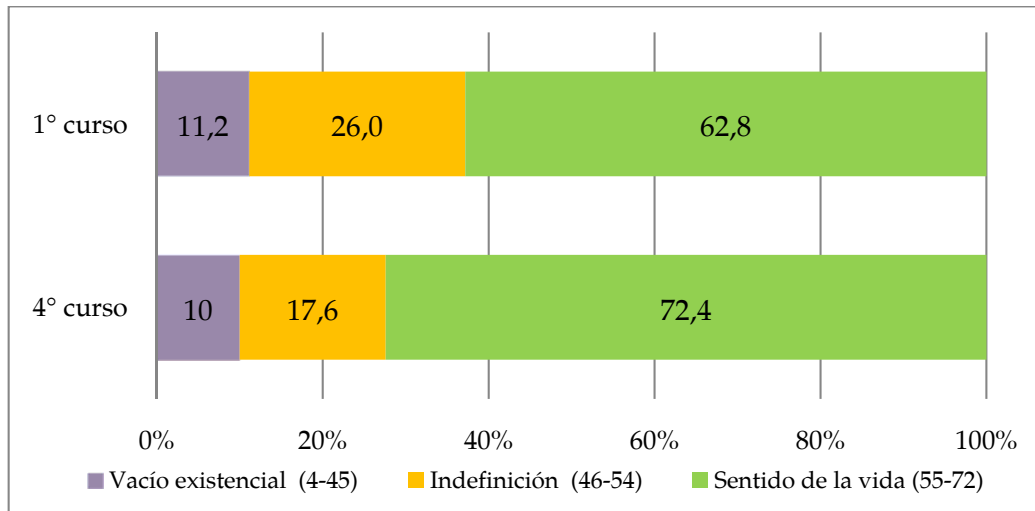
**Tabla 30. Logro del sentido de la vida (PIL), por curso.**

	Variable cuantitativa				Sig.
	Alumnos de 1°		Alumnos de 4°		
	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	
Puntuación Test PIL (12-72)	55,70	9,041	57,94	8,070	0,003

**Tabla 31. Logro del sentido de la vida (PIL), por curso.**

	Variable cualitativa			
	Alumnos de 1°		Alumnos de 4°	
	n	%	n	%
Vacío existencial (12-45)	27	11,2	25	10,0
Indefinición (46-54)	63	26,0	44	17,6
Sentido de la vida (55-72)	152	62,8	181	72,4





**Gráfico 28. Logro del sentido de la vida (PIL), por curso.**

*C. Análisis del Logro del sentido de la vida en relación al grado que el alumno realiza*

En las tablas 32, 32B, 33 y 33B y en el gráfico 29 podemos ver los valores obtenidos por los alumnos en este test Logoterapéutico en función del grado que cursan.

Variable Cuantitativa grado: En la tabla 32 y 32B podemos ver que

- Los alumnos del Grado de Medicina han obtenido una puntuación media de 55,82 con una desviación típica de 8,259
- Los alumnos del Grado de Enfermería han obtenido una puntuación media de 58,03 con una desviación típica de 7,740
- Los alumnos del Grado de Psicología han obtenido una puntuación media de 54,65 con una desviación típica de 9,738
- Los alumnos de "Otros Grados" han obtenido una puntuación media de 56,45 con una desviación típica de 9,362

Variable Cualitativa grado: La tabla 33 y 33B, y el gráfico 29 nos muestra la frecuencia y el porcentaje de los alumnos de cada uno de los grados, clasificados en los tres niveles de esta variable, según la puntuación que han obtenido en el test:

- Alum. de Medicina: El 15,4% tiene vacío existencial, el 60% ha alcanzado un logro de sentido en la vida y un 24,6% está en zona de indefinición

- Alum. Enfermería: El 7,1% tiene vacío existencial, el 72,4% ha alcanzado un logro de sentido en la vida y un 20,4% está en zona de indefinición
- Alum. Psicología: El 14,7% tiene vacío existencial, el 58,8% ha alcanzado un logro de sentido en la vida y un 26,5% está en zona de indefinición
- Alum. Otros Grados: El 11,9% tiene vacío existencial, 67,9% ha alcanzado un logro de sentido en la vida y un 20,1% está en zona de indefinición

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de los distintos grados en lo referido a las puntuaciones del test del sentido de la vida (PIL), tras realizar los correspondientes test de Levene y los test de Kolmogorov-Smirnov y de Shapiro-Wilk que indican que la distribución de la variable no es Normal en ninguno de los grupos y/o no presenta varianzas constantes, se ha aplicado el test Kruskal-Wallis, obteniéndose que **existen diferencias estadísticamente significativas (sig.=0,032<0,05)**.

La conclusión de que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las cuatro muestras analizadas (alumnos del Grado en Medicina, del Grado en Enfermería, del Grado en Psicología, o de los demás Grados de Ciencias de la Salud), nos lleva a la necesidad de analizar cuál(es) son las medias que difieren. Para ello se han realizado las pruebas post hoc de comparaciones múltiples; en concreto, en un caso de homocedasticidad (La variable tiene igual varianza en los dos grupos) y distintos tamaños muestrales, se ha aplicado el procedimiento de Hochberg, que ha permitido **distinguir dos subconjuntos homogéneos: por una parte Psicología, Medicina y Otros Grados (con una media más reducida en la puntuación del test PIL); y por otra parte Medicina, Otros Grados y Enfermería (con una media mayor)**

Tabla 32. Logro del sentido de la vida (PIL), por grado

	Variable cuantitativa			
	Medicina		Enfermería	
	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.
Puntuación total Test PIL (12-72)	55,82	8,259	58,03	7,740

Tabla 32B. Logro del sentido de la vida (PIL), por grado (cont.)

	Variable cuantitativa				Sig.
	Psicología		Otros Grados		
	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	
Puntuación total Test PIL (12-72)	54,65	9,738	56,45	9,362	<b>0,032</b>

Tabla 33. Logro del sentido de la vida (PIL), por grado

	Variable cualitativa			
	Medicina		Enfermería	
	n	%	n	%
Vacío existencial (12-45)	10	15,4	16	7,1
Indefinición (46-54)	16	24,6	46	20,4
Sentido de la vida (55-72)	39	60,0	163	72,4

Tabla 33B. Logro del sentido de la vida (PIL), por grado

	Variable cualitativa			
	Psicología		Otros Grados	
	n	%	n	%
Vacío existencial (12-45)	10	14,7	16	11,9
Indefinición (46-54)	18	26,5	27	20,1
Sentido de la vida (55-72)	40	58,8	91	67,9

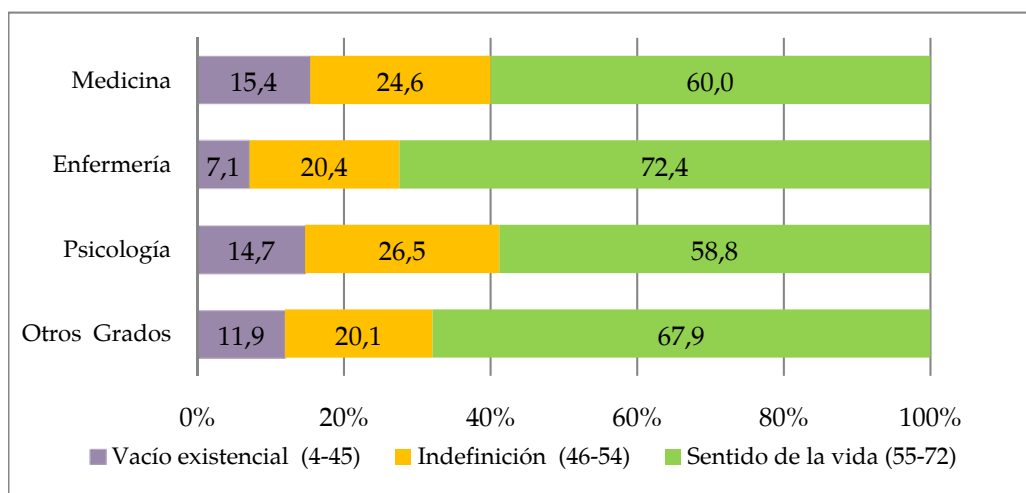


Gráfico 29. Logro del sentido de la vida (PIL), por grado

#### D. Análisis del Logro del sentido de la vida en relación al sexo del alumno

En las tablas 34 podemos ver los valores en función del sexo.

- Los hombres: puntuación media 55,99, desviación típica de 8,494
- Las mujeres: puntuación media 57,23 desviación típica de 8,670

No existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las puntuaciones del test del sentido de la vida (PIL) ( $\text{sig.}=0,095>0,05$ ) en el test U de Mann-Whitney. El test de Levene y el de Kolmogorov-Smirnov y de Shapiro-Wilk indicaron que la distribución de la variable no es Normal en ninguno de los grupos y/o no presenta varianzas constantes.

**Tabla 34. Logro del sentido de la vida (PIL), por sexo**

	Hombre		Mujer		Sig.
	Media	D. T.	Media	D.T.	
Puntuación Rango (12-72)	55,99	8,494	57,23	8,670	0,095

**Tabla 34 B. Logro del sentido de la vida (PIL), por sexo**

Variable cualitativa	Variable cualitativa			
	Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%
Vacío existencial (12-45)	20	12,8	32	9,5
Indefinición (46-54)	35	22,4	72	21,4
Sentido de la vida (55-72)	101	64,7	232	69,0

### 7.1.7 Análisis de las Actitudes ante la Muerte

#### A. Análisis de las actitudes ante la muerte en el total de la población

En la tabla 35 se pueden observar los valores estadísticos descriptivos de las 5 actitudes ante la muerte en la población general. (Ver páginas 46-47)

El rango para cada una de ellas es de 1 a 7.

- *Aceptación de acercamiento*: Media: 4,291 y DT: 1,547 se relaciona con la visión de la muerte como la puerta hacia una vida feliz después de la misma.
- *Miedo a la muerte/proceso de morir*: Media: 4,058 y DT: 1,449 hace referencia a pensamientos y sentimientos negativos respecto a la muerte.
- *Aceptación de escape*: Media: 3,122 y DT: 1,404 relacionada ésta con la idea de la muerte como el escape de una existencia dolorosa.

- *Evitación de la muerte*: Media: 3,869 y DT: 1,686 donde evitación hay que entenderla como un mecanismo de defensa que mantiene la muerte fuera de la consciencia, como una dificultad para afrontar los pensamientos de la muerte, de modo que la conducta se puede ver afectada.
- *Aceptación neutral*: Media: 5,561 y DT: 1,059 relacionada con la visión de la muerte como una realidad que ni se teme ni se le da la bienvenida.

**Tabla 35. Actitudes ante la muerte. Total de la población.**

	Media	Mediana	Desv. Tip.	Mínimo	Máximo
Miedo (Rango 1-7)	4,058	4,0	1,449	1,0	7,0
Evitación (Rango 1-7)	3,869	3,8	1,686	1,0	7,0
Acercamiento (Rango 1-7)	4,291	4,4	1,547	1,0	7,0
Escape (Rango 1-7)	3,122	3,0	1,404	1,0	6,6
Neutral (Rango 1-7)	5,561	5,8	1,059	1,0	7,0

*B. Análisis de diferencias signif. actitudes ante la muerte entre alumnos 1° y 4°*

En la tabla 36 se pueden observar los valores estadísticos descriptivos de las 5 actitudes ante la muerte que presentan los alumnos de 1° y de 4° curso.

**Tabla 36. Actitudes ante la muerte, por curso**

	Alumnos de 1°			Alumnos de 4°			Sig.
	Media	Median	D. T.	Media	Median	D. T.	
Miedo (Rango 1-7)	4,103	4,0	1,488	4,014	4,0	1,411	0,563
Evitación (Rango 1-7)	3,940	3,8	1,728	3,800	3,6	1,645	0,402
Acercamiento (Rango 1-7)	<b>4,493</b>	4,6	1,531	4,096	4,2	1,540	0,007
Escape (Rango 1-7)	3,261	3,0	1,471	2,986	3,0	1,326	0,054
Neutral (Rango 1-7)	5,580	5,7	1,025	5,543	5,8	1,092	0,898

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de 1° y 4° en las actitudes ante la muerte se ha aplicado el test U de Mann-Whitney, (tras los correspondientes test de Levene y los test de Kolmogorov-Smirnov y de Shapiro-Wilk indican que la distribución de la variable no es Normal en ninguno de los grupos y/o no presenta varianzas constantes), obteniéndose que **la puntuación de los alumnos de 1° curso presenta un valor superior, estadísticamente significativo, a la de los alumnos de 4° curso en la variable que mide la aceptación de la muerte como acercamiento** (sig.=0,007<0,05):  $media_{1^\circ} = 4,493 > media_{4^\circ} = 4,096$ .

*C. Análisis de diferencias significativas en las actitudes ante la muerte entre los alumnos de los diferentes grados.*

En la tabla 37 y 37 B se pueden observar los valores estadísticos descriptivos de las 5 actitudes ante la muerte que presentan los alumnos de cada grado.

**Tabla 37. Actitudes ante la muerte, por grado (Rango 1-7)**

	Medicina			Enfermería		
	Media	Median	Desv. Tip.	Media	Median	Desv. Tip.
Miedo	4.248	4.0	1.420	4.091	4.0	1.414
Evitación	4.092	4.2	1.610	3.772	3.6	1.627
Acercamiento	4.286	4.3	1.508	4.421	4.7	1.540
Escape	3.261	3.2	1.356	3.228	3.2	1.433
Neutral	5.709	5.8	0.860	5.577	5.8	1.060

**Tabla 37B. Actitudes ante la muerte, por grado (cont.)**

	Psicología			Otros Grados			Sig.
	Media	Median	Desv. Tip.	Media	Median	Desv. Tip.	
Miedo	3.952	4.3	1.474	3.966	4.0	1.510	0.646
Evitación	3.947	4.0	1.811	3.882	3.8	1.759	0.564
Acercamiento	4.094	4.0	1.656	4.176	4.3	1.517	0.169
Escape	3.041	2.8	1.385	2.915	2.8	1.376	0.122
Neutral	5.574	5.6	0.968	5.448	5.7	1.180	0.672

Tras los test de Kolmogorov-Smirnov y de Shapiro-Wilk que indican que la distribución de la variable no es Normal en ninguno de los grupos y/o no presenta varianzas constantes, se ha realizado el test de Kruskal-Wallis que indica que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de los distintos, en lo referido a las actitudes ante la muerte, pues en todos los casos sig. >0,05

*D. Análisis de diferencias significativas en las actitudes ante la muerte entre hombres y mujeres*

En la tabla 38 se pueden observar los valores estadísticos descriptivos de las 5 actitudes ante la muerte que presentan los hombres y las mujeres.

**Tabla 38. Actitudes ante la muerte, por sexo**

	Hombres			Mujeres			Sig.
	Media	Median	Desv. Tip.	Media	Median	Desv. Tip.	
Miedo (Rango 1-7)	3.974	4.0	1.436	4.097	4.0	1.455	0,556
Evitación (Rango 1-7)	3.742	3.9	1.622	3.927	3.8	1.714	0,289
Acercamiento (Rango 1-7)	4.167	4.2	1.592	4.349	4.4	1.524	0,273
Escape (Rango 1-7)	3.300	3.2	1.425	3.039	3.0	1.389	0,053
Neutral (Rango 1-7)	5.687	5.8	1.048	5.503	5.6	1.060	0,062

Tras los test de Kolmogorov-Smirnov y de Shapiro-Wilk que indican que la distribución de la variable no es Normal en ninguno de los grupos y/o no presenta varianzas constantes, se ha realizado el test de U de Mann-Whitney, e indica que tampoco existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto a las actitudes ante la muerte, pues en todos los casos sig. >0,05

### 7.1.8 Variables relativas a Espiritualidad y Religiosidad

#### A. Análisis de la variable "auto descripción espiritual" que hacen los alumnos en relación con el "Curso", "Grado" y "Sexo"<sup>494</sup>

En la tabla 39 y en el gráfico 30 se ven los resultados a la pregunta 18 del cuestionario que dice: *¿Se describiría usted a sí mismo como una persona...?* y da 4 posibilidades de respuesta : 1 - "Nada espiritual"; 2 - "Poco espiritual"; 3 - "Bastante espiritual"; 4- "Muy espiritual".

En la población total, el 50,2 % de los alumnos se describen como espirituales (44,7 como *bastante espirituales* y 5,5 % como *muy Espirituales*)

*Espiritualidad en los cursos.* De los alumnos de 1º: el 56,2 % se describen como espirituales (49,6 como *bastante espirituales* y 6,6 % como *muy Espirituales*). De los alumnos de 4º: el 44,4 % se describen como espirituales (40 como *bastante espirituales* y 4,4 % como *muy Espirituales*)

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de 1º y 4º en cuanto a su descripción como personas espirituales, se ha aplicado el test Tau de Kendall<sup>495</sup>. Dado que la significación obtenida presenta un valor inferior al 5% (sig.=0,003), se llega a la conclusión de que **sí existen diferencias estadísticamente significativas en la autodescripción espiritual de los alumnos de 1º y de 4º curso**. La tabla anterior muestra que los alumnos de último curso son menos espirituales que los de primer curso.

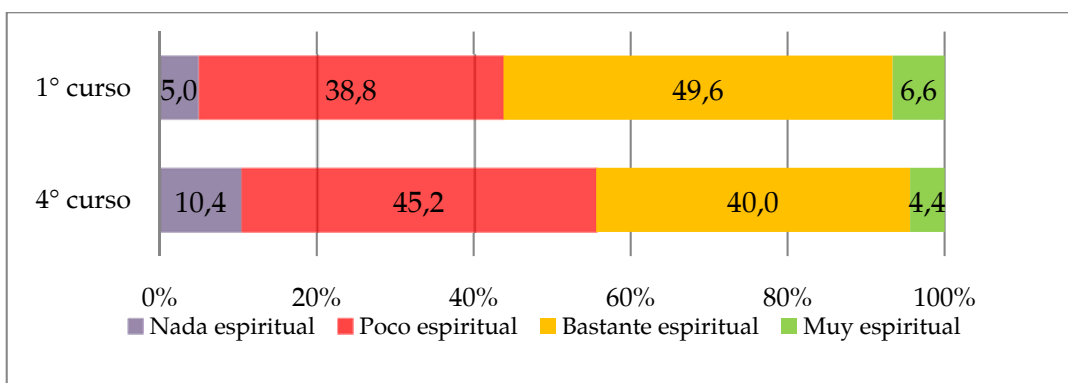


Gráfico 30. Autodescripción como persona espiritual, por curso

<sup>494</sup> Se puede consultar mayor detalle de la distribución de esta variable en el Anexo II.13.

<sup>495</sup> La Tau de Kendall es un test que mide la asociación entre dos variables ordinales.



Tabla 39. Autodescripción como persona espiritual, por curso

	Respuestas	Frec.	Porcent.	Porcent. acumulado
1° curso	Nada espiritual	12	5,0	43,8
	Poco espiritual	94	38,8	
	Bastante espiritual	120	49,6	56,2
	Muy espiritual	16	6,6	
	Total	242	100,0	100,0
4° curso	Nada espiritual	26	10,4	55,6
	Poco espiritual	113	45,2	
	Bastante espiritual	100	40,0	44,4
	Muy espiritual	11	4,4	
	Total	250	100,0	100,0
Total	Nada espiritual	38	7,7	49,8
	Poco espiritual	207	42,1	
	Bastante espiritual	220	44,7	50,2
	Muy espiritual	27	5,5	
	Total	492	100,0	100,0

*Espiritualidad en los diferentes grados:* En la tabla 40 se ve los resultados de esta variable en relación al grado del alumno,

En Medicina: el 49,3 % se describen como espirituales (46,2 como *bastante espirituales* y 3,1 % como *muy Espirituales*)

En Enfermería: el 52 % se describen como espirituales (47,1 como *bastante espirituales* y 4,9 % como *muy Espirituales*)

En Psicología: el 51,5 % se describen como espirituales (44,1 como *bastante espirituales* y 7,1 % como *muy Espirituales*)

En Otros Grados: el 47 % se describen como espirituales (40,3 como *bastante espirituales* y 6,7 % como *muy Espirituales*)

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de los grados en Medicina, Enfermería, Psicología y Otros Grados en cuanto a su descripción como personas espirituales, se ha aplicado el test V de Cramer (analiza la asociación entre una variable ordinal y una variable nominal). Dado que la significación obtenida presenta un valor superior al 5% (sig.=0,946), se

llega a la conclusión de que no existen diferencias estadísticamente significativas en la autodescripción espiritual de los alumnos de unos y otros grados.

**Tabla 40. Autodescripción como persona espiritual, por Grado**

	Respuestas	Frec.	Porcent.	Porcent. acumulado
Medicina	Nada espiritual	5	7,7	50,8
	Poco espiritual	28	43,1	
	Bastante espiritual	30	46,2	49,3
	Muy espiritual	2	3,1	
	Total	65	100,0	100,0
Enfermería	Nada espiritual	17	7,6	48,0
	Poco espiritual	91	40,4	
	Bastante espiritual	106	47,1	52,0
	Muy espiritual	11	4,9	
	Total	225	100,0	100,0
Psicología	Nada espiritual	4	5,9	48,5
	Poco espiritual	29	42,6	
	Bastante espiritual	30	44,1	51,5
	Muy espiritual	5	7,4	
	Total	68	100,0	100,0
Otros Grados	Nada espiritual	12	9,0	53,0
	Poco espiritual	59	44,0	
	Bastante espiritual	54	40,3	47,0
	Muy espiritual	9	6,7	
	Total	134	100,0	100,0

*Espiritualidad según el sexo:* En la tabla 41 se ven los resultados de esta variable en relación al sexo del alumno,

De los hombres: el 46,8 % se describen como espirituales (40,4 como *bastante espirituales* y 6,4 % como *muy Espirituales*)

De las mujeres: el 51,8 % se describen como espirituales (46,7 como *bastante espirituales* y 5,1 % como *muy Espirituales*)

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a su descripción como personas espirituales, se ha aplicado el test V de Cramer. Dado que la significación obtenida presenta un valor

superior al 5% (sig.=0,567), se llega a la conclusión de que no existen diferencias estadísticamente significativas en la autodescripción espiritual de alumnos y alumnas.

**Tabla 41. Autodescripción como persona espiritual, por sexo**

	Respuestas	Frec.	Porcent.	Porcent. acumulado
Hombre	Nada espiritual	14	9,0	53,2
	Poco espiritual	69	44,2	
	Bastante espiritual	63	40,4	46,8
	Muy espiritual	10	6,4	
	Total	156	100,0	100,0
Mujer	Nada espiritual	24	7,1	48,2
	Poco espiritual	138	41,1	
	Bastante espiritual	157	46,7	51,8
	Muy espiritual	17	5,1	
	Total	336	100,0	100,0

*B. Análisis de la variable: "Creencia en la vida después de la muerte" de alumnos en relación con el "Curso", "Grado" y "Sexo"<sup>496</sup>*

En la tabla 42 y en el gráfico 31 se ven los resultados a la pregunta 19 del cuestionario que dice: *¿Cree usted en que hay otra vida después de la muerte?* y da 5 posibilidades de respuesta: 0- "No sabe", 1 - "No, con toda seguridad"; 2 - "Probablemente no"; 3 - "Probablemente sí"; 4- "Sí, con toda seguridad"

En la población total: el 61,8 % de los alumnos creen que hay otra vida después de la muerte (22,8% lo creen con toda seguridad y 39 % dicen que probablemente exista)

*Creencia en la vida después de la muerte por cursos:*

De los alumnos de 1º: el 68,2 % de los alumnos creen que hay otra vida después de la muerte (27,7% lo creen con toda seguridad y 40.5 % dicen que probablemente exista)

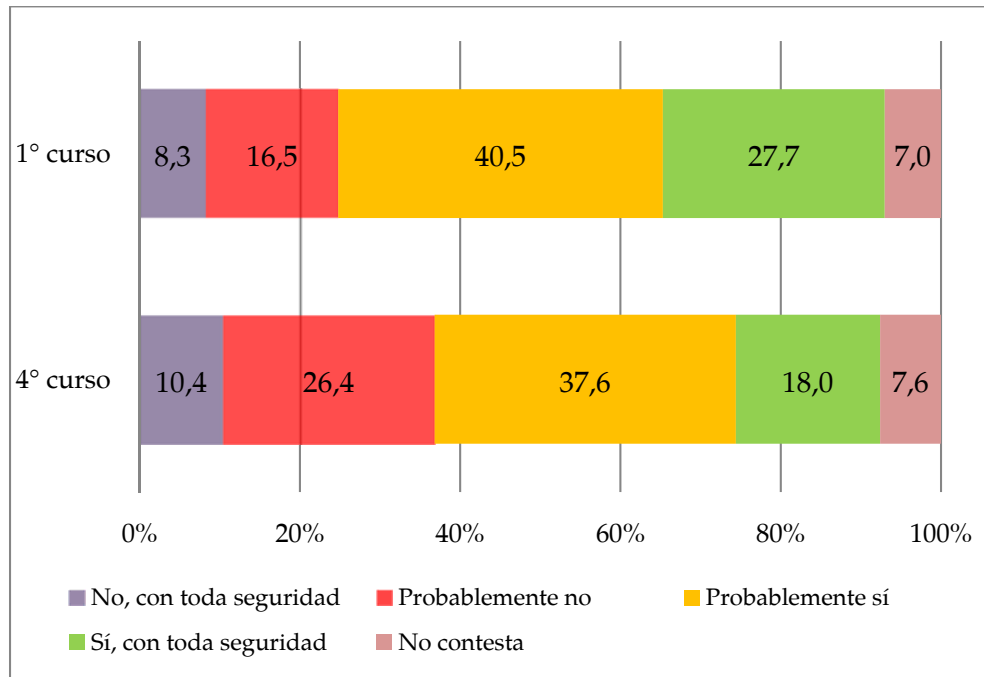
<sup>496</sup> Se puede consultar mayor detalle de la distribución de esta variable en el Anexo II.14.

De los alumnos de 4º: el 55,6 % de los alumnos *creen que hay otra vida después de la muerte* (18% lo *creen con toda seguridad* y 37,6 % dicen que *probablemente exista*)

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de 1º y 4º en cuanto a su creencia en la vida después de la muerte, se ha aplicado el test Tau de Kendall. Dado que la significación obtenida presenta un valor inferior al 5% (sig.=0,003), se llega a la conclusión de que **sí existen diferencias estadísticamente significativas**; y la tabla anterior muestra que **los alumnos de último curso creen menos en la vida después de la muerte que los de primer curso**

Tabla 42. Creencia en la vida después de la muerte, por curso

	Respuestas	Frec.	Porcent.	Porcent. acumulado
1º curso	No, con toda seguridad	20	8,3	24,8
	Probablemente no	40	16,5	
	Probablemente sí	98	40,5	68,2
	Sí, con toda seguridad	67	27,7	
	No contesta	17	7,0	7,0
	Total	242	100,0	100,0
4º curso	No, con toda seguridad	26	10,4	36,8
	Probablemente no	66	26,4	
	Probablemente sí	94	37,6	55,6
	Sí, con toda seguridad	45	18,0	
	No contesta	19	7,6	7,6
	Total	250	100,0	100,0
Total	No, con toda seguridad	46	9,3	30,8
	Probablemente no	106	21,5	
	Probablemente sí	192	39,0	61,8
	Sí, con toda seguridad	112	22,8	
	No contesta	36	7,3	7,3
	Total	492	100,0	100,0



**Gráfico 31. Creencia en la vida después de la muerte, por curso**

*Creencia en la vida después de la muerte por grado:* En la tabla 43 se ve los resultados de esta variable en relación al grado del alumno:

En Medicina: el 60 % creen que hay otra vida después de la muerte (24,6% lo creen con toda seguridad y 35,4 % dicen probablemente exista)

En Enfermería: el 66,7 % creen que hay otra vida después de la muerte (23,6% lo creen con toda seguridad y 43,1% dicen probablemente exista)

En Psicología: el 60,3 % creen que hay otra vida después de la muerte (25% lo creen con toda seguridad y 35,3 % dicen probablemente exista)

En Otros Grados: el 55,2 % creen que hay otra vida después de la muerte (19,4% lo creen con toda seguridad y 35,8 % dicen probablemente exista)

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de los grados en Medicina, Enfermería, Psicología y Otros Grados en cuanto a sus creencias en la vida después de la muerte, se ha aplicado el test V de Cramer. Dado que la significación obtenida presenta un valor superior al 5% (sig.=0,542), se llega a la conclusión de que no existen diferencias estadísticamente significativas en este aspecto entre los alumnos de unos y otros grados.

Tabla 43. Creencia en la vida después de la muerte, por Grado

	Respuestas	Frec.	Porcent.	Porcent. acumulado
Medicina	No, con toda seguridad	5	7,7	29,2
	Probablemente no	14	21,5	
	Probablemente sí	23	35,4	60,0
	Sí, con toda seguridad	16	24,6	
	No contesta	7	10,8	10,8
	Total	65	100,0	100,0
Enfermería	No, con toda seguridad	20	8,9	28,9
	Probablemente no	45	20,0	
	Probablemente sí	97	43,1	66,7
	Sí, con toda seguridad	53	23,6	
	No contesta	10	4,4	4,4
	Total	225	100,0	100,0
Psicología	No, con toda seguridad	7	10,3	27,9
	Probablemente no	12	17,6	
	Probablemente sí	24	35,3	60,3
	Sí, con toda seguridad	17	25,0	
	No contesta	8	11,8	11,8
	Total	68	100,0	100,0
Otros Grados	No, con toda seguridad	14	10,4	36,5
	Probablemente no	35	26,1	
	Probablemente sí	48	35,8	55,2
	Sí, con toda seguridad	26	19,4	
	No contesta	11	8,2	8,2
	Total	134	100,0	100,0

*Creencia en la vida después de la muerte según el sexo:* En la tabla 44 se ve los resultados de esta variable en relación al sexo del alumno

De los hombres: el 55,1 % creen que hay otra vida después de la muerte (21,8% lo creen con toda seguridad y 33,3 % dicen probablemente exista)

De las mujeres: el 64,9 % creen que hay otra vida después de la muerte (23,6% lo creen con toda seguridad y 41,1% dicen probablemente exista)

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a sus creencias en la vida después de la muerte, se ha

aplicado el test V de Cramer. Dado que la significación obtenida presenta un valor superior al 5% (sig.=0,103), se llega a la conclusión de que no existen diferencias estadísticamente significativas en la creencia de alumnos y alumnas sobre la existencia de vida después de la muerte.

**Tabla 44. Creencia en la vida después de la muerte, por sexo**

Respuestas		Frec.	Porcent.	Porcent. acumulado
Hombre	No, con toda seguridad	14	9,0	37,8
	Probablemente no	45	28,8	
	Probablemente sí	52	33,3	55,1
	Sí, con toda seguridad	34	21,8	
	No contesta	11	7,1	7,1
	Total	156	100,0	100,0
Mujer	No, con toda seguridad	32	9,5	27,7
	Probablemente no	61	18,2	
	Probablemente sí	140	41,7	64,9
	Sí, con toda seguridad	78	23,2	
	No contesta	25	7,4	7,4
	Total	336	100,0	100,0

*C. Análisis de la variable "Autodefinición de confesión religiosa" que hacen los alumnos en relación con el "Curso", "Grado" y "Sexo"<sup>497</sup>*

En la tabla 45 y en el gráfico 32 se ven los resultados de la pregunta 20 del cuestionario que dice: *¿Cómo se define Ud. en materia religiosa: católico, creyente de otra religión, no creyente o ateo?* y da 5 posibilidades de respuesta: 1 - "Otro"; 2 - "Ateo"; 3 - "No creyente" ; 4-"Creyente de otra religión";5-"Católico".

En la *población total*, el 58,5% de los alumnos se confiesa como "Católico", el 1,8% como "Creyente de otra religión", el 18,7% como "No creyente", el 9,1% como "Ateo", el 11,8% como "Otro".

<sup>497</sup> Se puede consultar mayor detalle de la distribución de esta variable en el Anexo II.15

*Confesión religiosa por cursos:*

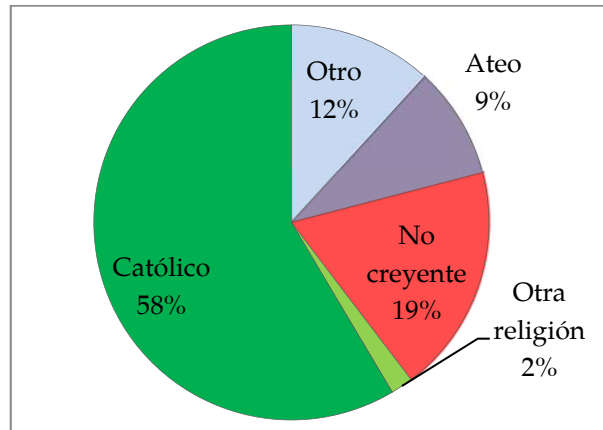
De los alumnos de 1° curso: el 61,2% se confiesa "Católico", el 2,9% como "Creyente de otra religión", el 14,5% como "No creyente", el 9,9% como "Ateo", el 11,6% como "Otro".

De los alumnos de 4° curso: el 56% se confiesa como "Católico", el 0,8% como "Creyente de otra religión", el 22,8% como "No creyente", el 9,84% como "Ateo", el 12% como "Otro".

**Tabla 45. Cómo se define Ud. en materia religiosa, por curso**

	Respuestas	Frec.	Porcent.
1° curso	Otro	28	11,6
	Ateo	24	9,9
	No creyente	35	14,5
	Creyente otra religión	7	2,9
	Católico	148	61,2
	Total	242	100,0
4° curso	Otro	30	12,0
	Ateo	21	8,4
	No creyente	57	22,8
	Creyente otra religión	2	0,8
	Católico	140	56,0
	Total	250	100,0
Total	Otro	58	11,8
	Ateo	45	9,1
	No creyente	92	18,7
	Creyente otra religión	9	1,8
	Católico	288	58,5
	Total	492	100,0





**Gráfico 32. Autodefinición de confesión religiosa de la población**

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de 1° y 4° en cuanto a su confesión religiosa, se ha aplicado el test V de Cramer. Dado que la significación obtenida presenta un valor superior al 5% (sig.=0,078), se llega a la conclusión de que no existen diferencias estadísticamente significativas en la confesión religiosa de los alumnos de 1° y de 4° curso.

*Confesión religiosa por grado:*

En la tabla 46 se ve los resultados de esta variable en relación al grado:

De los alumnos de Medicina: el 61,5% se confiesa como "Católico", el 21,5% como "No creyente", el 4,6% como "Ateo", el 12,3% como "Otro".

De los alumnos de Enfermería: el 64,9% se confiesa como "Católico", el 2,2% como "Creyente de otra religión", el 14,7% como "No creyente", el 9,8% como "Ateo", el 8,4% como "Otro".

De los alumnos de Psicología: el 41,2% se confiesa como "Católico", el 2,9% como "Creyente de otra religión", el 26,5% como "No creyente", el 8,8% como "Ateo", el 20,6% como "Otro".

De los alumnos de Otros Grados: el 55,2% se confiesa como "Católico", el 1,5% como "Creyente de otra religión", el 20,1% como "No creyente", el 10,4% como "Ateo", el 12,7% como "Otro".

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de los grados en Medicina, Enfermería, Psicología y Otros Grados en

cuanto a su confesión religiosa, se ha aplicado el test Chi cuadrado<sup>498</sup>. Dado que la significación obtenida presenta un valor superior al 5% (sig.=0,059), se llega a la conclusión de que no existen diferencias estadísticamente significativas en la confesión religiosa de los alumnos de unos y otros grados

**Tabla 46. Cómo se define Ud. en materia religiosa, por grado**

	Respuestas	Frec.	Porcent.
Medicina	Otro	8	12,3
	Ateo	3	4,6
	No creyente	14	21,5
	Católico	40	61,5
	Total	65	100,0
Enfermería	Otro	19	8,4
	Ateo	22	9,8
	No creyente	33	14,7
	Creyente otra religión	5	2,2
	Católico	146	64,9
	Total	225	100,0
Psicología	Otro	14	20,6
	Ateo	6	8,8
	No creyente	18	26,5
	Creyente otra religión	2	2,9
	Católico	28	41,2
	Total	68	100,0
Otros Grados	Otro	17	12,7
	Ateo	14	10,4
	No creyente	27	20,1
	Creyente otra religión	2	1,5
	Católico	74	55,2
	Total	134	100,0

*Confesión religiosa por sexo:*

En la tabla 47 se ven los resultados de esta variable en relación al sexo del alumno:

<sup>498</sup> El test Chi cuadrado analiza la asociación entre dos variables nominales.

De los hombres: el 52,6% se confiesa "Católico", el 1,3% "Creyente de otra religión", el 18,6% "No creyente", el 9,6% "Ateo" y el 17,9% como "Otro".

De las mujeres el 61,3% se confiesa "Católico", el 2,1% "Creyente de otra religión", el 18,8% "No creyente", el 8,9% "Ateo" y el 8,9% como "Otro".

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a su confesión religiosa, se ha aplicado el test Chi cuadrado. Dado que la significación obtenida presenta un valor superior al 5% (sig.=0,057), se llega a la conclusión de que no existen diferencias estadísticamente significativas en la confesión religiosa de alumnos y alumnas.

**Tabla 47. Cómo se define Ud. en materia religiosa, por sexo**

	Respuestas	Frec.	Porcent.
Hombres	Otro	28	17,9
	Ateo	15	9,6
	No creyente	29	18,6
	Creyente otra religión	2	1,3
	Católico	82	52,6
	Total	156	100,0
Mujeres	Otro	30	8,9
	Ateo	30	8,9
	No creyente	63	18,8
	Creyente otra religión	7	2,1
	Católico	206	61,3
	Total	336	100,0

**Tabla 48. Distribución de los que se declaran creyentes de una religión, por Grado y curso (ampliada en Anexo II.16)**

	Respuestas	Frec.	Porcent.
Medicina	Católico	40	100,0
Enfermería	Creyente otra religión	5	3,4
	Católico	146	96,6
	Total	151	100,0
Psicología	Creyente otra religión	2	6,7
	Católico	28	93,3
	Total	30	100,0
Otros Grados	Creyente otra religión	2	2,7
	Católico	74	97,3
	Total	76	100,0

1° curso	Creyente otra religión	7	4,6
	Católico	148	95,4
	Total	155	100,0
4° curso	Creyente otra religión	2	1,5
	Católico	140	98,5
	Total	142	100,0
Total	Creyente otra religión	9	3,1
	Católico	288	96,9
	Total	297	100,0

En la tabla 48 se han excluido a los que se declaran “ateos” o “no creyentes”.

*D. Análisis de la variable “Nivel de religiosidad” en relación con el “Curso”, “Grado” y “Sexo” (sólo católicos o creyentes de otra religión) <sup>\*499</sup> \* Esta pregunta solo se formuló a los alumnos que decían ser católicos o creyentes de otra religión*

En la tabla 49 y en el gráfico 33 se ven los resultados de la pregunta 21 del cuestionario que dice: *En relación a la religión ¿Se describiría usted a sí mismo como una persona...?* y tiene 4 posibilidades de respuesta: “Nada religiosa”; 2 - “Poco religiosa”; 3 - “Bastante religiosa”; 4- “Muy religiosa”.

En la población total de creyentes, el 61,6 % de los alumnos se describen como religiosos (54,5% como *bastante religiosa* y 7,1 % como *muy religiosa*)

Nivel de Religiosidad según los cursos: De los alumnos creyentes de 1°: el 65,1% se describen como religiosos (53,5% como *bastante religiosos* y 11,6 % como *muy religiosos*). De los alumnos de 4°: el 57,7 % se describen como *religiosos* (55,6% como *bastante religiosos* y 2,1 % como *muy religiosos*)

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de 1° y 4° en cuanto a su autodefinición como persona religiosa, se ha aplicado el test Tau de Kendall. Dado que la significación obtenida presenta un valor inferior al 5% (sig.=0,030), se llega a la conclusión de que **sí existen diferencias estadísticamente significativas**; y la tabla anterior muestra que **los alumnos de último curso se definen como personas menos religiosas que los de primer curso.**

<sup>499</sup> Se puede consultar mayor detalle de la distribución de esta variable en el Anexo. II.16

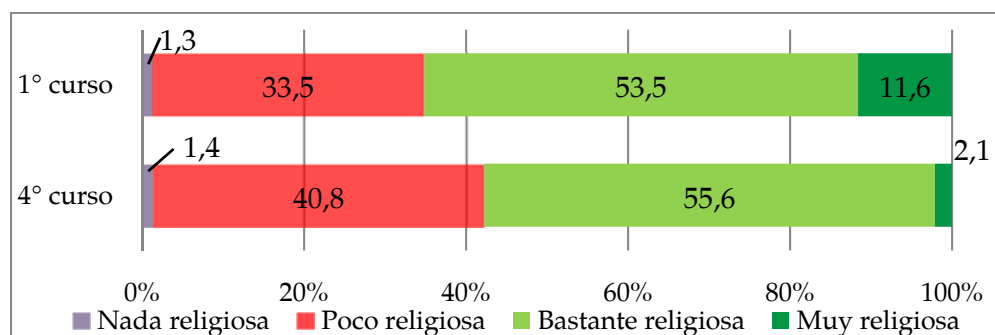


Gráfico 33. Autoddefinición del nivel de religiosidad, por curso

Tabla 49. Autoddefinición del nivel de religiosidad, por curso

	Respuestas	Frec.	Porcent.	Porcent. acumulado
1º curso	Nada religiosa	2	1,3	34,8
	Poco religiosa	52	33,5	
	Bastante religiosa	83	53,5	65,1
	Muy religiosa	18	11,6	
	Total	155	100,0	100,0
4º curso	Nada religiosa	2	1,4	42,2
	Poco religiosa	58	40,8	
	Bastante religiosa	79	55,6	57,7
	Muy religiosa	3	2,1	
	Total	142	100,0	100,0
Total	Nada religiosa	4	1,3	38,3
	Poco religiosa	110	37,0	
	Bastante religiosa	162	54,5	61,6
	Muy religiosa	21	7,1	
	Total	297	100,0	100,0

*Nivel de Religiosidad según los grados:*

En la tabla 50 se ven los resultados de esta variable en relación a los grados:

De los alumnos creyentes de Medicina: el 55% se describen como religiosos (45 % como *bastante religiosos* y 10 % como *muy religiosos*).

De los alumnos creyentes de Enfermería: el 61,6% se describen como religiosos (55% como *bastante religiosos* y 6,6 % como *muy religiosos*).

De los alumnos creyentes de Psicología: el 73,3% se describen como religiosos (56,6% como *bastante religiosos* y 16,7 % como *muy religiosos*).

De los alumnos creyentes de Otros Grados: el 60,5% se describen como religiosos (57,9% como *bastante religiosos* y 2,6 % como *muy religiosos*).

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de los grados en Medicina, Enfermería, Psicología y Otros Grados en cuanto a su autodefinición como persona religiosa, se ha aplicado el test V de Cramer. Dado que la significación obtenida presenta un valor superior al 5% (sig.=0,179), se llega a la conclusión de que no existen diferencias estadísticamente significativas en este aspecto entre los alumnos de unos y otros grados.

**Tabla 50. Autodefinición del nivel de religiosidad, por Grado**

	Respuestas	Frec.	Porcent.	Porcent. acumulado
Medicina	Nada religiosa	0	0,0	45,0
	Poco religiosa	18	45,0	
	Bastante religiosa	18	45,0	55,0
	Muy religiosa	4	10,0	
	Total	40	100,0	100,0
Enfermería	Nada religiosa	3	2,0	38,4
	Poco religiosa	55	36,4	
	Bastante religiosa	83	55,0	61,6
	Muy religiosa	10	6,6	
	Total	151	100,0	100,0
Psicología	Nada religiosa	1	3,4	26,8
	Poco religiosa	7	23,4	
	Bastante religiosa	17	56,6	73,3
	Muy religiosa	5	16,7	
	Total	30	100,0	100,0
Otros Grados	Nada religiosa	0	0,0	39,5
	Poco religiosa	30	39,5	
	Bastante religiosa	44	57,9	60,5
	Muy religiosa	2	2,6	
	Total	76	100,0	100,0

*Nivel de Religiosidad según el sexo:*

En la tabla 51 se ven los resultados de esta variable en relación al sexo del alumno:

De los hombres creyentes: el 60,7% se describen como religiosos (50 % como *bastante religiosos* y 10,7 % como *muy religiosos*).

De las mujeres creyentes: el 62% se describen como religiosas (56,4 % como *bastante religiosas* y 5,6 % como *muy religiosas*).

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a su autodescripción como persona religiosa, se ha aplicado el test V de Cramer. Dado que la significación obtenida presenta un valor superior al 5% (sig.=0,311), se llega a la conclusión de que no existen diferencias estadísticamente significativas en las creencias de alumnos y alumnas sobre su autodescripción como persona religiosa.

**Tabla 51. Autodefinición del nivel de religiosidad, por sexo**

	Respuestas	Frec.	Porcent.	Porcent. acumulado
Hombres	Nada religiosa	2	2,4	39,3
	Poco religiosa	31	36,9	
	Bastante religiosa	42	50,0	60,7
	Muy religiosa	9	10,7	
	Total	84	100,0	100,0
Mujeres	Nada religiosa	2	0,9	38,0
	Poco religiosa	79	37,1	
	Bastante religiosa	120	56,4	62,0
	Muy religiosa	12	5,6	
	Total	213	100,0	100,0

*E. Análisis de la variable "Frecuencia de asistencia a misa u otros oficios religiosos" en relación con el "Curso", "Grado" y "Sexo" (sólo católicos o creyentes de otra religión)\*<sup>500</sup>*

\* Esta pregunta solo se formuló a los alumnos que decían ser católicos o creyentes de otra religión (creyentes)

En la tabla 52 y en el gráfico 34 se ven los resultados de la pregunta 22 del cuestionario que dice: *¿Con qué frecuencia asiste Ud. a misa u otros oficios religiosos, sin contar las ocasiones relacionadas con ceremonias de tipo social, por ejemplo, bodas, comuniones o funerales?* Y tiene 6 posibilidades de respuesta: 1- "Nunca"; 2 - "Varias veces al año"; 3 - "Una vez al mes"; 4- "Dos o tres veces al mes"; 5- "Una vez a la semana"; 6- "Varias veces a la semana".

En la *población total de creyentes*, el 19,9% de creyentes va con regularidad (12,5% una vez a la semana y 7,4% Varias veces a la semana), el 23,6 lo hace de tarde en tarde (13,5% dos o tres veces al mes y 10,1% una vez al mes) y el 56,6% lo hace muy esporádicamente o nunca (43,1% va varias veces al año y 13,5% no va nunca)

*Asistencia a misa u oficios religiosos según los cursos:*

De los alumnos creyentes de 1º: el 22,6% de creyentes va con regularidad (14,2% una vez a la semana y 8,4% Varias veces a la semana), el 23,8 lo hace de tarde en tarde (14,8% dos o tres veces al mes y 9% una vez al mes) y el 53,5% lo hace muy esporádicamente o nunca (43,2% va varias veces al año y 10,3% no va nunca)

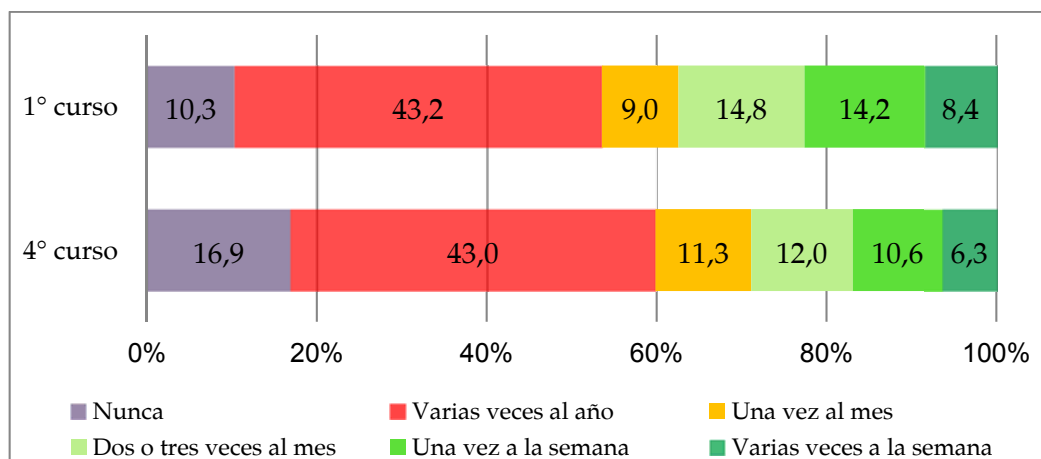
De los alumnos creyentes de 4º: el 16,9% de creyentes va con regularidad (10,6% una vez a la semana y 6,3% Varias veces a la semana), el 23,3 lo hace de tarde en tarde (12% dos o tres veces al mes y 11,3% una vez al mes) y el 59,9% lo hace muy esporádicamente o nunca (43% va varias veces al año y 16,9% no va nunca)

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de 1º y 4º en cuanto a su frecuencia de asistencia a misa, se ha aplicado el test Tau de Kendall. Dado que la significación obtenida presenta un valor inferior al 5% (sig.=0,000), se llega a la conclusión de que **sí existen diferencias estadísticamente significativas**; y la tabla anterior muestra que **los alumnos de último curso asisten menos a misa que los de primer curso**.

---

<sup>500</sup> Se puede consultar mayor detalle de la distribución de esta variable en el Anexo.





**Gráfico 34. Frecuencia con la que asiste a misa u otros oficios religiosos, por curso**

**Tabla 52. Frecuencia con la que asiste a misa u otros oficios religiosos, por curso**

Respuestas		Frec.	Porcent.	%. acumul
1º curso	Nunca	16	10,3	53,5
	Varias veces al año	67	43,2	
	Una vez al mes	14	9,0	23,8
	Dos o tres veces al mes	23	14,8	
	Una vez a la semana	22	14,2	22,6
	Varias veces a la semana	13	8,4	
	Total	155	100,0	100,0
4º curso	Nunca	24	16,9	59,9
	Varias veces al año	61	43,0	
	Una vez al mes	16	11,3	23,3
	Dos o tres veces al mes	17	12,0	
	Una vez a la semana	15	10,6	16,9
	Varias veces a la semana	9	6,3	
	Total	142	100,0	100,0
Total	Nunca	40	13,5	56,6
	Varias veces al año	128	43,1	
	Una vez al mes	30	10,1	23,6
	Dos o tres veces al mes	40	13,5	
	Una vez a la semana	37	12,5	19,9
	Varias veces a la semana	22	7,4	
	Total	297	100,0	100,0

*Asistencia a misa u oficios religiosos según los grados:*

En la tabla 53 podemos ver los resultados de esta variable según los grados

De los alumnos creyentes de Medicina: el 25% va con regularidad (15% una vez a la semana y 10% Varias veces a la semana), el 22,5% lo hace de tarde en tarde (15% dos o tres veces al mes y 7,5% una vez al mes) y el 52,5% lo hace muy esporádicamente o nunca (42,5% va varias veces al año y 10% no va nunca)

De los alumnos creyentes de Enfermería: el 16,6% va con regularidad (9,3% una vez a la semana y 7,3% Varias veces a la semana) el 26,5% lo hace de tarde en tarde (15,9% dos o tres veces al mes y 10,6% una vez al mes) y el 57% lo hace muy esporádicamente o nunca (41,1% va varias veces al año y 15,9% no va nunca)

De los alumnos creyentes de Psicología: el 36,6% va con regularidad (23,3% una vez a la semana y 13,3% Varias veces a la semana) el 16,7% lo hace de tarde en tarde (10% dos o tres veces al mes y 6,7% una vez al mes) y el 46,7% lo hace muy esporádicamente o nunca (36,7% va varias veces al año y 10% no va nunca)

De los alumnos creyentes de Otros Grados: el 17,1% va con regularidad (13,2% una vez a la semana y 3,9% Varias veces a la semana), el 21% lo hace de tarde en tarde (9,2% dos o tres veces al mes y 11,8% una vez al mes) y el 61,8% lo hace muy esporádicamente o nunca (50% va varias veces al año y 11,8% nunca)

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de los diferentes grados en su frecuencia de asistencia a misa, se ha aplicado el test V de Cramer. Como la significación obtenida presenta un valor superior al 5% (sig.=0,279), se llega a la conclusión de que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de unos y otros grados.

**Tabla 53. Frecuencia con la que asiste a misa u otros oficios religiosos, por Grado**

	Respuestas	Frec.	Porcent.	%. acumul
Medicina	Nunca	4	10,0	52,5
	Varias veces al año	17	42,5	
	Una vez al mes	3	7,5	22,5
	Dos o tres veces al mes	6	15,0	
	Una vez a la semana	6	15,0	25,0
	Varias veces a la semana	4	10,0	
	Total	40	100,0	100,0

Enfermería	Nunca	24	15,9	57,0
	Varias veces al año	62	41,1	
	Una vez al mes	16	10,6	26,5
	Dos o tres veces al mes	24	15,9	
	Una vez a la semana	14	9,3	16,6
	Varias veces a la semana	11	7,3	
	Total	151	100,0	100,0
Psicología	Nunca	3	10,0	46,7
	Varias veces al año	11	36,7	
	Una vez al mes	2	6,7	16,7
	Dos o tres veces al mes	3	10,0	
	Una vez a la semana	7	23,3	36,6
	Varias veces a la semana	4	13,3	
	Total	30	100,0	100,0
Otros Grados	Nunca	9	11,8	61,8
	Varias veces al año	38	50,0	
	Una vez al mes	9	11,8	21,0
	Dos o tres veces al mes	7	9,2	
	Una vez a la semana	10	13,2	17,1
	Varias veces a la semana	3	3,9	
	Total	76	100,0	100,0

*Asistencia a misa u oficios religiosos según el sexo de los alumnos:*

De los alumnos creyentes de Enfermería: el 17,8% va con regularidad (9,5% una vez a la semana y 8,3% Varias veces a la semana) el 25% lo hace de tarde en tarde (11,9% dos o tres veces al mes y 13,1% una vez al mes) y el 57,2% lo hace muy esporádicamente o nunca (40,5% va varias veces al año y 16,7% no va nunca)

De las alumnas creyentes: el 20,6% va con regularidad (13,6% una vez a la semana y 7% Varias veces a la semana), el 23% lo hace de tarde en tarde (14,1% dos o tres veces al mes y 8,9% una vez al mes) y el 56,3% lo hace muy esporádicamente o nunca (44,1% va varias veces al año y 12,2% no va nunca)

Para ver si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a su frecuencia de asistencia a misa, se ha aplicado el test V de Cramer. Como la significación obtenida presenta un valor superior al 5% (sig.=0,271), se llega a la conclusión de que no existen diferencias estadísticamente significativas en la práctica religiosa de los alumnos y alumnas creyentes.

Tabla 54. Frecuencia con la que asiste a misa u otros oficios religiosos, por sexo

	Respuestas	Frec.	Porcent.	%. acumul
Hombres	Nunca	14	16,7	57,2
	Varias veces al año	34	40,5	
	Una vez al mes	11	13,1	25,0
	Dos o tres veces al mes	10	11,9	
	Una vez a la semana	8	9,5	17,8
	Varias veces a la semana	7	8,3	
	Total	84	100,0	100,0
Mujeres	Nunca	26	12,2	56,3
	Varias veces al año	94	44,1	
	Una vez al mes	19	8,9	23,0
	Dos o tres veces al mes	30	14,1	
	Una vez a la semana	29	13,6	20,6
	Varias veces a la semana	15	7,0	
	Total	213	100,0	100,0

### 7.1.9 Análisis de la Formación Recibida (sólo alumnos de 3° o 4°)

#### A. Asociación de la variable "He tratado el tema de morir y la muerte en alguna asignatura de la carrera" con la variable "Grado"

En la tabla 55A y el gráfico 35, se observan los resultados de esta variable en:

- Grado de Medicina: 89% de los alumnos dice haber tratado este tema
- Grado de Enfermería: 87% de los alumnos dice haber tratado este tema
- Grado de Psicología: 44,8% de los alumnos dice haber tratado este tema
- Otros Grados: 64,6% de los alumnos dice haber tratado este tema

Total de la población: el 76,4% de los alumnos de 3° de Medicina y de 4° del resto de grados de Ciencias de la Salud ha tratado el tema del morir y la muerte.

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de los grados en Medicina, Enfermería, Psicología y Otros Grados en cuanto a si han tratado o no el tema del morir y de la muerte en alguna asignatura de la carrera, se ha aplicado el test Chi cuadrado. Dado que la significación obtenida presenta un valor inferior al 5% (sig.=0,000), se llega a la conclusión de que **sí existen diferencias estadísticamente significativas** entre los alumnos de unos y otros grados. En la tabla anterior se puede comprobar que **el porcentaje de alumnos en los Grados de Medicina y Enfermería que dice haber tratado el tema del morir y la muerte en alguna asignatura de su carrera es mayor que el porcentaje de alumnos de Psicología u otros grados.**

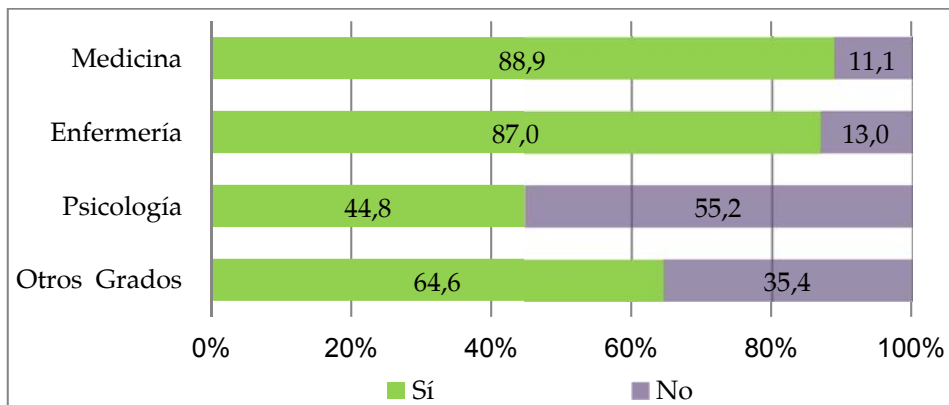


Gráfico 35. Ha tratado el tema de morir y de la muerte en alguna asignatura de la carrera, por grado

**Tabla 55A. Ha tratado el tema de morir y de la muerte en alguna asignatura de la carrera, por grado**

	Respuestas	Frec.	Porcent.
Medicina	Sí	16	88,9
	No	2	11,1
	Total	18	100,0
Enfermería	Sí	120	87,0
	No	18	13,0
	Total	138	100,0
Psicología	Sí	13	44,8
	No	16	55,2
	Total	29	100,0
Otros Grados	Sí	42	64,6
	No	23	35,4
	Total	65	100,0
Total	Sí	191	76,4
	No	59	23,6
	Total	250	100,0

*B. Asignatura en la que se trata el tema de morir y la muerte.*

Cuando se pregunta a los alumnos en qué asignatura(s) han tratado ese tema, de los 191 que responden de forma afirmativa, 190 citan tan solo una asignatura (del resto, tan solo dos alumnos del Grado en Enfermería citan dos y tres asignaturas, otro alumno del mismo Grado indica que “La muerte se trata prácticamente en todas las asignaturas”, y un alumno de psicología cita 2 asignaturas). La tabla 55B muestra la distribución de estas respuestas en cada Grados considerados:

**Tabla 55B. Asignatura en la que ha tratado el tema de la muerte y el morir, en los Grados en Medicina, Enfermería y Psicología\*.**

	Respuestas	Frec.	Porcent.**
Medicina 89%	Ética médica y bioética	14	87,5
	Deontología	2	12,5
Enfermería 87%	Ética y Bioética	34	28,33
	Atención Psicosocial	27	22,50
	Cuidado Paliativos	19	15,83

	Historia, fundamentos...	10	8,33
	Cuidados Especiales	9	7,50
	Cuidados al anciano	6	5,00
	Ética Fundamental	5	4,17
	Enfermería Comunitaria	3	2,50
	Teología	3	2,50
	Enfermería Clínica	1	0,83
Psicología 44,8%	Bioética	3	23,08
	Psicogeriatría	2	15,38
	Psicología de la Salud	2	15,38
	Psicopatología Edad Adulta	2	15,38
	Teología	5	38,46

\* No se han incluido resultados del "Otros Grados" puesto que esta categoría incluye asignaturas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Nutrición, lo cual dificulta su análisis.

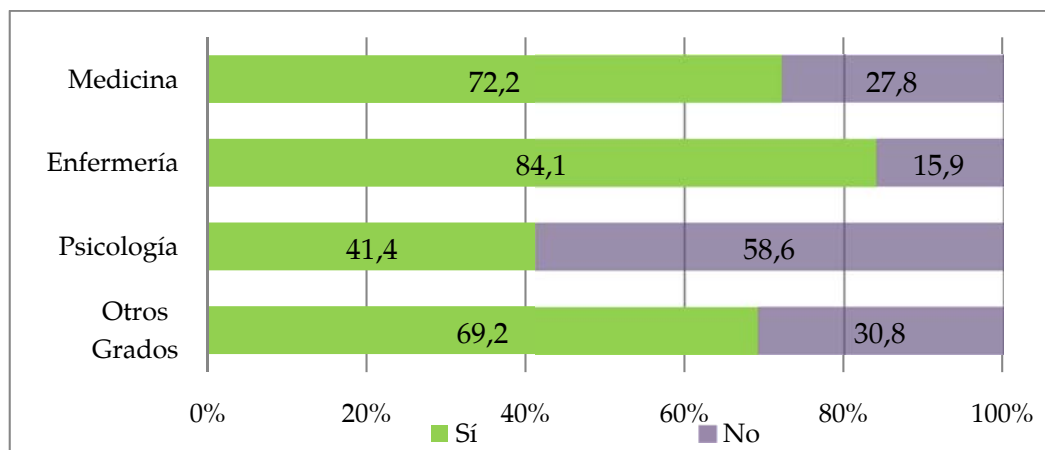
\*\* La suma de porcentajes no coincide con 100% porque se han contabilizado las respuestas de los individuos que indican más de una asignatura, y no se han contabilizado las respuestas en blanco o no válidas.

### *C. Asociación de la variable "He tratado el tema de los Cuidados Paliativos" con la variable "Grado"*

En la tabla 56 y el gráfico 36, se observan los resultados de esta variable, en cada grado:

- Grado de Medicina: 72,2% de los alumnos ha tratado el tema de C. Paliativos
- Grado de Enfermería: 84,1% de los alumnos dice haber tratado este tema
- Grado de Psicología: 41,4% de los alumnos dice haber tratado este tema
- Otros Grados: 69,2% de los alumnos dice haber tratado este tema

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de los grados en Medicina, Enfermería, Psicología y Otros Grados en cuanto a si han tratado o no el tema de Cuidados Paliativos en alguna asignatura de la carrera, se ha aplicado el test Chi cuadrado. Dado que la significación obtenida presenta un valor inferior al 5% (sig.=0,000), se llega a la conclusión de que **sí existen diferencias estadísticamente significativas** entre los alumnos de unos y otros grados. En la tabla anterior se puede comprobar que **el porcentaje de alumnos en los Grados de Medicina y Enfermería que dice haber tratado el tema de los Cuidados Paliativos en su carrera es mayor que el porcentaje de alumnos de Psicología u otros grados.**



**Gráfico 36. Ha tratado el tema de los Cuidados Paliativos en alguna asignatura de la carrera, por grado**

**Tabla 56. Ha tratado el tema de Cuidados Paliativos en alguna asignatura de la carrera, por Grado**

	Respuestas		Frec.	Porcent.
	Sí	No		
Medicina	Sí	No	13	72,2
	No		5	27,8
	Total		18	100,0
Enfermería	Sí	No	116	84,1
	No		22	15,9
	Total		138	100,0
Psicología	Sí	No	12	41,4
	No		17	58,6
	Total		29	100,0
Otros Grados	Sí	No	45	69,2
	No		20	30,8
	Total		65	100,0
Total	Sí	No	186	74,4
	No		64	25,6
	Total		250	100,0



*D. Asignatura en la que se tratan los Cuidados Paliativos*

Es una pregunta abierta con cuatro espacios para rellenar. Cuando se pregunta a los alumnos en qué asignatura(s) han tratado ese tema, de los 186 que responden de forma afirmativa, tan solo 16 alumnos del Grado en Enfermería indican 4 asignaturas y 26 alumnos (25 del Grado en Enfermería y 1 del Grado en Medicina) indican 3 asignaturas.

La tabla 56B muestra la distribución de estas respuestas en cada uno de los Grados considerados:

**Tabla 56B. Asignatura en la que ha tratado el tema de los Cuidados Paliativos, en los Grados en Medicina, Enfermería y Psicología\*.**

	Respuestas	Frec.	Porcent.**
Medicina 72,2%	Ética médica y bioética	12	92,31
	Deontología	11	84,62
	Psicología Médica	1	7,69
Enfermería 84,1%	Cuidado Paliativos	101	87,07
	Ética aplicada y Bioética	34	29,31
	Atención Psicosocial	23	19,83
	Historia, fundamentos...	20	17,24
	Cuidados al anciano	11	9,48
	Enfermería Clínica	5	4,31
	Enfermería Comunitaria	3	2,59
	UCI	3	2,59
	Prácticum Clínico	2	1,72
	Teología	2	1,72
	Doctrina Social de la Iglesia	1	0,86
	Terapias complementarias	1	0,86
Psicología 41,4%	Ética aplicada y Bioética	3	25,00
	Psicogeriatría	1	8,33
	Teología	1	8,33

\* No se han incluido los resultados del "Otros Grados" puesto que esta categoría incluye asignaturas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Nutrición, lo cual dificulta su análisis.

\*\* La suma de porcentajes no coincide con 100% porque se han contabilizado las respuestas de los individuos que indican más de una asignatura, y no se han contabilizado las respuestas en blanco o no válidas.

*E. Asociación de la variable "Importancia de los Cuidados Paliativos" con la variable "Grado"*

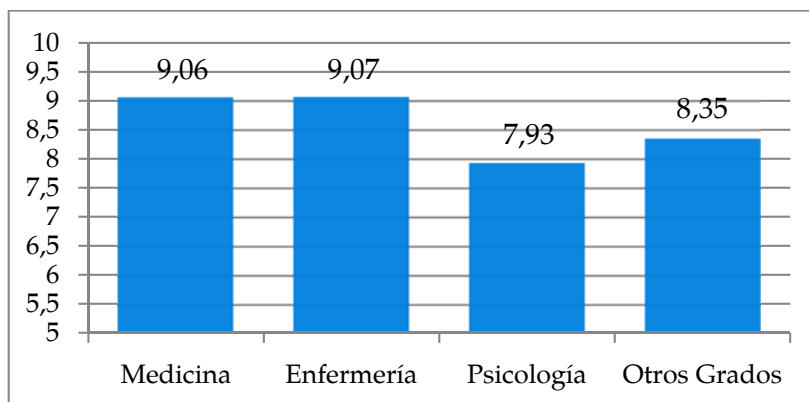
En la tabla 57 y el gráfico 37, se ven la media de la importancia que los alumnos atribuyen a los Cuidados Paliativos en su carrera. El rango de respuesta es 1-10:

- Grado de Medicina: 9,06 (D.T: 1,798 )
- Grado de Enfermería: 9,07 (D.T: 1,739)
- Grado de Psicología: 7,93 (D.T: 2,963)
- Otros Grados: 8,35 (D.T: 1,824 )

**Tabla 57. Importancia que atribuye a los Cuidados Paliativos en su carrera, por Grado. Escala (1-10)**

Grado	Media	Desviación Típica
Medicina	9,06	1,798
Enfermería	9,07	1,739
Psicología	7,93	2,963
Otros Grados	8,35	1,824

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de los diferentes grados en cuanto a la importancia que atribuyen a los Cuidados Paliativos en su carrera, se ha aplicado el test Kruskal Wallis. Dado que la significación obtenida presenta un valor inferior al 5% (sig.=0,003), se llega a la conclusión de que **sí existen diferencias estadísticamente significativas** entre los alumnos de unos y otros grados. En la tabla anterior se puede comprobar que **la importancia atribuida a los Cuidados Paliativos en su carrera es mayor en los alumnos de los Grados de Medicina y Enfermería que en los demás Grados.**



**Gráfico 37. Puntuación que atribuyen a la importancia de los Cuidados Paliativos en su carrera**

*F. Análisis de la variable "Número de enfermos en situación terminal atendidos en prácticas" (Sólo alumnos de 4º de Enfermería):*

Según se desprende de la Tabla 58 el N° medio de pacientes en estado terminal que los alumnos de 4º de Enfermería han tenido oportunidad de atender es de 5,87, con una D.T. de 6,954. La mediana está en 4, es decir que la mitad de los participantes ha atendido igual o menos de 4. El máximo de enfermos atendidos han sido 40 y el mínimo 0.

**Tabla 58. N° pacientes en situación terminal que ha atendido**

Intervalos	N	
0 pacientes	37	Media*: 5,87
de 1 a 5 pacientes	51	Desv. Típ*: 6,954
de 6 a 10 pacientes	27	Mediana*: 4,00
Más de 10 pacientes	23	Moda*: 0,00
Total	138	Máximo*: 40
		Mínimo*: 0

\* Calculadas con 135 observaciones (tras eliminar los datos atípicos de 99 y 90).

Se han eliminado tres casos atípicos: dos alumnos que han indicado que han atendido a 99 pacientes en situación terminal, y un alumno que ha indicado que a 90. Si contamos estos casos la media subiría a 7,83, y la Desv Típica a 14,89.

*G. Análisis de la variable "Número de muertes de pacientes presenciadas" (Sólo alumnos de 4º de Enfermería):*

Según se desprende de la Tabla 59 el N° medio de muertes en la que han estado presentes los alumnos de 4º de Enfermería es de 2,54 con una D.T. de 3,452. La mediana está en 2, es decir que la mitad de los alumnos ha presenciado como máximo 2. El n° máximo de muertes presenciadas ha sido de 20.

**Tabla 59. Número de ocasiones en que ha estado presente en el momento de la muerte de un paciente**

Intervalos	N	
0 pacientes	42	Media: 2,54
de 1 a 5 pacientes	86	Desv, Típ.: 3,452
de 6 a 10 pacientes	5	Mediana: 2,00
Más de 10 pacientes	5	Moda: 0,00
Total	138	Máximo: 20
		Mínimo: 0

*H. Análisis de la variable "Ha estado presente en la información de la muerte inminente o sucedida de un paciente a su familiar" (Sólo alumnos de 4º de Enfermería):*

Según los resultados recogidos en la tabla 60, el 63,2% de los alumnos de 4º de Enfermería han presenciado la información a familiares de la inminencia de la muerte de un familiar o de que su fallecimiento ya ha acontecido. El 35,9 % no ha tenido esa experiencia en las prácticas.

**Tabla 60. ¿Ha estado presente cuando se ha informado a alguna persona de la inminencia de la muerte de un familiar o de su fallecimiento?**

Respuestas	Frec.	%
Sí	74	63,2
No	42	35,9
Aún no ha concluido las prácticas	1	0,9
Total	117	100,0

*I. Asociación de la variable "Me ha gustado o me gustaría hacer prácticas en un servicio con enfermos en fase terminal" con la variable "Grado"*

La tabla 61 y el gráfico 38 muestran los resultados de las respuestas de los alumnos de los diferentes grados a la pregunta *¿Le ha gustado, o le gustaría, hacer prácticas clínicas en un servicio en el que se atienden enfermos en fase terminal?* que es una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta: 1- "Nada"; 2 -"Poco"; 3 - "Regular"; 4-"Bastante";5."Mucho"

Grado Medicina: Al 66,7 % de los alumnos le gustaría (al 16,7% le gustaría mucho y al 50% bastante), al 11,1 % no le gustaría nada, al 22,2% le gustaría regular

Grado Enfermería: Al 57,3 % de los alumnos le ha gustado o gustaría (al 20,3% le gustaría mucho y al 37% bastante), al 11,1 % no le gustaría (al 3,6 % no le gustaría nada, y al 8 % poco) y al 31,2% le gustaría regular

Grado Psicología: Al 34,5 % de los alumnos le ha gustado o gustaría (al 13,8% le gustaría mucho y al 20,7% bastante), al 27,5 % no le gustaría (al 3,4 % no le gustaría nada, y al 24,1 % poco) y al 37,9% le gustaría regular

Otros Grados: Al 46,2 % de los alumnos le ha gustado o gustaría (al 6,2% le gustaría mucho y al 40% bastante), al 23 % no le gustaría (al 13,8 % no le gustaría nada, y al 9,2 % poco) y al 30,8% le gustaría regular

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de los grados en Medicina, Enfermería, Psicología y Otros Grados en cuanto a su predisposición a hacer prácticas clínicas con enfermos en fase terminal, se ha aplicado el test V de Cramer. Dado que la significación obtenida presenta un valor inferior al 5% (sig.=0,011), se llega a la conclusión de que **sí existen diferencias estadísticamente significativas** entre los alumnos de unos y otros grados. En la tabla anterior se puede comprobar **que los alumnos del Grado en Medicina están más interesados en hacer prácticas clínicas en un servicio en el que se atienden enfermos en fase terminal (66,7% indican que “Bastante” o “Mucho”) que los de Psicología (34,5% indican que “Bastante” o “Mucho”)**.

Tabla 61. Le gustaría hacer prácticas clínicas en un servicio en el que se atienden enfermos en fase terminal, por Grado

	Respuestas	Frec.	%	% acum
Medicina	Nada	2	11,1	11,1
	Poco	0	0,0	
	Regular	4	22,2	22,2
	Bastante	9	50,0	66,7
	Mucho	3	16,7	
	Total	18	100,0	100,0
Enfermería	Nada	5	3,6	11,6
	Poco	11	8,0	
	Regular	43	31,2	31,2
	Bastante	51	37,0	57,3
	Mucho	28	20,3	
	Total	138	100,0	100,0
Psicología	Nada	1	3,4	27,5
	Poco	7	24,1	
	Regular	11	37,9	37,9
	Bastante	6	20,7	34,5
	Mucho	4	13,8	
	Total	29	100,0	100,0

Otros Grados	Nada	9	13,8	23,0
	Poco	6	9,2	
	Regular	20	30,8	30,8
	Bastante	26	40,0	46,2
	Mucho	4	6,2	
	Total	65	100,0	100,0

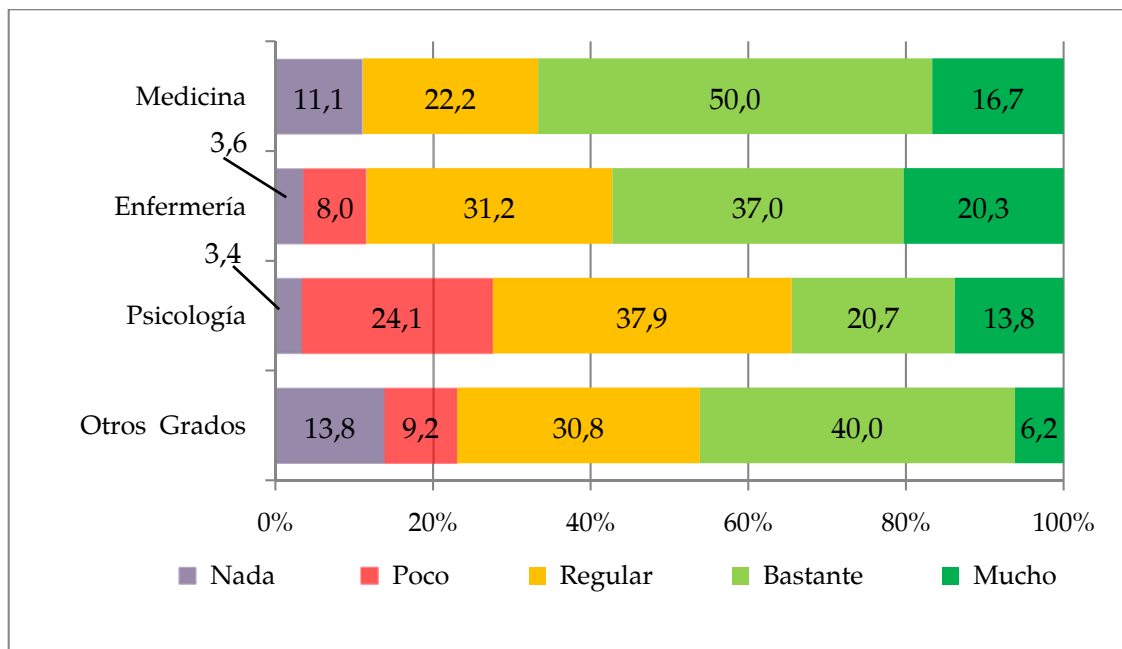


Gráfico 38. Le ha gustado, o le gustaría, hacer prácticas clínicas atendiendo enfermos en fase terminal, por grado

*J. Asociación de la variable "Me siento preparado para cuidar enfermos terminales desde el punto de vista emocional o psicológico" con la variable "Grado"*

La tabla 62 muestra los resultados de las respuestas de los alumnos de los diferentes grados a la pregunta *¿Si se siente preparado desde un punto de vista emocional o psicológico, para cuidar a enfermos terminales?* Que es una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta: 1- "Nada"; 2 -"Poco"; 3 - "Regular"; 4- "Bastante";5. "Mucho"

Grado Medicina: 61,1 % de los alumnos se siente preparado (16,7% mucho y 50% bastante), al 11,2 % no se siente preparado (5,6% nada y 5,6% poco), 27,8% responde que regular

Grado Enfermería: 52,1 % de los alumnos se siente preparado (13% mucho y 39,1% bastante), 10,8 % no se siente preparado (3,6% nada y 7,2% poco), 37% responde que regular

Grado Psicología: 48,3 % de los alumnos se siente preparado (13,8% mucho y 34,5% bastante), 24,1 % no se siente preparado (3,4% nada y 20,7% poco), 27,6% responde que regular

Otros Grados: 40 % de los alumnos se siente preparado (4,6% mucho y 35,4% bastante), 26,1 % no se siente preparado (9,2% nada y 16,9% poco), 33,8% responde que regular

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de los distintos grados se ha aplicado el test V de Cramer. Dado que la significación obtenida presenta un valor superior al 5% (sig.=0,214), se llega a la conclusión de que no existen diferencias estadísticamente significativas en su percepción de preparación emocional y psicológica para cuidar enfermos terminales entre los alumnos de unos y otros grados.

**Tabla 62. Se siente preparado, desde un punto de vista emocional o psicológico, para cuidar a enfermos terminales, por Grado**

	Respuestas	Frec	%	% acum
Medicina	Nada	1	5,6	11,2
	Poco	1	5,6	
	Regular	5	27,8	27,8
	Bastante	7	38,9	61,1
	Mucho	4	22,2	
	Total	18	100,0	100,0
Enfermería	Nada	5	3,6	10,8
	Poco	10	7,2	
	Regular	51	37,0	37,0
	Bastante	54	39,1	52,1
	Mucho	18	13,0	
	Total	138	100,0	100,0

Psicología	Nada	1	3,4	24,1
	Poco	6	20,7	
	Regular	8	27,6	27,6
	Bastante	10	34,5	48,3
	Mucho	14	13,8	
	Total	29	100,0	100,0
Otros Grados	Nada	6	9,2	26,1
	Poco	11	16,9	
	Regular	22	33,8	33,8
	Bastante	23	35,4	40,0
	Mucho	3	4,6	
	Total	65	100,0	100,0

*K. Asociación de la variable "Me siento preparado para cuidar enfermos terminales desde el punto de vista asistencial" con la variable "Grado"*

La tabla 63 y el gráfico 39 muestran los resultados de las respuestas de los alumnos de los diferentes grados a la pregunta *¿Si se siente preparado para cuidar a enfermos terminales desde un punto de vista asistencial, ofreciéndoles los servicios propios de su rama profesional adaptados a sus necesidades específicas?* Que es una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta: 1- "Nada"; 2 -"Poco"; 3 - "Regular"; 4-"Bastante"; 5. "Mucho"

Grado Medicina: 77,8 % de los alumnos se siente preparado (27,8% mucho y 50% bastante), 11,2 % no se siente preparado (5,6% nada y 5,6% poco), el 11,1% responde que regular

Grado Enfermería: 76,8 % de los alumnos se siente preparado (23,2% mucho y 53,6% bastante), 3,6 % no se siente preparado (0% nada y 3,6% poco), 19,6% responde que regular

Grado Psicología: 51,7 % de los alumnos se siente preparado (13,8% mucho y 37,9% bastante), 10,3 % no se siente preparado (3,4% nada y 6,9% poco), 37,9% responde que regular

Otros Grados: 70,7 % de los alumnos se siente preparado (16,9% mucho y 53,8% bastante), 16,9 % no se siente preparado (4,6% nada y 12,3% poco), el 12,3% responde que regular

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de los grados en Medicina, Enfermería, Psicología y Otros Grados en cuanto a su preparación para cuidar a enfermos terminales desde un punto de vista



asistencial, ofreciéndoles los servicios propios de su rama profesional adaptados a sus necesidades específicas, se ha aplicado el test V de Cramer. Dado que la significación obtenida presenta un valor inferior al 5% (sig.=0,033), se llega a la conclusión de que **sí existen diferencias estadísticamente significativas** en este aspecto entre los alumnos de unos y otros grados. En la tabla anterior se puede comprobar que **los alumnos del Grado en Medicina se sienten más preparados desde un punto de vista asistencial (77,8% indican que “Bastante” o “Mucho”) que los de Psicología (34,5% indican que “Bastante” o “Mucho”).**

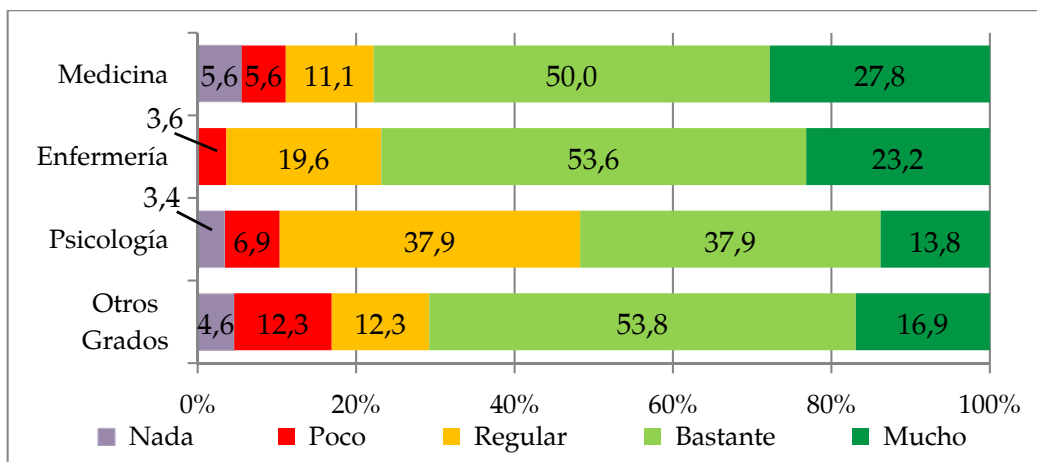


Gráfico 39. Se siente preparado para cuidar a enfermos terminales asistencialmente

Tabla 63. Se siente preparado para cuidar a enfermos terminales desde un punto de vista asistencial, por Grado

	Respuestas	Frec.	%	% acum
Medicina	Nada	1	5,6	11,2
	Poco	1	5,6	
	Regular	2	11,1	77,8
	Bastante	9	50,0	
	Mucho	5	27,8	
	Total		18	100,0
Enfermería	Nada	0	0,0	3,6
	Poco	5	3,6	
	Regular	27	19,6	76,8
	Bastante	74	53,6	
	Mucho	32	23,2	
	Total		138	100,0

Psicología	Nada	1	3,4	10,3
	Poco	2	6,9	
	Regular	11	37,9	37,9
	Bastante	11	37,9	
	Mucho	4	13,8	51,7
	Total	29	100,0	
Otros Grados	Nada	3	4,6	16,9
	Poco	8	12,3	
	Regular	8	12,3	12,3
	Bastante	35	53,8	
	Mucho	11	16,9	70,7
	Total	65	100,0	

*L. Asociación de la variable "Me siento satisfecho con la formación recibida sobre la muerte, el morir y la atención a los enfermos terminales" con la variable "Grado"*

La tabla 64 y el gráfico 40 muestran los resultados de las respuestas de los alumnos de los diferentes grados a la pregunta de "Si está satisfecho con la formación recibida sobre la muerte, el morir y la atención a los enfermos terminales". Que es una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta: 1- "Nada"; 2 -"Poco"; 3 - "Regular" ; 4-"Bastante";5."Mucho"

Grado Medicina: 83,3 % de los alumnos se siente preparado (38% mucho y 44,4% bastante), 5,6 % no se siente preparado (5,6% nada y 0% poco), 11,1% responde que regular

Grado Enfermería: 85,2 % de los alumnos se siente preparado (23,9% mucho y 41,3% bastante), 10,9 % no se siente preparado (2,2% nada y 8,7% poco), 23,9% responde que regular

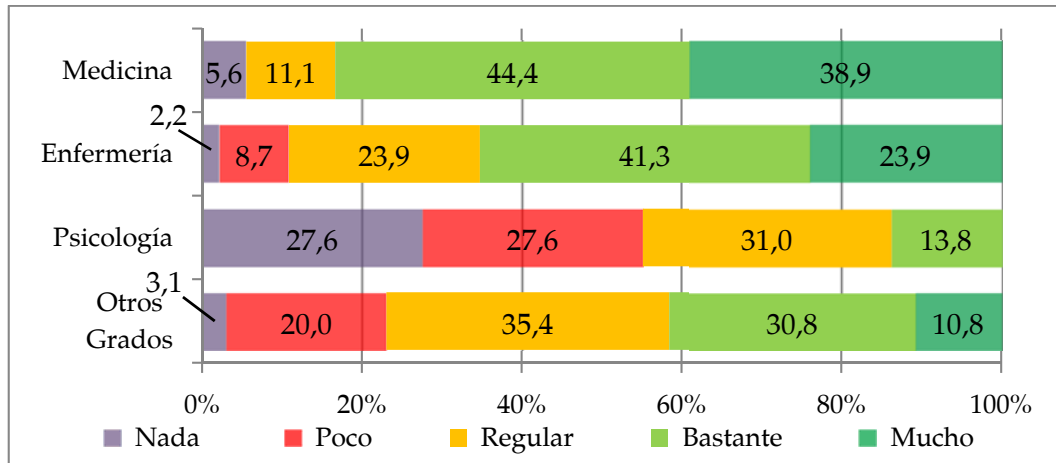
Grado Psicología: 13,8 % de los alumnos se siente preparado (0% mucho y 13,8% bastante), 55,2 % no se siente preparado (27,6% nada y 27,6% poco), 31% responde que regular

Otros Grados: 41,6% de los alumnos se siente preparado (10,8% mucho y 30,8% bastante), 23,1 % no se siente preparado (3,1% nada y 20% poco), 35,4% responde que regular

**Tabla 64. Se siente satisfecho con la formación recibida sobre la muerte, el morir y la atención a los enfermos terminales, por Grado**

	Respuestas	Frec.	%	% acum
Medicina	Nada	1	5,6	5,6
	Poco	0	0,0	
	Regular	2	11,1	11,1
	Bastante	8	44,4	83,3
	Mucho	7	38,9	
	Total	18	100,0	100,0
Enfermería	Nada	3	2,2	10,9
	Poco	12	8,7	
	Regular	33	23,9	23,9
	Bastante	57	41,3	65,2
	Mucho	33	23,9	
	Total	138	100,0	100,0
Psicología	Nada	8	27,6	55,2
	Poco	8	27,6	
	Regular	9	31,0	31,0
	Bastante	4	13,8	13,8
	Mucho	0	0,0	
	Total	29	100,0	100,0
Otros Grados	Nada	2	3,1	23,1
	Poco	13	20,0	
	Regular	23	35,4	35,4
	Bastante	20	30,8	41,6
	Mucho	7	10,8	
	Total	65	100,0	100,0

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas **entre los alumnos de los distintos grados en cuanto a su satisfacción con la formación recibida sobre la muerte, el morir y la atención a los enfermos terminales**, se ha aplicado el test V de Cramer. Dado que la significación obtenida presenta un valor inferior al 5% (sig.=0,000), se llega a la conclusión de que **sí existen diferencias estadísticamente significativas** entre los alumnos de unos y otros grados. En la tabla anterior se puede comprobar que los alumnos del Grado en Medicina se sienten más satisfechos con la formación recibida (83,3% indican que “Bastante” o “Mucho”) que los de Otros Grados (41,6% indican que “Bastante” o “Mucho”).



**Gráfico 40. Se siente satisfecho con la formación recibida sobre la muerte, el morir y la atención a los enfermos terminales, por grado**

*M. Asociación de la variable "Satisfacción General con la formación recibida en este área" con la variable "Grado"*

La tabla 65 y el Gráfico 41 muestran los resultados de las respuestas de los alumnos de los diferentes grados a la pregunta de "Si está satisfecho con la formación recibida en esta área". Es una variable cualitativa ordinal que se obtiene tras categorizar una variable cuantitativa obtenida a su vez de la suma de las respuestas dadas a las cuatro preguntas anteriores, categorizando cada respuesta con el valor numérico que tiene al lado.: 1- "Nada"; 2 -"Poco"; 3 - "Regular"; 4- "Bastante"; 5."Mucho". Los valores obtenidos en cada grado (Media y DT) se exponen en las tablas 66 y 66b y en la 1ª columna de la tabla 65. El rango de esta variable es 1-20

A partir de la variable cuantitativa se ha obtenido la variable cualitativa ordinal que se ve en la tabla 65. Según el valor obtenido en la variable cuantitativa se le ha asignado en una de las cinco posibles respuestas: 1- De 1 a 4 puntos: "Nada Satisfecho"; 2- De 5 a 8 puntos: "Poco satisfecho", 3-De 9 a 12 puntos: "Indefinido"; 4-De 13 a 16 puntos: "Bastante satisfecho"; 5-De 17 a 20 puntos: "Muy satisfecho".

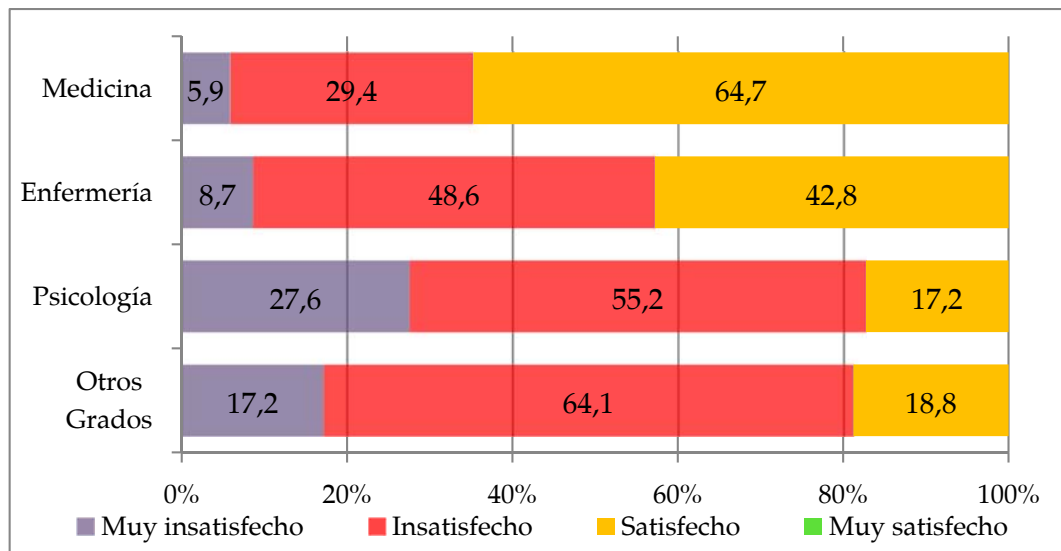
Grado de Medicina: El 64,7% están satisfechos y el 35,5% insatisfechos (5,9% muy insatisfechos y 29,4% insatisfechos). Media: 11,39 D.T: 2,810

Grado de Enfermería: El 42,8% están satisfechos y el 57,3% insatisfechos (8,7% muy insatisfechos y 48,6% insatisfechos) Media: 10,89 D.T: 2,379

Grado de Psicología: El 17,2% están satisfechos y el 82,8% insatisfechos (27,6% muy insatisfechos y 55,2% insatisfechos) Media: 8,83 D.T: 2,331

Otros grados: El 18,8% están satisfechos y el 81,3% insatisfechos (17,2% muy insatisfechos y 64,1% insatisfechos) Media: 9,51 D.T: 2,476

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas **entre los alumnos de los grados en Medicina, Enfermería, Psicología y Otros Grados en cuanto a su satisfacción con la formación general recibida sobre esta área**, se ha aplicado el test V de Cramer. Dado que la significación obtenida presenta un valor inferior al 5% (sig.=0,000), se llega a la conclusión de que **sí existen diferencias estadísticamente significativas** en este aspecto entre los alumnos de unos y otros grados. En la tabla anterior se puede comprobar que los alumnos del Grado en Medicina se muestran más satisfechos (64,7% indican que "Satisfecho") que los de los demás grados considerados



**Gráfico 41. Satisfacción general con la formación recibida en esta área, por grado**

**Tabla 65. Satisfacción general con la formación recibida en esta área, por Grado**

	Media (Desv. Típ.)	Respuestas	Frec.	%	% acum
Medicina	11,39 (2,810)	Muy insatisfecho	1	5,9	35,3
		Insatisfecho	5	29,4	
		Satisfecho	11	64,7	64,7
		Muy satisfecho	0	0,0	
		Total	18	100,0	100,0
Enfermería	10,89 (2,379)	Muy insatisfecho	12	8,7	57,3
		Insatisfecho	67	48,6	
		Satisfecho	59	42,8	42,8
		Muy satisfecho	0	0,0	
		Total	138	100,0	100,0
Psicología	8,83 (2,331)	Muy insatisfecho	8	27,6	82,8
		Insatisfecho	16	55,2	
		Satisfecho	5	17,2	17,2
		Muy satisfecho	0	0,0	
		Total	29	100,0	100,0
Otros Grados	9,51 (2,476)	Muy insatisfecho	11	17,2	81,3
		Insatisfecho	41	64,1	
		Satisfecho	12	18,8	18,8
		Muy satisfecho	0	0,0	
		Total	64	100,0	100,0

Considerando la variable como cuantitativa, también se puede contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de los grados en Medicina, Enfermería, Psicología y Otros Grados en cuanto a si piensan recibir formación en Cuidados Paliativos en el postgrado.

**Tabla 66. Satisfacción general con la formación recibida, por grado**

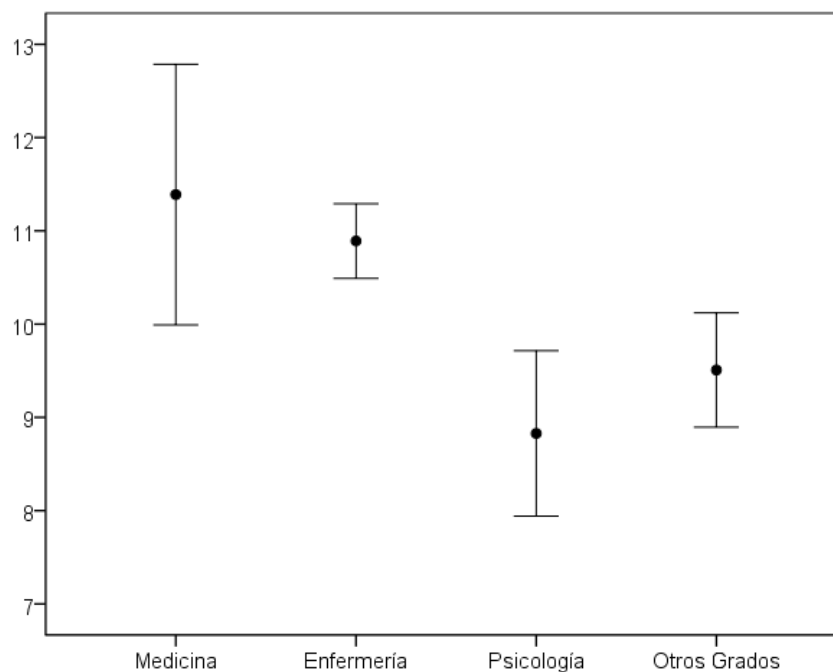
	Variable cuantitativa			
	Medicina		Enfermería	
	Media	Desv. Típ.	Media	Desv. Típ.
Satisfacción general con la formación recibida	11,39	2,810	10,89	2,379

**Tabla 66b. Satisfacción general con la formación recibida, por grado**  
**Variable cuantitativa**

	Psicología		Otros Grados	
	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.
Satisfacción general con la formación recibida	8,83	2,331	9,51	2,476

Para ello se ha aplicado el test Kruskal Wallis (El test de Levene indica que las varianzas de los Grados son iguales ( $\text{sig.} = 0,943$ ); sin embargo, los test de Kolmogorov-Smirnov y de Shapiro-Wilks indican que tan solo la distribución de la variable en el Grado en Psicología es Normal ( $\text{sig.} = 0,117 > 0,05$  en Medicina)).

Dado que la significación obtenida presenta un valor inferior al 5% ( $\text{sig.} = 0,000$ ), se llega a la conclusión de que **sí existen diferencias estadísticamente significativas** entre los alumnos de unos y otros grados. En la tabla anterior se puede comprobar que la puntuación atribuida por los alumnos del Grado en Medicina es mayor que la de los demás Grados.



**Gráfico 42. Gráfico de barras de error sobre satisfacción general con la formación recibida en este área, por grado**

### 7.1.10 Perspectivas para el Futuro (sólo alumnos de 3° o 4°)

#### A. Asociación de la variable "Deseo trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal" con la variable "Grado"

La tabla 67 y el gráfico 42 muestran el "Deseo de trabajar atendiendo enfermos en fase terminal". La respuesta es una escala tipo Likert con 5 posibilidades de respuesta: 1- "Nada"; 2 -"Poco"; 3 - "Regular" ; 4-"Bastante"; 5."Mucho".

Grado Medicina: 33,3 % desea trabajar con enfermos terminales; 22,2% no desea trabajar con enfermos terminales (11,1% nada y 11,1% poco), 44,4% responde que regular

Grado Enfermería: 45,7 % desea trabajar con enfermos terminales (13,8 mucho y 31,9 bastante); 14,4% no desea trabajar con enfermos terminales (4,3% nada y 10,1% poco), 39,9% responde que regular

Grado Psicología: 31% desea trabajar con enfermos terminales (6,9 mucho y 24,1 bastante); 37,9% no desea trabajar con enfermos terminales (10,3% nada y 27,6% poco), 31% responde que regular

Otros Grados: 24,6% desea trabajar con enfermos terminales (4,6mucho y 20 bastante); 41,5% no desea trabajar con enfermos terminales (13,8% nada y 20% poco), 44,4% responde que regular

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de los grados en Medicina, Enfermería, Psicología y Otros Grados en cuanto a **si les gustaría trabajar con enfermos en fase terminal**, se ha aplicado el test V de Cramer. Dado que la significación obtenida presenta un valor inferior al 5% (sig.=0,044), se llega a la conclusión de que **sí existen diferencias estadísticamente significativas** en este aspecto entre los alumnos de unos y otros grados. En la tabla anterior se puede comprobar que los **alumnos del Grado en Enfermería presentan mayor predisposición a trabajar con enfermos en fase terminal (45,7% indican que "Bastante" o "Mucho")** que los de los demás grados considerados.



**Tabla 67. Trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal de enfermedad, por Grado**

	Respuestas	Frec.	%	% acum
Medicina	Nada	2	11,1	22,2
	Poco	2	11,1	
	Regular	8	44,4	44,4
	Bastante	6	33,3	33,3
	Mucho	0	0,0	
	Total	18	100,0	100,0
Enfermería	Nada	6	4,3	14,4
	Poco	14	10,1	
	Regular	55	39,9	39,9
	Bastante	44	31,9	45,7
	Mucho	19	13,8	
	Total	138	100,0	100,0
Psicología	Nada	3	10,3	37,9
	Poco	8	27,6	
	Regular	9	31,0	31,0
	Bastante	7	24,1	31,0
	Mucho	2	6,9	
	Total	29	100,0	100,0
Otros Grados	Nada	9	13,8	33,8
	Poco	13	20,0	
	Regular	27	41,5	41,5
	Bastante	13	20,0	24,6
	Mucho	3	4,6	
	Total	65	100,0	100,0
Todos	Nada	20	8,0	22,8
	Poco	37	14,8	
	Regular	99	39,6	39,6
	Bastante	70	28,0	37,6
	Mucho	24	9,6	
	Total	250	100,0	100,0

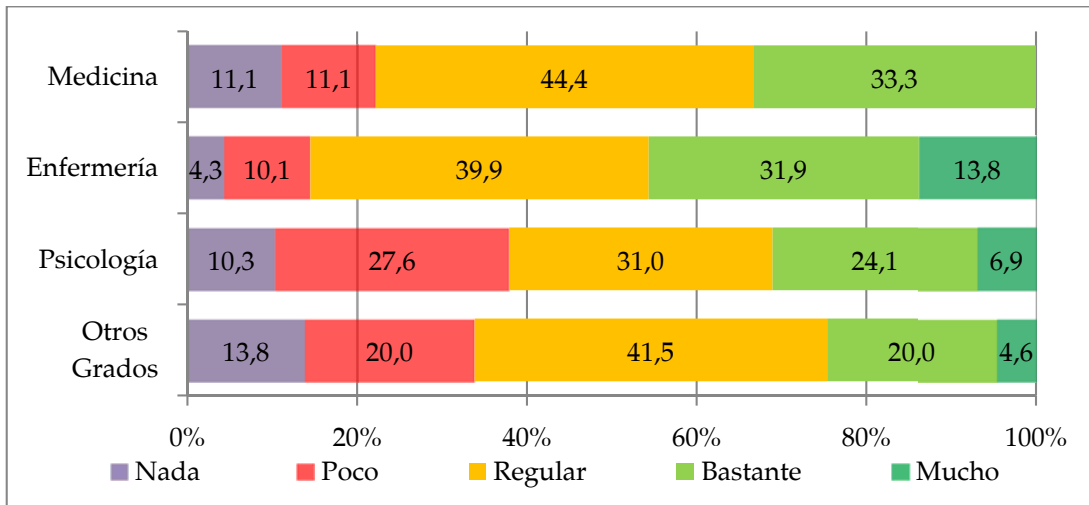


Gráfico 42. Deseo de trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal, grado

*B. Asociación de la variable "Pienso recibir formación en Cuidados Paliativos en el futuro" con la variable "Grado"*

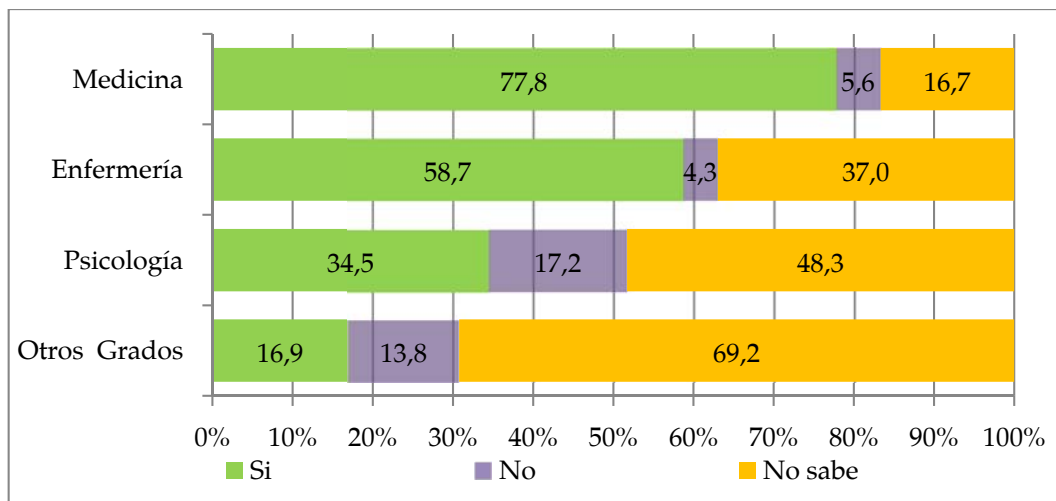
La tabla 68 y el gráfico 43 muestran el "¿Piensa recibir formación en Cuidados Paliativos más adelante? La respuestas posibles son: 1-"Sí"; 2-"No"; 3-"No sé".

- Grado Medicina: 77,8 piensa recibir formación en Cuidados Paliativos, 4,3% no y 37 no sabe
- Grado Enfermería: 58,7 piensa recibir formación en Cuidados Paliativos, 5,6% no y 16,7 no sabe
- Grado Psicología: 34,5 piensa recibir formación en Cuidados Paliativos, 17,2% no y 48,3 no sabe
- Otros Grados: 16,9 piensa recibir formación en Cuidados Paliativos, 13,8% no y 69,2 no sabe

Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de los grados en Medicina, Enfermería, Psicología y Otros Grados en cuanto a **si piensan recibir formación en Cuidados Paliativos en el futuro**, se ha aplicado el test Chi cuadrado. Dado que la significación obtenida presenta un valor inferior al 5% (sig.=0,000), se llega a la conclusión de que **sí existen diferencias estadísticamente significativas** entre los alumnos de unos y otros grados. En la tabla anterior se puede comprobar que el porcentaje de alumnos que han respondido afirmativamente es **mayor en los Grados de Medicina y Enfermería** (77,8% y 58,7%, respectivamente).

**Tabla 68. Piensa recibir formación en Cuidados Paliativos en el futuro, por Grado**

Respuestas		Frec.	Porcent.
Medicina	Sí	14	77,8
	No	1	5,6
	No sabe	3	16,7
	Total	18	100,0
Enfermería	Sí	81	58,7
	No	6	4,3
	No sabe	51	37,0
	Total	138	100,0
Psicología	Sí	10	34,5
	No	5	17,2
	No sabe	14	48,3
	Total	29	100,0
Otros Grados	Sí	11	16,9
	No	9	13,8
	No sabe	45	69,2
	Total	65	100,0
Total	Sí	116	46,4
	No	21	8,4
	No sabe	113	45,2
	Total	65	100,0



**Gráfico 43. Piensa recibir formación en Cuidados Paliativos en el futuro, por grado**

## 1.1 RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LA ASOCIACIÓN DE VARIABLES DEPENDIENTES

## 7.2.1 Correlaciones entre las 4 escalas de opinión relativas al “derecho del paciente a ser informado”, al “uso de la analgesia y la LET”, a “la dignidad humana” y a “la eutanasia y una muerte digna”

Para analizar si, entre los alumnos de 4º curso (3º en el caso del Grado en Medicina) existe algún tipo de relación lineal entre las 4 variables:

Opinión \_ Derecho\_ Paciente\_ Información

Opinión \_ Analgesia

Opinión \_ Dignidad Humana

Opinión \_ Eutanasia

Se han calculado los correspondientes coeficientes de correlación de Pearson. Estos han puesto especialmente de manifiesto **que existe una relación positiva y estadísticamente significativa entre la puntuación obtenida por los individuos en las dos últimas: aquellos que presentan valores mayores, es decir opiniones más correctas sobre la dignidad humana, presentan también opiniones más correctas en relación a la eutanasia y la muerte digna, o sea valores mayores en esta variable**. Además, esta relación se observa tanto en el conjunto de la muestra como si se consideran submuestras en función del grado o del curso del alumno:

Tabla 69. Correlaciones entre las variables referidas a la opinión. Alumnos de 4º

	Opinión Derecho Información	Opinión Analgesia	Opinión Dignidad Humana	Opinión Eutanasia
Opinión Derecho Información	1,000			
Opinión Analgesia	0,012	1,000		
Opinión Dignidad Humana	-0,009	0,203**	1,000	
Opinión Eutanasia	-0,018	0,239**	0,472**	1,000

\*\* Correlación significativa al 1%

Tabla 70. Correlaciones entre las variables referidas a la opinión, por Grados

		Opinión Derecho Información	Opinión Analgesia	Opinión Dignidad Humana	Opinión Eutanasia
Medicina	Opinión Derecho Información	1,000			
	Opinión Analgesia	0,169	1,000		
	Opinión Dignidad Humana	-0,068	0,067	1,000	
	Opinión Eutanasia	0,210	0,279*	0,408**	1,000
Enfermería	Opinión Derecho Información	1,000			
	Opinión Analgesia	0,039	1,000		
	Opinión Dignidad Humana	0,102	0,262**	1,000	
	Opinión Eutanasia	0,035	0,166*	0,438**	1,000
Psicología	Opinión Derecho Información	1,000			
	Opinión Analgesia	0,110	1,000		
	Opinión Dignidad Humana	-0,009	0,073	1,000	
	Opinión Eutanasia	-0,078	0,175	0,564**	1,000
Otros grados	Opinión Derecho Información	1,000			
	Opinión Analgesia	-0,104	1,000		
	Opinión Dignidad Humana	-0,089	0,121	1,000	
	Opinión Eutanasia	-0,019	0,149	0,353**	1,000

\* Correlación significativa al 5%

\*\* Correlación significativa al 1%

### 7.2.2 Asociación de la variable “Tener un familiar fallecido por enfermedad terminal” y con las tres variables “Actitudes ante la eutanasia, el suicidio asistido y participar en la eutanasia a un familiar”

**A.- Actitud ante la eutanasia:** con respecto a la pregunta de *“si es correcto que los médicos ayuden a poner fin a la vida de una persona en fase terminal, con grandes sufrimientos que causará la muerte en poco tiempo, si esta persona lo solicita libremente”*, el contraste V de Cramer indica que no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre quienes han perdido a alguna persona muy próxima y querida, a consecuencia de alguna enfermedad irreversible en cuya fase final tuvo mucho sufrimiento, y quienes no.

**B.- Actitud ante el suicidio asistido:** con respecto a la pregunta de *“si es correcto que los médicos proporcionen los medios necesarios para el suicidio asistido de una persona en fase terminal, con grandes sufrimientos que causará la muerte en poco tiempo, si esta persona lo solicita”*, el contraste V de Cramer indica que **sí existen diferencias estadísticamente significativas** entre quienes han perdido a alguna persona muy próxima y querida, a consecuencia de alguna enfermedad irreversible en cuya fase final tuvo mucho sufrimiento, y quienes no (sig.=0,033 <0,05): **quienes no han perdido a un familiar o amigo a causa de una enfermedad irreversible y con sufrimiento están más a favor del suicidio asistido** (59,77% creen que son favorables o lo son con toda seguridad, frente al 38,67% que creen que no son favorables o no lo son con seguridad). Sin embargo, los porcentajes son más equilibrados entre quienes sí han pasado por esta situación con alguien próximo y querido (49,15% creen que son favorables o lo son con toda seguridad, frente al 45,76% que creen que no son favorables o no lo son con seguridad).

Tabla 71. Actitud Suicidio asistido / Fallecimiento de un familiar

		Alguna persona muy próxima y querida ha fallecido por una enfermedad irreversible en cuya fase final tuvo mucho sufrimiento			
		SI		NO	
		N	%	N	%
Suicidio asistido a un enfermo terminal	No contesta,	12	5,08	4	1,56
	Sí, con toda seguridad	53	22,46	63	24,61
	Creo que sí, pero no estoy totalmente seguro/a	63	26,69	90	35,16
	Creo que no, pero no estoy totalmente seguro/a	35	14,83	25	9,77
	No, con toda seguridad	73	30,93	74	28,91
Total		236	100,00	256	100,00

C.- Actitud ante colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar: con respecto a la pregunta de *“si contribuiría personalmente a adelantar la muerte a un familiar con una enfermedad irreversible y terminal que le produjera un gran sufrimiento si me pidiera repetidamente que le ayudara a morir”*, el contraste V de Cramer indica que no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre quienes han perdido a alguna persona muy próxima y querida, a consecuencia de alguna enfermedad irreversible en cuya fase final tuvo mucho sufrimiento, y quienes no (sig.=0,659 > 0,05).

### 7.2.3 Asociación de las tres variables de Actitudes (ante la eutanasia, el suicidio asistido y participar en la eutanasia a un familiar) con las 5 variables Espirituales y Religiosas (Nivel Espiritualidad, Creer en la vida después de la muerte, Autodefinición religiosa, Frecuencia de asistencia a misa y Nivel de Religiosidad).

Con respecto a la variable que define la actitud ante la eutanasia (definida a través de la pregunta de “si es correcto que los médicos ayuden a poner fin a la vida de una persona en fase terminal, con grandes sufrimientos que causará la muerte en poco tiempo, si esta persona lo solicita libremente”), **los correspondientes contrastes estadísticos muestran que está relacionada con las cinco variables de carácter espiritual y religioso pues, en todos los casos, el estadístico de contraste presenta un valor p-value inferior a 0,05.**

Para facilitar la comprensión de los resultados obtenidos, las respuestas de la variable que define la actitud ante la eutanasia se han definido en tres categorías:

- Favorable a la eutanasia. Esta categoría incluye las respuestas “Sí, completamente seguro” y “Sí, aunque tengo dudas”.
- Contrario a la eutanasia. Esta categoría incluye las respuestas “No, con toda seguridad” y “No, aunque tengo dudas”.
- No lo sabe.

Se analizarán a continuación cada una de estas relaciones:

#### *A.1 Asociación de la actitud ante la eutanasia con el nivel de espiritualidad autopercebida.*

El contraste Tau de Kendall indica (sig.=0,001) **que existen diferencias estadísticamente significativas en la “actitud hacia la eutanasia” de quienes consideran que son “Nada espiritual”, “Poco espiritual”, “Bastante espiritual” y “Muy espiritual”.** Como se puede comprobar en la Tabla 72A, el 92,1% de quienes se declaran como “Nada espiritual” se muestran favorables a la eutanasia, y menos del 8% (tan solo 3 de los encuestados) se muestran contrario. Estas proporciones pasan a ser del 66,7% y del 33,3% (quienes son favorables a la eutanasia y son contrarios, respectivamente) en el grupo de quienes se consideran como “Muy espiritual”.



**Tabla 72A. Tabla de contingencia: Actitud hacia la eutanasia vs nivel de espiritualidad autopercebida (frecuencias absolutas y relativas)**

Espiritualidad autopercebida	Actitud hacia la eutanasia			Total
	Favorable	Contrario	N.S.	
Nada espiritual	35 (92,1%)	3 (7,9%)	0 (0,0%)	38 (100,0%)
Poco espiritual	157 (75,8%)	45 (21,7%)	5 (2,4%)	207 (100,0%)
Bastante espiritual	146 (66,4%)	69 (31,4%)	5 (2,3%)	220 (100,0%)
Muy espiritual	18 (66,7%)	9 (33,3%)	0 (0,0%)	27 (100,0%)

*A.2 Asociación de la actitud ante la eutanasia con el hecho de creer en la vida después de la muerte.*

El contraste Tau de Kendall indica (sig.=0,000) que **existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia la eutanasia de quienes creen en la vida después de la muerte y quienes no creen**. Como se puede comprobar en la Tabla 72B, más del 80% de quienes no creen en la vida después de la muerte con total seguridad son favorables a la eutanasia, y un 17,4% son contrarios. Estas proporciones pasan a ser un 58,0% y un 40,2% (favorables y contrarios a la eutanasia, respectivamente) en el grupo de quienes creen en la vida después de la muerte con total seguridad.

**Tabla 72B. Tabla de contingencia: Actitud hacia la eutanasia vs creer en la vida después de la muerte (frecuencias absolutas y relativas)**

Creer en la vida después de la muerte	Actitud hacia la eutanasia			Total
	Favorable	Contrario	N.S.	
N.S.	31 (86,1%)	4 (11,1%)	1 (2,8 %)	36 (100,0 %)
No, con toda seguridad	37 (80,4%)	8 (17,4%)	1 (2,2 %)	46 (100,0 %)
Probablemente no	83 (78,3%)	21 (19,8%)	2 (1,9 %)	106 (100,0 %)
Probablemente sí	140 (72,9%)	48 (25,0%)	4 (2,1 %)	192 (100,0 %)
Sí, con toda seguridad	65 (58,0%)	45 (40,2%)	2 (1,8 %)	112 (100,0 %)

### A.3 Asociación de la actitud ante la eutanasia con la autodefinición religiosa.

El contraste V de Cramer (sig.=0,001) que **existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia la eutanasia en función de si el encuestado se considera católico, creyente de otra religión, no creyente o ateo**. En la Tabla 72C, se puede comprobar que, entre quienes se declaran “ateo”, “no creyente”, “creyente de otra religión (que no sea la católica)” u “otro”, las respuestas favorables a la eutanasia superan el 77% en todos los casos. En cambio, entre quienes se declaran como “católicos”, las respuestas favorables a la eutanasia son el 66%.

**Tabla 72C. Tabla de contingencia: Actitud hacia la eutanasia vs autodefinición religiosa (frecuencias absolutas y relativas)**

Autodefinición en materia religiosa	Actitud hacia la eutanasia			
	Favorable	Contrario	N.S.	Total
Otro	45 (77,6%)	9 (15,5%)	4 (6,9 %)	58 (100,0 %)
Ateo	36 (80,0%)	9 (20,0%)	0 (0,0 %)	45 (100,0 %)
No creyente	78 (84,8%)	12 (13,0%)	2 (2,2 %)	92 (100,0 %)
Creyente de otra religión	7 (77,8%)	2 (22,2%)	0 (0,0 %)	9 (100,0 %)
Católico	190 (66,0%)	94 (32,6%)	4 (1,4 %)	288 (100,0 %)

### A.4 Asociación de la actitud ante la eutanasia con el grado de religiosidad autopercebido.

El contraste Tau de Kendall indica (sig.=0,001) que **existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia la eutanasia de quienes consideran que son “Nada religioso”, “Poco religioso”, “Bastante religioso” y “Muy religioso”**. Como se puede comprobar en la Tabla 72D, el 100% de los que se declaran como “Nada religioso” son favorables a la eutanasia, mientras que este porcentaje se reduce a medida que aumenta el grado de religiosidad autopercebida por el encuestado: el 74,5%, 62,3% y 47,6% (de los encuestados que se declaran como “Poco religioso”, “Bastante religioso” o “Muy religioso”, respectivamente), son favorables a la eutanasia.

**Tabla 72D. Tabla de contingencia: Actitud hacia la eutanasia vs grado de religiosidad autopercibido (frecuencias absolutas y relativas)**

Grado de religiosidad autopercibido	Actitud hacia la eutanasia			
	Favorable	Contrario	N.S.	Total
Nada religioso	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)
Poco religioso	82 (74,5%)	26 (23,6%)	2 (1,8 %)	110 (100,0 %)
Bastante religioso	101 (62,3%)	59 (36,4%)	2 (1,2 %)	162 (100,0 %)
Muy religioso	10 (47,6%)	11 (52,4%)	0 (0,0 %)	21 (100,0 %)

*A.5 Asociación de la actitud ante la eutanasia con frecuencia de asistencia a misa.*

El contraste Tau de Kendall indica (sig.=0,000) **que existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia la eutanasia según la frecuencia con la que acuden a misa u otros oficios religiosos.** Como se puede comprobar en la Tabla 72E, el 72.5% de quienes no asisten nunca a misa son favorables a la eutanasia, mientras que este porcentaje se va reduciendo a medida que aumenta la frecuencia de asistencia a misa (hasta el 36,4% de los que asisten varias veces a la semana a misa). Por otra parte, el porcentaje de quienes son contrarios a la eutanasia oscila entre el 27,5% de quienes no asisten nunca a misa, y el 63,6% de quienes asisten varias veces a la semana.

**Tabla 72E. Tabla de contingencia: Actitud hacia la eutanasia vs frecuencia de asistencia a misa (frecuencias absolutas y relativas)**

Asistencia a misa	Actitud hacia la eutanasia			
	Favorable	Contrario	N.S.	Total
Nunca	29 (72,5%)	11 (27,5%)	0 (0,0 %)	40 (100,0 %)
Varias veces al año	98 (76,6%)	29 (22,7%)	1 (0.8 %)	128 (100,0 %)
Una vez al mes	18 (60,0%)	10 (33,3%)	2 (6.7 %)	30 (100,0 %)
Dos o tres veces al mes	25 (62,5%)	14 (35,0%)	1 (2.5 %)	40 (100,0 %)
Una vez a la semana	19 (51,4%)	18 (48,6%)	0 (0,0 %)	37 (100,0 %)
Varias veces por semana	8 (36,4%)	14 (63,6%)	0 (0,0 %)	22 (100,0 %)

En segundo lugar, abordaremos la relación de la variable que define la actitud ante el *suicidio asistido* (definida a través de la pregunta de “*si es correcto que los médicos proporcionen los medios necesarios para el suicidio asistido de una persona en fase terminal, con grandes sufrimientos que causará la muerte en poco tiempo, si esta persona lo solicita*”). Los correspondientes contrastes estadísticos muestran que esta actitud está relacionada con todas las variables de carácter espiritual y religioso pues presentan un valor *p-value* inferior a 0,05.

Nuevamente, para facilitar la comprensión de los resultados obtenidos, las respuestas de la variable que define la actitud ante el *suicidio asistido* se han definido en tres categorías:

- Favorable al *suicidio asistido*. Esta categoría incluye las respuestas “Sí, completamente seguro” y “Sí, aunque tengo dudas”.
- Contrario al *suicidio asistido*. Esta categoría incluye las respuestas “No, con toda seguridad” y “No, aunque tengo dudas”.
- No lo sabe.

Se analizarán a continuación cada una de estas relaciones:

### *B.1 Asociación de la actitud ante el suicidio asistido con el nivel de espiritualidad autopercebida.*

El contraste Tau de Kendall indica (sig.=0,000) que **existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el suicidio asistido de quienes consideran que son “Nada espiritual”, “Poco espiritual”, “Bastante espiritual” y “Muy espiritual”**. Como se puede comprobar en la Tabla 73A, casi el 79% de quienes se declaran como “Nada espiritual” son favorables a la eutanasia, mientras que este porcentaje se reduce al 60,4%, 45,5% y 51,9% entre quienes se declaran como “Poco espiritual”, “Bastante espiritual” y “Muy espiritual”, respectivamente. Por otra parte, el porcentaje de quienes son contrarios a la eutanasia varía desde el 15,8% de quienes se declaran como “Poco espiritual”, hasta el 37,2%, 50,5% y 48,1% de quienes se declaran como “Poco espiritual”, “Bastante espiritual” y “Muy espiritual”, respectivamente.

**Tabla 73A. Tabla de contingencia: Actitud hacia el suicidio asistido vs nivel de espiritualidad autopercebida (frecuencias absolutas y relativas)**

Espiritualidad autopercebida	Actitud hacia el suicidio asistido			
	Favorable	Contrario	N.S.	Total
Nada espiritual	30 <b>(78,9%)</b>	6 (15,8%)	2 (5,3 %)	38 (100,0%)
Poco espiritual	125 (60,4%)	77 (37,2%)	5 (2,4 %)	207 (100,0%)
Bastante espiritual	100 (45,5%)	111 (50,5%)	9 (4,1 %)	220 (100,0%)
Muy espiritual	14 (51,9%)	13 <b>(48,1%)</b>	0 (0,0 %)	27 (100,0%)

*B.2 Asociación de la actitud ante el suicidio asistido con el hecho de creer en la vida después de la muerte.*

El contraste Tau de Kendall indica (sig.=0,000) que **existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el suicidio asistido de quienes creen en la vida después de la muerte y quienes no creen**. La tabla 73B muestra que las diferencias más importantes se dan entre quienes creen con toda seguridad en la vida después de la muerte y las demás categorías: de quienes creen con toda seguridad en la vida después de la muerte, el 64,3% son contrarios al suicidio asistido (el 33% son favorables), mientras que este porcentaje oscila entre el 26% y el 40% en las otras categorías.

**Tabla 73B. Tabla de contingencia: Actitud hacia el suicidio asistido vs creer en la vida después de la muerte (frecuencias absolutas y relativas)**

Creer en la vida después de la muerte	Actitud hacia el suicidio asistido			
	Favorable	Contrario	N.S.	Total
N.S.	20 (55,6%)	14 (38,9%)	2 (5,6 %)	36 (100,0%)
No, con toda seguridad	32 <b>(69,6%)</b>	12 (26,1%)	2 (4,4 %)	46 (100,0%)
Probablemente no	70 (66,0%)	32 (30,2%)	4 (3,8 %)	106 (100,0%)
Probablemente sí	110 (57,3%)	77 (40,1%)	5 (2,6 %)	192 (100,0%)
Sí, con toda seguridad	37 (33,0%)	72 <b>(64,3%)</b>	3 (2,7 %)	112 (100,0%)

*B.3 Asociación de la actitud ante el suicidio asistido con la autodefinición religiosa (frecuencias absolutas y relativas)*

El contraste  $V$  de Cramer ( $\text{sig.}=0,000$ ) que existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el suicidio asistido en función de si el encuestado se considera católico, creyente de otra religión, no creyente o ateo. En la Tabla 73C, se puede comprobar que, más del 60% de quienes se declaran "ateo", "no creyente", "creyente de otra religión (que no sea la católica)" u "otro" son favorables a la eutanasia, mientras que el porcentaje se reduce al 44,4% en el caso de quienes se declaran como "católicos".

**Tabla 73C. Tabla de contingencia: Actitud hacia el suicidio asistido vs autodefinición religiosa (frecuencias absolutas y relativas)**

Autodefinición en materia religiosa	Actitud hacia el suicidio asistido			
	Favorable	Contrario	N.S.	Total
Otro	37 (63,8%)	18 (31,0%)	3 (5,2 %)	58 (100,0 %)
Ateo	32 ( <b>71,1%</b> )	11 (24,4%)	2 (4,4 %)	45 (100,0 %)
No creyente	66 ( <b>71,7%</b> )	24 (26,1%)	2 (2,2 %)	92 (100,0 %)
Creyente de otra religión	6 (66,7%)	3 (33,3%)	0 (0,0 %)	9 (100,0 %)
Católico	128 (44,4%)	151 ( <b>52,4%</b> )	9 (3,1 %)	288 (100,0 %)

*B.4 Asociación de la actitud ante el suicidio asistido con el grado de religiosidad autopercebido.*

El contraste Tau de Kendall indica ( $\text{sig.}=0,007$ ) que existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el suicidio asistido de quienes consideran "Nada religioso", "Poco religioso", "Bastante religioso" o "Muy religioso". La Tabla 73D, muestra que el 100% de los que se declaran como "Nada religioso" son favorables a la eutanasia, mientras que este porcentaje se reduce a medida que aumenta el grado de religiosidad autopercebida por el encuestado: el 50,9%, 42,0% y 28,6% (de los encuestados que se declaran como "Poco religioso", "Bastante religioso" o "Muy religioso", respectivamente), son favorables a la eutanasia.

**Tabla 73D. Tabla de contingencia: Actitud hacia el suicidio asistido vs grado de religiosidad autopercebido (frecuencias absolutas y relativas)**

Grado de religiosidad autopercebido	Actitud hacia el suicidio asistido			
	Favorable	Contrario	N.S.	Total
Nada religioso	4 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)
Poco religioso	56 (50,9%)	50 (45,5%)	4 (3,6%)	110 (100,0 %)
Bastante religioso	68 (42,0%)	89 (54,9%)	5 (3,1%)	162 (100,0 %)
Muy religioso	6 (28,6%)	15 (71,4%)	0 (0,0 %)	21 (100,0 %)

*B.5 Asociación de la actitud ante el suicidio asistido con la asistencia a misa.*

El contraste Tau de Kendall indica (sig.=0,000) **que existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el suicidio asistido según la frecuencia con la que acuden a misa u otros oficios religiosos.** Como se puede comprobar en la Tabla 73E, el 47,5% de quienes no asisten nunca a misa son favorables a el suicidio asistido, mientras que este porcentaje se va reduciendo entre quienes más asisten a misa (hasta el 27,6% de los que asisten varias veces a la semana a misa).

**Tabla 73E. Tabla de contingencia: Actitud hacia el suicidio asistido vs frecuencia de asistencia a misa (frecuencias absolutas y relativas)**

Asistencia a misa	Actitud hacia el suicidio asistido			
	Favorable	Contrario	N.S.	Total
Nunca	19 (47,5%)	21 (52,5%)	0 (0,0 %)	40 (100,0 %)
Varias veces al año	64 (50,0%)	60 (46,9%)	4 (3,1 %)	128 (100,0 %)
Una vez al mes	17 (56,7%)	11 (36,7%)	2 (6,7 %)	30 (100,0 %)
Dos o tres veces al mes	16 (40,0%)	23 (57,5%)	1 (2,5 %)	40 (100,0 %)
Una vez a la semana	12 (32,4%)	23 (62,2%)	2 (5,4 %)	37 (100,0 %)
Varias veces a la semana	6 (27,3%)	16 (72,7%)	0 (0,0 %)	22 (100,0 %)

Por último, se analizará la relación de la variable que define la actitud ante colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar (definida a través de la pregunta de *“si contribuiría personalmente a adelantar la muerte a un familiar con una enfermedad irreversible y terminal que le produjera un gran sufrimiento si me pidiera repetidamente que le ayudara a morir”*). Los correspondientes contrastes estadísticos muestran **que esta actitud está relacionada con las cinco variables de carácter espiritual y religioso** pues, en todos los casos, el estadístico de contraste presenta un valor *p-value* inferior a 0,05.

Como en los casos anteriores, para facilitar la comprensión de los resultados obtenidos, las respuestas de la variable que define la actitud ante colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar se han definido en tres categorías:

- Favorable a colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar. Esta categoría incluye las respuestas “Sí, completamente seguro” y “Sí, aunque tengo dudas”.
- Contrario a colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar. Esta categoría incluye las respuestas “No, con toda seguridad” y “No, aunque tengo dudas”.
- No lo sabe.

Se analizarán a continuación cada una de estas relaciones:

#### *C.1 Asociación de la actitud ante colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar con el nivel de espiritualidad autopercebida.*

El contraste Tau de Kendall indica (sig.=0,000) que **existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar de quienes consideran que son “Nada espiritual”, “Poco espiritual”, “Bastante espiritual” y “Muy espiritual”**. Como se puede comprobar en la Tabla 74A, casi el 76% de quienes se declaran como “Nada espiritual” son favorables a colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar, mientras que este porcentaje se reduce al 52,7%, 43,6% y 40,7% entre quienes se declaran como “Poco espiritual”, “Bastante espiritual” y “Muy espiritual”, respectivamente. Por otra parte, el porcentaje de quienes son contrarios a colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar varía desde el 21,1% de quienes se declaran como “Poco espiritual”, hasta el 38,2%, 49,1% y 55,6% de quienes se declaran como “Poco espiritual”, “Bastante espiritual” y “Muy espiritual”, respectivamente.



**Tabla 74A. Tabla de contingencia: Actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar vs nivel de espiritualidad autopercebida (frecuencias absolutas y relativas)**

Espiritualidad autopercebida	Actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar			
	Favorable	Contrario	N.S.	Total
Nada espiritual	29 <b>(76,3%)</b>	8 (21,1%)	1 (2,6%)	38 (100,0%)
Poco espiritual	109 (52,7%)	79 (38,2%)	19 (9,2%)	207 (100,0%)
Bastante espiritual	96 (43,6%)	108 (49,1%)	16 (7,3%)	220 (100,0%)
Muy espiritual	11 (40,7%)	15 <b>(55,6%)</b>	1 (3,7%)	27 (100,0%)

*C.2 Asociación de la actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar con el hecho de creer en la vida después de la muerte.*

El contraste Tau de Kendall indica (sig.=0,000) **que existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar de quienes creen en la vida después de la muerte y quienes no creen.** La tabla 74B muestra que las diferencias más importantes se dan entre quienes creen con toda seguridad en la vida después de la muerte y las demás categorías: de quienes creen con toda seguridad en la vida después de la muerte, el 58,0% son contrarios a colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar (el 38,4% son favorables), mientras que este porcentaje oscila entre el 30,2% y el 43,2% en las otras categorías.

**Tabla 74B. Tabla de contingencia: Actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar vs creer en la vida después de la muerte (frecuencias absolutas y relativas)**

Creer en la vida después de la muerte	Actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar			
	Favorable	Contrario	N.S.	Total
N.S.	18 (50,0%)	14 (38,9%)	4 (11,1 %)	36 (100,0%)
No, con toda seguridad	25 <b>(54,3%)</b>	16 (34,8%)	5 (10,9 %)	46 (100,0%)
Probablemente no	65 <b>(61,3%)</b>	32 (30,2%)	9 (8,5 %)	106 (100,0%)
Probablemente sí	94 (49,0%)	83 (43,2%)	15 (7,8 %)	192 (100,0%)
Sí, con toda seguridad	43 (38,4%)	65 <b>(58,0%)</b>	4 (3,6 %)	112 (100,0%)

*C.3 Asociación de la actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar con la autodefinición religiosa (frecuencias absolutas y relativas)*

El contraste V de Cramer (sig.=0,006) que **existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar en función de si el encuestado se considera católico, creyente de otra religión, no creyente o ateo.** En la Tabla 74C, se puede comprobar que, más del 55% de quienes se declaran “ateo”, “no creyente”, “creyente de otra religión (que no sea la católica)” u “otro” son favorables a colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar, mientras que el porcentaje se reduce al 43,1% en el caso de quienes se declaran como “católicos”.

**Tabla 74C. Tabla de contingencia: Actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar vs autodefinición religiosa (frecuencias absolutas y relativas)**

Autodefinición en materia religiosa	Actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar			
	Favorable	Contrario	N.S.	Total
Otro	32 (55,2%)	18 (31,0%)	8 (13,8%)	58 (100,0 %)
Ateo	29 ( <b>64,4%</b> )	14 (31,1%)	2 (4,4%)	45 (100,0 %)
No creyente	55 (59,8%)	29 (31,5%)	8 (8,7%)	92 (100,0 %)
Creyente otra religión	5 (55,6%)	4 (44,4%)	0 (0,0%)	9 (100,0 %)
Católico	124 (43,1%)	145 ( <b>50,3%</b> )	19 (6,6%)	288 (100,0 %)

*C.4 Asociación de la actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar con el grado de religiosidad autopercibido.*

El contraste Tau de Kendall indica (sig.=0,002) que **existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar de quienes consideran “Nada religioso”, “Poco religioso”, “Bastante religioso” o “Muy religioso”.** La Tabla 74D, muestra que la mitad de los que se declaran como “Nada religioso” o “Poco religioso” son favorables a colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar, mientras que este porcentaje se reduce al 23,8% entre quienes se declaran como “Muy religioso”.

**Tabla 74D. Tabla de contingencia: Actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar vs grado de religiosidad autopercebido (frecuencias absolutas y relativas)**

Grado de religiosidad autopercebido	Actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar			
	Favorable	Contrario	N.S.	Total
Nada religioso	2 (50,0%)	0 (0,0%)	2 (50,0%)	4 (100,0 %)
Poco religioso	54 (49,1%)	48 (43,6%)	8 (7,3%)	110 (100,0 %)
Bastante religioso	68 (42,0%)	85 (52,5%)	9 (5,6%)	162 (100,0 %)
Muy religioso	5 (23,8%)	16 (76,2%)	0 (0,0%)	21 (100,0 %)

*C.5 Asociación de la actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar con la frecuencia de asistencia a misa.*

El contraste Tau de Kendall indica (sig.=0,000) que **existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar según la frecuencia con la que acuden a misa u otros oficios religiosos**. Como se puede comprobar en la Tabla 74E, el 47,5% de quienes no asisten nunca a misa son favorables a el suicidio asistido, mientras que este porcentaje se va reduciendo entre quienes más asisten a misa (hasta el 27,6% de los que asisten varias veces a la semana a misa).

**Tabla 74 E. Tabla de contingencia: Actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar vs frecuencia de asistencia a misa (frecuencias absolutas y relativas)**

Frecuencia de asistencia a misa	Actitud hacia colaborar en la eutanasia voluntaria a un familiar			
	Favorable	Contrario	N.S.	Total
Nunca	19 (47,5%)	16 (40,0%)	5 (12,5%)	40 (100,0 %)
Varias veces al año	57 (44,5%)	64 (50,0%)	7 (5,5%)	128 (100,0 %)
Una vez al mes	17 (56,7%)	10 (33,3%)	3 (10,0%)	30 (100,0 %)
Dos o tres veces al mes	16 (40,0%)	22 (55,0%)	2 (5,0%)	40 (100,0 %)
Una vez a la semana	13 (35,1%)	22 (59,5%)	2 (5,4%)	37 (100,0 %)
Varias veces a la semana	7 (31,8%)	15 (68,2%)	0 (0,0%)	22 (100,0 %)

#### 7.2.4 Asociación de la variable “Opinión sobre la eutanasia y la muerte digna” con las tres variables de Actitudes ante (la eutanasia, el suicidio asistido y participar en la eutanasia a un familiar).

Se va a analizar a continuación si la variable cuantitativa (medida en una escala del 0 al 60) “Opinión sobre la eutanasia y la muerte digna” toma valores estadísticamente distintos en función de las actitudes de los encuestados ante la eutanasia, el suicidio asistido y participar en la eutanasia a un familiar.

Al igual que en el apartado anterior, las respuestas de la variable que define la actitud (ante la eutanasia, el suicidio asistido y participar en la eutanasia a un familiar) se han definido en tres categorías:

- Favorable. Esta categoría incluye las respuestas “Sí, completamente seguro” y “Sí, aunque tengo dudas”.
- Contrario. Esta categoría incluye las respuestas “No, con toda seguridad” y “No, aunque tengo dudas”.
- No lo sabe.

Como ya se indicó anteriormente, la variable que mide la opinión sobre la eutanasia y la muerte digna no sigue una distribución Normal ni presenta homocedasticidad<sup>501</sup>, por lo que para contrastar si tiene o no un comportamiento homogéneo según la actitud hacia la eutanasia, el suicidio asistido o participar en la eutanasia a un familiar, se empleará el test de Kruskal-Wallis.

Se analizarán a continuación cada una de estas relaciones:

##### *A. Relación entre la opinión sobre la eutanasia y la muerte digna y la actitud ante la eutanasia*

El contraste Kruskal-Wallis indica (sig.=0,000) que **existen diferencias estadísticamente significativas en la opinión sobre la eutanasia y la muerte digna de quienes son favorables o contrarios a la eutanasia**. La Tabla 75A muestra que la puntuación media en la opinión sobre la eutanasia y la muerte digna obtenida de quienes son favorables a la eutanasia es de 37,26 (que podríamos clasificar como

---

<sup>501</sup> Sig.=0,046 y Sig.=0,034 en los test de Kolmogorov-Smirnov y Levene, respectivamente.

“Algo inadecuada”), inferior a la puntuación media obtenida por quienes son contrarios a la eutanasia: 46,60 (que podríamos clasificar como “Correcta”).

**Tabla 75A. Opinión sobre la eutanasia y la muerte digna según la actitud hacia la eutanasia. Estadísticos descriptivos.**

Actitud hacia la eutanasia	Opinión sobre la eutanasia y la muerte digna		
	n	Media	Desv. Típica
Favorable	356	37,26	7,535
Contrario	126	46,60	8,202
N.S.	10	34,60	12,695

*B. Relación entre la opinión sobre la eutanasia y la muerte digna y la actitud ante el suicidio asistido*

El contraste Kruskal-Wallis indica (sig.=0,000) que **existen diferencias estadísticamente significativas en la opinión sobre la eutanasia y la muerte digna de quienes son favorables o contrarios al suicidio asistido**. La Tabla 75B muestra que la puntuación media en la opinión sobre la eutanasia y la muerte digna obtenida de quienes son favorables al suicidio asistido es inferior (36,79) a la puntuación media obtenida por quienes son contrarios (43,89).

**Tabla 75B. Opinión sobre la eutanasia y la muerte digna según la actitud hacia la eutanasia. Estadísticos descriptivos.**

Actitud hacia el suicidio asistido	Opinión sobre la eutanasia y la muerte digna		
	n	Media	Desv. Típica
Favorable	269	36,79	6,776
Contrario	207	43,89	9,093
N.S.	16	29,69	8,867

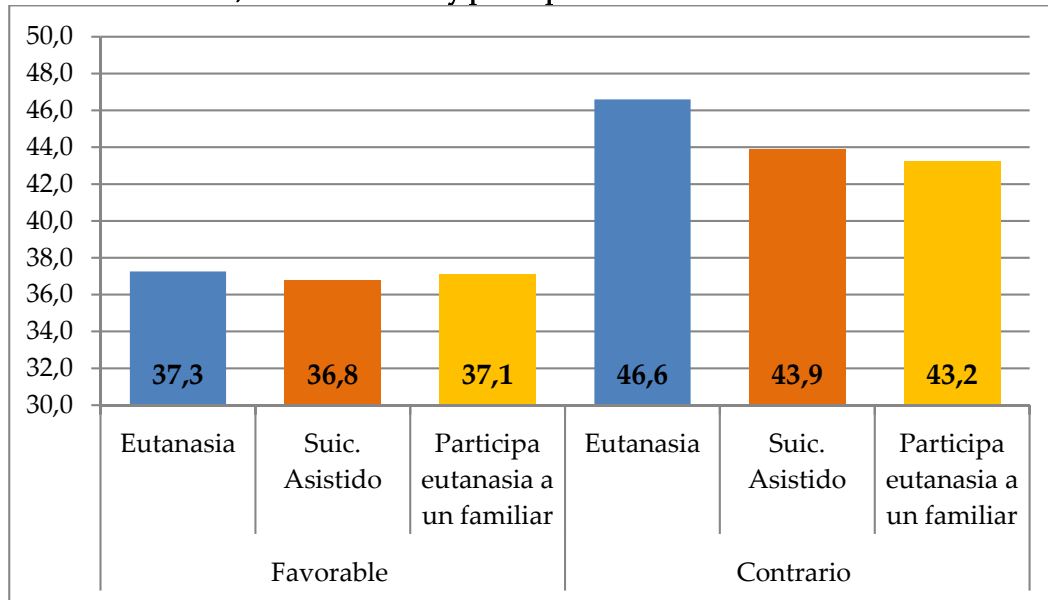
*C. Relación entre la opinión sobre la eutanasia y la muerte digna y la actitud ante la participación en la eutanasia a un familiar*

El contraste Kruskal-Wallis indica (sig.=0,000) que **existen diferencias estadísticamente significativas en la opinión sobre la eutanasia y la muerte digna de quienes son favorables o contrarios a participar en la eutanasia a un familiar**. La Tabla 75C muestra que la puntuación media en la opinión sobre la eutanasia y la muerte digna obtenida de quienes son favorables a participar en la eutanasia a un familiar es inferior (37,08) a la puntuación media obtenida por quienes son contrarios (43,24).

**Tabla 75C. Opinión sobre la eutanasia y la muerte digna según la actitud hacia participar en la eutanasia a un familiar. Estadísticos descriptivos.**

Actitud hacia participar en la eutanasia a un familiar	Opinión sobre la eutanasia y la muerte digna		
	n	Media	Desv. Típica
Favorable	245	37,08	7,070
Contrario	210	43,24	9,322
N.S.	37	34,92	8,365

**Gráfico 44. Opinión sobre la eutanasia y la muerte digna según la actitud hacia eutanasia, suicidio asistido y participar en la eutanasia a un familiar.**



### 7.2.5 Asociación de la variable "Actitud ante la eutanasia" con las 5 variables de Actitudes ante la Muerte: "Miedo a la muerte", "Evitación de la muerte", "Acercamiento a la muerte", "Escape de la muerte" y "Aceptación neutral de la muerte"

Se va a analizar a continuación si las actitudes ante la muerte (variables cuantitativas, todas ellas medidas en una escala del 1 al 7) toman valores estadísticamente distintos en función de las actitudes de los encuestados ante la eutanasia, definida en tres categorías: favorable, contrario y no lo sabe.

Aunque las variables referidas a las actitudes hacia la muerte son todas ellas homocedásticas<sup>502</sup>, no cumplen el criterio de normalidad<sup>503</sup>, por lo tanto es necesario emplear el test de Kruskal-Wallis para contrastar si tienen o no un comportamiento homogéneo según la actitud del individuo hacia la eutanasia.

<sup>502</sup> Sig.>0.005 en el test de Levene en todos los casos.

<sup>503</sup> Sig.<0,005 en el test de Kolmogorov-Smirnov en todos los casos.

Este test pone de manifiesto (Tabla 76) que no existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia la muerte de quienes son favorables o contrarios a la eutanasia en cuatro de los 5 casos considerados (Miedo a la muerte, Evitación de la muerte, Escape de la muerte y Aceptación neutral de la muerte), pues en todos ellos  $\text{sig.} > 0,05$ .

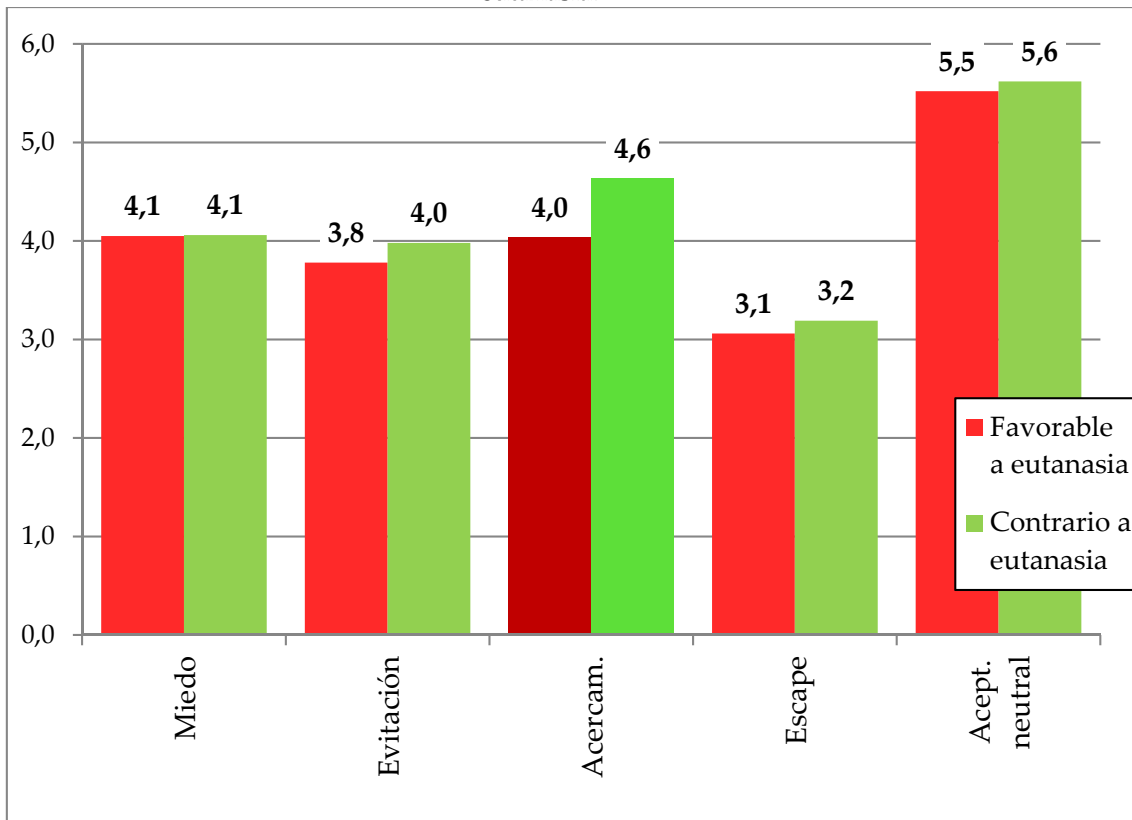
**Tabla 76. Actitudes hacia la muerte según la actitud hacia la eutanasia. Estadísticos descriptivos y test Kruskal-Wallis.**

	Actitud hacia la eutanasia			Kruskal-Wallis (Sig.)
	Favorable	Contrario	No lo sabe	
Miedo a la muerte	4.05 (1.47)	4.06 (1.42)	4.10 (1.49)	0.940
Evitación de la muerte	3.78 (1.67)	3.98 (1.70)	3.85 (1.78)	0.239
Acercamiento a la muerte	4.03 (1.57)	4.63 (1.49)	4.12 (1.38)	0.000
Escape de la muerte	3.06 (1.38)	3.19 (1.45)	3.18 (1.33)	0.376
Aceptación neutral de la muerte	5.52 (1.11)	5.62 (1.03)	5.49 (0.84)	0.514

Sin embargo, en el caso de la variable “Acercamiento a la muerte”, el test de Kruskal-Wallis presenta  $\text{sig.} = 0,000$ , por lo que **se detectan diferencias estadísticamente significativas en esta variable**. En concreto (Gráfico 45), **quienes son favorables a la eutanasia presentan un valor de “Acercamiento a la muerte” menor que quienes son contrarios (4.03 y 4.63, respectivamente)**



**Gráfico 45. Puntuación media en la actitud hacia la muerte según la actitud hacia la eutanasia.**



**7.2.6 Asociación de la variable “Actitud ante la eutanasia” con las variables “Satisfacción general con la formación” y “Deseo trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal de enfermedad” en los estudiantes de 4º de enfermería.**

*A) En toda la muestra (Satisfacción general con la formación)*

Para analizar si la satisfacción general con la formación recibida en el área de Cuidados Paliativos (variable cuantitativa medida en una escala del 4 al 20) es diferente según las actitudes de los encuestados (favorable, contrario y no lo sabe) hacia la eutanasia se ha aplicado el test de Kruskal-Wallis<sup>504</sup>.

<sup>504</sup> Aunque la variable de satisfacción con la formación recibida es homocedástica (Sig.=0.309 en el test de Levene) no presenta una distribución normal en quienes tienen una actitud favorable a la eutanasia (Sig.=0.000 en el test de Kolmogorov-Smirnov).

Este contraste indica que no existen diferencias estadísticamente significativas (sig.=0,080) en la satisfacción general con la formación recibida en el área de Cuidados Paliativos de quienes son favorables o contrarios a la eutanasia.

*B) En los alumnos de 4° de Enfermería (Satisfacción general con la formación)*

Para analizar si la satisfacción general de los alumnos de 4° curso del Grado en Enfermería con la formación recibida en el área de Cuidados Paliativos (variable cuantitativa medida en una escala del 4 al 20) es diferente según las actitudes de los encuestados (favorable, contrario y no lo sabe) hacia la eutanasia se ha aplicado el test de Kruskal-Wallis<sup>505</sup>.

Este contraste indica que no existen diferencias estadísticamente significativas (sig.=0,773) en la satisfacción general de los alumnos de 4° de enfermería con la formación recibida en el área de Cuidados Paliativos de quienes son favorables o contrarios a la eutanasia.

*C) En alumnos de 4° de Enfermería (Deseo trabajar con Enfermos terminales)*

En segundo lugar, para analizar si el deseo de los alumnos de 4° curso del Grado en Enfermería de trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal de enfermedad está relacionado con su actitud (favorable, contrario y no lo sabe) hacia la eutanasia se ha aplicado el contraste Tau de Kendall. Este test indica (sig.=0,952) que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos favorables y contrarios a la eutanasia, en lo que se refiere a su deseo de trabajar en el futuro con enfermos terminales.

### **7.2.7 Asociación de la variable “Actitud ante la eutanasia” con la variable “Ha tratado el tema de los Cuidados Paliativos” en lo estudiantes de 4° de enfermería**

Para analizar si la actitud (favorable, contrario y no lo sabe) hacia la eutanasia de los alumnos de 4° curso del Grado en Enfermería está relacionada con el hecho de haber recibido o no formación específica en Cuidados Paliativos en alguna

---

<sup>505</sup> Aunque la variable de satisfacción con la formación recibida es homocedástica (Sig.=0.628 en el test de Levene) no presenta una distribución normal en quienes tienen una actitud favorable a la eutanasia (Sig.=0.000 en el test de Kolmogorov-Smirnov).

asignatura de la carrera, se ha aplicado el contraste V de Cramer. Este test indica (sig.=0,263) que no existe relación entre la actitud hacia la eutanasia y el hecho de haber tratado el tema de Cuidados Paliativos.

### **7.2.8 Asociaciones de la variable “Logro de sentido de la vida (PIL)” con la variable “Actitud ante la eutanasia” y con la variable “Deseo trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal de enfermedad”**

Para analizar si el logro de sentido de la vida (PIL) es diferente según las actitudes de los encuestados (favorable, contrario y no lo sabe) hacia la eutanasia se ha aplicado el test de Kruskal-Wallis.<sup>506</sup>

Este contraste indica que no existen diferencias estadísticamente significativas (sig.=0,551) en el PIL de quienes son favorables o contrarios a la eutanasia.

En segundo lugar, para analizar si el logro de sentido de la vida (PIL) es diferente según la intención de los encuestados de trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal de enfermedad, se ha aplicado el test de Kruskal-Wallis.<sup>507</sup>

Este contraste indica que no existen diferencias estadísticamente significativas (sig.=0,079) en el PIL de quienes desean o no trabajar con enfermos en situación terminal.

---

<sup>506</sup> Aunque la variable de PIL es homocedástica (Sig.=0.688 en el test de Levene), no presenta una distribución normal en ninguno de los grupos (Sig.=0.000 en el test de Kolmogorov-Smirnov).

<sup>507</sup> Nuevamente, aunque la variable de PIL es homocedástica (Sig.=0.446 en el test de Levene), no presenta una distribución normal en cuatro de los cinco grupos considerados (Sig.<0.05 en el test de Kolmogorov-Smirnov).

**7.2.9 Asociaciones de la variable “Deseo trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal de enfermedad” con 4 variables espirituales y religiosas: “Nivel de espiritualidad”, “Autodefinition religiosa”, “Frecuencia de misa” y “Nivel de religiosidad”**

*A) Considerando el análisis para toda la muestra*

Para facilitar la comprensión de los resultados obtenidos, las respuestas de la variable que define el deseo del alumno de trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal de enfermedad, se han definido en tres categorías:

- No. Esta categoría incluye las respuestas “Nada” y “Poco”.
- Regular.
- Sí. Esta categoría incluye las respuestas “Bastante” y “Mucho”.

Al analizar la relación de esta variable con las citadas variables de carácter espiritual y religioso, los correspondientes contrastes estadísticos muestran que no existe relación en ningún caso, pues todos los estadísticos de contraste presentan un valor *p-value* superior a 0,05 (Tabla 77):

**Tabla 77. Asociación del “Deseo de trabajar en el futuro con enfermos terminales” con las variables espirituales/religiosas**

Variable espiritual o religiosa	Contraste estadístico	Sig.
Nivel de espiritualidad	Tau Kendall	0.069
Autodefinition religiosa	V de Cramer	0.096
Frecuencia de misa	Tau de Kendall	0.490
Nivel de religiosidad	Tau de Kendall	0.143

*B) Considerando el análisis para 4° de enfermería*

Para facilitar la comprensión de los resultados obtenidos, las respuestas de la variable que define el deseo del alumno de trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal de enfermedad, se han definido en tres categorías:

- No. Esta categoría incluye las respuestas “Nada” y “Poco”.
- Regular.
- Sí. Esta categoría incluye las respuestas “Bastante” y “Mucho”.

Al analizar la relación de esta variable con las citadas variables de carácter espiritual y religioso, los correspondientes contrastes estadísticos muestran que no existe relación en ningún caso, pues todos los estadísticos de contraste presentan un valor *p-value* superior a 0,05 (Tabla 77B):

**Tabla 77B. Asociación del “Deseo de trabajar en el futuro con enfermos terminales” con las variables espirituales/religiosas en 4º de enfermería**

Variable espiritual o religiosa	Contraste estadístico	Sig.
Nivel de espiritualidad	Tau de Kendall	0.063
Autodefinición religiosa	V de Cramer	0.059
Frecuencia de misa	Tau de Kendall	0.371
Nivel de religiosidad	Tau de Kendall	0.061

**7.2.10 Asociaciones de la variable “Deseo trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal de enfermedad” con las 5 variables de actitudes ante la muerte: “Miedo a la muerte”, “Evitación de la muerte”, “Acercamiento a la muerte”, “Escape de la muerte” y “Aceptación neutral de la muerte”**

***A) Considerando el análisis para toda la muestra***

Como en el caso anterior, para facilitar la comprensión de los resultados obtenidos, las respuestas de la variable que define el deseo del alumno de trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal de enfermedad, se han definido en tres categorías:

- No. Esta categoría incluye las respuestas “Nada” y “Poco”.
- Regular.
- Sí. Esta categoría incluye las respuestas “Bastante” y “Mucho”.

Así, se va a analizar si las actitudes ante la muerte (variables cuantitativas, todas ellas medidas en una escala del 1 al 7) toman valores estadísticamente distintos según que los encuestados tengan intención o no de trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal.

Se abordarán a continuación cada una de estas relaciones:

*E.1 Asociación de la actitud que mide el miedo a la muerte con el deseo de trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal.*

Dado que la distribución de la variable “**Miedo a la muerte**” es homocedástica (Sig.=0,766 en el test de Levene) y Normal (Sig.=0,200 en el test de Kolmogorov-Smirnov en los tres grupos considerados), la comparación de medias se va a realizar a través de un contraste ANOVA.

Este test pone de manifiesto (Sig.=0,034) que **sí existen diferencias estadísticamente significativas en el miedo a la muerte de quienes desean trabajar con enfermos en situación terminal y quienes no**. Se ha utilizado el procedimiento de comparaciones múltiples de Bonferroni, llegándose a la conclusión de las diferencias se encuentran entre el grupo “Regular” y “Sí” (deseo trabajar con enfermos en situación terminal). La tabla 78 muestra los valores medios del miedo a la muerte en cada uno de los grupos:

**Tabla 78. Miedo a la muerte según el deseo de trabajar con enfermos en situación terminal (Media y Desviación Típica)**

Deseo trabajar con enfermos en situación terminal	Media	Desv. típica
Sí	3,74	1,41
Regular	4,26	1,35
No	4,04	1,45

*E.2 Asociación de la actitud que mide la evitación de la muerte con el deseo de trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal.*

Aunque la distribución de la variable “**Evitación de la muerte**” es homocedástica (Sig.=0,551 en el test de Levene), no sigue una distribución Normal (Sig.<0,05 en el test de Kolmogorov-Smirnov en los tres grupos considerados), por lo que la comparación de medias se realiza a través del contraste Kruskal-Wallis.

Este test pone de manifiesto (Sig.=0,000) que **sí existen diferencias estadísticamente significativas en la evitación de la muerte** de quienes desean trabajar con enfermos en situación terminal y quienes no. Se ha utilizado el procedimiento de comparaciones múltiples de Bonferroni, llegándose a la conclusión de las puntuaciones en la evitación de la muerte son menores en el grupo de quienes “Sí” (desean trabajar con enfermos en situación terminal). La

tabla 79 muestra los valores medios de la evitación de la muerte en cada uno de los grupos:

**Tabla 79. Evitación de la muerte según el deseo de trabajar con enfermos en situación terminal (Media y Desviación Típica)**

Deseo trabajar con enfermos en situación terminal	Media	Desv. típica
Sí	3,21	1,56
Regular	4,04	1,55
No	4,36	1,67

*E.3 Asociación de la actitud que mide la aceptación de la muerte como acercamiento con el deseo de trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal.*

La distribución de la variable "Aceptación de la muerte como acercamiento" no es homocedástica (Sig.=0,000 en el test de Levene) ni sigue una distribución Normal (Sig.<0,05 en el test de Kolmogorov-Smirnov en dos de los tres grupos considerados), por lo que la comparación de medias se va a realizar a través de un contraste Kruskal-Wallis.

Este test pone de manifiesto (Sig.=0,122) que no existen diferencias estadísticamente significativas en la evitación de la muerte de quienes desean trabajar con enfermos en situación terminal y quiénes no.

*E.4 Asociación de la actitud que mide la aceptación de la muerte como escape con el deseo de trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal.*

La distribución de la variable "Aceptación de la muerte como escape" es homocedástica (Sig.=0,951 en el test de Levene), pero no sigue una distribución Normal (Sig.<0,05 en el test de Kolmogorov-Smirnov en los tres grupos considerados), por lo que la comparación de medias se va a realizar a través de un contraste Kruskal-Wallis.

Este test pone de manifiesto (Sig.=0,090) que no existen diferencias estadísticamente significativas en la aceptación de la muerte como escape de quienes desean trabajar con enfermos en situación terminal y quiénes no.

*E.5 Asociación de la actitud que mide la aceptación de la muerte de forma neutral con el deseo de trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal.*

La distribución de la variable “Aceptación de la muerte de forma neutral” es homocedástica (Sig.=0,692 en el test de Levene), pero no sigue una distribución Normal (Sig.<0,05 en el test de Kolmogorov-Smirnov en dos de los tres grupos considerados), por lo que la comparación de medias se va a realizar a través de un contraste Kruskal-Wallis.

Nuevamente, este test pone de manifiesto (Sig.=0,148) que no existen diferencias estadísticamente significativas en la aceptación de la muerte de forma neutral de quienes desean trabajar con enfermos en situación terminal y quienes no.

*B) Considerando el análisis solo para los alumnos de 4º enfermería*

Como en el caso anterior, para facilitar la comprensión de los resultados obtenidos, las respuestas de la variable que define el deseo del alumno de trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal de enfermedad, se han definido en tres categorías:

- No. Esta categoría incluye las respuestas “Nada” y “Poco”.
- Regular.
- Sí. Esta categoría incluye las respuestas “Bastante” y “Mucho”.

Así, se va a analizar si las actitudes ante la muerte (variables cuantitativas, todas ellas medidas en una escala del 1 al 7) toman valores estadísticamente distintos según que los encuestados tengan intención o no de trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal.

Se abordarán a continuación cada una de estas relaciones:

*ENF.1 Asociación de la actitud que mide el miedo a la muerte con el deseo de trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal.*

Dado que la distribución de la variable “Miedo a la muerte” es homocedástica (Sig.=0,516 en el test de Levene) y Normal (Sig.=0,200 en el test de Kolmogorov-Smirnov en los tres grupos considerados), la comparación de medias se va a realizar a través de un contraste ANOVA.



Este test pone de manifiesto (Sig.=0,003) que **sí existen diferencias estadísticamente significativas en el miedo a la muerte de quienes desean trabajar con enfermos en situación terminal y quienes no**. Se ha utilizado el procedimiento de comparaciones múltiples de Bonferroni, llegándose a la conclusión de las puntuaciones en el miedo a la muerte son menores en el grupo de quienes "Sí" (desean trabajar con enfermos en situación terminal). La tabla 80 muestra los valores medios de la evitación de la muerte en cada uno de los grupos:

**Tabla 80. Miedo a la muerte según el deseo de trabajar con enfermos en situación terminal (Media y Desviación Típica)**

Deseo trabajar con enfermos en situación terminal	Media	Desv. típica
Sí	3,66	1,39
Regular	4,36	1,26
No	4,69	1,48

*ENF.2 Asociación de la actitud que mide la evitación de la muerte con el deseo de trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal.*

Aunque que la distribución de la variable "Evitación de la muerte" es homocedástica (Sig.=0,454 en el test de Levene), no sigue una distribución Normal (Sig.<0,05 en el test de Kolmogorov-Smirnov en los tres grupos considerados), por lo que la comparación de medias se va a realizar a través de un contraste Kruskal-Wallis.

Este test pone de manifiesto (Sig.=0,000) que **sí existen diferencias estadísticamente significativas en la evitación de la muerte de quienes desean trabajar con enfermos en situación terminal y quienes no**. Se ha utilizado el procedimiento de comparaciones múltiples de Hochberg, llegándose a la conclusión de las puntuaciones en la evitación de la muerte son estadísticamente diferentes en todos los grupos considerados. La tabla 81 muestra los valores medios de la evitación de la muerte en cada uno de los grupos:

**Tabla 81. Evitación de la muerte según el deseo de trabajar con enfermos en situación terminal (Media y Desviación Típica)**

Deseo trabajar con enfermos en situación terminal	Media	Desv. típica
Sí	3,19	1,58
Regular	3,97	1,32
No	4,92	1,64

*ENF.3 Asociación de la actitud que mide la aceptación de la muerte como acercamiento con el deseo de trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal.*

La distribución de la variable “Aceptación de la muerte como acercamiento” no es homocedástica (Sig.=0,001 en el test de Levene) ni sigue una distribución Normal (Sig.<0,05 en el test de Kolmogorov-Smirnov en dos de los tres grupos considerados), por lo que la comparación de medias se va a realizar a través de un contraste Kruskal-Wallis.

Este test pone de manifiesto (Sig.=0,263) que no existen diferencias estadísticamente significativas en la evitación de la muerte de quienes desean trabajar con enfermos en situación terminal y quiénes no.

*ENF.4 Asociación de la actitud que mide la aceptación de la muerte como escape con el deseo de trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal.*

La distribución de la variable “Aceptación de la muerte como escape” es homocedástica (Sig.=0,330 en el test de Levene), pero no sigue una distribución Normal (Sig.<0,05 en el test de Kolmogorov-Smirnov en dos de los tres grupos considerados), por lo que la comparación de medias se va a realizar también a través de un contraste Kruskal-Wallis.

Este test pone de manifiesto (Sig.=0,246) que no existen diferencias estadísticamente significativas en la aceptación de la muerte como escape de quienes desean trabajar con enfermos en situación terminal y quiénes no.

*ENF.5 Asociación de la actitud que mide la aceptación de la muerte de forma neutral con el deseo de trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal.*

La distribución de la variable “**Aceptación de la muerte de forma neutral**” es homocedástica (Sig.=0,878 en el test de Levene), pero no sigue una distribución Normal (Sig.<0,05 en el test de Kolmogorov-Smirnov en uno de los tres grupos considerados), por lo que la comparación de medias se va a realizar a través de un contraste Kruskal-Wallis.

Nuevamente, este test pone de manifiesto (Sig.=0,021) que **sí existen diferencias estadísticamente significativas en la aceptación de la muerte de forma neutral de quienes desean trabajar con enfermos en situación terminal y quiénes no**. Sin embargo, los procedimientos de comparaciones múltiples no detectan dichas diferencias. En cualquier caso, la tabla 82 muestra los valores medios de la evitación de la muerte en cada uno de los grupos:

**Tabla 82. Aceptación de la muerte de forma neutral según el deseo de trabajar con enfermos en situación terminal (Media y Desviación Típica)**

Deseo trabajar con enfermos en situación terminal	Media	Desv. típica
Sí	5,71	1,15
Regular	5,31	1,14
No	5,19	0,96



## Capítulo VIII. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS



Realizaremos este apartado en base a los resultados más significativos obtenidos de las variables analizadas.

## 8.1 RESULTADOS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO

### 8.1.1 Descripción de la muestra. Error muestral

La muestra sobre la que hemos realizado el estudio tiene un número de alumnos suficiente y presenta, con un nivel de confianza del 95%, un error muestral de solo 3,73 bajo el supuesto de muestra aleatoria. Es una muestra en la que están bien representados todos los grados: en la tabla 2 vemos que el porcentaje de cada uno de los grados de la muestra es muy similar al de la población. Enfermería está sobrerrepresentada, además de ser la titulación más numerosa en la población, también lo están en menor medida Medicina y Psicología, por otra parte, hay titulaciones infrarrepresentadas: como Fisioterapia, y Nutrición.

El hecho de que sean Enfermería y Medicina, junto con Psicología, los Grados sobrerrepresentados puede ser un punto a favor del estudio, pues éstas son las carreras más cercanas a los enfermos en fase terminal, y la opinión de estos alumnos nos es muy valiosa para los objetivos de la investigación.

El tamaño de las submuestra según el curso (1° y 4°) es similar (tabla 4). Del Grado en Farmacia solo participaron alumnos de 1° porque no había ninguna promoción anterior que hubiera cursado al menos las asignaturas del Módulo de Educación Integral, y nos ayudaran a valorar uno de los objetivos de la investigación: la repercusión de las enseñanzas de dicho Módulo en las opiniones de los estudiantes.

Una de las críticas que se podría hacer es que ha sido una encuesta incentivada y que los alumnos han participado por la oportunidad de recibir el regalo, sin prestar mucha atención al contenido de la encuesta. Pero ese riesgo se corre en cualquier encuesta, incentivada o no, pues el participante puede siempre mentir en la misma. El incentivo sirvió para estimular la participación que fue bastante alta, aunque al final muchos cuestionarios se inutilizaron al no poder unir las dos partes del mismo autor por error en los códigos.

**Resumen:**

- El tamaño muestral bueno, con un error de 3,73% para una confianza del 95%.
- En la muestra están bien representados los cuatro grupos que analizamos, en relación a la cantidad real de alumnos que tiene cada uno de ellos.
- Más de la mitad son alumnos de Enfermería.

**8.1.2 Variables socio-demográficas***Análisis del grado y curso que realizan los alumnos encuestados*

Teniendo en cuenta las dos variables independientes básicas, grado y curso, resaltar que en el Grado de Enfermería hay el doble de alumnos de 4° (61,3%) que de 1° (38,7%), y que en el Grado en Medicina hay casi el triple de alumnos de 1° (72,3%) que de 4° (27,7%). En el resto de grados, aunque hay más alumnos de 1° que de 4° están más equilibrados. (Gráfico 1). Esta circunstancia deberemos tenerlas en cuenta cuando interpretemos algunas variables en los mismos.

El sexo es otra variable que llama la atención: el porcentaje de mujeres (68,3%) es más del doble que el de varones (31,7%) en la muestra total, llegando en Enfermería y Psicología a ser el triple. Son muchos los factores que influyen en esto: el que el cuidado y la protección de la vida, centro de estas profesiones, sea algo connatural a la naturaleza de la mujer, el hecho de que hoy el porcentaje de mujeres que hacen estudios universitarios es superior al de hombres,<sup>508</sup> la creciente feminización de las profesiones sanitarias, no sólo en Enfermería donde históricamente ha sido una carrera de mujeres, también en Medicina,<sup>509</sup> Veterinaria, Fisioterapia... Otro factor que a nuestro juicio puede explicar esta gran diferencia en razón de sexo de nuestra muestra, (hablamos del doble y en algunas del triple) es el hecho de que la UCAM es una Universidad joven, privada, donde se ha apostado fuertemente por las carreras sanitarias y, a excepción de Medicina, no existe un número clausus en ninguna de ellas...

---

<sup>508</sup> Según el INE en el año 2015, el porcentaje de mujeres graduadas en educación superior era un 53,1% y el de hombres 46,9%.

<sup>509</sup> "Hoy "por debajo de 44 años las mujeres superan en número a los varones en los colegios de médicos y acaparan algunas especialidades médicas como Oncología y Medicina de Familia" en "Debates en torno a las profesiones sanitarias", *Salud 2000*, n° 122, (2009) 28.



- Resumen: hay más del doble de mujeres en la población total y en Enfermería y Psicología llega al triple.

En cuanto a la edad media de la muestra (24,38 años) decir que es 2 años superior a la esperable en razón de los cursos estudiados: 1° y 4°, que suponen en teoría un rango de 18 a 22 años (media: 20 años). Dado que la desviación típica que tenemos es alta (7,57), los valores centrales de la moda y la mediana nos describen mejor la población. En la muestra total estos estadísticos nos hablan de 22 años, lo que significa que la mayoría de los encuestados tienen esta edad, y que el 50% de la muestra tiene igual o menos de 22 años y el otro 50% más. El máximo está en 64 años, (un alumno de Psicología) y el mínimo son 18 en todas las carreras.

Lo mismo ocurre cuando se ve la edad media de los cursos: es elevada, 1° presenta una edad media de 22,45 con DT 6,987, y 4° tiene de edad media 27,13 con DT 7,43; edades medias muy altas. Pero la moda sigue siendo la esperable, lo que significa que hay mucha dispersión, que hay bastantes alumnos mayores que aumentan la edad media:

Resumen de características de las submuestras:

- Medicina tiene el triple de alumnos de 1° que de 3°.
- Enfermería tiene el doble de alumnos de 4° que de 1°.
- La edad media de 1° curso: 22,45 años con una DT: 6,9 y la edad media de 4° curso: 27,13 y DT 7,43.
- La edad más baja corresponde a los alumnos del Grado de Medicina (media 20,28; DT=2,4; moda 18 y mediana 19) dado que tiene el triple de alumnos de 1° que de tercero.
- El grupo con alumnos de más edad es Otros Grados (media 25,78; DT=8,6; moda 19 y mediana de 23), seguido de Enfermería (media 25,58; DT=7,35; moda 22 y mediana 23) donde hay el doble de alumnos de 3°
- Hay muy pocos alumnos con formación en Tanatología (7%) y el porcentaje de alumnos con formación en Bioética coincide con el porcentaje de alumnos de cuarto curso (51,8).

#### *CONCLUSION MUESTRA*

- *Nuestra muestra es de una población de alumnos pertenecientes a siete Grados de Ciencias de la Salud en la UCAM bien representados.*
- *La mitad de los alumnos pertenecen al grado de Enfermería.*

- *En las fechas en las que se realiza la encuesta, aproximadamente, la mitad de ellos está acabando su primer curso en la Universidad y la otra mitad está finalizando sus estudios de Grado.*
- *Hay el doble de mujeres que de varones.*
- *Presenta una edad media superior en dos años a lo esperado (media 24,38 y DT 7,57). Las edades más mayoritarias son 18 años para los alumnos de 1º y 22 años en alumnos de 4º, aunque hay alumnos mayores que elevan la media poblacional a 24 años.*
- *El 52% de ellos, prácticamente todos los alumnos de 4º, han recibido formación en Bioética.*
- *Solo el 7%, casi todos de 4º curso, tienen formación en Tanatología.*

### 8.1.3 Variables relativas a la atención de los enfermos en fase *terminal*

*A.- Análisis de “las opiniones de los alumnos sobre el derecho del paciente a ser informado” en relación con el curso y el grado en el que están.*

En la tabla 10 podemos ver los resultados obtenidos por esta variable en los grados, cursos y población total.

Respecto a las opiniones de los alumnos sobre el derecho del paciente a ser informado, la puntuación obtenida en los distintos grados y cursos es similar. La media de los cuatro grados está entre 15,38 a 15,80, cuando la puntuación máxima a alcanzar es 20. Si lo tradujéramos a una nota diríamos que las notas que han sacado los alumnos (los grados) son de un 7,7 a 7,9. Un notable. El 7,9 correspondería al Grado Medicina y el 7,7 a Otros Grados.

Considerando la variable cualitativa: podríamos decir que el 57,3% de la población tiene una opinión correcta. En los alumnos de 4º tienen una opinión correcta el 61,2% y el 53% de los alumnos de 1º. De los grados es Medicina el que da el mayor % de respuestas correctas: 64% y “Otros Grados” el que da el menor: 53,7%.

Resulta llamativo especialmente en lo referente a Medicina y Enfermería, pues en ambas disciplinas se han impartido conocimientos sobre la relación clínica en general y la información en particular. En este sentido ha sido explicada 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, aunque probablemente no ha sido enfocada a la importancia que tiene la aportación de esa información en la fase final de la vida. E. Osuna (2000) en *“Calidad de la información sanitaria como requisito para el consentimiento informado”*,<sup>510</sup> recoge precisamente el concepto de información como pilar fundamental de ayuda al paciente, para poder considerarlo interlocutor válido para la toma de decisiones.

Somos conscientes de que se ha impartido la formación necesaria para contestar bien las cinco preguntas de esta variable pues esta formación se está impartiendo, por lo que pensamos que el motivo de estas puntuaciones es la dificultad real que tienen hoy nuestros alumnos de aceptar cuestiones éticas objetivas dado el subjetivismo y relativismo imperante, que reduce la ética a meras opiniones, todas válidas. Hay que potenciar su enseñanza ética, incentivando la participación, y siendo valorada y apuntalada por el resto de materias, por todos los formadores.

*B.- Análisis de “las opiniones de los alumnos sobre el uso de la analgesia y la limitación del esfuerzo terapéutico” en relación con el curso y el grado en el que están.*

Las respuestas vienen en la tabla 11 y el Gráficos 7, 8 y 9. Allí observamos que la media obtenida por los alumnos de 4º es 15,48, y en 1º de 14,63. En un rango de 1 a 20.

En la modalidad cualitativa: los alumnos de 4º tienen una opinión correcta el 56,4% frente y el 42,1% de los alumnos de 1º.

Existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación media de los alumnos de 1º y 4º en relación al uso de analgesia y la LET.

Existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total media de las opiniones de los alumnos de los distintos Grados. Los test distinguen dos subconjuntos homogéneos: por una parte, Medicina y Enfermería (con una media mayor); y por otra parte Psicología, Otros Grados y Medicina (con una media menor).

---

<sup>510</sup> OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ, E., “Calidad de la información sanitaria como requisito para el consentimiento informado”, en Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal, Vol. 5, N° 1 (2000) 59-65.

En los grados de Medicina y Enfermería existe diferencia estadísticamente significativa en la puntuación media de los alumnos de 1° y los alumnos de 4°.

Esta variable nos permite valorar la opinión sobre dos acciones concretas como son el alivio del dolor y la evitación de futilidad, las cuales sí aportan al paciente un beneficio. Por ello, resulta destacable la diferencia estadísticamente significativa de la opinión a favor de dichos procedimientos en los alumnos de 1° y 4°, así como, en alumnos de los distintos Grados, siendo los Grados de Medicina y Enfermería los que marcan a su vez la significación estadística con respecto al resto de Grados. Si se contempla el hecho de que los alumnos del final del Grado y las materias que más contacto clínico tienen con los pacientes, es donde mayor trascendencia tienen estos resultados, podemos interpretar que la trayectoria universitaria, la formación específica en determinadas áreas de conocimiento y la aplicación en prácticas de los conocimientos adquiridos, pueden ser factores a considerar como conducentes a la generación de adecuadas actitudes, basadas en esas opiniones, en los futuros profesionales de la salud.

Aunque esta variable sí muestra de algún modo el influjo de la formación recibida en su formación universitaria, por la diferencia entre 1° y 4° seguimos pensando en la necesidad de profundizar más en formación bioética y ética para mejorar los resultados.

#### *C.-Análisis de "las opiniones de los alumnos sobre la Dignidad Humana" en relación con el curso y grado en el que están.*

Las respuestas vienen en la tabla 12 y el Gráfico 10. Allí podemos ver que los alumnos de 4° obtienen una media de 25,53, y los de 1° de 25,36 (rango de 8 a 32). El grado de Medicina tiene la media más alta: 26,09, y Psicología 24,91%. La variable cualitativa nos informa que el 64,8% los alumnos de 4° tienen una opinión correcta y el 63,6% de los alumnos de 1°. En Medicina el 76,9% y "Otros Grados" el 55,2% dan respuestas correctas.

Los análisis estadísticos nos muestran que existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total media de los alumnos de los distintos Grados, pero no son capaces de encontrar diferencias entre las cuatro muestras consideradas. Solo sabemos que la puntuación mayor está en Medicina. No se encuentran diferencias en la tendencia de respuestas entre 1er y 4° curso.

Parecería lógico que además de ser en Medicina la consideración y respeto a la Dignidad Humana, fuese en los tramos finales de todos los Grados igualmente significativa la diferencia, puesto que se ha recibido más formación, ha habido progresivamente mayor contacto con el paciente, se ha iniciado la participación en la toma de decisiones y probablemente incluso los alumnos han llegado a vivir el desenlace final de la enfermedad en algún paciente. La causa de que no haya diferencias entre 1° y 4°, creemos se debe a que ya los alumnos de 1° tienen una buena formación; por eso la diferencia es tan pequeña. En la Universidad lo que se hace simplemente es cultivar el respeto por esa dignidad. Martínez Bullé-Goyri,<sup>511</sup> recoge precisamente esa consideración, analizando la influencia de la tecnología sobre la dignidad humana tanto en el inicio como en el final de la vida.

*D.- Análisis de “las opiniones de los alumnos sobre la eutanasia y la muerte digna” en relación con el curso y grado en el que están.*

Las respuestas vienen en la tabla 13 y el Gráfico 12, 13 y 14. Allí podemos ver que los alumnos de 4° obtienen una media de 39,62, y los de 1° de 39,47. En este caso la puntuación máxima de la escala es 60 y la mínima 15.

Se ha detectado una diferencia significativa entre los Grados de Medicina y Enfermería por un lado y Psicología y otros Grados por otro lado, no encontrando diferencias entre las respuestas de los alumnos que cursan 1° y 4°.

Resultan llamativos ambos puntos, primero por la importancia que como concepto tienen ambas, eutanasia como adelantamiento de la muerte de la persona y muerte digna como respeto a la persona en el momento final de su vida y, segundo, por ser las disciplinas que mayor contacto tienen con el enfermo y más específicamente “viven” la muerte del paciente, Medicina y Enfermería, las disciplinas que resaltan en opinión de sus alumnos respecto a estos momentos que marcan el final de la vida de la persona.

Esta es la variable en la que las respuestas de los alumnos son menos correctas. Si pensáramos que estas variables como exámenes y las puntuaciones obtenidas fueran las notas, diríamos que en las tres variables anteriores los alumnos

---

<sup>511</sup> MARTÍNEZ BULLÉ-GOYRI, V. M., “Reflexiones sobre la dignidad humana en la actualidad”. Boletín Mexicano de Derecho Comparado. Méjico. (2013).

han obtenido una calificación de notable siempre entre 7,5 y 7,8, pero en esta variable la mejor nota obtenida por los alumnos de 4º es un 6,6.

Se confirma que la eutanasia va impregnando sus mentes y es algo asumido que cuesta trabajo acoger argumentos en contra. Parece mentira que la trayectoria universitaria, las actitudes y aptitudes e incluso las competencias adquiridas ya de los últimos cursos, no influyan en las opiniones sobre estos aspectos del final de la vida. En este sentido Rossana Mazzari<sup>512</sup> y cols. en "*Actitud de médicos y estudiantes de medicina frente a la eutanasia*", detecta también una actitud mayoritaria, entre médicos y estudiantes de Medicina, favorable a eutanasia y muestra la importancia de tener presente una atención digna hasta el final de la vida.

Esta realidad nos hace reflexionar sobre la importancia de ahondar en la asignatura de Ética y Bioética en las carreras sanitarias. Estos alumnos han recibido formación ética, antropológica, bioética y teológica, y sin embargo siguen pensando en algunos aspectos al margen de toda esta formación. Se confirma lo que decíamos en la parte teórica, sobre la dificultad de estas materias filosóficas y de humanidades en carreras científicas, cuando ni tan siquiera son reconocidas en el examen MIR.

#### *CONCLUSIONES OPINIONES EN LA ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA*

- 1. Las puntuaciones medias obtenidas en estas preguntas en las que se valoran desde el punto de vista ético opiniones sobre diferentes cuestiones relacionadas con el final de la vida son aceptables, pero mejorables.*
- 2. De las cuatro variables la que ha obtenido una puntuación más baja por poseer más incorrecciones éticas es la referida a la eutanasia y la muerte digna. Lo que indica cómo la tendencia eutanásica está implantándose en nuestra sociedad, lo que repercute en la forma de pensar de los futuros profesionales de la salud.*
- 3. Es necesario insistir en la formación antropológica, ética y bioética, en la formación en cuidados paliativos y es necesario evangelizar el mundo de la salud.*

---

<sup>512</sup> MAZZARI, R., PADILLA, F. R., WONG, S., y LÓPEZ, M., "Actitud de médicos y estudiantes de medicina frente a la eutanasia", en *MedULA*, Vol. 7, N° 1-4 (1998) 25-29.

*E.- Análisis de "las actitudes de los alumnos respecto a la eutanasia" en relación con el curso y grado en el que están.*

En la Tabla 14, en los Gráficos 15 y 16 se pueden observar las respuestas a la pregunta "Cuando una persona tiene una enfermedad en fase terminal, que le causa grandes sufrimientos y que le causará la muerte en poco tiempo, ¿cree Usted correcto que los médicos le ayuden a poner fin a su vida, si esta persona lo solicita libremente?"

El 72,4% de la población tiene una actitud favorable a la eutanasia.

Son contrarios a la eutanasia el 25,7%.

En los alumnos de 4º, el 82% tiene una actitud favorable.

En los alumnos de 1º, el 62,4% tiene una actitud favorable.

Psicología, con el 80,9% es la más favorable y Medicina, con 64,6% la menos favorable.

Son contrarios: Enfermería (18,2%), seguida de Medicina (16,9%).

Existen diferencias estadísticamente significativas entre alumnos de 1º y 4º de Medicina, Enfermería y Otros Grados.

Cuando vemos los porcentajes favorables a la eutanasia y el cambio que se da en los alumnos, podríamos preguntarnos ¿qué formación han recibido para llegar a tal consideración, en una Universidad Católica donde reciben formación en teología en ética y bioética? y, no sólo eso, ¿cómo tras ese contacto continuado con los pacientes, sus familias y sus problemas, asumen una actitud contraria a la esencia de la formación en Ciencias de la Salud que es luchar por la vida, enseñar a cuidar la vida, mantenerla hasta el último momento en las mejores condiciones, pero nunca quitarla o contribuir de forma directa y deliberada a poner fin a la vida? Como manifiesta León Correa, F. J. en *Ars Brevis*. "la persona humana "es digna" porque "es más" y como tal, los profesionales de la salud deberíamos "impedir el abandono del paciente al que se deja enfrentar su sufrimiento sin mayor asistencia".<sup>513</sup>

Complementando esta valoración, con los datos que aporta el análisis de las variables relacionadas con aspectos que ayudarían a morir en paz, se ha destacado

---

<sup>513</sup> LEÓN CORREA, F. J. *Dignidad humana, libertad y bioética*. *Ars Brevis*. Anuario de la Cátedra Ramón Llul. Barcelona. (1995).

que la primera condición que dan los alumnos es “estar cerca de mis seres queridos”, una opinión que significa estar a favor de la proximidad al paciente y al familiar que sufre, siendo esta opinión contraria por tanto a la eutanasia. En este apartado de la investigación se ha visto también que la condición “tener ayuda médica para morir” es la condición menos elegida, en algunas titulaciones no la ha seleccionado ningún alumno y en la que lo han hecho han sido muy pocos. Estas contradicciones nos hacen poner en tela de juicio esta opinión eutanásica tan favorable. Es más bien una ideología, más que una opinión pensada y meditada. En Psicología parece estar más arraigada esta actitud, tanto por ser la titulación en la que más personas favorables ahí, como por ser la única que ha elegido la condición “tener ayuda para morir” en las condiciones para morir en paz.

En el artículo *¿Qué puede ayudarnos a morir en paz?*, de Bayés, R. (2000), se refiere precisamente “*el considerable temor al encarnizamiento terapéutico*”, pero la solución a esto no puede ser el adelantamiento de la muerte, sino una adaptación a la realidad de cada paciente, es decir, una “*individualización en el proceso de morir*”; en definitiva, volvemos a la definición y características de la persona y, entre ellas, su individualidad; si a lo largo de su vida estamos ante un ser único, irreplicable e individual, precisamente en el momento final de su vida no debemos “disponer” por él del momento de su muerte.

Intentando interpretar los resultados tan negativos que han salido, hemos pensado algunos posibles motivos que añadimos a continuación; se nos ocurren varias cuestiones pues todos estos alumnos de 4º han recibido formación en este tema:

- Lo primero es que este cambio a favor de la eutanasia de 1º a 4º no ocurre en nuestros alumnos como algo aislado, ocurre en la juventud en general. Es algo vinculado a la edad. En el “*Informe de la Juventud 2012*”<sup>514</sup> se observa la respuesta favorable de los jóvenes a la eutanasia desagregada en tres tramos de edad: uno de 15 a 19 años en la que el 68,2% opina favorable a la

---

<sup>514</sup> MORENO MÍNGUEZ, A. y RODRIGUEZ, E., *Informe Juventud en España 2012*, Instituto de la juventud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en Igualdad. Estudio EJ155 (2013) 59. Disponible en <http://www.injuve.es/sites/default/files/EJ155%20%20Tablas%20SexoyEdades3.pdf> Fecha consulta 5/05/2017.



eutanasia, otro de 20 a 24 años en el que el 80,7% opina favorable a la eutanasia y otro de 25 a 29 años con el 79,8 % favorable.

- El proceso de secularización, pérdida de fe y de práctica religiosa de estos alumnos, que también ocurre en estos años.
- El hecho de que estos alumnos al entrar en contacto con la realidad dura del sufrimiento y la dependencia en los hospitales, y no estar preparados emocionalmente para atenderlos, vean como una buena salida la eutanasia. Sobre todo, si los profesionales de la salud que los tutorizan no tienen actitudes de respeto, servicio y cercanía con las familias y los enfermos, o simplemente por la presión asistencial no los atienden bien.
- En Psicología la diferencia entre 1° y 4° no es significativamente estadística porque estos alumnos no están en contacto directo con la enfermedad y la muerte, pero hay que señalar que es la carrera más partidaria a la eutanasia. No hay cambio porque ya los alumnos de 1° son más partidarios que en el resto de grados...
- A todo esto, se sumaría todos los factores sociales que afectan a la sociedad actual: el materialismo, el utilitarismo, el hedonismo, el individualismo, ..., en definitiva, la cultura de la muerte que hemos visto en el marco teórico.

La realidad es que la eutanasia, como veíamos en el marco teórico, va ganando terreno a pesar de ser un atentado contra la vida humana y contra la profesión médica por lo que debemos oponernos a ella de todos los modos posibles, y especialmente en la formación de los futuros profesionales de la salud.

*F.- Análisis de "las actitudes de los alumnos respecto al suicidio asistido por el medico" en relación con el curso y grado en el que están.*

En la Tabla 15, el Gráfico 17 y el Gráfico 18 se puede observar las respuestas a esta variable.

El 54,7% de la población tiene una actitud favorable.

En los alumnos de 4°, el 71,2% tiene una actitud favorable.

En los alumnos de 1°, el 37,6 % tiene una actitud.

Psicología es la titulación con un porcentaje mayor 66,2%.

Medicina es la menos favorable con 40% y es donde existe un mayor porcentaje de alumnos totalmente contrarios.

Existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud ante el suicidio asistido entre los alumnos de 1º y 4º de Enfermería, Psicología y Otros Grados, aunque no entre los alumnos de 1º y 3º del grado en Medicina.

En el Grado de Enfermería se pasa de 32,2% (en 1º) a 66,7% en 4º. Esta diferencia es estadísticamente significativa dada la cantidad de alumnos que participan en el estudio.

En el análisis de las actitudes de los alumnos respecto al suicidio asistido por el médico, se observan al mismo tiempo diferencias significativas por grado y por curso, y más específicamente entre alumnos de 1º y 4º de Enfermería, Psicología y Otros Grados, no siendo en el grado de Medicina.

El componente de dimensión psíquica de la persona posiblemente esté influyendo en esta actitud que lejos de ser “de ayuda”, abandona la posible ayuda para abordar el problema tratando de aportar soluciones y adaptaciones a la realidad de la persona, por actitudes de ceder ante las demandas de las personas para llevar a cabo acciones que por sí solas no pueden realizarlas. El hecho de que la tendencia de los cursos sea precisamente a favor de esta actitud de “supuestamente ayuda”, indicaría una pobre visión transmitida a los alumnos sobre las posibilidades de atención integral a la persona en esa fase final de la vida a consecuencia de una enfermedad en fase terminal.

Es necesario señalar que, en algunos términos, se relaciona con los datos obtenidos en otras investigaciones sobre al sentir de gente joven, como es el “*Sondeo de opinión y situación de la gente joven*”<sup>515</sup>, realizado por el Observatorio de la Juventud de España, con una revisión de la evolución de 2005 a 2008 y publicado por el Ministerio de Igualdad del Gobierno de España. En éste estudio, en uno de sus apartados plantea la “*actitud ante ayudar a morir a un enfermo incurable que lo solicita*” y resulta un mantenimiento de las actitudes, con un 75% en 2005, 75% en 2006, 75% en 2007 y 76% en 2008, correspondiendo la actitud favorable a personas de nacionalidad española, con mayor nivel formativo (universitarios), ideológicamente más situados a la izquierda, pertenecientes a clase sociales altas; por el contrario, en el estudio referido, resultan contrarios jóvenes

---

<sup>515</sup> Observatorio de la juventud, “Sondeo de opinión y situación de la gente joven; Valores y actitudes. Participación asociativa”, Ministerio de igualdad (2007). Disponible en <http://www.injuve.es/sites/default/files/Sondeo2007-1a.pdf> Fecha consulta 07/07/2017

preuniversitarios, con menor nivel formativo, de clases sociales más bajas y creyentes en materia religiosa (católicos y otras religiones).

*G.- Análisis de "las actitudes de los alumnos respecto a contribuir personalmente en la eutanasia de un familiar" en relación con el curso y grado en el que están.*

En la Tabla 16, el Gráfico 19 y el Gráfico 20 se muestran las respuestas.

Acerca de las actitudes de los alumnos respecto a contribuir personalmente en la eutanasia de un familiar, de forma significativa la actitud es de contribución en el análisis por Grado, siendo muy superior en el de Psicología y Otros Grados respecto al más inferior que corresponde al Grado de Medicina.

Del mismo modo, la diferencia significativa se encuentra entre alumnos de 1<sup>er</sup> curso (32,7%) y alumnos de fin de Grado (66,4%).

Igualmente, en la actitud sobre contribuir personalmente a la eutanasia de un familiar es significativa la diferencia entre alumnos de 1<sup>o</sup> y 4<sup>o</sup> de los Grados de Enfermería, Psicología y Otros Grados.

Medicina es de nuevo la titulación en la que más alumnos hay en contra y menos favorables.

Asimismo, las opiniones de los alumnos respecto a las dos razones más importantes que conducen a una persona enferma a pedir la eutanasia, no hay diferencias significativas ni en Grados ni entre inicio y final de los estudios de los Grados, si bien en mayor porcentaje de opiniones coincide con las razones de "sentimiento de dolor físico e insoportable", o "sentimiento de carga familiar", tanto por Grados como por cursos. A este respecto, la opinión, además de ser la culturalmente predominante, se podría también identificar con experiencias familiares o personales, puesto que de alguna manera ambas son expresiones de sentimientos y como tales, incluyen una parte de experimentación en lo personal.

*H.- Análisis de "las opiniones de los alumnos respecto a las dos razones más importantes que conducen a una persona enferma a pedir la eutanasia" en relación con el curso y grado en el que están.*

De las seis razones expuestas, la que tiene un porcentaje mayor en todas las tablas (en los alumnos de 1<sup>o</sup>, en los alumnos de 4<sup>o</sup>, y en la tabla de cada uno de los cuatro grados), como razón elegida en 1<sup>o</sup> lugar para pedir la eutanasia es "Sentir

*un dolor físico insoportable*". También todas las subpoblaciones coinciden en la razón que ocupa el segundo lugar en orden a pedir la eutanasia: *"Sentirse como una carga para la familia"*

*I.- Análisis de "las opiniones de los alumnos respecto a la 1ª y 2ª medida que hay que adoptar ante un paciente en fase terminal que pide la eutanasia" en relación con el curso y grado en el que están.*

Según los porcentajes: la respuesta "darle la eutanasia" tiene un porcentaje más alto en Psicología que en el resto de carreras, la eligen en 1º lugar el 4,4 % y el 16,2 % en 2º lugar. En Medicina y Enfermería ningún alumno la elige en 1º lugar, y solo el 3,1 % y el 5,8 respectivamente la eligen en 2º lugar.

Hay diferencias significativas entre los alumnos de Medicina, Enfermería, Psicología y Otros Grados respecto a la 1ª y 2ª medida que hay que adoptar ante un paciente en fase terminal que pide la eutanasia, las medidas de "control del dolor y síntomas" y "apoyo emocional".

Independientemente de las actitudes, en Ciencias de la Salud, la ayuda es un valor intrínseco de estas disciplinas, por lo que ayudar a aliviar el dolor físico y emocional parece algo compartido. De alguna manera, los alumnos antes o después reciben el mensaje de que, aunque no siempre hay curación, siempre hay tratamiento de síntomas y cuidado. Además, es en alumnos de Enfermería donde se encuentra el mayor porcentaje de opiniones referentes al "control del dolor y síntomas". Medicina y Psicología muestran mayor variabilidad en las respuestas.

Ya se ha comentado el Informe sobre el Estudio Injuve, relativo al mantenimiento de la opinión juvenil favorable a la eutanasia; en este sentido, transmitir a la población algunos de los recursos que tanto la sociedad, como la Iglesia y la Medicina -en especial los Cuidados Paliativos- ponen a su disposición, como ha sido descrito en la parte teórica del presente trabajo de investigación, aportaría una alternativa a la ayuda que hay que facilitar a la persona en el final de su vida, de modo que la cuestión sobre la actitud de *"ayuda a morir a un enfermo incurable que lo solicita"* -pregunta que se hace en el referido estudio de opinión de la juventud- no tenga sentido y no sea pertinente, pues no se trata de ayudar a morir, sino ayudar a la mejor forma de vivir hasta el final de la vida.

*J.- Análisis de la variable “tener el encuestado un familiar o ser querido que ha fallecido por una enfermedad terminal” en relación con el curso y grado que realiza.*

Al mismo tiempo, la experiencia personal del alumno de haber tenido un familiar o un ser querido, que ha fallecido por enfermedad terminal, no muestra diferencias significativas ni en Grados ni en el inicio o final del Grado, aunque sí es llamativo que casi la mitad de los alumnos refieren haber vivido dicha experiencia, y que, en la misma, refieran que el paciente haya tenido mucho sufrimiento al final.

#### *CONCLUSIONES ACTITUDES EN LA ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA*

- 1. Los porcentajes de alumnos de CCSS partidarios a la eutanasia son elevados con una media del 72,4%. A pesar de todo son inferiores a los jóvenes de su edad en la población general.*
- 2. Existen diferencias estadísticamente significativas entre alumnos de 1º y alumnos de 4º de medicina, enfermería y otros grados, siendo los alumnos de 4º mucho más favorables. Aunque esto ocurre también en el resto de la juventud española: son más partidarios de la eutanasia de 20 a 24 años que de 15 a 29.*
- 3. El grado de Psicología es la titulación con un porcentaje mayor de alumnos favorables a la eutanasia y al suicidio asistido, y Medicina es el grado con menos alumnos favorables a esta práctica*
- 4. El suicidio asistido tiene menos alumnos favorables y presenta las mismas características que la eutanasia: es más aceptado por alumnos de 4º que de 1º con diferencias estadísticamente significativas, especialmente en el grado de Enfermería*
- 5. Las opiniones más frecuentemente referidas para la solicitud de eutanasia son las que contemplan como motivos el dolor físico insoportable y el supone una carga para la familia.*
- 6. La opción acerca de la primera medida a tener presente ante un enfermo que solicita eutanasia es el control y alivio de los síntomas.*
- 7. Los alumnos y alumnas encuestados muestran alta incidencia de haber tenido un familiar o ser querido con enfermedad en situación terminal y con mucho sufrimiento.*

8. *A pesar de recibir formación antropológica, ética y bioética, los alumnos opinan sobre la eutanasia, como el resto de jóvenes españoles en sus tramos de edad, aunque son un poco menos favorables; lo que viene a significar que no son "adoctrinados" en la Universidad Católica y que siguen siendo libres de pensar como juzguen conveniente, aunque sea erróneamente.*

#### 8.1.4 Variables relativas a las condiciones importantes para morir en Paz

En este apartado se verán los resultados que arrojan dos preguntas de la encuesta:

Preg. 23: *"En el caso de que estuviera muriendo realmente, ¿en qué medida cree que los siguientes aspectos podrían ayudarle a morir en paz?"*. En la que se ofrecen las 11 posibles respuestas que se ven en la tabla, y para cada una de ellas, deben elegir entre "Nada" =1, "Poco" =2, "Bastante" =3, "Mucho" =4, "Muchísimo" =5. (Tablas 22, 24 y 26 y Gráficos 25, 26 y 27)

Preg. 24: *Si de los aspectos mencionados, tuvieras que elegir los dos que consideras más importantes para ayudarte a morir en paz, ¿cuáles elegirías?"*

*A.- Análisis de la "importancia que los encuestados dan a los aspectos propuestos como condiciones para morir en paz" según el curso, el grado y el sexo que realiza el encuestado (Respuesta a la 1ª pregunta)*

En la Tablas 22, 24 y 26 y en los Gráficos 25, 26 y 27, se puede ver como la condición valorada como más importante por todos los alumnos, tanto de 1º como de 4º, como por hombres y mujeres es "que su vida haya tenido sentido", seguida de "estar cerca de sus seres queridos". En todos los grados han sido también las más valoradas, y en este orden, a excepción de Enfermería que ha invertido el orden: ha considerado en primer lugar "estar cerca de sus seres queridos", seguida de "que su vida haya tenido sentido".

Estos resultados coinciden con lo expuesto por Bayés, R. et al.<sup>516</sup> que destaca en primer lugar la consideración de "poder sentirse cerca y comunicarse con las personas queridas" y en segundo lugar "pensar que mi vida ha tenido un sentido".

---

<sup>516</sup> BAYÉS, R. ET AL., "¿Qué puede ayudarnos a morir en paz?", *Medicina Clínica*, Vol. 115, N° 15, (2000) 579-582.

Que “el sentido de la vida” marque la reflexión prioritaria de los alumnos y ello, en un mundo dominado por la globalización y el materialismo, es importante valorarlo. Son estas generaciones de futuros profesionales las que van a atender a personas, a pacientes, y es fundamental que siempre tengan presente este valor “sentido de la vida” para lo apliquen en las acciones que con tan alto nivel técnico llevarán a cabo en su ejercicio profesional. La Enfermería, por su condición de cuidado del paciente, alivio y trato próximo, tal vez considere la cercanía a los seres queridos por encima del sentido de la vida como orden prioritario; en cualquier caso, ambas variables reflejan una realización de la persona basada en un “darse o entregarse por los demás”, como Él se entregó por nosotros.

Nos parece importante destacar que la respuesta menos valorada por los alumnos de 1º curso, por los alumnos de Medicina, Enfermería y Otros Grados, y por las mujeres ha sido “Disponer de ayuda para morir”. Lo que podría entenderse con disponer de la posibilidad de la eutanasia. Lo que nos parece importante a la hora de poder valorar el grado de convencimiento de los alumnos, en su respuesta tan favorables que han dado a la misma. Parece contradictorio que la elijan en último lugar de 11 posibilidades, y que por otra parte el 72,4 % de la población general sea favorable a su práctica.

Destacar también que en los análisis estadísticos realizados han surgido diferencias estadísticamente significativas en la importancia media que se concede a las respuestas, tanto entre los grados, como en los cursos y los sexos. No merecen muchos comentarios; pero reflejamos aquí sólo el hecho de que la importancia media que las mujeres conceden a los siguientes ítems es estadísticamente superior a la importancia media que conceden los hombres “Estar cerca de mis seres queridos”, “Pensar que mi vida ha tenido sentido”, “Creer en Vida después de la muerte” y “No sentirme culpable, sentirme perdonado”.

Insistimos que las dos condiciones más valoradas han sido el “que la vida haya tenido sentido” y estar cerca de mis seres queridos”. Es importante que ambas reflexiones, “sentido de la vida” y “proximidad y comunicación con los seres queridos” formen parte del sentir de personas que a corto y medio plazo van a tratar con personas en situación de enfermedad, para que los puedan aplicar en su práctica clínica, y muy especialmente con aquellos pacientes que se encuentran en los momentos finales de su vida. Procedimientos, formas de actuar, de

comportarse, que de alguna manera les ayuden en ese sentir que ellos mismos manifiestan.

Ambos aspectos muestran una trascendental consideración y la interrelación entre ellos es inseparable, por tanto, lo importante es que independientemente del sexo, la persona reconoce la importancia del no abandono del familiar, de la proximidad, como medios para que el momento final de la vida no esté exento de la calidez y calidad que le aporta morir en paz.

Por otro lado, la percepción que los docentes tienen de esos pensamientos, puede ayudar a orientar en los diferentes Grados la docencia y mantenimiento de materias que potencien estas actitudes.

*B.- Análisis de las "opiniones de los alumnos sobre las condiciones más importantes (en 1º y 2º lugar) para morir en paz" en relación el curso, el grado y el sexo que realizan (2ª pregunta)*

En la Tablas 23, 25 y 27 se ve que la condición elegida por todos los alumnos en los tres supuestos (curso, grado y sexo) en primer lugar es "estar cerca de sus seres queridos".

En segundo lugar, es elegida "que su vida haya tenido sentido", por ambos sexos, por los alumnos de 1º y por todos los grados, a excepción de Enfermería. Los alumnos de este grado, Enfermería, y los de 4º curso eligen como segunda condición "no ser una carga para la familia", seguido de muy cerca del hecho de "que su vida haya tenido sentido".

Dado que, en nuestra muestra, más de la mitad son alumnos de Enfermería y que además esta titulación tiene el doble de alumnos de 4º que de 1º, podemos afirmar sin riesgo a equivocarnos que son los alumnos de 4º de enfermería los que opinan exclusivamente como 2ª condición el "no ser una carga para la familia".

Creemos que el hecho de que los alumnos de 4º de Enfermería tengan mayor consideración sobre "no ser carga para la familia" pueda estar relacionado, primero con su mayor edad, con las experiencias familiares que en esos años hayan podido tener y, segundo, con el contacto con pacientes y situaciones familiares que hayan podido ver a lo largo de las prácticas. Han visto con sus ojos las dificultades que viven los enfermos y las familias cuando hay una enfermedad incurable. Los pocos



familiares que hay para sostener al enfermo en ocasiones, y cómo los mismos profesionales sanitarios no están preparados para atenderlos.

Es fundamental cuidar a los tutores de prácticas. Es importante prestar atención a esta opinión de los alumnos de 4° de Enfermería y es necesario que los docentes abordemos estas cuestiones en el aula. Es una realidad de sufrimiento que hay que abordar y ayudarles a ver, que en esas circunstancias es donde se demuestra nuestra excelencia, nuestro ethos profesional. Esas circunstancias difíciles deben transformarse en oportunidades donde los tutores, los docentes, transmitan la necesidad de una mayor implicación de los profesionales en el seno de la familia, como elemento de ayuda y soporte a esa situación de enfermedad progresiva e incurable, para que lejos de pensar que puede ser “una carga familiar”, y ello llevarle incluso a pensar en actitudes eutanásicas de adelantamiento del final de la vida, por el contrario potencie la actitud de servicio y proximidad a los enfermos y a sus familias.

En esta variable también podemos ver cómo, “disponer de ayuda para morir”, es la última condición, en los alumnos de 1° y de 4°, en las mujeres y en los hombres y en todos los grados menos en Psicología, que es la penúltima junto con otras 4 condiciones más. Ningún alumno de Medicina, ni de Otros Grados la ha elegido, (tiene una frecuencia de 0), en Enfermería sólo la han elegido 2 alumnos en primer lugar y 6 en 2° lugar, de toda la cantidad de alumnos que hay en la muestra de Enfermería. Esto viene a reforzar nuestra hipótesis de que, efectivamente, nuestros alumnos son favorables a la eutanasia porque vivimos en una cultura donde se la promociona, donde se la asocia a la libertad y el derecho a elegir, y ellos no quieren que se restrinja ningún derecho, ni tan siquiera el derecho a pedir que otro te quite la vida. Pero no han reflexionado mucho sobre ella y por lo menos no cuentan con ella como condición para morir en paz. Saben que morir en paz significa tener resueltas otras cuestiones más importantes como son los lazos de amor con los seres queridos y una vida en plenitud.

#### *CONCLUSIONES SOBRE LAS CONDICIONES PARA MORIR EN PAZ*

1. *Las condiciones y opiniones consideradas por los alumnos como más importantes para morir en paz son “haber tenido un sentido de la vida” y “sentirse cerca de los seres queridos”.*

2. *“Disponer de ayuda para morir”, es la última condición en orden de importancia para los alumnos de 1º y de 4º, para las mujeres y los hombres y en todos los grados de ciencias de la Salud, menos en psicología, que es la penúltima junto con otras 4 condiciones más.*
3. *Los alumnos de 4º de enfermería opinan, exclusivamente, como 2ª condición el “no ser una carga para la familia”. Creemos que esta circunstancia de sufrimiento debe ser abordada en la docencia teórica y práctica para ayudar a los alumnos a entender correctamente el sufrimiento, real, que supone un enfermo en fase terminal y aportarles herramientas de afrontamiento correctas, para que no deriven en conductas eutanásicas o de abandono.*
4. *Se encuentra coincidencia en la consideración de proximidad a los seres queridos como valor fundamental para morir en paz, con otros estudios de características similares.<sup>517</sup>*

### 8.1.5 Variables relativos al Logro de sentido de la vida (PIL)

#### *A.- Análisis del Logro del sentido de la vida en la población total*

En cuanto a los resultados obtenidos en el Test de PIL reducido por el total de nuestra muestra indican que los estudiantes tienen un logro de sentido de la vida alto: (media de 56,84 y DT de 8,62). Se entiende mejor en la variable cualitativa, en la que este valor está comprendido en el rango de “Logro de sentido alto” (55-72). Dentro de ese rango hay 333 alumnos (67,7%) que han descubierto un sentido en la vida, lo que significa que tienen un propósito, una meta en la misma, un por qué y un para qué vivir. Nos parecen unos datos buenos pues esto contribuye a su felicidad, a que sientan su vida valiosa y les impulsa a responsabilizarse de su existencia de una forma consciente. El 21,7 % tiene un logro de sentido medio y un 10 % presenta un logro de sentido de la vida malo o “vacío existencial”.

---

<sup>517</sup> COLELL BRUNET, R. Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona; (2005) Disponible en <https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2004/tdx-1125105-175855/rcb1de1.pdf> Consulta: 7/7/17.

*B.- Análisis del Logro del sentido de la vida por curso*

Cuando vemos los resultados de esta variable por cursos, observamos diferencias entre los alumnos de 1° y los de 4°. El test de contraste de medias U de Mann-Whitney indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de 1° y 4° en las puntuaciones del test del sentido de la vida (PIL). La puntuación de los alumnos de 4° curso presenta un valor estadísticamente superior a la de los alumnos de primero.

Que los alumnos de 4° tengan un valor medio de logro de sentido mayor que los alumnos de 1°, se explica por el factor edad. Hay estudios de sentido de la vida realizados en jóvenes que concuerda con los nuestros. Joaquín García Alandete en una población universitaria similar a la nuestra (180 universitarios - 138 mujeres y 42 hombres, con edades entre 18 y 55 años donde midió el sentido de la vida con una versión del PIL distinta que la nuestra), y tuvo como resultado que el grupo de mediana edad (30-55 años) alcanzó rangos promedio significativamente más altos en el grupo de jóvenes (18-29 años) y en el mismo artículo reseña que otros estudios<sup>518</sup> coincidían también en lo mismo. Dentro de estos últimos, reseña resultados más acordes con los nuestros, pues con versiones distintas del PIL, hallaron que los mayores de 25-30 años alcanzaban puntuaciones medias significativamente más altas que los más jóvenes en sentido de la vida. También describe que en otros estudios no han aparecido diferencias en la edad, incluso uno realizado por él un año antes también con universitarios.

Recordemos que, en nuestra muestra, los alumnos de 4° tiene una edad media de 27,13 años, lo que está 5 años más elevada de lo esperable (22 años) y la DT= 7,431, lo que significa que hay muchos alumnos mayores que aumentan la edad media.

---

<sup>518</sup> MEIER, A. Y EDWARDS, H., "Purpose-In-Life test: Age and sex differences". *Journal of Clinical Psychology*, Vol.39, N° 3, (1974) 384-386.; NOBLEJAS DE LA FLOR, M. A. (1994). *Logoterapia. Fundamentos, principios y aplicación. Una experiencia de evaluación del "logro interior de sentido"* (Tesis doctoral no publicada). Universidad Complutense, Madrid, España; En GARCIA-ALANDETE, J., "Análisis factorial de una versión española del Purpose-In-Life Test, en función del género y edad". *Pensam. psicol. [online]*. Vol.12, N°1, (2014) 83-98. Disponible en [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-89612014000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612014000100007&lng=en&nrm=iso) Fecha consulta: 30/5/2017.

Aunque aún se tiene que profundizar más en la evaluación del sentido de la vida y su relación con la edad y el género, estos psicólogos explican las diferencias estadísticas entre los adultos más jóvenes y los que tiene más edad, apoyándose en diferencias evolutivas de clave psicosocial. Así, aunque ambos se encuentren cursando estudios universitarios, los de más edad están en una etapa evolutiva distinta, “posiblemente con asuntos vitales fundamentales diferentes y relacionados con la estabilidad laboral, el mantenimiento del estatus familiar, social y económico. En cambio, los más jóvenes podrían estar ocupados en encontrar pareja, crear y mantener un proyecto de vida común estable, finalizar los estudios universitarios, encontrar un trabajo, emanciparse de los padres económicamente”; cuestiones que los más mayores pueden tener resueltas.

### *C.- Análisis del Logro del sentido de la vida por grado*

Cuando vemos los resultados de esta variable en los Grados, observamos que es en Enfermería donde hay un mayor porcentaje de alumnos que han alcanzado un alto logro de sentido de la vida (72%), seguido de Otros grados (67,9%), Medicina (60%) y el último Psicología (58,8%). Y tras el test de Kruskal- Wallis y el procedimiento de Hochberg se afirma que las diferencias entre Enfermería y Psicología son estadísticamente significativas.

Esta diferencia podemos atribuirla, entre otros factores que desconocemos, al factor edad. Recordemos que los alumnos de Enfermería tienen una edad media más elevada 25,58 años, además representan casi la mitad de la muestra total (45,7%), pero tienen que existir otros factores que expliquen los resultados en Psicología, pues la edad media en Psicología es 24,81 años y en Medicina 20,28 años, y sin embargo, el porcentaje de alumnos en Medicina (60%) que ha logrado sentido en su vida es superior al de Psicología (58,8). No es una diferencia significativa, el procedimiento de Hochberg utilizado para saber dónde estaban las diferencias significativas, que detectó existían en los cuatro grados el test previo de Kruskal Wallis, permitió sólo distinguir dos subconjuntos homogéneos: por una parte, Psicología, Medicina y Otros Grados (con una media más reducida en la puntuación del test PIL); y por otra parte Medicina, Otros Grados y Enfermería (con una media mayor). Las únicas dos titulaciones que no están en el mismo subconjunto son Enfermería y Psicología, de ahí que es entre ellas donde se encuentra la diferencia estadísticamente significativa.

*D.- Análisis del Logro del sentido de la vida por sexo*

Los resultados de esta variable nos salen mayores en las mujeres (M 57,23 y DT 8,67) que en los hombres (M 55,99 y DT 8,494) pero tras los test estadísticos estas diferencias no son significativas.

Hay diversos estudios en los que el análisis estadístico muestra que el sexo da lugar a diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total. Joaquín García Alandete<sup>519</sup> en un grupo de 309 estudiantes universitarios (207 mujeres y 102 hombres) de edades comprendidas entre 18 y 45 años, evaluó el logro de sentido de la vida: las mujeres obtuvieron puntuaciones medias superiores a los hombres. Otros estudios, aunque obtienen puntuaciones más altas las mujeres, no encuentran que la diferencia con los hombres sea estadísticamente significativa.

*CONCLUSIONES SOBRE EL LOGRO DEL SENTIDO DE LA VIDA:*

- 1. Los estudiantes de nuestra muestra tienen un logro de sentido de la vida alto. El valor medio obtenido está comprendido en el rango de "Logro de sentido alto" (55-72). Dentro de ese rango hay 333 alumnos (67,7%) que ha alcanzado, que ha descubierto, un sentido en la vida, tiene un propósito una meta en la misma, un por qué y un para qué vivir.*
- 2. Los alumnos de 4º tiene un valor medio de logro de sentido mayor que los alumnos de 1º, la diferencia es estadísticamente significativa. Algunos estudios tienen resultados similares y atribuyen a diferencias evolutivas psicosociales el hecho de que los adultos más jóvenes tengan puntuaciones de logro de sentido inferiores que los adultos con mediana edad. Los más jóvenes tiene muchas cuestiones aún no resueltas, que los más mayores sí: estabilidad laboral, estabilidad afectiva, emanciparse*
- 3. Hay diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones que obtienen los alumnos de Enfermería en el test de logro de sentido de la vida y las puntuaciones que obtienen los alumnos de Psicología. Las puntuaciones en Enfermería son más altas. Esta diferencia puede deberse a la mayor edad de los alumnos de Enfermería, o a otros factores asociados.*

---

<sup>519</sup> GARCIA-ALANDETE, J. et all., "Sex differences on Purpose-In-Life. Test total and factorial scores among spanish undergraduates". *Univ. Psychol.*, Vol. 10, N°. 3, (2011).

### 8.1.6 Análisis de las actitudes ante la muerte

#### A.- Análisis de las actitudes ante la muerte en el total de la población

La actitud ante la muerte son todas aquellas ideas, creencias y conductas que el individuo manifiesta ante el hecho de morir. Con el instrumento que hemos utilizado se analizan cinco dimensiones de la muerte, cinco actitudes ante ella. Los resultados de esta variable en la población general se encuentran en la tabla 35 y observamos que hay cuatro actitudes con valores altos (Aceptación neutral, aceptación de acercamiento, miedo y de evitación) pues sus medias están por encima de 3,5 y una actitud con valores bajos: aceptación de escape.

Repasemos lo que significa cada actitud.

La actitud con un valor Bajo es la *Actitud de Aceptación de escape* (Media: 3,122y DT: 1,404) que relaciona la muerte con la idea de salida, como el escape de una existencia dolorosa. El tener valores bajos de esta actitud es algo bueno, pues significa que los alumnos no piensan en la muerte como una puerta de salida del sufrimiento, que es la actitud que concuerda con una conducta eutanásica o suicida, a nuestro juicio.

Las actitudes ante la muerte con valores altos son de mayor a menor:

1.-La *Actitud de Aceptación Neutral*, la media más alta en toda la muestra (Media: 5,561 y DT: 1,059). Es una media bastante alta puesto que el valor máximo es 7. Esta actitud está relacionada “con la visión de la muerte como una realidad que ni se teme ni se le da la bienvenida. Manifiesta una situación de ambivalencia ante el tema de la muerte, expresada en el temor normal ante la muerte, pero también hay aceptación ante su posible llegada, aceptándola como un hecho natural, como un hecho innegable de la vida

2.- La segunda es la *Aceptación de acercamiento*: (Media: 4,291y DT: 1,547) que está relacionada con “la visión de la muerte como la puerta hacia una vida feliz después de la misma. *Está influenciada por las creencias religiosas, por las creencias en Dios, y en la existencia de un lugar mejor después de la muerte, que conllevaría a una vida más feliz que esta vida terrenal*”.

3.- La tercera es la *Actitud de miedo a la muerte/proceso de morir*, (Media: 4,058 y DT: 1,449. “referida a las respuestas inconscientes que tiene el ser humano ante la muerte, en donde se involucran variables tales como el miedo a la pérdida

de sí mismo, el miedo a lo desconocido, el miedo al más allá de muerte, el miedo al dolor y a sufrir, ansiedad por el bienestar de los miembros de la familia que quedan vivos, y el miedo surge como parte de falta de significado de la propia vida y de la propia muerte”.

4.- La cuarta actitud con valor positivo, pero más baja que el resto es la *Actitud de evitación* (Media: 3,869 y DT: 1,686). Actitud de rechazo al tema de la muerte y todo lo que la muerte conlleva. Esta actitud hay que entenderla “como un mecanismo de defensa que mantiene la muerte fuera de la consciencia por una dificultad para afrontar los pensamientos que la muerte genera, de modo que puede verse afectada la conducta”. Es lógicamente una actitud poco adecuada y aunque, está la última, está por encima de la media.

RESUMEN: *La población presenta cuatro actitudes ante la muerte con valores altos que de mayor a menor intensidad son: aceptación neutral, aceptación de acercamiento, miedo y evitación, y en la aceptación de escape presenta valores bajos*

*B.- Análisis de diferencias significativas en las actitudes ante la muerte entre los alumnos de 1° y 4°*

Contrastando las actitudes ante la muerte de los alumnos de 1° y 4° solo aparecen diferencias estadísticamente significativas en la actitud de acercamiento en la que el valor que presenta en los alumnos de 1° (Media 4,493) es estadísticamente superior al valor que presenta en los alumnos de 4° curso (Media 4,096).

La diferencia se explica por el hecho de que los alumnos de 1° se definen como personas más espirituales, más religiosas, asisten más a misa y creen más en la vida después de la muerte que los de 4°, con una diferencia estadísticamente significativa entre un curso y otro. Esta actitud ante la muerte de acercamiento está influenciada por todas esas variables espirituales y religiosas.

No hay diferencias entre los alumnos de los distintos grados, ni entre mujeres y hombres.

#### *CONCLUSION SOBRE LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE:*

*Los alumnos de CCSS en general aceptan la muerte de una forma neutral, no la buscan, pero tampoco la temen, presentan actitudes de acercamiento que se*

*relacionan con factores religiosos y no la entienden como una forma de escapar de una existencia dolorosa. Presentan también, aunque en menor intensidad, miedo ante ella y la evitan.* Los alumnos de 1º presentan una actitud de acercamiento estadísticamente superior que los de 4º, motivado por tener una actitud espiritual y religiosa mayor.

### 8.1.7 Variables relativas a Espiritualidad y religiosidad

#### *Aclaraciones previas.*

Hemos distinguido las variables espiritualidad y religiosidad por ser diferentes.

*Espiritualidad* según la RAE es naturaleza y condición de espiritual. Y por espiritual se entiende la cualidad de ser espiritual, no físico, no material. Es lo que tiene que ver con la dimensión específicamente humana, por la que el hombre es hombre, un ser con inteligencia y voluntad libre, capaz de entrar en relación con otros y con el mundo, por la que es capaz de trascendencia. Todo hombre es espiritual, es trascendente, aunque no todo hombre es religioso.

*Religión* según la RAE es el conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto. Profesión y observancia de la doctrina religiosa. La religiosidad es posible porque los seres humanos somos seres espirituales, pero no todos los hombres son religiosos; algunos se definen ateos.

#### *A.- Análisis de la variable "auto descripción espiritual" que hacen los alumnos en relación con el "Curso", "Grado" y "Sexo"*

En la Tabla 39 y en el Gráfico 30 se muestran los resultados a la pregunta del cuestionario: *¿Se describiría usted a sí mismo como una persona... muy espiritual, bastante, poco o nada espiritual?*

Y en la *muestra total* han contestado el 50,2 % de los alumnos dicen ser espirituales, (44,7 lo son *bastante* y 5,5% lo son mucho).

En el 1º curso, el 56,2 % de alumnos se describe como espirituales (49,6 *bastante* y 6,6 % *mucho*). De los alumnos de 4º: el 44,4 % se describen como espirituales (40 *bastante* y 4,4 % como *muy Espirituales*). Tras las pruebas estadísticas se ve que la diferencia es estadísticamente significativa.



Los alumnos de 1° se describen a sí mismos como más espirituales que los de 4° curso.

No se destacan diferencias significativas en los grados ni en el sexo

Como comentario a esta variable está el hecho de que resulta significativo que el 50 % de los alumnos de CCSS se describan a si mismos como bastante o muy espirituales. En una sociedad materialista y hedonista en la que vivimos, este hecho demuestra la innegable naturaleza trascendental del ser humano que no le basta con tener sus necesidades básicas de alimentación y vestido cubiertas.

RESUMEN: El 50 % de los alumnos de CCSS se describan a sí mismos como bastante o muy espirituales y los alumnos de 1° se describen a sí mismos como más espirituales que los de 4° curso

*B.- Análisis de la variable "Creencia en la vida después de la muerte" de alumnos en relación con el "Curso", "Grado" y "Sexo"*

En la Tabla 42 y en el Gráfico 31 se presentan los resultados a la pregunta del cuestionario que dice: *¿Cree usted en que hay otra vida después de la muerte: sí con toda seguridad, probablemente sí, probablemente no, no con toda seguridad?*

Y en la *muestra total* han contestado el 61,8 % de los alumnos dicen que *creen que hay otra vida después de la muerte* (22,8% lo creen con toda seguridad y 39 % dicen que *probablemente exista*).

En el 1° curso, 68,2 % de los alumnos *creen que hay otra vida después de la muerte* (27,7% lo creen con toda seguridad y 40,5 % dicen *probablemente exista*). De los alumnos de 4°: el 55,6 % de los alumnos *creen que hay otra vida después de la muerte* (18% lo creen con toda seguridad y 37,6 % dicen que *probablemente exista*).

Tras las pruebas estadísticas se ve que la diferencia es estadísticamente significativa los alumnos de último curso creen menos en la vida después de la muerte que los de primer curso.

No se destacan diferencias significativas en los Grados ni en el sexo

RESUMEN: El 62 % de los alumnos de CCSS creen que existe una vida después de la muerte y los alumnos de 4° creen menos en la vida después de la muerte que los de 1er curso.

*C.- Análisis de la variable "Autodefinición de confesión religiosa" que hacen los alumnos en relación con el "Curso", "Grado" y "Sexo"*

En la Tabla 45 y en el Gráfico 32 se muestran los resultados a la pregunta del cuestionario que dice: *¿Cómo se define Ud. en materia religiosa: católico, creyente de otra religión, no creyente o ateo?*

Y en la *muestra total* el 58,5% de los alumnos se define "Católico", el 1,8% "Creyente de otra religión", el 18,7% "No creyente", el 9,1% "Ateo", el 11,8% "Otro". No se desvelan diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de 1º y 4º, ni en los grados, ni en el sexo.

Los datos que se obtienen en esta variable son coherentes a los que arroja "el informe sobre la juventud española de 2016"<sup>520</sup>, que repite casi los obtenidos en el anterior "informe de la juventud en 2012"<sup>521</sup>, aunque con alguna salvedad. En la Tabla 83, vemos que en nuestra muestra el número de católicos es mayor, el nº de ateos es menor y también el de creyentes de otras religiones.

**Tabla 83. Definición en materia religiosa Jóvenes**

	2012	2016	2014	2014
Católico practicante	8,4	8,1	19,9*	43,6**
Católico no practicante	31,3	39,2	38,6	14,9
Creyente de otra religión	4,2	3,1	1,8	1,8
No creyente	11,9	12,9	18,7	18,7
Ateo	17	17,2	11,8	11,8
Indiferente	10,7	10,6	11,8	11,8
Agnóstico	10,5	6,5		
No contesta	6	2,4		

Tabla elaboración propia según informes de la juventud española en 2012 y 2016

\* Practicante = Asistir a misa mínimo 1 vez por semana

\*\* Practicante = Asistir a misa mínimo 1 vez al mes

<sup>520</sup> BENEDICTO, J. (Dir.), *Informe Juventud en España 2016*. Instituto de la juventud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en Igualdad. (2017). Disponible en <http://www.injuve.es/observatorio/demografia-e-informacion-general/informe-juventud-en-espana-2016>. Fecha consulta 5/05/2107.

<sup>521</sup> MORENO MÍNGUEZ, A. y RODRIGUEZ, o. c.

Estos porcentajes de más religiosidad en nuestra población: un número mayor de católicos, un número menor de creyentes de otra religión y de ateos, se debe al hecho de que se trata de una Universidad católica. El nº mayor de no creyentes se explica porque en la encuesta de la UCAM no existía la respuesta Agnóstico, solo indiferente y no creyente, con lo que los agnósticos se identificaron como no creyentes.

Aclaración: los datos de *practicantes y no practicantes*, se han calculado con las respuestas que los creyentes han dado a la pregunta sobre la práctica religiosa que vemos más adelante. El primer criterio que hemos tomado para definir que un católico es "practicante" aunque es exigente, es el adecuado: *asistir por lo menos una vez por semana a actos religiosos*. Como en otras investigaciones siguen un criterio más flexible: *asistir como mínimo una vez al mes*, hemos calculado también ese dato para poder comparar nuestros resultados con ellos.

#### RESUMEN

- El 60,3 % de los alumnos de CCSS se definen "creyentes": 58,5% "Católicos" y 1,8% "Creyentes de otra religión",
- Los alumnos de CCSS de la UCAM, son proporcionalmente más religiosos que lo que arrojan los datos de la juventud española: hay un porcentaje mayor de católicos y un menor porcentaje se declaran "ateos", explicable por la confesionalidad católica de la UCAM

#### *D.-Análisis de la variable "Nivel de religiosidad" en relación con el "Curso", "Grado" y "Sexo".*

Sólo se formula a alumnos que se confiesan católicos o creyentes de otras religiones.

En la Tabla 49 y en el Gráfico 33 se observan los resultados a la pregunta del cuestionario que dice: *¿Se describiría usted a sí mismo como una persona.....muy religiosa, bastante, poco o nada religiosa?*

De los que se definen como creyentes en toda la muestra: el 61,6 % de los alumnos se describen como religiosos (54,5% como *bastante religiosos* y 7,1 % como *muy religiosos*).

Entre los alumnos creyentes del 1º curso el 65,1% se describen como religiosos (53,5% como *bastante religiosos* y 11,6 % como *muy religiosos*).

De los alumnos creyentes del 4º curso: el 57,7 % se describen como *religiosos* (55,6% como *bastante religiosos* y 2,1 % como *muy religiosos*).

Tras las pruebas estadísticas se ve que la diferencia es estadísticamente significativa: los alumnos de último curso se definen como personas menos religiosas que los de primer curso.

No se desvelan diferencias estadísticamente significativas en los resultados que se obtiene en los Grados ni en el sexo en esta variable.

Comentar que el hecho de que los alumnos de 4º curso se describan en relación con los de 1º como menos religiosos, menos espirituales y crean menos en la vida después de la muerte que ellos, es coherente con los datos que arrojan otros estudios poblacionales y con el hecho contrastado de que la secularización de la juventud es aún mayor en los jóvenes universitarios.<sup>522</sup>

Por ejemplo, en el “*informe de la juventud de España 2012*”<sup>523</sup> nos vienen los porcentajes de la respuesta a la pregunta sobre la importancia de la religión en su vida, agregados en 3 grupos de edad (15-19 años, 20-24, 25-29 años). Al primero corresponderían los alumnos de 1er curso y al segundo los de 4º curso de nuestro estudio. La respuesta “muy importante”, la dan el 12% en el grupo más joven y solo el 8,8% en el grupo de 21 a 24 años; “Bastante importante” lo dicen el 16,5% de 1º grupo más joven y el 13,4 % de los que tienen 20-24, “nada importante”, por el contrario, lo dicen el 37,3% de los más jóvenes y el 48% de los de 21 a 24. Como se puede apreciar los alumnos de 20 a 24 años, 4º curso en nuestro caso, son menos religiosos que los de 11 a 19 años, 1er curso. Luego estos datos de que los alumnos de 4º sean menos espirituales, menos religiosos y crean menos que los de 1º en la vida después de la muerte es coherente con lo que dicen otros estudios poblacionales.

Comentar también, que esta variable mide la percepción que los alumnos tienen de sí mismos y, por tanto, es una percepción subjetiva. La siguiente variable sobre el número de veces que acude a actos religiosos es objetiva, al medir la práctica religiosa. Relacionando las dos, llama la atención que el 61% se describan

---

<sup>522</sup> MIRO I ARDEVOL, J., (Dir.), *La disminución del sentido religioso en la juventud: secularización o desvinculación*, Centro de estudios de la Realidad Social (CERS), de la Universidad Abat Oliba CEU, Fecha consulta: 13/07/2017.

<sup>523</sup> MORENO MÍNGUEZ, A. y RODRIGUEZ, E., *o. c.*

como religiosos y sólo el 20% acuda semanalmente a misa, o que el 43% lo haga con una frecuencia mínima de al menos 1 vez al mes. Esto denota una contradicción, pero, como señala F. Jiménez Bautista,

“es algo ya conocido desde hace años que la religión forma parte de la vida de los jóvenes, pero cada uno la vive, la entiende, la percibe a su manera. La crisis de valores de la sociedad actual lleva a transformar el fenómeno religioso en algo con un fuerte componente de fe, relaciones sociales y símbolos”<sup>524</sup>.

#### RESUMEN

- El 61,6 % de los alumnos de CCSS de la UCAM que se definen creyentes se describen como bastante religiosos o muy religiosos.
- Los alumnos de último curso se definen como personas menos religiosas que los de primer curso.
- Los alumnos de 4º curso se describen en relación con los de 1º como menos religiosos, menos espirituales y creen menos en la vida después de la muerte que ellos, pero este hecho es coherente con los datos que arrojan otros estudios poblacionales

#### *E.- Análisis de la variable “Frecuencia de asistencia a misa u otros oficios religiosos” en relación con el “Curso”, “Grado” y “Sexo”*

Se formula sólo a alumnos que se confiesan católicos o creyentes de otras religiones

En la Tabla 52 y en el Gráfico 34 se ven los resultados de la pregunta: *¿Con qué frecuencia asiste Ud. a misa u otros oficios religiosos, sin contar las ocasiones relacionadas con ceremonias de tipo social, por ejemplo, bodas, comuniones o funerales?*

En la *población total de creyentes*: el 7,4% va varias veces a la semana, 12,5% una vez a la semana, 13,5% dos o tres veces al mes, 10,1% una vez al mes, el 43,1% va varias veces al año y 13,5% no va nunca.<sup>525</sup>

<sup>524</sup> JIMÉNEZ BAUTISTA, F., ESQUIVEL GUERRERO, J. A., “Juventud e identidad religiosa”, *Revista de Humanidades*, 18 (2011) 125 – 146.

<sup>525</sup> Estas cifras, al estar calculadas sólo sobre los que se declaran católicos, dan unos porcentajes más alto de lo que daría si el porcentaje fuera sobre la población total. Pero como en las encuestas del CIS suele hacerse de este modo, hemos seguido el mismo modelo.

Esto significa que el 20% son practicantes (si tomamos como criterio la asistencia al menos una vez a la semana a actos religiosos) o el 43,6% (si tomamos como criterio el asistir al menos una vez al mes a actos religiosos, que es el que se utiliza habitualmente).

De los alumnos creyentes de 1º: el 22,6% va con regularidad (14,2% una vez a la semana y 8,4% varias veces a la semana), el 23,8 lo hace de tarde en tarde (14,8% dos o tres veces al mes y 9% una vez al mes) y el 53,5% lo hace muy esporádicamente o nunca (43,2% va varias veces al año y 10,3% no va nunca)

De los alumnos creyentes de 4º: el 16,9% de creyentes va con regularidad (10,6% una vez a la semana y 6,3% varias veces a la semana), el 23,3 lo hace de vez en cuando (12% dos o tres veces al mes y 11,3% una vez al mes) y el 59,9% lo hace muy esporádicamente o nunca (43% va varias veces al año y 16,9% no va nunca).

Los alumnos de último curso asisten menos a misa que los de primer curso. Tras las pruebas estadísticas se ve que la diferencia entre los alumnos de 1º y 4º es estadísticamente significativa.

No se desvelan diferencias estadísticamente significativas en los resultados que se obtiene en los grados ni en el sexo en esta variable

Respecto a esta variable comentar que, en mayo del 2014, el CIS informaba que en España los católicos y creyentes tenían la práctica religiosa que se observa en la tabla 84.

**Tabla 84. Práctica religiosa de los creyentes**

Mayo 2014	CIS	UCAM
Varias veces a la semana	1,8	7,4
Casi todos los domingos y festivos	12,3	12,5
Alguna vez al mes	9,7	23,6
Varias veces al año	17,0	43,1
Casi nunca	58,3	13,5
N.C.	2,4	

Tabla de elaboración propia según Barómetro CIS mayo 2014

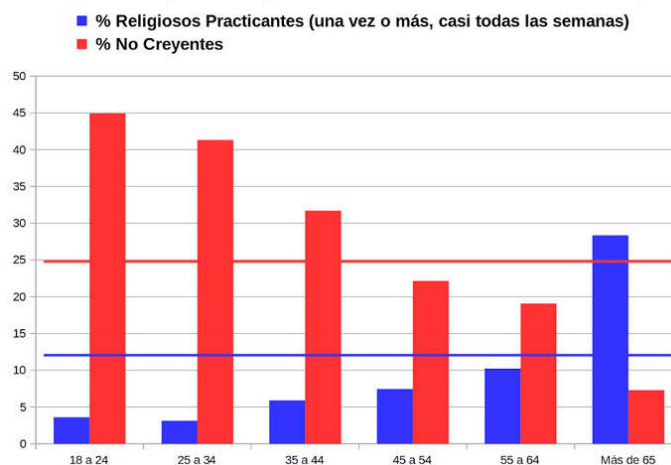
Estos datos nos dicen que los alumnos de CCSS de la UCAM no sólo son proporcionalmente más en número en relación a la población juvenil en general, sino que los que son, los que se declaran católicos, son más practicantes que los católicos españoles mayores de 18 años.

Teniendo en cuenta que la comparación la estamos haciendo con el total de católicos mayores de 18 años<sup>526</sup> y no exclusivamente con los jóvenes españoles, como hacíamos en la otra variable, el nivel de práctica religiosa de los estudiantes de CCSS de la UCAM es significativamente superior que el nivel de práctica religiosa de los españoles mayores de 18 años, lo que significa a su vez que es bastante mayor que el nivel de práctica religiosa de los jóvenes españoles,<sup>527</sup> ya que estos son menos practicantes que el total de la población,<sup>528</sup> como se puede observar en la siguiente gráfica:

**Gráfico 46: Religiosidad por edad. Año 2016. España**

Religiosidad por edad %. Año 2016. España

Datos CIS. Centro de investigaciones Sociológicas. Media de todos los Barómetros de 2016. Elaboración: Europa Laica



Fuente: laicismo.org

<sup>526</sup> No conocemos estos datos en la juventud española en el 2014. Los informes del Instituto de la Juventud no especifican tanto como el CIS. Se limitan a distinguir entre católicos practicantes y no practicantes.

<sup>527</sup> Cfr. MIRO I ARDEVOL, J., (Dir.), *o. c.*

<sup>528</sup> "La secularización que la sociedad española ha tenido en los últimos 40 años ha consistido principalmente en que ha descendido la práctica de la religión católica, y han aumentado los que se consideran católicos no practicantes" en CRESPO GOMEZ, R., *Cambio religioso en España, jóvenes e Iglesia* <https://rucrespo.files.wordpress.com/2012/11/121113-cambio-religioso-en-espac3b1a-jc3b3venes-e-iglesia.pdf> Consulta 13/07/2017

Fuente: laicismo.org<sup>529</sup>

#### RESUMEN

- De los alumnos de CCSS de la UCAM que se definen creyentes, el 20% son practicantes (si tomamos como criterio la asistencia al menos una vez a la semana) o el 43,6% (si tomamos como criterio el asistir al menos una vez al mes a actos religiosos, que es el que se utiliza habitualmente)
- Los alumnos de último curso son menos practicantes, asisten menos a misa que los de primer curso.
- Los alumnos de CCSS de la UCAM que se declaran católicos, son más practicantes que los católicos españoles mayores de 18 años y, en consecuencia, bastante más que la generalidad de los jóvenes españoles.

Del análisis de las cinco variables religiosas estudiadas: auto descripción espiritual, creer en una vida después de la muerte, autodefinición de confesión religiosa, nivel de religiosidad, y práctica religiosa (asistencia a misa) se extraen las siguientes conclusiones en los alumnos de Ciencias de la Salud de la UCAM.

#### CONCLUSIONES SOBRE LA ESPIRITUALIDAD Y RELIGIOSIDAD:

1. *El 50% se describen a sí mismos como "bastante o muy espirituales"*
2. *El 62 % cree que "existe una vida después de la muerte"*
3. *El 60,3 % se definen "creyente": 58,5% "Católicos" y 1,8% "Creyentes de otra religión",*
4. *El 61,6 % que se define "creyente", se describe también como "bastante religiosos o muy religiosos".*
5. *De los "creyentes", el 20% son "practicantes" (si tomamos como criterio la asistencia al menos una vez a la semana a oficios religiosos) o el 43,6% (si tomamos como criterio el asistir al menos una vez al mes, que es el que se utiliza habitualmente)*
6. *Los alumnos de 4º curso se describen en relación con los de 1º como menos religiosos, menos espirituales y creen menos en la vida después de la*

---

<sup>529</sup> "Datos sobre creencias o convicciones en España. 2016" en <https://laicismo.org/2017/datos-sobre-creencias-o-convicciones-en-espana-2016/141276>  
Fecha consulta: 13/07/2017.



*muerte que ellos, pero este hecho es coherente con los datos que arrojan otros estudios poblacionales*

7. *Los alumnos de CCSS de la UCAM, son proporcionalmente más religiosos que lo que arrojan los datos de la juventud española: hay un % mayor de católicos y un menor % se declaran "ateos", explicable por la confesionalidad católica de la UCAM*
8. *Los alumnos de CCSS de la UCAM que se declaran católicos, son más practicantes que los católicos españoles mayores de 18 años y, en consecuencia, bastante más que la generalidad de los jóvenes españoles, explicable por la confesionalidad católica de la UCAM*

#### **8.1.8 Análisis de la Formación recibida (sólo alumnos de 3° o 4°)**

ACLARACIONES PREVIAS: Estas variables relativas a la formación se han estudiado sólo en alumnos de 4°. Esta circunstancia hace que tengamos un error muestral grande en todas las titulaciones menos en Enfermería, por el número de alumnos que tenemos en las submuestras.

A pesar de que sólo tengan validez estadística los datos que nos ofrece la titulación de enfermería, los resultados de las otras titulaciones nos servirán para ver las tendencias que hay en las mismas respecto a lo que estemos analizando en esa variable.

Por este motivo, los datos que se aportan del Grado de Medicina, no se deben comparar con las otras tres subpoblaciones por dos motivos: por los pocos alumnos de 3° de medicina que contestaron la encuesta y porque estos alumnos no han acabado sus estudios y el resto de grados sí. Sólo sirven para ver la tendencia en este grado

*A-. Asociación de la variable "He tratado el tema de morir y la muerte en alguna asignatura de la carrera " con la variable "Grado" y "asignaturas en las que se ha tratado"*

En la Muestra total aparece que el 74 % de los alumnos de 4° de ciencias de salud de la UCAM han tratado el tema de la muerte. Parece un buen %, pero es engañoso.

Cuando nos vamos a los grados, vemos que sólo los alumnos de Enfermería y de Medicina tienen un % aceptable (87 y 89%). Existen diferencias estadísticamente significativas, con el resto de grados.

En ambas carreras los alumnos afirman que ven el tema de la muerte, y dado el alto % parece ser cierto. En los otros grados, especialmente en Psicología es un % muy bajo. ¿No estudian allí los intentos de suicidio?, nos preguntamos. En los otros se queda enmascarado al estar 4 titulaciones juntas lo que nos impide poder sacar conclusiones

Lo que nos permite discriminar la situación es, cuando le preguntamos al alumno en qué asignatura ha tratado el tema. Es una pregunta abierta con cuatro campos para rellenar el nombre de cuatro asignaturas. Pero los resultados son decepcionantes

De los 191 que responden de forma afirmativa, 190 citan tan solo una asignatura (Ética y Bioética); del resto, tan solo dos alumnos del Grado en Enfermería citan dos y tres asignaturas, otro alumno del mismo Grado indica que "La muerte se trata prácticamente en todas las asignaturas", y un alumno de Psicología cita 2 asignaturas. La conclusión es que la muerte es tratada tangencialmente en algunas asignaturas de Enfermería, como se ve en la tabla 55b, pero sólo tangencialmente, ya que los porcentajes son muy bajos. La más alta es Bioética y la apuntan sólo el 28,33% de los alumnos, por lo que deducimos que hay un tema que la aborda. A nuestro juicio si hubiera un tema concreto dedicado a ella con suficiente peso y entidad más del 75% de los alumnos la habrían nombrado. Eso solo ocurre en el Grado de Medicina en la asignatura de Ética Médica. En las asignaturas clínicas está totalmente ausente.

#### *CONCLUSION SOBRE LA FORMACION SOBRE LA MUERTE:*

- *Aunque este estudio, presenta muchos límites para saber con exactitud cómo de intensa es la formación sobre la muerte que reciben los alumnos en cada grado, si nos permite llegar a alguna conclusión y es que la muerte es tratada algo en los tres primeros cursos de Medicina, en asignaturas como Ética Médica y Deontología, y también se trata durante la carrera de Enfermería de forma tangencial en varias asignaturas de corte humanista como Ética y Bioética, Atención Psicosocial, Cuidados Paliativos, Historia.*

*B.-Asociación de la variable "He tratado el tema de los Cuidados Paliativos" con la variable "Grado" y en qué asignaturas*

En la tabla 56 y gráfico 36 vemos que en la muestra total, el 74 % de los alumnos de 4º de ciencias de salud de la UCAM han tratado el tema de los Cuidados Paliativos. Cuando descendemos a los grados vemos, como en el caso de la muerte, que sólo Enfermería y Medicina tienen un % aceptable (84 y 72%) y que existen diferencias estadísticamente significativas, con el resto de grados. El % de Psicología es de 41,4%

La segunda pregunta es la que nos permite discriminar la situación, cuando le preguntamos al alumno en qué asignatura ha tratado el tema. Es una pregunta abierta con cuatro campos para rellenar el nombre de cuatro asignaturas. Pero los resultados son llamativos, en Enfermería parece que realmente se tratan porque entre todos los alumnos se nombran 12 asignaturas. La que tiene un % más alto son Cuidados Paliativo, lógicamente, que la nombran el 87,7%, del resto hay 3 asignaturas que las nombran aproximadamente el 20 % de alumnos y otras 6 o 7 asignaturas con porcentajes inferiores al 5%. Los alumnos de 3º de Medicina nombran solo 2 asignaturas: Ética Médica y Bioética y Deontología

*CONCLUSION SOBRE LA FORMACIÓN RECIBIDA EN C. PALIATIVOS:*

- *El tema de los Cuidados Paliativos es tratado en Enfermería y Medicina, más que el tema de la muerte, porque pertenece al currículo formativo de las mismas y tiene una asignatura propia.*
- *En el resto de grados hay bastante carencia de formación en el tema, pues sólo es tratado en algún capítulo, de alguna asignatura casi siempre de corte sociosanitario, como hemos expuesto en la cuarta parte del tercer capítulo de esta tesis dedicada a la formación. Allí se exponen para cada grado la formación en Cuidados Paliativos que aparece en los planes de estudio de los mismos, publicados en la WEB de la UCAM*

*C.- Asociación de la variable "Importancia de los Cuidados Paliativos" con la variable "Grado"*

Los alumnos atribuyen bastante importancia los mismos. A los alumnos se les pidió que puntuaran de 1 a 10 la importancia que para ellos tienen los cuidados al

enfermo en fase terminal en su carrera y las puntuaciones medias que dan son altas, de 9 en Enfermería y Medicina, y de 8 en otros grados y Psicología. Existen diferencias estadísticamente significativas, pero son comprensibles por la diferente cercanía que tienen con la enfermedad y la muerte Medicina y Enfermería, que el resto de carreras. Pero es un buen indicador el que el resto de carreras puntúen tan alto.

#### *CONCLUSION IMPORTANCIA FORMACION EN CUID. PALIATIVOS*

*Los índices son bastante altos y llamativos, y muy alentadores para poder lograr el objetivo de incluir estos cuidados en la formación ordinaria de todos los profesionales sanitarios. La SECPAL ha diseñado propuestas de formación específicas para diferentes profesionales sanitarios como psicólogos<sup>530</sup> y terapeutas ocupacionales<sup>531</sup> que se pueden consultar en su web...*

*D.- Análisis de la variable "Número de enfermos en situación terminal atendidos en prácticas" (Sólo alumnos de 4º de Enfermería):*

Según se desprende de la Tabla 58, el Nº medio de pacientes en estado terminal que los alumnos de 4º de Enfermería han tenido oportunidad de atender en prácticas es de 5,87, con una D.T. de 6,954. La mediana está en 4, es decir que la mitad de los participantes ha atendido igual o menos de 4 enfermos. El máximo de enfermos atendidos han sido 40.

*Conclusión: durante su formación los alumnos de Enfermería de la UCAM tienen acceso a atender enfermos en situación terminal, con una gran variabilidad en el número de oportunidades. La media es de 5,87, y la D.T. es 6,954. (Con esta gran variabilidad preferimos fijarnos en la mediana que nos indica que la mitad de los participantes ha atendido igual o menos de 4, y la otra mitad más de 4, hasta 40). El número de enfermos atendidos por alumno puede no ser alto, pero está asegurado que los alumnos de Enfermería entran en contacto con el mundo de la enfermedad terminal durante su formación.*

---

<sup>530</sup> Área de capacitación específica (ACE) y Diploma de Acreditación Avanzada (DAA) de Psicología en Cuidados Paliativos.

<sup>531</sup> "Tratado en Terapia Ocupacional y cuidados Paliativos."

*E.- Análisis de la variable "Número de muertes de pacientes presenciadas" (Sólo alumnos de 4° de Enfermería):*

El número medio de muertes presenciadas está en 2-3

*F.- Análisis de la variable "Ha estado presente en la información de la muerte inminente o sucedida de un paciente a su familiar" (Sólo alumnos de 4° de Enfermería):*

Según los resultados recogidos en la tabla 60, el 63,2% de los alumnos de 4° de Enfermería han presenciado la información a familiares de la inminencia de la muerte de un familiar o de que su fallecimiento ya ha acontecido. El 35,9 % no ha tenido esa experiencia en las prácticas.

Nos parece que es muy importante que los alumnos se formen en habilidades comunicativas, en saber dar malas noticias, tan necesarias en la atención al final de la vida y para ello deben de ver cómo se hace. Ya en 1998, María Soler Gómez,<sup>532</sup> enfermera, indicaba las características que tenía que tener la formación de pregrado, al menos en Enfermería, donde estaba incluido "Aprender aspectos básicos de comunicación y apoyo emocional". Dicha autora señala que la formación tiene que tener una parte teórica, pero que es fundamental que ésta se complemente con una formación práctica. Esto resulta siempre fundamental, ya que permite que el estudiante se acerque a la realidad del cuidado del enfermo terminal, de su familia, e incluso de la muerte, y vaya adquiriendo las habilidades y competencias que necesita

*G.- Asociación de la variable "Me ha gustado o me gustaría hacer prácticas en un servicio con enfermos en fase terminal" con la variable "Grado"*

(Tabla 61 y Gráfico 38) En esta pregunta ocurre lo mismo que en las anteriores, Se nota la diferencia entre los grados de Medicina y Enfermería y el resto.

En cuanto al porcentaje que sale en Medicina no podemos darle mucha validez por el error muestral, pero con esta variable vemos que aproximadamente

---

<sup>532</sup> SOLER GÓMEZ, MD., "Formación de Enfermería en Cuidados Paliativos", en LÓPEZ IMEDIO.E, *Enfermería en cuidados paliativos*, Panamericana, Madrid, (1988) 357-361.

al 60% de alumnos de Enfermería y de Medicina le ha gustado o le gustaría hacer prácticas con enfermos terminales. Con el resto de carreras el porcentaje es inferior.

En enfermería, las respuestas son válidas estadísticamente pues por la cantidad de alumnos participantes hay un error muestral bajo, y este porcentaje es muy bueno, ya que estamos hablando de estudiantes de enfermería que van a prácticas desde 2º de Grado, que dichas prácticas son, normalmente, en centros de cuidados medios, geriátricos, medicina interna, etc., en dónde ven y atienden a persona al final de sus vidas y sus familiares, por lo tanto, han estado cerca de dicha realidad. Esta respuesta puede estar motivada por la necesidad de tener más conocimiento, para poder dar mejores cuidados de calidad.

*H.- Asociación de la variable "Me siento preparado para cuidar enfermos terminales desde el punto de vista emocional o psicológico" con la variable "Grado"*

(Tabla 62) El 52% de alumnos de Enfermería se siente preparado emocional y psicológicamente para cuidar a enfermos terminales y hay casi un 11% que no se siente preparado. Este dato es importante de conocer, porque se debe formar a los alumnos también en competencias emocionales para que puedan ejercer bien su trabajo. En un estudio centrado en alumnas de 3º de enfermería,<sup>533</sup> en el que en el marco de una asignatura de Cuidados Paliativos se analizan sus reflexiones sobre el proceso de morir, se apunta que hay un grado muy elevado de implicación emocional del estudiante de enfermería, en el cuidado del paciente moribundo, una gran capacidad para detectar problemas y preocupación por la excelencia, pero también hay una escasa preparación que le lleva a un afrontamiento ineficaz, con miedo e inquietud, lo que condiciona la calidad del cuidado que puede aportar. Y señala que "es necesario aprender a percibir la muerte como algo natural... y por lo tanto, la necesidad que hay de formación en tanatología y cuidados paliativos, pues se trata de forma escasa o de forma irregular en los planes de estudio".

---

<sup>533</sup> PROGRÁNYIVÁ, A., GARCÍA LÓPEZ, M.V., et al. "Reflexiones de los alumnos de Enfermería sobre el proceso de la muerte". *Enfermería Global*. N°33. (2014)133-144.

De los otros grados vemos que los que más se sienten preparados son los de Medicina y los que menos, los otros grados.

*I.- Asociación de la variable "Me siento preparado para cuidar enfermos terminales desde el punto de vista asistencial" con la variable "Grado"*

(Tabla 63 y Gráfico 39) En todos los grados se sienten preparados asistencialmente más del 70% de los alumnos para tratar enfermos terminales. Donde hay menos alumnos que se sientan preparados es en Psicología, que es solo el 50%. Recordemos que estos alumnos para poder trabajar como profesionales sanitarios deben de hacer un postgrado antes.

Ciertamente es un resultado a nuestro juicio bastante alto y poco real en todos los títulos. Una cosa es que se sientan y otra es que lo estén de verdad. Además, nos preguntamos por la incoherencia que hay entre "no estar satisfecho con la formación recibida" y a la vez "sentirte preparado para atender a los enfermos" como ocurre en el grado de psicología y con otros grados. Por eso no podemos analizar bien esta respuesta de los alumnos

*J.- Asociación de la variable "Me siento satisfecho con la formación recibida sobre la muerte, el morir y la atención a los enfermos terminales" con la variable "Grado"*

(Tabla 64 y Gráfico 40) Hay diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción sobre la formación recibida sobre la muerte, el morir y los enfermos terminales en los alumnos de los diferentes grados. Nos fijamos en la satisfacción de Enfermería que es la más válida estadísticamente y el 65% de los alumnos están satisfechos, solo hay un 10% que dice no estar satisfecho.

La satisfacción en Medicina es muy alta 83%, a pesar de estar en 3º curso, y la satisfacción de los alumnos de Psicología es muy baja: solo el 13,8% está satisfecho y el 55,2% dice no estarlo, también es baja en otros grados. Es coherente con las respuestas que han dado sobre la poca formación que reciben.

*K.- Asociación de la variable "Satisfacción General con la formación recibida en esta área" con la variable "Grado"*

(Tabla 65 y Gráficos 41 y 42) Esta variable de satisfacción general es el resultado de las cuatro variables anteriores (gusto por realizar prácticas con

enfermos terminales, dos preguntas de sentimiento de preparación y una de satisfacción) Creemos que esta variable mide mejor la satisfacción, y así se ha reducido bastante en todos los grados, y se ven aún mejor las diferencias:

Por un lado, están Enfermería (42,8% está satisfecho) y Medicina (64,7%)

Por otro, Psicología (17,2) y otros grados con el (18,8%)

No queda duda de que hay que mejorar la formación sobre la muerte, el morir y la atención al final de la vida pues en enfermería sólo el 42% de los alumnos están satisfechos

### 8.1.9 Perspectivas para el futuro (sólo alumnos de 3º o 4º)

#### *A.- Asociación de la variable "Deseo trabajar en el futuro con enfermos en situación terminal" con la variable "Grado"*

(Tabla 67 y Gráfico 42) Aunque parece que el deseo de trabajar en esta área del final de la vida es bajo, pues solo el 37,6% de la población total dice que mucho o bastante, la realidad es que sólo dicen que "no desean nada" o "desean poco" el 22,8 %. Luego el 78% está abierto a trabajar con ellos.

Enfermería es la titulación que muestra más deseo, el 46% de alumnos que desean (bastante o mucho) trabajar en un futuro con estos pacientes, y sólo el 14,4% dice que lo desea poco o no lo desea nada. La diferencia con el resto de títulos es estadísticamente significativa y la razón de esto radica en que Enfermería tiene claro que el objetivo de su trabajo es la persona, sea cual sea la situación en la que se encuentre, el cuidado de la misma. Los Cuidados Paliativos son eso, cuidados, que cada día están más a la par como objetivo sanitario que el "curar", dado el envejecimiento de la población y al hecho de que la mayoría de enfermedades no son curables. Los menos le gustaría son "Otros Grados" con tan sólo un 24,6% de alumnos que dicen que le gustaría trabajar (bastante o mucho) con enfermos terminales y el 33,8% que no le gustaría (poco o nada)

El poco deseo de trabajar en este ámbito es normal. En una sociedad como la nuestra que oculta la muerte y huye de sufrimiento, es lógico que trabajar con enfermos terminales no sea lo preferido por los estudiantes de CCSS. A pesar de eso, en todas las subpoblaciones de los Grados hay al menos casi un 25% de personas que dice gustarle bastante o mucho trabajar con ellos.



*B.- Asociación de la variable "Pienso recibir formación en Cuidados Paliativos en el futuro" con la variable "Grado"*

(Tabla 68 y Gráfico 43) Respecto a la perspectiva de seguir formándose en Cuidados paliativos, los estudiantes de Medicina dicen que sí en un alto porcentaje (77,8), pero no se pueden establecer comparaciones con los otros grados ya que estos alumnos están en 3° de grado y aún le queda por cursar la asignatura de Medicina Paliativa y a lo mejor se referían a esa.

Pero es muy importante que casi el 60 % de alumnos de Enfermería diga que sí, que piensa seguir recibiendo formación en Cuidados Paliativos. Hay una diferencia significativa con los estudiantes de Otros Grados que sólo dicen que sí el 17% a pesar de no estar satisfechos con la formación recibida hasta ahora. Esto vuelve a poner de manifiesto que la vocación intrínseca de enfermería es el cuidado de la persona, y pone también en evidencia el deseo de querer hacerlo bien, su nivel de exigencia, su búsqueda de la excelencia. Esta es la única subpoblación de nuestro estudio que ha recibido una formación reglada en Cuidados Paliativos y son los únicos que quieren seguir formándose. ¿Paradójico?

En Psicología lo piensa hacer el 34%, y el 17% dan un No por respuesta, no dejan duda, con lo que es el porcentaje más alto de negación de formación en este ámbito. En Otros Grados, sólo el 17% de los alumnos dice que piensa formarse en Cuidados Paliativos. La razón de este índice tan bajo es la misma que hemos señalado en la anterior variable: nuestra sociedad tiende a alejarse de la muerte, existe un no querer pensar en la muerte, una 'necesidad' de que ésta desaparezca, como si esto fuera posible, y los profesionales sanitarios no son distintos. De ahí la necesidad de que sea en la formación de pregrado de todas las carreras sanitarias, donde se realice la formación en Cuidados Paliativos, porque lo que no se conoce no se puede amar y, además, porque es muy probable que no sigan formándose en el postgrado nada más que aquellos que están muy vacacionados.

CONCLUSIONES SOBRE LA FORMACIÓN, PREPARACIÓN Y SATISFACCIÓN

- *En todas las variables relativas a la formación sobre la muerte y el final de la vida (los cuidados paliativos), como la satisfacción, el sentirse preparado para atenderlos, el deseo de trabajar con enfermos terminales, la satisfacción por la formación recibida hay diferencias significativas entre los grados de Medicina y enfermería por un lado y resto de titulaciones por otro. Diferencias lógicas*

*por la mayor implicación que estos profesionales tienen. Los valores son siempre bastante más positivos en estas titulaciones*

- *El tema de la muerte está prácticamente ausente de la formación de los alumnos, solo se ve tangencialmente en alguna asignatura de carácter social o humanista como bioética. En las asignaturas clínicas está ausente.*
- *Los alumnos de todas las titulaciones atribuyen mucha importancia a los Cuidados Paliativos´*
- *Al 60 % de los alumnos de enfermería le ha gustado atender en las prácticas a enfermos en situación terminal.*
- *El 52% de alumnos de Enfermería se siente preparado emocional y psicológicamente para cuidar a enfermos terminales. Hay casi un 11% que no se siente preparado*
- *Más del 77% de los alumnos de enfermería se siente preparado desde el punto de vista asistencial para atenderlos*
- *En todos los grados los alumnos se sienten mejor preparados asistencial que emocionalmente*
- *El 65% de los alumnos de enfermería se siente satisfecho con la formación recibida y el 11 % no se siente satisfecho*
- *El 13,8 de los alumnos de psicología se siente satisfecho y el 31% se siente insatisfecho con la formación recibida*
- *La satisfacción general (que tiene en cuenta 4 variables; satisfacción formación, sentimientos de preparación emocional y asistencial, y el gusto por hacer prácticas baja a 42,8 en enfermería y 17,2 en psicología. Esto indica que hay que intentar mejorar la formación especialmente en habilidades comunicativas y competencia emocional.*
- *Al 46% de alumnos de enfermería le gustaría trabajar con enfermos en fase terminal, en el resto de titulaciones el deseo es muy bajo, incluida medicina*
- *El 60 % de los alumnos de enfermera piensan seguir recibiendo formación en Cuidados Paliativos.*

## 8.2 RESULTADOS DE LAS ASOCIACIONES ENTRE LAS VARIABLES DEPENDIENTES ENTRE SI

Igualmente, que la discusión y comentarios sobre los resultados del análisis estadístico descriptivo, este apartado se va a realizar en base a los resultados más significativos obtenidos de las asociaciones e interrelaciones entre las variables analizadas.

### 8.2.1 Correlaciones entre las 4 escalas de opinión relativas al “derecho del paciente a ser informado”, al “uso de la analgesia y la LET”, a “la dignidad humana” y a “la eutanasia y una muerte digna”.

Como indica la Tabla 69, tras ver si en los alumnos de 4º curso se daba algún tipo de relación lineal entre las cuatro variables relativas a las opiniones: “derecho del paciente a ser informado”, al “uso de la analgesia y la LET”, a “la dignidad humana” y a “la eutanasia y una muerte digna”, el coeficiente de correlación de Pearson ha puesto especialmente de manifiesto que existe una relación positiva y estadísticamente significativa entre la puntuación obtenida por los individuos en la escala sobre la dignidad humana y la escala de opiniones sobre la eutanasia y la muerte digna: alumnos que presentan valores mayores, es decir, opiniones más correctas sobre la dignidad humana, presentan también opiniones más correctas en relación a la eutanasia y la muerte digna, o sea valores mayores en esta variable. Además, esta relación se observa tanto en el conjunto de la muestra, como si se consideran submuestras en función del Grado o del curso del alumno.

Esta asociación es importante, porque demuestra que cuando no se tiene un buen concepto de la dignidad humana es fácil ser favorable a la eutanasia y nos indica y alienta en el esfuerzo de reforzar la educación en Antropología y Ética, con el fin de ayudar a nuestros alumnos a discernir el bien y a contrarrestar la fuerte presión cultural del momento, favorable a la eutanasia. La verdadera urgencia formativa es la urgencia antropológica.<sup>534</sup>

---

<sup>534</sup> Cfr. ORTIZ, E., “Una antropología para Europa. La verdad sobre el hombre”, *Diálogos Almudí*. <https://www.almudi.org/articulos/7512-Una-antropologia-para-Europa-Eduardo-Ortiz-Dialogos-Almudi-2005-> Fecha de consulta: 30/06/2017; ORTIZ, E.,

### 8.2.2 Asociación de la variable “tener un familiar fallecido por enfermedad terminal” con las tres variables “actitudes ante la eutanasia, el suicidio asistido y participar en la eutanasia a un familiar”.

1.- No se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre haber perdido o no a alguien muy próximo y querido tras enfermedad terminal con sufrimientos, y el hecho de ser más o menos favorable a la eutanasia.

2.- Sí se encuentra asociación de esta circunstancia (haber perdido a un familiar tras una enfermedad terminal) y el hecho de ser favorable o no al suicidio asistido:

- Quienes no han perdido a un familiar o amigo a causa de una enfermedad irreversible y con sufrimiento, están a favor del suicidio asistido (59,77%), frente a quienes no lo están (38,67%).
- Por otra parte, quienes han perdido a un ser querido por una enfermedad terminal, son favorables al suicidio asistido (49,15%) y no son favorable al suicidio asistido el 45,76%. Hay una relación equilibrada.

Lógicamente la experiencia de pasar por la pérdida de un ser querido tras una enfermedad terminal, puede influir en nuestras opiniones subjetivas. Según haya sido la experiencia de dolorosa o soportable, según hayamos tenido ayuda o no, ... Aquí influyen muchísimos factores. Esta asociación no es extraña.

3.- No se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre quienes han perdido a alguien próximo y querido tras una enfermedad terminal o no, con el hecho de estar dispuesto o no, a participar en la eutanasia a un familiar que nos la pide.

### **8.2.3 Asociación de las tres variables de actitudes ante (la eutanasia, el suicidio asistido y participar en la eutanasia a un familiar) con las 5 variables espirituales y religiosas (Nivel Espiritualidad; Creer en la vida después de la muerte, Auto definición religiosa, Frecuencia de misa y Nivel de Religiosidad).**

En las Tablas 72A a 72E se puede observar cómo los correspondientes contrastes estadísticos muestran que la actitud ante la eutanasia está relacionada con las cinco variables de carácter espiritual y religioso:

- Cuanto más espiritual se considera la persona, tiene una actitud menos favorable a la eutanasia, al suicidio asistido y a colaborar en la eutanasia de un familiar, y viceversa.
- Cuanto más se cree que existe una vida tras la muerte menos favorable se es a la eutanasia, al suicidio asistido y a colaborar en la eutanasia; y viceversa.
- Los católicos son menos favorables a la eutanasia, al suicidio asistido y a colaborar en la eutanasia, que las otras cuatro posibilidades de definirse (Creyentes en otra religión, no creyentes ateos, otros).
- Cuanto más religiosa se considera la persona, menos favorable es a la eutanasia, al suicidio asistido y a colaborar en la eutanasia; y viceversa.
- A mayor frecuencia de práctica religiosa, menos favorable se es a la eutanasia, al suicidio asistido y a colaborar en la eutanasia; y viceversa.

Esta asociación era algo que suponíamos, pero ahora queda demostrado estadísticamente. No es lo mismo que una persona crea en Dios que no crea, y no es lo mismo si además de creer tiene trato con Él en la oración u oficios religiosos, que si no los tiene. Esto no significa que los no creyentes no sepan o no puedan respetar la vida humana y reconocer su excelsa dignidad, no. El valor de la vida humana y su inviolabilidad, puede ser reconocido por cualquier hombre gracias a su capacidad racional, a la ley moral natural y a su conciencia, pero actualmente se les hace más difícil por la crisis antropológica y ética en la que vivimos, donde la moral imperante es el subjetivismo. Creer en Dios supone aceptar una moral objetiva, donde el bien y el mal no es el sujeto el que lo decide, pues de eso ya se ha encargado Dios. Por eso es mucho más fácil para un creyente respetar la vida

humana cuando ésta está desahuciada y sufriente: tiene una norma interior que le dice “no matarás”.

#### **8.2.4 Asociación de la variable “Opinión sobre la eutanasia y la muerte digna” con las tres variables de actitudes ante (la eutanasia, el suicidio asistido y participar en la eutanasia a un familiar).**

También hemos estudiado si existe relación entre la puntuación media que los alumnos obtienen en la variable “Opinión sobre la eutanasia y la muerte digna” y el que sea favorable o no a la eutanasia, el suicidio asistido y a participar en la eutanasia a un familiar, y hemos encontrado que sí. En las Tablas 75A, 75B y 75C, y en el Gráfico 44 se pueden ver los resultados.

Existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación obtenida en la variable que mide la opinión (a mayor puntuación, significa opinión más correcta) y el ser más o menos favorable a la eutanasia, al suicidio asistido y a colaborar en la eutanasia.

Cuanto mayor es la puntuación media, menos favorable se es a las tres actitudes y viceversa. O sea, a opiniones más correctas desde el punto de vista ético menos favorable es la persona a la eutanasia, el suicidio asistido y a participar en ellos. (Gráfico 44).

Alienta a seguir insistiendo en la formación ética, pues están relacionadas.

#### **8.2.5 Asociación de la variable “actitud ante la eutanasia” con las 5 variables de actitudes ante la muerte: “Miedo a la muerte”, “Evitación de la muerte”, “Acercamiento a la muerte”, “Escape de la muerte” y “Aceptación neutral de la muerte”.**

Al estudiar posibles asociaciones entre ser favorable o no a la eutanasia o al suicidio asistido, con las actitudes ante la muerte, hemos encontrado que no existen. Sólo aparecen con el test de Kruskal-Wallis diferencias estadísticamente significativas en la variable “Acercamiento a la muerte”. (Tabla 76).

Recordamos que esta variable la “*Aceptación de acercamiento*” está relacionada con “la visión de la muerte como la puerta hacia una vida feliz después de la misma”. *Está influenciada por las creencias religiosas, por las creencias en*

*Dios, y en la existencia de un lugar mejor después de la muerte, que conllevaría a una vida más feliz que esta vida terrenal.*

En los test estadísticos se obtiene que “quienes son favorables a la eutanasia” presentan un valor de “Acercamiento a la muerte” menor que quienes son “contrarios”, o sea los que son favorables a la eutanasia creen menos, no ven la muerte como la puerta hacia una vida feliz después de la misma. (Gráfico 46).

Refuerza nuestra hipótesis de la parte teórica, de que la lucha contra la eutanasia pasa por la evangelización, por el anuncio de Jesucristo.

#### **8.2.6 Asociación de la variable “actitud ante la eutanasia” con las variables “Satisfacción general con la formación” y “deseo trabajar en su futuro laboral con enfermos en situación terminal de enfermedad” en lo estudiantes de 4° de Enfermería.**

No existe asociación estadística entre la mayor o menor satisfacción general con la formación recibida y el ser más o menos favorable a la eutanasia, ni en la población general ni en el grupo específico de 4° de Enfermería.

Del mismo modo, no existe asociación estadística entre la mayor o menor deseo de trabajar en un futuro con enfermos terminales y el ser más o menos favorable a la eutanasia, ni en la población general ni en el grupo específico de 4° de Enfermería.

#### **8.2.7 Asociación de la variable “actitud ante la eutanasia” con la variable “Ha tratado el tema de los Cuidados Paliativos” en lo estudiantes de 4° de Enfermería.**

No existe relación estadística entre la actitud hacia la eutanasia y el hecho de haber tratado el tema de Cuidados Paliativos en los estudiantes de 4° de Enfermería.

Este resultado nos ha sorprendido un poco porque creíamos que el hecho de haber sido formados en Cuidados Paliativos era otra forma de frenar, de combatir el avance de la eutanasia. Habría que investigar más y mejor esta asociación pues en nuestra muestra puede no haber quedado clara la pregunta y han contestado sí, tanto el que ha hecho la asignatura voluntaria de cuidados paliativos como el que

no la ha hecho, pero ha tratado el tema en otras asignaturas transversalmente. Lógicamente no tiene la misma validez la respuesta de uno y la de otro.

**8.2.8 Asociaciones de la variable “logro de sentido de la vida (PIL)” con la variable “actitud ante la eutanasia” y con la variable “deseo trabajar en su futuro laboral con enfermo en situación terminal de enfermedad”.**

No se encuentra asociación entre la puntuación obtenida en el test de PIL (que mide el logro de sentido alcanzado) y una actitud favorable o desfavorable a la eutanasia.

No se encuentra tampoco asociación entre la puntuación obtenida en el test de PIL (que mide el logro de sentido alcanzado) y el deseo de trabajar en el futuro con enfermos terminales.

**8.2.9 Asociaciones de la variable “deseo de trabajar en su futuro laboral con enfermos en situación terminal” con la variable “Nivel Espiritualidad; Auto definición religiosa, Frecuencia de misa y Nivel de Religiosidad”.**

No se han encontrado asociaciones entre las variables espirituales y religiosas y “deseo de trabajar en su futuro laboral con enfermos en situación terminal” (Tabla 77, 77B).

**8.2.10 Asociaciones de la variable “deseo de trabajar en su futuro laboral con enfermos en situación terminal” con las 5 variables de actitudes ante la muerte: “Miedo a la muerte”, “Evitación de la muerte”, “Acercamiento a la muerte”, “Escape de la muerte” y “Aceptación neutral de la muerte”.**

Se ha estudiado también, en toda la muestra y exclusivamente en alumnos de 4º de Enfermería, las posibles asociaciones existentes entre las cinco actitudes ante la muerte y el deseo de trabajar en un futuro con enfermos terminales. Se han encontrado las siguientes asociaciones:

- Con la “actitud de miedo”: los alumnos de todos los títulos con mayor puntuación media en la actitud de miedo a la muerte, no desean trabajar con enfermos terminales. (Tablas 78, 80).



- Con la "actitud de evitación de la muerte": los alumnos de todos los títulos con mayor puntuación media en la actitud de evitación de la muerte, no desean trabajar con enfermos terminales. (Tablas 79, 81).
- Con la "actitud de aceptación de la muerte de forma neutral", los alumnos de 4º de Enfermería con puntuación media alta en esta actitud, sí desean trabajar con enfermos terminales. (Tablas 79, 81).

Estas asociaciones son coherentes, quien tiene miedo a la muerte y quien además la rechaza y la evita, es lógico que no quiera trabajar con enfermos terminales. Y es alentador que los que tienen una actitud neutral, (actitud por la que hay el temor normal ante la muerte, pero también hay aceptación ante su posible llegada, aceptándola como un hecho natural, como un hecho innegable de la vida) quieran trabajar con estos enfermos.

Ya comentamos en el marco teórico cómo las actitudes de miedo y rechazo pueden ser cambiadas con formación adecuada ya que muchas veces se deben a falta de conocimiento real.



**RECAPITULACIÓN SOBRE RESULTADOS, DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.**

Dado el volumen de variables analizadas y la cantidad de resultados obtenidos que generan tal suma de interpretaciones y deducciones, al final del presente apartado hacemos una concreción y recapitulación de los mismos.

**“Opiniones y Actitudes de los alumnos sobre cuestiones éticas relativas al final de la vida”.**

Los alumnos de los Grados de Ciencias de la Salud de la UCAM muestran tener conocimientos éticos aceptables, aunque mejorables, en cuestiones relativas al final de la vida. Cuestiones tales como el “Derecho del paciente a la información”, “El uso de la analgesia y la limitación del esfuerzo terapéutico” y “La dignidad humana”. En estas cuestiones los alumnos del 4º curso dan respuestas más correctas que los alumnos de 1º, lo que es esperable pues han recibido formación Bioética. Sin embargo, en la cuestión de la eutanasia y de la muerte digna, las opiniones reflejadas por los alumnos de cuarto son éticamente más incorrectas que en los alumnos de primero.

Los porcentajes de alumnos de CCSS partidarios a la eutanasia son elevados, con un 72,4%, aunque inferiores a los jóvenes de su edad en la población general (80,7%). Los alumnos de 4º curso son más favorables que los de 1º, como ocurre en la población general en este tramo de edad. El suicidio asistido, aunque tiene menos alumnos favorables, presenta las mismas características que la eutanasia siendo más favorables también los alumnos de 4º.

Las opiniones más frecuentemente referidas para la solicitud de eutanasia son el “dolor físico insoportable” y el “suponer una carga para la familia”, esta última por alumnos de 4º de enfermería. Y la opción prioritaria a ofrecer al enfermo que la solicite es el “control y alivio de los síntomas”.

Consideramos que las opiniones y actitudes tan favorables a la eutanasia no son opiniones meditadas, ni pensadas, sino más bien opiniones influenciadas por la ideología imperante y asumidas pasivamente, pues resultan contradictorias con las opiniones que muestran relativas a las condiciones para morir en paz, donde priorizan el hecho de que “su vida haya tenido sentido” y “sentirse cerca de sus seres queridos”, y consideran en último lugar, y muy pocos alumnos, el hecho de “disponer de ayuda para morir”.

A pesar de recibir formación antropológica, ética y bioética, los alumnos opinan sobre la eutanasia como el resto de jóvenes españoles en sus tramos de edad, aunque son un poco menos favorables; lo que viene a significar que no son “adoctrinados” en la Universidad Católica, y que siguen siendo libres de pensar como juzguen conveniente, aunque sea erróneamente.

#### **“Condiciones para morir en paz”**

Las condiciones que los alumnos consideran más importantes para morir en paz son que “su vida haya tenido sentido” y “sentirse cerca de sus seres queridos”. La última condición en orden de importancia para todos los alumnos es “Disponer de ayuda para morir”.

Los alumnos de 4º del Grado de Enfermería opinan, exclusivamente, como 2ª condición el “no ser una carga para la familia”.

En la consideración de proximidad a los seres queridos como valor fundamental para morir en paz, se encuentra coincidencia con estudios de características similares

#### **“Logro del sentido de la vida (PIL)”**

Los estudiantes de nuestra muestra tienen un logro de sentido de la vida alto según el test logo terapéutico PIL. 67,7 alcanzan puntuación dentro del “Logro de sentido alto”, lo que significa que han descubierto un sentido en la vida, tiene un propósito, una meta en la vida, un por qué y para qué vivir...

Los alumnos de 4º tienen un logro de sentido mayor que los alumnos de 1º. Se obtiene el mismo resultado en estudios similares y lo atribuyen a diferencias psicosociales evolutivas.

#### **“Actitudes ante la muerte (PAM-R)”**

La actitud ante la muerte prioritaria, con puntuaciones más altas, en los alumnos de nuestro estudio es la “actitud de aceptación neutral”, lo que significa que no la buscan, pero tampoco la temen: la aceptan de forma natural. Presentan en segundo lugar puntuaciones altas en la “actitud de acercamiento” relacionada con la visión de la muerte como la puerta hacia una vida feliz después de la misma, que se vincula con factores religiosos. Las puntuaciones más bajas se corresponden con la “actitud de escape”, lo que significa que no ven la muerte como una forma de escapar de una existencia dolorosa. Presentan

también, aunque en bastante menos intensidad, “actitud de miedo ante ella” y “actitud de evitación”.

Los alumnos de 1º presentan una “actitud de acercamiento” estadísticamente superior que los de 4º, debido a su actitud espiritual y religiosa mayor.

#### **“Espiritualidad y religiosidad”**

Los alumnos de CCSS de la UCAM, son proporcionalmente más religiosos que lo que arrojan los datos de la juventud española: hay un porcentaje mayor de católicos y un menor porcentaje se declaran “ateos”.

Los alumnos de CCSS de la UCAM que se declaran católicos, son más practicantes que los católicos españoles mayores de 18 años y, en consecuencia, bastante más que la generalidad de los jóvenes españoles.

Los alumnos de 4º curso se describen en relación con los de 1º como menos religiosos, menos espirituales y creen menos en la vida después de la muerte que ellos. Este hecho es coherente con los datos que arrojan otros estudios poblacionales con jóvenes en los mismos tramos de edad.

#### **“Formación, preparación y satisfacción de los alumnos”**

El tema de la muerte está prácticamente ausente de la formación de los alumnos; sólo se ve tangencialmente en alguna asignatura de carácter social o humanista como Bioética. Por las contestaciones dadas por los alumnos, en las asignaturas clínicas está ausente

El tema de los cuidados paliativos está un poco más presente en la formación de los profesionales sanitarios, pero de una manera tangencial en asignaturas de corte social o humanista, a excepción de Enfermería y Medicina.

Aunque los alumnos de todas las titulaciones atribuyen mucha importancia a los Cuidados Paliativos, son los alumnos de los Grados de Enfermería y de Medicina los que están más interesados en formarse, más satisfechos con la formación recibida y desean más trabajar con enfermos terminales.

En el Grado de Enfermería, al 60 % de los alumnos le ha gustado atender en las prácticas a enfermos en situación terminal; el 52% se siente preparado emocional y psicológicamente para cuidar a enfermos en fase terminal, (11% no se siente); más del 77% de los alumnos del Grado de Enfermería se siente preparado desde el punto de vista asistencial para atenderlos, el 65% está satisfecho con la formación recibida y un 11 % no lo está.

**ASOCIACIONES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS EN NUESTRA MUESTRA****“Opiniones sobre la Eutanasia” y “Opiniones sobre la Dignidad humana”**

Los alumnos que presentan opiniones más correctas sobre la dignidad humana (valores mayores), presentan también opiniones más correctas en relación a la eutanasia y la muerte digna (valores mayores). La relación se observa tanto en el conjunto de la muestra como en las submuestras en función del Grado o del curso del alumno.

**“Actitud ante la eutanasia” y “Actitud de acercamiento ante la muerte”**

Los que son partidarios a la eutanasia presentan en el test de actitudes ante la muerte -PAM-R- un valor de “Acercamiento a la muerte” menor que quienes son “contrarios”. (O sea, los que son favorables a la eutanasia creen menos en Dios, y en la existencia de una vida feliz después de la muerte).

**“Actitud ante la eutanasia” y “Variables espirituales y religiosas”**

La actitud ante la eutanasia se asocia estadísticamente de forma significativa con las cinco variables de carácter espiritual y religioso estudiadas: espiritualidad, creer en la vida tras la muerte, religiosidad, ser católico, y ser practicante. De modo que cuanto mayor sean estas actitudes espirituales y religiosas, menos favorable se es a la eutanasia y viceversa: cuanto menos espiritual y religioso se es, se es más favorable a la eutanasia.

**“Actitud ante la eutanasia” y “Opiniones sobre la eutanasia y la muerte digna”**

Existe asociación estadística entre la corrección o incorrección ética de las opiniones que se tienen sobre la eutanasia y la muerte digna, y el ser más o menos favorable a la eutanasia, al suicidio asistido y a participar personalmente en la eutanasia a un familiar. Cuanto más éticamente correctas son las opiniones, menos favorable se es a las prácticas eutanásicas.

**“Deseo de trabajar en el futuro con enfermos terminales” y “otras variables”**

El mayor o menor deseo de trabajar en un futuro con enfermos terminales no tiene asociaciones estadísticas con ser más o menos favorable a la eutanasia, ni con la mayor o menor satisfacción general con la formación recibida, ni con el logro de sentido de la vida alcanzado, ni con la variable Espiritualidad; Autodefinición religiosa, Frecuencia de misa y Nivel de Religiosidad”.

**“Deseo de trabajar con enfermos terminales” y “actitudes ante la muerte”**

El deseo de trabajar en un futuro con enfermos terminales tiene asociaciones estadísticas significativas con 3 actitudes ante la muerte: Los alumnos con puntuaciones altas en las actitudes de "miedo ante la muerte" y de "evitación de la muerte" no desean trabajar con enfermos terminales.

Los alumnos de 4° de Enfermería con puntuación media alta en la "actitud de aceptación neutral", sí desean trabajar con enfermos terminales.





## Capítulo IX. CONCLUSIONES



- I. El tema de “la Muerte” está prácticamente ausente de la formación de los alumnos; sólo se ve tangencialmente en alguna asignatura de carácter social o humanista como Bioética.
- II. Aunque los alumnos de todas las titulaciones atribuyen mucha importancia a los Cuidados Paliativos, el tema está poco presente en su formación, aunque algo más que el de la muerte, pero de una manera también tangencial en asignaturas de corte social o humanista, a excepción de Enfermería y Medicina, que tiene asignaturas específicas; siendo estos dos Grados los que están al mismo tiempo más interesados en formarse, más satisfechos con la formación recibida y desean más trabajar con enfermos en fase terminal
- III. La actitud ante la muerte prioritaria en los alumnos es la “actitud de aceptación neutral”, lo que significa que no la buscan pero tampoco la temen: la aceptan de forma natural; presentan también “actitud de acercamiento”, es decir, ven la muerte como la puerta hacia una vida feliz después de la misma, lo que se vincula con factores religiosos; no ven la muerte como una forma de escapar de una existencia dolorosa; y presentan también, aunque en bastante menos intensidad, “miedo ante ella” y “la evitan”. Los alumnos de 1º presentan una “actitud de acercamiento” estadísticamente superior que los de 4º, motivado por tener una actitud espiritual y religiosa mayor.
- IV. Dadas las diferencias significativas existentes entre los diferentes grados, no podemos sacar conclusiones generales de los estudiantes de CCSS ante los enfermos terminales, debemos hacerla particularizada. En todas aquellas variables estudiadas en los alumnos de 4º curso, (las variables relativas a la formación recibida, la satisfacción por la misma, el sentirse preparados para atender a enfermos terminales, el deseo de trabajar con ellos en el futuro) los resultados obtenidos son significativamente mayores en los grados de Medicina y Enfermería, por un lado, y el resto de titulaciones por otro. Diferencias lógicas por la mayor implicación que estos profesionales tienen con la enfermedad terminal.
- V. Los alumnos del Grado de Enfermería al acabar su carrera tienen una actitud favorable hacia los enfermos terminales pues al 57% le ha gustado mucho o bastante atenderlos en prácticas. El 60% piensan seguir recibiendo formación en Cuidados Paliativos y el 46% desea también mucho o bastante trabajar

con ellos en el futuro. Sólo el 14 % no desea hacerlo. En el resto de titulaciones el deseo de trabajar con ellos es menor, incluido el grado de medicina.

- VI. La satisfacción por la formación recibida es la siguiente: El 65% de los alumnos de enfermería se siente satisfecho con la formación recibida y el 11 % no se siente satisfecho. En Psicología por el contrario se siente satisfecho sólo el 13,8% de los alumnos y el 55,2% se sienten poco o nada satisfecho. Los resultados obtenidos en cuanto a la sensación de estar preparados para atender a los enfermos terminales son mayores, pues el 77% de los alumnos de 4º de enfermería se siente bastante o muy preparado para atenderlos desde el punto de vista asistencial, frente al 3,3% que se siente poco; y el 52% se siente mucho o bastante preparado emocional y psicológicamente para cuidar de ellos, y hay sólo un 11% que no se siente preparado.
- VII. En nuestra muestra, el deseo de trabajar en un futuro con enfermos terminales:
- No tiene asociaciones estadísticas ni con la mayor o menor satisfacción general con la formación recibida, ni con el logro de sentido de la vida alcanzado, ni con las variables de religiosidad, ni con ser más o menos favorable a la eutanasia.
  - Está asociado estadísticamente de forma negativa a las actitudes de “miedo ante la muerte” y “evitación de la muerte”
  - En los alumnos de 4º de Enfermería se observa una asociación positiva con la actitud de aceptación de la muerte neutral.
- VIII. Los alumnos de CCSS de la UCAM, son proporcionalmente más religiosos que lo que arrojan los datos de la juventud española: hay un porcentaje mayor de católicos y un menor porcentaje se declaran “ateos”. Los que se declaran católicos, son más practicantes que la generalidad de los jóvenes españoles. Los alumnos de 4º curso se describen en relación con los de 1º, como menos religiosos, menos espirituales y creen menos en la vida después de la muerte, como ocurre en la población general en ese tramo de edad.
- IX. Los estudiantes de la muestra analizada tienen un logro de sentido de la vida alto, según el test logro terapéutico PIL. El 67,7 % alcanzan puntuación dentro del “Logro de sentido alto”, lo que significa que han descubierto un sentido en la vida, tiene un propósito, una meta en la misma, un por qué y un para

qué vivir..., encontrando en los alumnos de 4° un valor medio de logro de sentido mayor que en los alumnos de 1°.

- X. En relación a la repercusión de la formación ética recibida por los alumnos de los Grados de Ciencias de la Salud de la UCAM se observan conclusiones dispares pues si bien en cuestiones tales como el “Derecho del paciente a la información”, “El uso de la analgesia y la limitación del esfuerzo terapéutico” y “La dignidad humana”, los alumnos de 4° curso dan respuestas más correctas que los alumnos de 1°, sin embargo, sobre eutanasia y muerte digna, las opiniones reflejadas por los alumnos de cuarto son éticamente más incorrectas que en los alumnos de primero. También hay diferencias estadísticamente significativas entre los grados, siendo los alumnos de psicología los más favorables a las prácticas eutanásicas.
- XI. En nuestra muestra, los porcentajes de alumnos de CCSS partidarios a la eutanasia son elevados, (72,4%), aunque inferiores a los jóvenes de su edad en la población general (80,7%). Los alumnos de 4° curso son más favorables que los de 1°, como ocurre en la población general si tenemos en cuenta el tramo de edad en el que se encuentran. El suicidio asistido, aunque tiene menos alumnos favorables, presenta las mismas características que la eutanasia, siendo también más favorable al mismo los alumnos de 4°.
- XII. Las opiniones más frecuentemente referidas para la solicitud de eutanasia son el “dolor físico insoportable” y el “suponer una carga para la familia”, (esta última por alumnos de 4°), siendo la respuesta prioritaria de ofrecer al enfermo que solicita la eutanasia el “control y alivio de los síntomas, seguida de “darle apoyo emocional”. Del total de la muestra, sólo 23 alumnos de 1° y 15 alumnos de 4° señalan como respuesta ante el enfermo que la pide, el aplicarle la eutanasia (5, como primera opción, y 33, como segunda opción, de un total de 492 alumnos)
- XIII. A pesar de haber recibido formación antropológica, ética y bioética, los alumnos de la muestra parecen opinar sobre la eutanasia, como el resto de jóvenes españoles en sus tramos de edad, aunque son un poco menos favorables; lo que viene a significar que no son “adoctrinados” en la Universidad Católica, y que siguen siendo libres de pensar como juzguen conveniente, aunque sea erróneamente.

- XIV. Las condiciones que los alumnos consideran más importantes para morir en paz son "haber tenido un sentido de la vida" y "sentirse cerca de los seres queridos; siendo la última condición en orden de importancia, para todos los alumnos de todos los grados y cursos, el "disponer de ayuda para morir".
- XV. Se observan contradicciones entre "las opiniones y actitudes tan favorables ante la eutanasia" y los resultados obtenidos en otras dos variables de la investigación:: la "respuesta que hay que dar a quien pide la eutanasia", (en la que de un total de 492 alumnos, sólo 5 han elegido como 1ª opción, y 33, como 2ª opción, el "aplicarle la eutanasia") y "las condiciones para morir en paz" (donde de 11 condiciones propuestas, la opción, "disponer de ayuda para morir" es la menos elegida en todos los grados, cursos y sexo), por lo que consideramos que las opiniones y actitudes tan favorables a la eutanasia no son opiniones meditadas, ni asumidas racionalmente, sino más bien opiniones influenciadas por la ideología imperante en nuestra sociedad, asumidas pasivamente.
- XVI. Se debe seguir insistiendo, sin desaliento, en la formación bioética pues existe asociación estadística entre la corrección o incorrección ética de las opiniones que se tienen sobre la eutanasia y la muerte digna, y el ser más o menos favorable a la eutanasia, al suicidio asistido y a participar personalmente en la eutanasia a un familiar. Cuanto más correctas desde el punto de vista ético son las opiniones, menos favorable se es a las prácticas eutanásicas, según esta investigación. Sólo a través de la formación podemos cambiar las opiniones incorrectas, siempre que haya una apertura a la verdad por parte del discente.
- XVII. La formación antropológica debe ser una prioridad, pues hemos visto en el estudio que los alumnos que presentan opiniones más correctas sobre la dignidad humana, presentan también opiniones más correctas en relación a la eutanasia y la muerte digna.
- XVIII. La evangelización es el arma fundamental en la lucha contra la eutanasia pues, la actitud ante la eutanasia se asocia estadísticamente de forma negativa con "la espiritualidad", con "creer en la vida tras la muerte", con la "religiosidad", con "ser católico" y con "ser practicante", de forma que, a mayores actitudes espirituales y religiosas, menos favorable se es a la eutanasia, y viceversa.

## 9. 2 CONCLUSIONES GENERALES.

I. La enfermedad en fase terminal y la muerte próxima afectan tanto a las personas que las padecen como a los miembros de su familia, ocasionando múltiples sufrimientos físicos, psicológicos, espirituales y sociales, por lo que ambos, familia y enfermo, necesitan ser atendidos conjuntamente. La familia por ser el núcleo fundamental de apoyo al enfermo necesita ser ayudada y sostenida.

II. En la actualidad existen múltiples factores que hacen más difícil que en épocas anteriores sobrellevar la situación de sufrimiento que supone una enfermedad incurable y la muerte próxima:

- La ocultación individual y social de la muerte.
- El vivir inmersos en una sociedad secularizada y materialista basada en el bienestar, donde el sufrimiento y la muerte resultan carentes de sentido.
- El gran desarrollo de la tecnología médica que, si bien permite curar muchas enfermedades, lleva también a prolongar la agonía de muchos enfermos.
- Los cambios habidos en la estructura familiar: las familias son menos numerosas y los lazos familiares más débiles.

III. Debido a estos factores la vida de los enfermos graves y desahuciados está hoy expuesta a muchos peligros:

- El abandono y la soledad de los hospitales.
- Morir sin tomar conciencia clara de su situación porque la familia y los sanitarios se han preocupado de que así sea.
- Ser víctima de tratamientos desproporcionados que aumentan inútilmente su sufrimiento.
- Acabar muriendo precipitadamente por un acto eutanásico.

IV. Las muchas necesidades que presentan estos enfermos y sus familias sólo pueden ser cubiertas desde una atención integral, continuada y personalizada, siendo en ella lo más importante la caridad. Sólo la caridad permite discernir los medios más oportunos para que los enfermos gocen de una asistencia verdaderamente humana y reciban los cuidados adecuados a sus exigencias, en particular a su angustia y soledad.

V. Morir con dignidad significa morir rodeado del cariño y apoyo de los seres queridos, con el mayor alivio posible de los dolores y sufrimientos; morir de muerte natural y a su tiempo, sin que se prolongue artificialmente la agonía, ni se adelante intencionalmente el momento de su fallecimiento; morir en paz con Dios y con los hombres aceptando la muerte con serenidad, con la asistencia médica precisa y con el apoyo espiritual que le ofrecen sus creencias. Por tanto, ni la obstinación terapéutica ni la eutanasia pueden ser aceptadas como una muerte digna.

VI. La obstinación terapéutica es gravemente inmoral pues somete a la persona, sin su consentimiento, a tratamientos inútiles, extenuantes y pesados, que le ocasionan mayores sufrimientos y molestias que beneficios, con el sólo objetivo de posponer el momento de su muerte unos días u horas.

VII. La eutanasia, además de un atentado grave contra la vida del enfermo, es una ofensa a la dignidad del moribundo y, por lo tanto, no es una solución médica, ni humana, ni ética, al problema real y dramático que sufren los enfermos terminales. Ella sólo muestra el fracaso y la incapacidad de nuestra sociedad para dar una respuesta a la verdadera petición de salvación y de ayuda que viene implícita en las suplicas de los enfermos que la solicitan. Al contrario de ser un gesto de piedad hacia el enfermo, es un acto de autocompasión y de fuga, individual y social, de una situación probada como insostenible.

VIII. Los Cuidados Paliativos suponen una gran esperanza para la atención humana y digna de los enfermos terminales pues son contrarios tanto a la obstinación terapéutica como a la eutanasia. No pretenden prolongar el proceso de morir, ni adelantar el momento de la muerte, tan sólo intentan estar presentes y aportar los conocimientos especializados de cuidados médicos y psicológicos, y el soporte emocional y espiritual al ser humano que se encuentra en la fase terminal de su enfermedad.

IX. Para paliar los graves problemas que afectan hoy al mundo de la enfermedad terminal y para favorecer una asistencia digna a estas personas y a sus familias es necesario:



- Facilitar una amplia organización de ayuda a las familias que haga posible que las personas puedan vivir la última etapa de su vida en su ambiente familiar.
- Potenciar la creación de Unidades de Cuidados Paliativos, así como la formación de equipos de asistencia ambulatoria.
- Dar una formación adecuada en Medicina Paliativa y Bioética a los profesionales sanitarios.

X. Dicha formación de los profesionales sanitarios en Medicina Paliativa y Bioética debe ser no sólo explicativa, sino formadora, creadora de un ethos profesional que les permita reconocer el valor único e inviolable de todo ser humano, por muy enfermo y desahuciado que se encuentre. Y, esto sólo es posible formando a los estudiantes desde los primeros años en una antropología adecuada y en una ética objetiva, que les aporte el conocimiento de los fines de estas profesiones, de los bienes que están llamadas a servir, y les ayude reconocer la dignidad inviolable de cada persona. Sin ello no llegarán a ser profesionales excelentes, aunque sean muy competentes y cumplan con sus deberes profesionales y legales.

XI. Es además necesario que los profesores de los futuros profesionales sanitarios, y cualquier educador de jóvenes, asuma la tarea de educarse y de educar integralmente, lo que implica dar la cara a la enfermedad, el sufrimiento y la muerte en su tarea educadora, como realidades humanas que son. De este modo se podrá ayudar a los futuros profesionales de la salud a afrontarlas con el respeto, la dignidad y la trascendencia que tienen, pues siempre es un ser humano el que las padece y forman parte del misterio profundo de la existencia de todo hombre. El mejor modo de hacerlo es con el ejemplo, desarrollando actitudes de cercanía y asistencia hacia los enfermos y sus familias, estando atentos a sus sufrimientos, combinando competencia profesional y una actuar excelente desde el punto de vista moral.

XII. Es además necesario promover un cambio en la sociedad a través de la educación, los medios de comunicación y la promoción del voluntariado, en el sentido de crear una sensibilidad nueva en la que no se discrimine y oculte socialmente la debilidad, el morir y la muerte. Y, por supuesto, luchar en la opinión pública y en los Parlamentos contra la tendencia a la legalización de la eutanasia,

haciendo todo lo posible por afianzar en la conciencia pública que la única ayuda digna que se debe prestar a estos enfermos son los Cuidados Paliativos integrales.

XIII. La Iglesia, y con ella todos los cristianos, tiene una importante misión en el mundo de la enfermedad y del sufrimiento: Anunciar la Buena Noticia, anunciar el amor de Dios por el hombre manifestado en Cristo Jesús, muerto y resucitado. Una tarea fundamental a la hora de luchar contra la eutanasia y favorecer una muerte digna a los enfermos. Esta tarea evangelizadora sólo puede ser realizada desde una actitud de amor gratuito y activo a los enfermos y sus familias.

XIV. Se confirma la hipótesis de que el tema de la muerte y el morir está escasamente presente en la formación de los estudiantes de los Grados de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Murcia, pero no se puede confirmar la hipótesis de que las actitudes de sus estudiantes ante la atención a las personas al final de la vida y ante la muerte, sean negativas de evitación y de rechazo, pues aunque aparentemente son mayoritariamente favorables a la eutanasia, lo cual es bastante negativo, sin embargo, en los estudiantes de enfermería, que representan la mitad de la población estudiada, predomina la satisfacción por atender en las prácticas a enfermos en situación terminal, se sienten preparados tanto asistencial como emocional y psicológicamente para cuidar a enfermos en fase terminal, tienen propósito de seguir formándose en Cuidados Paliativos y sólo el 15% no desea trabajar con enfermos terminales. Por otra parte, la actitud ante la muerte más predominante en todos los estudiantes es la actitud de aceptación neutral y la actitud de acercamiento relacionada con factores espirituales y religiosos.

## Capítulo X. LIMITACIONES



## LIMITACIONES

El planteamiento inicial de la presente investigación comprendía, además de la población de estudiantes, el estudio del profesorado, para poder contrastar la información y correlacionar ambas fuentes. La primera limitación del estudio ha sido la modificación de la población a estudio, realizándola sólo en estudiantes, pues de haberla llevado a cabo como comentamos, las conclusiones probablemente habrían aportado unos contrastes muy aplicables en la docencia universitaria en general y en la UCAM en particular.

En segundo lugar, se trata de un estudio transversal en vez de longitudinal y aunque estudia dos subpoblaciones de estudiantes en primer y último curso de la misma carrera universitaria, no se trata de los mismos estudiantes, con lo que las diferencias observada entre ambas poblaciones pueden deberse a otros factores generacionales, y no sólo a la formación recibida.

Otra limitación es que el error muestral en las subpoblaciones de algunos grados, no ha permitido hacer un estudio más completo y con consecuencias aplicables pues cuatro titulaciones se han tenido que unir en el estudio formando una sola, algo que es irreal, para tener un error muestral aceptable. Los datos que se han obtenido para enfermería y psicología son los que tiene mayor validez y aplicabilidad. El error muestral en medicina era del 10% y participaban el doble de alumnos de 1º que de 3º, a lo que se suma que los de 3º tampoco estaban en el último curso de la carrera. Los resultados en medicina son pues poco significativos.

Del mismo modo, la población estudiada ha sido sólo de Ciencias de la Salud, y dado que es un estudio sobre la atención integral y digna a las personas en situación terminal de enfermedad, con un análisis de las actitudes ante la muerte y las opiniones sobre la atención al final de la vida, habría estado bien ampliarlo a estudiantes de otras disciplinas pues habría enriquecido el resultado del estudio. Estas dos últimas limitaciones pueden convertirse en futuras líneas de investigación.

Consideramos también que la información obtenida en la parte empírica es importante, pero difícil de extrapolar al resto de universidades, porque ha sido realizada en una universidad católica donde hay incluida en la formación de todos

los alumnos materias obligatorias tales como teología, ética, bioética y humanidades; algo que no se da en el resto de universidades.

El diseño del estudio permite establecer una actualización teórica del tema y el establecimiento de unas relaciones entre los resultados de las variables estudiadas, pero no tiene el carácter experimental del que se pueden obtener conclusiones causa-efecto.

La investigación ha abarcado algunos de los factores que hemos considerado fundamentales para el objetivo planteado, pero posiblemente otros aspectos habrían complementado los resultados obtenidos y, en consecuencia, su aplicabilidad fuese más amplia. En este sentido, no incluye cuestiones que el alumno pudiera aportar en relación con su ambiente diario, su familia o su entorno, por ejemplo.

A medida que se avanzaba en el estudio, se obtenían resultados y se contrastaban fuentes de información, surgía la tentación de incorporar nuevos objetivos, lo que generaba nuevos planteamientos que luchaban contra el tiempo para desarrollar el cronograma previsto y que al final se convierte en un factor condicionante del transcurso de la parte final del estudio.

Igualmente, la escasa experiencia investigadora de la doctoranda ha precisado una dedicación y unos tiempos fundamentales que han influido en el desarrollo del cronograma del estudio y los resultados alcanzados.

En cuanto a futuras líneas de investigación, el presente estudio pensado para mejorar la formación de los futuros profesionales sanitarios en una parcela como es la atención a las personas en situación terminal de enfermedad, intentando abarcar todas las dimensiones implicadas en la misma, podría servir de estímulo para realizar proyectos similares en otras áreas formativas con implicaciones éticas como la enfermedad aguda, el inicio de la vida, la discapacidad, encaminados a mejorar la formación de los futuros profesionales y, con ello, la vida y la calidad de la vida en la sociedad.

El contraste con estudios similares en otras universidades y otras sociedades, igualmente aportaría enriquecimiento a esta parcela de la educación universitaria en todas las disciplinas.

El presente estudio podría servir de base para estudios similares con implicación de los pacientes y sus familiares, de forma que el conocimiento y

percepción de toda la realidad de los pacientes pudiera aportar ideas para iniciativas docentes y asistenciales.

Finalmente, como hemos iniciado este apartado de limitaciones y futuras líneas de investigación, la ampliación del estudio al profesorado, aportaría el conocimiento de ambas poblaciones, alumnos y docentes, sobre una materia común y ello redundaría en una mejor planificación de objetivos en las respectivas materias.





## Capítulo XI. BIBLIOGRAFIA



## BIBLIOGRAFÍA DE LA INVESTIGACIÓN TEÓRICA

### MAGISTERIO DE LA IGLESIA

CONCILIO VATICANO II, *Constitución Sacrosantum Concilium* (6.XII.63): AAS 56 (1964).

\_\_\_\_\_, *Constitución Dogmática Lumen Gentium* (21.XI.64): AAS 57 (1965).

\_\_\_\_\_, *Constitución Pastoral Gaudium et Spes* (7.XII.65): AAS 58 (1966).

\_\_\_\_\_, *Decreto apostolicam actuositatem* (18.XI.65): AAS 58 (1966).

\_\_\_\_\_, *Mensaje a los pobres, a los enfermos, a todos los que sufren* (8.XII.65), 1965. Disponible en [https://w2.vatican.va/content/paul-vi/es/speeches/1965/documents/hf\\_p-vi\\_spe\\_19651208\\_epilogo-concilio-poveri.html](https://w2.vatican.va/content/paul-vi/es/speeches/1965/documents/hf_p-vi_spe_19651208_epilogo-concilio-poveri.html).

JUAN PABLO II, *Carta Encíclica Redemptor hominis* (4.III.1979): AAS 71.

\_\_\_\_\_, *Exhortación Apostólica Familiaris Consortio* (22.XI.81): AAS 74 (1982).

\_\_\_\_\_, *Carta Apostólica Salvifici Doloris*, sobre el valor salvífico del sufrimiento humano (11.II.1984): AAS 76.

\_\_\_\_\_, *Carta Encíclica Veritatis Splendor*, sobre algunas cuestiones fundamentales de la doctrina moral de la Iglesia (6.VIII.1993): AAS 85.

\_\_\_\_\_, *Carta Encíclica Evangelium Vitae*, sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana (25.III.1995): AAS 87.

\_\_\_\_\_, *Carta Encíclica Fides et Ratio*, sobre las relaciones entre fe y razón (14.IX.1998): AAS 91.

BENEDICTO XVI, *Carta Encíclica Deus Caritas est*, sobre el Amor Cristiano (25.XII.05): AAS 98 (2006).

CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración Iura et Bona* sobre la eutanasia (5.V.1980): AAS72.

CONSEJO PONTIFICIO DE LA PASTORAL PARA LOS AGENTES SANITARIOS, *Carta de los agentes de la salud*, 2ª ed., Ediciones Palabra, Madrid, (1995).

IGLESIA CATÓLICA. *Catecismo de la Iglesia Católica*. 1ª ed. Vaticano: Librería Editrice Vaticana, (1994).

CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. COMITÉ EPISCOPAL PARA LA DEFENSA DE LA VIDA, *La eutanasia, 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos*, Ediciones Paulinas, Madrid, (1993).

CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, *La eutanasia es inmoral y antisocial*, (1998). En <http://www.conferenciaepiscopal.es/documentos/Conferencia/eutanasia.htm>.

#### DISCURSOS Y MENSAJES

PÍO XII, Discurso del Santo Padre Pío XII a la Unión Médico-Biológica "San Luca" (12.XI.44): Roma (1944). Disponible en [https://w2.vatican.va/content/pius-xii/it/speeches/1944/documents/hf\\_p-xii\\_spe\\_19441112\\_unione-medico-biologica.html](https://w2.vatican.va/content/pius-xii/it/speeches/1944/documents/hf_p-xii_spe_19441112_unione-medico-biologica.html).

\_\_\_\_\_, Discurso del Santo Padre Pío XII al Congreso de la Unión Católica Italiana de Obstétricas con la Colaboración de la Federación Nacional de Colegios de Comadronas Católicas (29.X.51): Roma (1952). Disponible en [https://w2.vatican.va/content/pius-xii/es/speeches/1951/documents/hf\\_p-xii\\_spe\\_19511029\\_ostetriche.html](https://w2.vatican.va/content/pius-xii/es/speeches/1951/documents/hf_p-xii_spe_19511029_ostetriche.html).

\_\_\_\_\_, Discurso del Santo Padre Pío XII a los participantes en el I Congreso Internacional de Histopatología del Sistema Nervioso (14.IX.52): Roma (1952). Disponible en [https://w2.vatican.va/content/pius-xii/es/speeches/1952/documents/hf\\_p-xii\\_spe\\_19520914\\_istopatologia.html](https://w2.vatican.va/content/pius-xii/es/speeches/1952/documents/hf_p-xii_spe_19520914_istopatologia.html).

\_\_\_\_\_, Radiomensaje de Su Santidad Pío XII al VII Congreso Internacional de Médicos Católicos (11.IX.56): Roma (1956). Disponible en [https://w2.vatican.va/content/pius-xii/es/speeches/1956/documents/hf\\_p-xii\\_spe\\_19560911\\_medici-cattolici.html](https://w2.vatican.va/content/pius-xii/es/speeches/1956/documents/hf_p-xii_spe_19560911_medici-cattolici.html).

- \_\_\_\_\_, Discurso del Santo Padre Pío XII sobre las implicaciones religiosas y morales de la analgesia (24.II.57): Roma (1956). Disponible en [https://w2.vatican.va/content/pius-xii/es/speeches/1957/documents/hf\\_p-xii\\_spe\\_19570224\\_anestesiologia.html](https://w2.vatican.va/content/pius-xii/es/speeches/1957/documents/hf_p-xii_spe_19570224_anestesiologia.html).
- JUAN PABLO II, Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a la Asociación de Médicos Católicos Italianos (28.XII.78): Roma (1978). Disponible en [https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/speeches/1978/documents/hf\\_jp-ii\\_spe\\_19781228\\_medici-cattolici-ital.html](https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/speeches/1978/documents/hf_jp-ii_spe_19781228_medici-cattolici-ital.html).
- \_\_\_\_\_, Discorso Di Giovanni Paolo II ai partecipanti al Convegno Internazionale Medico Promosso dal "Movimento per la Vita Italiano (12.X.85): Roma (1985). Disponible en [https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/it/speeches/1985/october/documents/hf\\_jp-ii\\_spe\\_19851012\\_medici-convegno.html](https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/it/speeches/1985/october/documents/hf_jp-ii_spe_19851012_medici-convegno.html).
- \_\_\_\_\_, Discurso del Santo Padre Juan Pablo II al I Congreso Internacional sobre la asistencia a los moribundos (17.III.92): Roma (1992). Disponible en [https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/speeches/1992/march/documents/hf\\_jp-ii\\_spe\\_19920317\\_assistenza-morenti.html](https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/speeches/1992/march/documents/hf_jp-ii_spe_19920317_assistenza-morenti.html).
- \_\_\_\_\_, Catequesis a los enfermos. Audiencia General del miércoles (15.VI.1994): Roma (1994). Disponible en [https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/audiences/1994/documents/hf\\_jp-ii\\_aud\\_19940615.html](https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/audiences/1994/documents/hf_jp-ii_aud_19940615.html).
- \_\_\_\_\_, Mensaje del Santo Padre con motivo de la VI Jornada Mundial del Enfermo (29.06.97): Santuario de Loreto (1998). Disponible en [https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/messages/sick/documents/hf\\_jp-ii\\_mes\\_29061997\\_world-day-of-the-sick-1998.html](https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/messages/sick/documents/hf_jp-ii_mes_29061997_world-day-of-the-sick-1998.html).
- \_\_\_\_\_, Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a la V Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida (27.II.99): Roma (1999). Disponible en [https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/speeches/1999/february/documents/hf\\_jp-ii\\_spe\\_27021999\\_accademia-vita1999.html](https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/speeches/1999/february/documents/hf_jp-ii_spe_27021999_accademia-vita1999.html).
- \_\_\_\_\_, Mensaje del Santo Padre con motivo de la VIII Jornada Mundial del Enfermo (6.VIII.99): Roma (2000). Disponible en [https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/messages/sick/documents/hf\\_jp-ii\\_mes\\_19990806\\_world-day-of-the-sick-2000.html](https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/messages/sick/documents/hf_jp-ii_mes_19990806_world-day-of-the-sick-2000.html).

\_\_\_\_\_, Mensaje del Santo Padre con motivo de la IX Jornada Mundial del Enfermo (22.VIII.00): Sídney (2001). Disponible en [http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/messages/sick/documents/hf\\_jp-ii\\_mes\\_20000822\\_world-day-of-the-sick-2001.html](http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/messages/sick/documents/hf_jp-ii_mes_20000822_world-day-of-the-sick-2001.html).

\_\_\_\_\_, Mensaje de su Santidad Juan Pablo II con motivo de la Conclusión del Año Internacional del Voluntariado (5.XII.01): Roma (2001). Disponible en [http://w2.vatican.va/content/johnpaulii/es/speeches/2001/december/documents/hf\\_jp-ii\\_spe\\_20011205\\_volontariato.html](http://w2.vatican.va/content/johnpaulii/es/speeches/2001/december/documents/hf_jp-ii_spe_20011205_volontariato.html).

BENEDICTO XVI, Mensaje del Papa Benedicto XVI para la XV Jornada Mundial del Enfermo (8.XII.06): Seúl (2007). Disponible en [http://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/es/messages/sick/documents/hf\\_ben-xvi\\_mes\\_20061208\\_world-day-of-the-sick-2007.html](http://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/es/messages/sick/documents/hf_ben-xvi_mes_20061208_world-day-of-the-sick-2007.html).

FRANCISCO I, Ángelus (8.II.05): Plaza de San Pedro en el Vaticano (2015). [http://w2.vatican.va/content/francesco/es/angelus/2015/documents/pa-pa-francesco\\_angelus\\_20150208.html](http://w2.vatican.va/content/francesco/es/angelus/2015/documents/pa-pa-francesco_angelus_20150208.html).

#### LEYES Y RECOMENDACIONES

ASAMBLEA PARLAMENTARIA DEL CONSEJO DE EUROPA, Recomendación 1418. Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos (1999). Disponible en <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=16722&lang=en>.

\_\_\_\_\_, Resolution 1859. Protecting human rights and dignity by taking into account previously expressed wishes of patients (2012). Disponible en <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=18064&lang=en>.

ESPAÑA, Código penal: ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre; (1995). Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>

\_\_\_\_\_, 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; (2002). Disponible en <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>.

---

\_\_\_\_\_, Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias; (2003). Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, (2001).

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA, Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico; (2008). Disponible en <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-2674>.

MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN, Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero; (2008). Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2008/07/19/pdfs/A31680-31683.pdf>.

---

\_\_\_\_\_, Orden CIN/2135/2008, de 3 de julio, por lo que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Fisioterapeuta; (2008). Disponible en [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-12389](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-12389).

---

\_\_\_\_\_, Orden CIN/2137/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Farmacéutico; (2008). Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2008/07/19/pdfs/A31692-31695.pdf>.

---

\_\_\_\_\_, Orden CIN/729/2009, de 18 de marzo, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Terapeuta Ocupacional; (2009). Disponible en [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-5036](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-5036).

---

\_\_\_\_\_, Orden CIN/730/2009, de 18 de marzo, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos

universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Dietista-Nutricionista; (2009). Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2009/03/26/pdfs/BOE-A-2009-5037.pdf>.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE, Orden ECD/1070/2013, de 12 de junio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales de Máster en Psicología General Sanitaria que habilite para el ejercicio de la profesión titulada y regulada de Psicólogo General Sanitario; (2013). Disponible en [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-6412](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-6412).

OREGON PUBLIC HEALTH DIVISION, Oregon Death with Dignity Act: 2015 data summary, (2016). Disponible en <http://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year18.pdf>.

#### LIBROS

AA.VV., Caridad y Voluntariado en el III Milenio. Actas del Congreso Internacional sobre voluntariado, Fundación Universitaria San Antonio, Murcia, (2002).

\_\_\_\_\_, Libro Blanco Título del Grado en Medicina, Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), Madrid, (2005). Disponible en [http://www.aneca.es/var/media/150312/libroblanco\\_medicina\\_def.pdf](http://www.aneca.es/var/media/150312/libroblanco_medicina_def.pdf).

AGRAFO BETANCUR, E., GARCÍA, P. (Coord)., Trabajo Social en Cuidados Paliativos, SECPAL, Madrid, (2015).

ANÓNIMO, Artes del Bien Morir: Ars Moriendi de la Edad Media y del Siglo de Oro, Ed Lengua de trapo, Madrid, (2003).

ARIÈS, P., El hombre ante la muerte, Taurus, Madrid, (2011).

ARRANZ, P., BARBERO, J., et al. Intervenciones emocionales en cuidados paliativos, Ariel Ciencias Médicas, Barcelona, (2009).

BENITO, E., BARBERO J., PAYÁS A., (edit.), El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta, Arán Ediciones, Madrid, (2008).



- BENITO, E., Grupo de Espiritualidad de la SECPAL, Libro de Ponencias de la IX Jornada Nacional, SECPAL, Madrid, (2011). Disponible en [http://www.secpal.com//Documentos/Blog/archivo\\_18.pdf](http://www.secpal.com//Documentos/Blog/archivo_18.pdf).
- BETETA, P., Una visita de Dios. El Papa consuela a los que sufren, Rialp, Madrid, (1995).
- BONETE PERALES, E., ¿Libres para morir? En torno a la Tanato-Ética, Desclée de Brouwer, Bilbao, (2004).
- CENTENO CORTÉS, C., GÓMEZ SANCHO, M., et al., Manual de Medicina Paliativa, EUNSA, Navarra, (2015).
- CONSEJO GENERAL DE LOS COLEGIOS MÉDICOS DE ESPAÑA, Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica, Madrid, (2011).
- CUERPO DE TUTORES PERSONALES, Educando para la excelencia, Universidad Católica de Murcia, Murcia, (2004).
- DE LIGORIO, SAN A. M., Preparación para la muerte. Disponible en <https://www.ebookscatolicos.com/descargas/descargar-pdf-preparacion-para-la-muerte-san-alfonso-maria-de-ligorio/>.
- DOMINGUEZ BALAGUER, R., El misterio del sufrimiento. Comentario a la carta apostólica de JUAN PABLOII “Salvifici Doloris”, Editorial Bendita María, Madrid, (2014).
- DU BOULAY, S., Cicely Saunders, Ediciones Palabra, Madrid, (2011).
- FERRER COLOMER, M. (coord.), Reflexiones sobre la eutanasia en las últimas décadas, Editorial Campobell, Murcia, (2016).
- FRANKL, V. E., Logoterapia y análisis existencial, Herder, Barcelona, (1994).
- \_\_\_\_\_, El hombre en busca de sentido, 20ª ed., Herder, Barcelona, (1999).
- GARCÍA FÉREZ, J., Ética de la salud en los procesos terminales, San Pablo, Madrid, (1998).
- GIMÉNEZ FERNÁNDEZ, M., ECHEVARRÍA, P., VAZQUEZ, I., La Bioética y el Modelo Paliativo: el ahora y el futuro del cuidado, Ed. EAE, (2017).

- GOMEZ BATISTE, X., PLANAS DOMINGO, J., et al., Cuidados Paliativos en Oncología, Editorial JIMS, Barcelona, (1996).
- GÓMEZ SANCHO, M. (dir.), Cuidados Paliativos: Atención integral a los enfermos terminales, Vol. II, Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS), Las Palmas de Gran Canaria, (1998).
- HERNÁNDEZ GARRE, J.M., DE MAYA SÁNCHEZ, B. et al., Fundamentos Teóricos de Enfermería. Teorías y Modelos, Diego Marín, Murcia, (2012).
- HUMPHRY, D., El último recurso, Tusquets Editores, Barcelona, (1992).
- JOMAIN, C.H., Morir en la ternura, Ediciones Paulinas, Madrid, (1987).
- KÜBLER-ROSS, E., Sobre la muerte y los moribundos, Grijalbo, Barcelona, (1989).
- LEONE, S. y PRIVITERA, S. (a cura di), Dizionario di Bioetica, EDB-ISB, Palermo, (1994).
- LUCAS LUCAS, R. (Dir.), Comentario Interdisciplinar a la Evangelium Vitae, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, (1996).
- PASTOR GARCÍA, L. M., FERRER COLOMER, M., La Bioética en el Milenio Biotecnológico, Sociedad Murciana de Bioética, Murcia, (2001).
- POLAINO-LORENTE, A. (dir.), Manual de bioética general, 2ª ed, Rialp, Madrid, (1994).
- PREMOLI DE MARCHI, P., Introduzione all'etica medica. Accademia University Press, Torino, (2012).
- ROYAL DUTCH MEDICAL ASSOCIATION, The role of the physician in the voluntary termination of life, Royal Dutch Medical Association, Amsterdam, (2011).
- SANZ ORTIZ J, GOMEZ-BATISTE X, GÓMEZ SANCHO M, NUÑEZ-OLARTE J.M., Manual de cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guías y Manuales del Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General Técnica, Madrid, (1993).
- SAUNDERS, C., Velad conmigo, SECPAL, Madrid, (2011).

- SCOLA, A., (coord.), *¿Qué es la vida?*, Ediciones Encuentro, Madrid, (1999).
- SGRECCIA, E., *Manual de Bioetica, Vol. I.*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, (2010).
- SGRECCIA, E., SPAGNOLO, A.G., DI PIETRO, M.L. (coord.), *Bioetica, Manuale per i Diplomi Universitari della Sanità, Vita e Pensiero*, Milano, (1999).
- SINGH, K. D., *The Grace in Dying: How we are transformed spiritually as we die*, HarperCollins, San Francisco, (1998).
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS, *Directorio de Recursos de Cuidados Paliativos en España 2015*, Monografía N°8, SECPAL, Madrid, (2016).
- SOLA, F., *Voluntariado cristiano y el mundo de la salud*, Promoción Popular Cristiana, Madrid, (1991).
- SPORKEN, P., *Ayudando a morir*, Sal Terrae, Madrid, (1978).
- TETTAMANZI, D., *Nuova Bioetica Cristiana*, Edizione Piemme, Casale Monferrato, (2000).
- TOMÁS GARRIDO, G. M. (coord.), *Manual de Bioética*, Ariel, Barcelona, (2001).
- \_\_\_\_\_, (edit.), *La Bioética: un compromiso existencial y científico*, Vol. III, Fundación Universitaria San Antonio, Murcia, (2006).
- VAN DER MAAS, P.J., VAN DELDEN, J.J.M. Y PIJNENBORG, L., *Medical Decisions Concerning the End of Life*, Elsevier Science Publishers, Amsterdam, (1992).
- VICO PEINADO, J., *Dolor y Muerte Humana Digna. Bioética Teológica*, San Pablo, Madrid, (1995).

#### CAPÍTULOS DE LIBROS

- CENTENO CORTES, C., MUÑOZ SÁNCHEZ, J. D., "Cuidados paliativos. Respuesta bioética de la Medicina a la situación terminal", en TOMÁS GARRIDO, G. M. (edit.), *La Bioética: un compromiso existencial y científico*, Vol. III, Fundación Universitaria San Antonio, Murcia (2006) 179-198.

CERDÁ-OLMEDO, G., "Fundamentación de los Cuidados Paliativos. Aspectos actuales del tratamiento del dolor", en A.A.V.V., *Retos actuales de la Bioética*, Mainel, Valencia (2000) 41-18.

\_\_\_\_\_, "Al filo de la muerte: cuidados paliativos vs. Eutanasia", en TOMÁS GARRIDO, G. M., (coord.), *Manual de Bioética*, Ariel, Barcelona (2001) 445-462.

CICCIONE, L., "La eutanasia y el principio de inviolabilidad absoluta de toda vida humana", en LUCAS LUCAS, R., (dir.), *Comentario Interdisciplinar a la Evangelium Vitae*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid (1996) 453-465.

CLANCY, D., "El valor absoluto y relativo de la vida humana", en LUCAS LUCAS, R., (dir.), *Comentario Interdisciplinar a la Evangelium Vitae*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid (1996) 385-401.

CUENCA MOLINA, A., "Eutanasia, familia y sociedad", en PASTOR GARCÍA, L. M., FERRER COLOMER, M., *La Bioética en el Milenio Biotecnológico*, Sociedad Murciana de Bioética, Murcia (2001) 381-392.

DEL POZO, G., "Dios Creador y Señor de la vida", en LUCAS LUCAS, R., (dir.), *Comentario Interdisciplinar a la Evangelium Vitae*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid (1996) 315-332.

ESCUADERO LUCAS, J. L., "La disponibilidad de la vida en el ámbito del derecho penal: el suicidio y la huelga de hambre", en TOMÁS GARRIDO, G. M., (coord.), *Manual de Bioética*, Ariel, Barcelona (2001) 435-444.

FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, F. C., "Libertad y dominio de la vida humana", en LÓPEZ TRUJILLO A., *No Matarás: a Mí Me Lo Hiciste. Comentarios y Texto de la Carta Encíclica Evangelium Vitae de JUAN PABLO II*, EDICEP, Valencia (1995) 163-193.

FILBET, M., CENTENO, C., et al., "Curriculum in Palliative Care for undergraduate Medical Education. Recommendations of the EAPC", en ELSNER, F., CENTENO, C., et al. *Recomendaciones de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) para el Desarrollo de la Especialidad en Medicina Paliativa. Informe del Grupo de Trabajo de la EAPC para la Formación Médica*, EAPC, Milán, (2007).

- GARCIA-GASCO, A., "Pastoral y anuncio del evangelio de la vida", en LÓPEZ TRUJILLO A., *No Matarás: a Mí Me Lo Hiciste. Comentarios y Texto de la Carta Encíclica Evangelium Vitae de JUAN PABLO II*, EDICEP, Valencia (1995) 141-150.
- GIMÉNEZ FERNÁNDEZ, M. y SIMONELLI MUÑOZ, A.J. "Espacio europeo de educación superior: Proceso de convergencia", en ECHEVARRÍA PÉREZ, P. y GÓMEZ SÁNCHEZ, R. *Manual de aprendizaje basado en problemas. Nuevas metodologías de aprendizaje en la convergencia europea*, Diego Marín, Murcia, (2009) 7-19.
- GIMÉNEZ FERNÁNDEZ, M. y VALERO MERLO, E., "Paciente terminal y duelo", en GÓMEZ SÁNCHEZ, R., GÓMEZ DÍAZ, M., et al., *Manual de Atención Psicosocial*, Monsa-Prayma, Barcelona (2012) 85-103.
- GÓMEZ SANCHO, M., "Cómo dar las malas noticias I. Análisis del problema", en GÓMEZ SANCHO, M. (dir.), *Cuidados Paliativos: Atención integral a los enfermos terminales*, Vol. II, Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS), Las Palmas de Gran Canaria (1998) 701-716.
- \_\_\_\_\_, "Cómo dar las malas noticias IV. Familia y conspiración de silencio", en GÓMEZ SANCHO, M. (dir.), *Cuidados Paliativos: Atención integral a los enfermos terminales*, Vol. II, Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS), Las Palmas de Gran Canaria (1998) 755-764.
- \_\_\_\_\_, "Cómo dar las malas noticias VI: El proceso de adaptación del enfermo y los familiares", en GÓMEZ SANCHO, M. (dir.), *Cuidados Paliativos: Atención integral a los enfermos terminales*, Vol. II, Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS), Las Palmas de Gran Canaria (1998) 771-784.
- \_\_\_\_\_, "El problema de la muerte en la sociedad actual. Negación y medicalización de la muerte", en GÓMEZ SANCHO, M. (dir.), *Cuidados Paliativos: Atención integral a los enfermos terminales*, Vol. II, Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS), Las Palmas de Gran Canaria (1998) 55-76.

---

\_\_\_\_\_, "Encarnizamiento terapéutico y eutanasia", en GÓMEZ SANCHO, M. (dir.), *Cuidados Paliativos: Atención integral a los enfermos terminales*, Vol. II, Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS), Las Palmas de Gran Canaria (1998) 1083-1108.

---

\_\_\_\_\_, "Enfermedad terminal y Medicina Paliativa", en GÓMEZ SANCHO, M. (dir.), *Cuidados Paliativos: Atención integral a los enfermos terminales*, Vol. II, Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS), Las Palmas de Gran Canaria (1998) 147-168.

---

\_\_\_\_\_, "La atención a la familia. Crisis de claudicación emocional de los familiares", en GÓMEZ SANCHO, M. (dir.), *Cuidados Paliativos: Atención integral a los enfermos terminales*, Vol. II, Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS), Las Palmas de Gran Canaria (1998) 957-974.

---

\_\_\_\_\_, "La medicina Paliativa: una necesidad de hoy", en GÓMEZ SANCHO, M. (dir.), *Cuidados Paliativos: Atención integral a los enfermos terminales*, Vol. II, Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS), Las Palmas de Gran Canaria (1998) 249-272.

---

\_\_\_\_\_, "Los profesionales de la salud y la muerte", en GÓMEZ SANCHO, M. (dir.), *Cuidados Paliativos: Atención integral a los enfermos terminales*, Vol. II, Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS), Las Palmas de Gran Canaria (1998) 77-90.

---

\_\_\_\_\_, "Los voluntarios", en GÓMEZ SANCHO, M. (dir.), *Cuidados Paliativos: Atención integral a los enfermos terminales*, Vol. II, Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS), Las Palmas de Gran Canaria (1998) 807-824.

GOMIS BOFILL, C, PASCUAL, A., "Modelos de adaptación a la muerte y transformación", en BENITO, J. BARBERO, M. DONES (eds.), *Espiritualidad en Clínica. Una Propuesta de Evaluación y Acompañamiento Espiritual en Cuidados Paliativos*, Monografía N°6, SECPAL, Madrid (2014) 89-98.

GRYGIEL, S., "Para mirar al cielo. Vida, vida humana y persona", en SCOLA, A., (coord.), *¿Qué es la vida?*, Ediciones Encuentro, Madrid (1999) 37-62.

- HERRANZ RODRIGUEZ G., “Eutanasia y dignidad del morir”, en POSTIGO SOLANA, E., et al (Coord.), *Vivir y Morir con dignidad*, EUNSA, Navarra (2002).
- KIELY, B., “Sentido del sufrimiento y de la muerte humana”, en LUCAS LUCAS, R., (dir.), *Comentario Interdisciplinar a la Evangelium Vitae*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid (1996) 683-693.
- LUCAS LUCAS, R., “El subjetivismo e individualismo de la libertad como raíz de la violencia contra la vida humana”, en LUCAS LUCAS, R., (dir.), *Comentario Interdisciplinar a la Evangelium Vitae*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid (1996) 245-262.
- MANRIQUE DE LARA Y DEL RIO, B., “El psicólogo y las necesidades psicológicas”, en GÓMEZ SANCHO, M. (dir.), *Cuidados Paliativos: Atención integral a los enfermos terminales*, Vol. II, Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS), Las Palmas de Gran Canaria (1998) 825-934.
- MARCOS DEL CANO, A. M., “Dignidad humana en el final de la vida y cuidados paliativos”, en MARTÍNEZ MORÁN, N. (coord.), *Biotecnología, Derecho y dignidad humana*, Comares, Granada (2003) 237-257.
- MARIGORTA, J., “Eutanasia versus cuidados paliativos”, en A.A.V.V., *Retos actuales de la Bioética*, Fundación Mainel, Valencia (2000) 109-118.
- MELINA, L., “L' Eutanasia: il volto mostruoso di una falsa pietà”, en MELINA, L., *Corso di Bioetica*, Piemme, Casale Monferrato (1996) 206-223.
- \_\_\_\_\_, “Prendersi cura della vita in declino. Sofferenza, malattia, vecchiaia e morte” en MELINA, L., *Corso di Bioetica*, Piemme, Casale Monferrato (1996) 132-149.
- MIRANDA, G., “Cultura de la muerte: análisis de un concepto y de un drama”, en LUCAS LUCAS, R., (dir.), *Comentario Interdisciplinar a la Evangelium Vitae*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid (1996) 225-244.
- MORANDE, P., “Vida y persona en la posmodernidad”, en SCOLA, A., (coord.), *¿Qué es la vida?*, Ediciones Encuentro, Madrid (1999) 101-121.

- MUÑOZ, J. D., GONZÁLEZ-BARÓN. M., "Aspectos éticos de la fase terminal III. Preservación de la dignidad. El respeto de la debilidad", en GONZÁLEZ-BARÓN. M., *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*, Editorial Panamericana, Buenos Aires (1995) 1248-1250.
- ORTEGA LARREA, I. Y VEGA GUTIÉRREZ, J., "La pendiente resbaladiza en las legislaciones del suicidio asistido y la eutanasia", en TOMÁS GARRIDO, G. M. (edit.), *La Bioética: un compromiso existencial y científico*, Vol. I, Fundación Universitaria San Antonio, Murcia, (2006) 221-251.
- PORTA-SALES J., "Sedación paliativa", en PORTA-SALES, J., GÓMEZ-BATISTE, X, et al. *Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*, Editorial Arán, Madrid (2004) 259-270.
- RIQUELME, J.A., ORTIGOSA, J.M., et al., "La comunicación con el enfermo y el manejo de la información sobre la enfermedad", en GÓMEZ SÁNCHEZ, R., Gómez Díaz, M., et al., *Manual de Atención Psicosocial*, Monsa-Prayma, Barcelona (2012) 108-112.
- RUIZ ANTAÑO, M. A., "La norma moral respecto a la eutanasia", en LÓPEZ, TRUJILLO A., *No Matarás: a Mí Me Lo Hiciste. Comentarios y Texto de la Carta Encíclica Evangelium Vitae de JUAN PABLO II*, EDICEP, Valencia (1995) 245-259.
- SCHINDLER, D., "Carácter sagrado de la vida y cultura de la muerte", en SCOLA, A., (coord.), *¿Qué es la vida?*, Ediciones Encuentro, Madrid (1999) 275-288.
- SINACCIO, G., ROBERTE, E., "Voz "Malato Terminale", en LEONE, S. E PRIVITERA, S. (a cura di), *Dizionario di Bioetica*, EDB-ISB, Palermo (1994) 579-580.
- TETTAMANZI, D., "Il morire humano e l' accanimento terapeutico", en TETTAMANZI, D., *Nuova Bioetica Cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (2000) 509-530.
- \_\_\_\_\_, "L' Eutanasia", en TETTAMANZI, D., *Nuova Bioetica Cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (2000) 509-530.
- \_\_\_\_\_, "La sofferenza itinerario de libertá", en TETTAMANZI, D., *Nuova Bioetica Cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (2000) 345-369.



- VEGA, J., LÓPEZ DE ARCAUTE, A.C., RIERA, E., MARTÍNEZ, M., "Eutanasia y derecho a una muerte digna", en PASTOR, L.M., FERRER, M., *La Bioética en el Milenio Biotecnológico*, Sociedad Murciana de Bioética, Murcia (2001) 393-412.
- ZYLICZ, Z., "Cuidados paliativos, hospicios y atención domiciliaria", en SGRECCIA, E. y LAFFITTE, J., *Junto al enfermo incurable y al que muere: orientaciones éticas y operativas. Actas de la XIV Asamblea General de la Pontificia Academia Para la Vida*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid (2009).

#### ARTÍCULOS Y CONGRESOS

- ABELLÁN GARCÍA, A., AYALA GARCÍA, A. et al., "Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos" en *Informes Envejecimiento en red*, N° 15 (2017). Disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>.
- ABELLÁN SALORT, J. C., y MALUF., F., "De la enseñanza de la bioética a la educación bioética. Reflexiones sobre los desafíos en los posgrados en Bioética", en *Revista Latinoamericana de Bioética*, Vol. 14, N° 2 (2014) 52-65.
- ALDERETE AGUILAR, C., ASCENCIO HUERTAS, L., "Burnout y afrontamiento en los profesionales de salud en una unidad de Cuidados Paliativos oncológicos", en *Psicología y Salud*, Vol. 25, N° 1 (2015) 73-81.
- ASAMBLEA MÉDICA MUNDIAL (A.M.M.), "Declaración sobre Enfermedad Terminal. Adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983, y revisada por la Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006", en *Cuadernos de Bioética*, Vol. 27, N° 2 (2010) 245-247. Disponible en <http://aebioetica.org/revistas/2010/21/2/72/245.pdf>.
- ASTUDILLO, W., MENDINUETA, C., et al., "Cómo apoyar al cuidador de un enfermo en el final de la vida", en *Psicooncología*, Vol. 5, N° 2-3 (2008) 359-381.

- AZULAY TAPIERO, A., "Dilemas bioéticos en la situación de enfermedad terminal y en el proceso de la muerte", en *Medicina Paliativa*, Vol. 7, N° 4 (2000) 145-156.
- BABARRO, A. et al., "Criterios de selección de pacientes con enfermedades no oncológicas en programas y/o servicios de cuidados paliativos", en *Medicina Paliativa*, Vol. 17, N° 35 (2010) 161-171.
- BÁRBARA EVIA, J. A., "Ética-bioética. Una asignatura pendiente en la formación académica del futuro profesional de la salud", en *Rev Latinoam Patol Clin Med Lab*, Vol. 62, N° 4 (2015) 268-274.
- BARBERO GUTIÉRREZ, J., *El apoyo espiritual en Cuidados Paliativos*. Asociación de profesionales sanitarios cristianos. Disponible en <http://www.sanitarioscristianos.com/documentos/308.pdf>
- BARBERO GUTIÉRREZ, J., ROMEO CASABONA, C., et al., "Limitation of therapeutic effort", en *Medicina Clínica*, Vol. 117, N° 15 (2001) 586-594.
- BENITO, E. Grupo de Espiritualidad de la SECPAL., "Los cuidados espirituales, entraña de los cuidados paliativos", en *Medicina Paliativa*, Vol. 18, N° 1 (2011): 1-3.
- BIOETICAWEB, "Francia: se aprueba la ley sobre el fin de la vida. Permite al enfermo terminal rechazar tratamientos y no despenaliza la eutanasia" (20.04.2005). Disponible en <https://www.bioeticaweb.com/francia-se-aprueba-la-ley-sobre-el-fin-de-la-vida-permite-al-enfermo-terminal-rechazar-tratamientos-y-no-despenaliza-la-eutanasia/>
- BOLLEN J., et al., "Potential Number of Organ Donors after Euthanasia in Belgium", en *JAMA, The Journal of the American Medical Association*, Vol. 317, N° 14 (2017) 1476-1477.
- BOMPIANI, A., "Euthanasia. Situación legislativa actual y evolución del debate ético" en *II Encuentro Europeo de Políticos y Legisladores (23.X.98)*, Roma (1998).
- BREITBART, W. S., "Acceptance of Death as a Goal of Palliative Care", en *Psycho-oncology*, Vol. 17 (2008) 132.

- CALIPARI, M., "El principio de lo éticamente adecuado en el uso de medios de preservación de la vida: entre el encarnizamiento terapéutico y el abandono del paciente", en *Vida y Ética*, Vol. 9, N° 2 (2008). Disponible en <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/collect/Revistas-old/import/174.2/vidayetica/principio-eticamente-adecuado-uso-medios/principio-eticamente-adecuado-uso-medios.pdf>
- CALLAHAN, D., HASTINGS CENTER NEW YORK, "Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas", en *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*, N° 11 (2001) 11.
- CANO MOLANO, L.M., "Cuidados Paliativos no significa final de los tiempos", en *Revista Cuarzo*, Vol. 21, N° 2 (2015) 61-67.
- CASTAÑEDA, A. J., "Cómo refutar los argumentos en favor de la eutanasia y el suicidio asistido", en *Vida Humana Internacional* (15.08.2011). Disponible en <http://vidahumana.org/noticias/item/688-c%C3%B3mo-refutar-los-argumentos-a-favor-de-la-eutanasia-y-el-suicidio-asistido>.
- CASTAÑEDA, A. J., "Los "Testamentos en vida", en *Vida Humana Internacional* (15.08.2011). Disponible en <http://www.vidahumana.org/eutanasia-y-suicidio/item/682-los-testamentos-en-vida>.
- CASTRO, M. P. R. et al., "Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática", en *Revista Bioética*, Vol. 24, N° 2 (2016) 355-367. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242136>.
- CENTENO, C., "Historia de los Cuidados Paliativos", en *Sociedad Española de Cuidados Paliativos, SECPAL*. Disponible en [http://www.secpal.com/secpal\\_historia-de-los-cuidados-paliativos-1](http://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1).
- \_\_\_\_\_, "El proceso de Bolonia y la enseñanza en Cuidados Paliativos universitarios", en *Medicina Paliativa*, Vol. 15, suplemento 1 (2008) 90-92
- CENTENO, C., HERNANSANZ, S., FLORES, L. A., SANZ, A., LÓPEZ-LARA, F., "Programas de Cuidados Paliativos en España, año 2000", en *Medicina Paliativa*, Vol. 8, N° 2 (2001) 85-99.

- CENTENO, C., NOGUERA, A., et al., "Official certification of doctors working in palliative medicine in Europe: data from an EAPC study in 52 European countries", en *Palliative Medicine*, Vol. 21, N° 8, (2007) 683-687.
- CERDÁ-OLMEDO, G., "Fases en la atención al enfermo terminal. Orientaciones prácticas en el manejo de una situación difícil", en *Rev. Soc. Esp. Dolor*, Vol. 6, (2000) 41-18.
- \_\_\_\_\_, et al., "Algoritmo de decisión para el tratamiento del dolor Crónico: decisiones específicas en el paciente Terminal (II)", en *Rev. Soc. Esp. Dolor*, Vol. 7, N° 4 (2000) 306-312.
- CHAMBAERE, K., VANDER STICHELE, R. et al., "Recent trends in euthanasia and other end-of-life practices in Belgium", en *New England Journal of Medicine*, Vol. 372, N° 12 (2015) 1179-1181.
- CHOCHINOV, H. M., et al., "Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study", en *The Lancet*, Vol. 360, N° 9350 (2002) 2026-2030.
- COMITÈ CONSULTIU DE BIOÈTICA DE CATALUNYA, *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*, Generalitat de Catalunya. Departament de la Salut, Barcelona, 2006.
- CUADRADO BLANCO, A., ÁLVAREZ GONZÁLEZ, M.T., et al., "La atención farmacéutica comunitaria en pacientes incluidos en programas de Cuidados Paliativos. Revisión bibliográfica", en *Medicina Paliativa*, Vol. 23, N° 1 (2016) 13-20.
- CUBEDO, R., "La dependencia de los enfermos terminales: cuidados profesionales y familiares", en *Panorama Social, revista de la Fundación de las Cajas de Ahorros (FUNCAS)*, Vol. 2 (2005) 72-85.
- DEL RÍO, I., PALMA, A., "Cuidados Paliativos: Historia y desarrollo", en *Boletín Escuela de Medicina. U.C. Pontificia Universidad Católica de Chile*, Vol. 32, N° 1 (2007) 1-8.
- DOYLE, D., "Palliative medicine: the first 18 years of a new sub-speciality of General Medicine", en *The Journal of the Royal College of Physicians Edinburgh*, Vol. 35 (2005) 199-205.

- DURO MARTÍNES, J.C., DE MIGUEL, C., et al., "Discurso de los profesionales de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid sobre la atención psicológica", en *Psicooncología*, Vol. 9, N° 2-3 (2012) 467-481.
- ELSNER, C., CENTENO, C., DE CONNO, F., "Recomendaciones de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) para el Desarrollo de la Especialidad en Medicina Paliativa. Informe del Grupo de Trabajo de la EAPC para la Formación Médica", en *Medicina Paliativa*, Vol. 2, N° 17, (2010) 103-188.
- FORO ARBIL, "La eutanasia un estudio general", en *Arbil, Anotaciones de pensamiento y crítica*. Disponible en [http://www.arbil.org/\(30\)euta.htm](http://www.arbil.org/(30)euta.htm).
- \_\_\_\_\_, "La eutanasia y el suicidio un estudio general", en *Arbil, Anotaciones de pensamiento y crítica*. Disponible en <http://www.arbil.org/100bplop.htm>
- FORTÍN MAGAÑA, M., GÓMEZ CASANOVAS, J. et al, "Situación actual de la enseñanza de la Medicina Paliativa en las universidades de Centroamérica", en *Educación Médica*, (2016) Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181316301218>.
- GARCÍA CASAS, M.C. y VAQUERIZO GARCÍA, D., "Cuidando al cuidador. Cuidados no profesionales", en *Actualización en Medicina de Familia*, Vol. 10, N° 5 (2014) 267-273.
- GARCÍA SÁNCHEZ, E., "El rescate de lo humano en el enfermo que se muere", en *Cuadernos de Bioética*, Vol. 23, N° 1 (2012) 135-149.
- GAUTHIER, S., MAUSBACH, J., et al., "Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon", en *Journal of Medical Ethics*, Vol. 41 (2015) 611-617.
- GOMES, B, et al., "Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review", en *BMC Palliative Care*, Vol. 12, N° 1 (2013) 7.
- GÓMEZ PAVÓN, J., CATALÁ, R. "La Terapia Ocupacional en la atención al final de la vida", en *Revista de Terapia Ocupacional Galicia*, Vol. 7, N° 6 (2010) 145-160.
- GÓMEZ-BATISTE, X., "Cuidados Paliativos en España: de la experiencia a la evidencia", en *Medicina Paliativa*, Vol. 11, N° 1 (2004) 1-2.

- GONZÁLEZ QUINTANA, C., "Ética del cuidado", en *Revista CONAMED*, Vol. 20, N° 5 (2015) 187-190.
- GRACIA, D. J., NÚÑEZ OLARTE, M., "Report from Spain", en *Supportive Care in Cancer*, Vol. 8, N° 3 (2000) 169-174.
- GUERRA, Y. M., "Ley, jurisprudencia y eutanasia introducción al estudio de la normatividad comparada a la luz del caso colombiano", en *Revista Latinoamericana de Bioética*, Vol. 13, N° 2 (2013).
- I.N.E., *Estadística del Movimiento Natural de la Población. Defunciones según la causa de muerte 2012*, Instituto Nacional de Estadística, Madrid, 2012.
- , *Estadística del Movimiento Natural de la Población. Defunciones según la causa de muerte 2015*. Disponible en [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175)
- ILLANA, A. J., "La eutanasia y su situación legal en nuestro país en la actualidad", en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, Vol. 6, N° 39 (2004) 353-359.
- JACK, B. A., et al., "Supporting older people with cancer and life-limiting conditions dying at home: a qualitative study of patient and family caregiver experiences of Hospice at Home care", en *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 72, N° 9 (2016) 2162-2172.
- KROEFF, P., "Otra faceta de la enfermedad y de la muerte", en *NOUS, Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, Vol. 4 (2000) 43-63.
- LEÓN DELGADO, M.X., FLORES SOJAS, S.P. et al, "Educación en Cuidados Paliativos para pregrado de medicina: resultado de una encuesta acerca de la percepción de los conocimientos adquiridos", en *Medicina Paliativa*, Vol. 16, N° 1 (2009) 28-33.
- LOGGERS, E.T., STARKS, H. et al., "Implementing a Death with Dignity Program at a Comprehensive Cancer Center", en *New England Journal of Medicine*, Vol. 368, N° 15 (2013) 1417-1424.
- LÖWENSEBERG, K., "Rol de fisioterapeuta en Cuidados Paliativos y en pacientes al final de la vida", en *Enfermería: Cuidados Humanizados*, Vol. 4, N°1 (2015) 48-51.

- MALTONI, M., PITTURERI, C., et al., "Palliative Sedation Therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study", en *Annals of Oncology*, Vol. 20, N° 7 (2009) 1163-1169.
- MARTI-GARCÍA, C., GARCÍA-CARO, M., et al., "Formación en cuidados paliativos y efecto en la evaluación emocional de imágenes de muerte", en *Medicina Paliativa*, Vol. 23, N° 2 (2016) 72-78.
- MARTINS PEREIRA, S., MARGARIDA TEIXEIRA, C., et al., "Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal", en *Revista de Enfermagem Referência*, Vol. 4, N° 3 (2014) 55-64.
- MIRANDA, A. y CONTRERAS, S., "El cuidado enfermero como problema ético: concepto y principios prácticos aplicados al acto de cuidado", en *Revista Brasileira de Enfermagem*, Vol. 67, N° 6 (2014) 873-880.
- MOLINA MONTOYA. N. P., "Formación bioética en ciencias de la salud", en *Ciencia & Tecnología para la Salud Visual y Ocular*, Vol. 14, N° 1 (2016) 117-132.
- MUÑOZ-PINO, I.P., "Experience of nursing students upon their first care encounter with terminally ill patientents", en *Investigación y Educación en Enfermería*, Vol. 32, N° 1 (2014) 87-96.
- ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA, Comisión Central de Deontología, *Declaración sobre la eutanasia*, 1986. Disponible en <http://www.unav.es/cdb/ccdomc86a.html>. Fecha consulta: 12/07/2016
- 
- \_\_\_\_\_, "Declaración sobre "la atención médica al final de la vida. Una necesidad transformada en un derecho", en *Cuadernos de Bioética*, Vol. XXI, N° 1 (2010) 111-112.
- 
- \_\_\_\_\_ y SECPAL, *Conceptos y definiciones. Atención Médica al final de la vida*. Documentos Atención Médica al Final de la Vida. Disponible en [http://www.cgcom.es/doc\\_atencion\\_medica](http://www.cgcom.es/doc_atencion_medica).
- ORTEGA, I., "La pendiente resbaladiza. ¿Ilusión o realidad?", en *Annales Theologici* (2003) 1777-1784.

- PAGOLA, J. A., "Como Evangelizar el mundo de la salud", en *Vida Nueva* (20-V-2000) 24-29.
- PEREIRA, J., PAUTEX, S., et al., "Palliative care education in Swiss undergraduate medical curricula: a case of too little, too early", en *Palliative Medicine*, Vol. 22, N° 6 (2008) 730-735.
- PÉREZ-POLANCO, P. y MONTAÑO-ZENITA, L.M., "Importancia de fomentar los semilleros bioéticos en la universidad", en *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, Vol. 55, N° 1 (2017) 104-109.
- POBLETE, R. A., "El principio de lo éticamente adecuado", en *Vida y Ética*, Vol. 9, N° 2 (2008).
- PORTA, J., et al., "Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: estudio multicéntrico catalanobaleár", en *Medicina Paliativa*, Vol. 6, N° 3 (1999) 108-115.
- PUCHALSKI, C. et al., "La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: Informe de la Conferencia de Consenso", en *Medicina Paliativa*, Vol. 18, N° 1 (2011) 20-40.
- RÁEZ, L.E., "Testamentos en Vida ¿Protegen al ser humano o facilitan la Eutanasia y el Suicidio Asistido?", en *Aciprensa*. Disponible en <https://www.aciprensa.com/eutanasia/testamentos.htm>
- RENZ, M. et al., "Dying is a Transition", en *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, Vol. 30, N° 3 (2012) 283-290.
- RODRIGUEZ HERRERO, P., DE LA HERRÁN GASCÓN, A., et al., "Antecedentes de la pedagogía de la muerte en España", en *Enseñanza & Teaching*, Vol. 30, N° 2 (2012) 175-195.
- ROMÁN MAESTRE, B. "Para la humanización de la atención sanitaria: los Cuidados Paliativos como modelo", en *Medicina Paliativa*, Vol. 20, N° 1 (2013) 19-25.
- RUDILLA, D., OLIVER, A., et al., "Espiritualidad en atención paliativa: Evidencias sobre la intervención con counselling", en *Psychosocial Intervention*, Vol. 24 (2015) 79-82.



- SAMPEDRO MARTÍNEZ, E., RUBIO ARRIBAS, V. et al. "Diagnóstico: cáncer. ¿Queremos conocer la verdad?", en *Atención Primaria*, Vol. 33, N° 7 (2004) 368-73.
- SANCHEZ CORREA, M.A., CUERVO PINNA, M.A. (Coord.), *Guía Clínica. Sedación Paliativa del PRCPEX, uso y recomendaciones*. Disponible en <http://www.secpal.com//Documentos/Blog/guia-de-sedacion.pdf>.
- SÁNCHEZ-GONZÁLEZ, M. y HERREROS, B., "La bioética en la práctica clínica", en *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, Vol. 53, N° 1 (2015) 66-73.
- SANZ ORTIZ, J., "Historia y evolución de los cuidados paliativos en Europa y España", en *SECPAL*. Disponible en [http://www.secpal.com/secpal\\_historia-de-los-cuidados-paliativos-1](http://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1).
- SCHMIDT-RIOVALLE, J., MONTOYA-JUAREZ, R., et al., "Efectos de un programa de formación en Cuidados Paliativos sobre el afrontamiento de la muerte", en *Medicina Paliativa*, Vol. 19, N° 3 (2012) 113-120.
- SCHOOYANS, M., "Defender el don de la vida. Conferencia en el Congreso "La Eutanasia hoy", en *Osservatore Romano*, N° 35 (01/09/1995). Disponible en <http://www.michel-schooyans.org/images/publications/ArticulosSP/1995DefenderDonVida4pp.pdf>.
- SERRANO RUIZ-CALDERÓN, J.M., "El debate sobre la eutanasia en España", en *Bioética web* (16.03.2005). Disponible en <https://www.bioeticaweb.com/el-debate-sobre-la-eutanasia-en-espaapa/>
- SERRANO RUIZ-CALDERÓN, J. M., "La cuestión de la eutanasia en España. Consecuencias jurídicas", en *Cuadernos de Bioética*, Vol. 18, N° 62 (2007) 11-54.
- SGRECCIA, E., "Aspectos éticos de la asistencia al paciente moribundo", en *Revista Humanitas*, Vol. 4, N° 15 (1999) 435-450.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS, "Declaración sobre la Eutanasia", en *Medicina Paliativa*, Vol. 9, N° 1 (2002) 37-40. Disponible en <https://www.eutanasia.ws/hemeroteca/declaracionsecpal.pdf>

- \_\_\_\_\_, "Guía de Cuidados Paliativos". Disponible en <http://www.secpal.com/%5C%5CDocumentos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf>
- \_\_\_\_\_, "Guía de Cuidados Paliativos: Objetivos bases de la terapéutica". Disponible en [http://www.secpal.com/biblioteca\\_guia-cuidados-paliativos\\_](http://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_)
- UTOR PONCE, L., "Capacitación de enfermería en Cuidados Paliativos", *Medicina Paliativa*, Vol. 14, N° 2 (2007) 100-103.
- VALLES MARTÍNEZ, P., GARCÍA SALVADOR, I., "Formación básica en Cuidados Paliativos: estado actual en las universidades de enfermería españolas", en *Medicina Paliativa*, Vol. 20, N° 3 (2013) 111-114.
- VAN DER HEIDE, A. et al., "End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act", en *New England Journal of Medicine*, Vol. 356, N° 19 (2007) 1957-1965.
- VAN DER MAAS, P. J. et al., "Euthanasia, Physician-Assisted Suicide, and Other Medical Practices Involving the End of Life in the Netherlands, 1990-1995", en *New England Journal of Medicine*, Vol. 335, N° 22 (1996) 1699-1705.
- VAN DER MAAS, P. J., VAN DELDEN, J. J. M. y PIJNENBORG, L., "Euthanasia and Others Medical Decisions Concerning the End of Life", en *The Lancet*, Vol. 338, N° 8768 (1991) 669-674.
- VAQUERO CRUZADO, J.A. y CENTENO CORTÉS, C. "Panorama actual de la enseñanza de Medicina Paliativa en la universidad española", en *Medicina Paliativa*, Vol. 21, N° 1 (2014) 3-8.
- VEGA GUTIÉRREZ, J., "La práctica del suicidio asistido en Oregón y la pendiente resbaladiza", en *Cuadernos de Bioética*, Vol. 18, n° 62 (2007) 55-70.
- \_\_\_\_\_, "La práctica de la eutanasia en Bélgica y la pendiente resbaladiza", en *Cuadernos de Bioética*, Vol. 18, n° 62 (2007) 71-87.
- \_\_\_\_\_, Y ORTEGA LARREA, I., "La pendiente resbaladiza de la eutanasia en Holanda", en *Cuadernos de Bioética*, Vol. 18, n° 62 (2007) 88-104.

- WEISSMAN, D., BLUST, L., "Education in Palliative Care", en *Clinics in Geriatric Medicine*, Vol. 21 (2005) 167-175
- WENK, R., DE LIMA, L., et al., "Encuentro sobre educación de cuidado paliativo en Latinoamérica. Recomendaciones sobre enseñanza en el pregrado y en el primer nivel de atención de salud", en *Medicina Paliativa*, Vol. 23, N°1 (2014) 42-48.
- WITTENBERG-LYLES, E., GOLDMITH, J., et al, "Communicating a terminal prognosis in a palliative care setting: deficiencias in current communication training protocols", en *Social Science & Medicine*, Vol. 66, N° 11 (2008) 2356-2365.

#### NOTICIAS EN DIARIOS

- DIARIO ABC, "Unos gemelos belgas sordos recurren a la eutanasia tras diagnosticarles una enfermedad ocular degenerativa" (15.01.2013). Disponible en <http://www.abc.es/sociedad/20130115/abci-gemelos-belgas-eutanasia-201301151849.html>.
- \_\_\_\_\_, "En Canadá aprueban ley que aprueba y regula la eutanasia" (17.06.2016). Disponible en <http://www.abc.com.py/internacionales/en-canada-aprueban-ley-que-aprueba-y-regula-la-eutanasia-1490742.html>.
- DIARIO DEIA, "Trescientos enfermos terminales mueren al día sin terapia paliativa en España" (11.10.2016). Disponible en <http://www.deia.com/2016/10/11/sociedad/estado/trescientos-enfermos-terminales-mueren-al-dia-sin-terapia-paliativa>.
- DIARIO EL DIARIO, "Tres grupos reclaman que el Congreso discuta sobre el final digno de la vida" (07.02.2017). Disponible en [http://www.eldiario.es/sociedad/claves-propuestas-muerte-llegan-Congreso\\_0\\_609989810.html](http://www.eldiario.es/sociedad/claves-propuestas-muerte-llegan-Congreso_0_609989810.html).
- DIARIO EL MUNDO, "Un transexual elige morir por eutanasia al verse como 'un monstruo' tras la operación" (02.10.2013). Disponible en <http://www.elmundo.es/elmundo/2013/10/02/internacional/1380733270.html>.

\_\_\_\_\_, "Bélgica legaliza la eutanasia en menores" (13.02.2014). Disponible en <http://www.elmundo.es/internacional/2014/02/13/52fd034d22601d70448b4580.html>.

DIARIO EL PAÍS, "Un hospital suizo permitirá el suicidio asistido por médicos" (20.12.2005). Disponible en [https://elpais.com/diario/2005/12/20/sociedad/1135033203\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2005/12/20/sociedad/1135033203_850215.html).

\_\_\_\_\_, "Expertos europeos señalan el déficit de recursos para paliativos en España" (18.05.2017). Disponible en [http://politica.elpais.com/politica/2017/05/18/actualidad/1495119406\\_092963.html](http://politica.elpais.com/politica/2017/05/18/actualidad/1495119406_092963.html).

DIARIO EL PERIÓDICO DE ARAGÓN, "Holanda se plantea la eutanasia para ancianos cansados de vivir" (14.10.2016). Disponible en [http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/sociedad/holanda-plantea-eutanasia-ancianos-cansados-vivir\\_1149](http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/sociedad/holanda-plantea-eutanasia-ancianos-cansados-vivir_1149) Disponible en 710.html.

DIARIO MEDICO, "La formación médica obvia la atención al final de la vida" (03.03.2014). Disponible en <http://www.diariomedico.com/2014/03/03/area-profesional/profesion/debate-memora>.

\_\_\_\_\_, "Abordaje psicosocial al final de la vida: mejor en equipo" (14.07.2014). Disponible en <http://www.diariomedico.com/2014/07/14/area-profesional/normativa/memora>.

\_\_\_\_\_, "Expertos en docencia señalan la necesidad de seleccionar a los estudiantes de grado" (06.07.2015). Disponible en <http://www.diariomedico.com/medico-joven/estudiar/grado/noticias/expertos-docencia-senalan-necesidad-seleccionar-estudiantes-grado>.

\_\_\_\_\_, "El estudiante de Medicina no sabe resolver conflictos éticos" (07.09.2015). Disponible en <http://www.diariomedico.com/2015/09/07/area-profesional/normativa/rel-estudiante-de-medicina-no-sabe-resolver-conflictos-eticos>.

\_\_\_\_\_, "Paliativos: del estigma a la mejora de la calidad de vida" (22.08.2016). Disponible en <http://www.diariomedico.com/2016/08/22/area-profesional/entorno/paliativos-del-estigma-a-la-mejora-de-la-calidad-de-vida>.

\_\_\_\_\_, "Percepción de la muerte por los estudiantes: un velo por descorrer" (07.11.2016). Disponible en <http://www.diariomedico.com/especial/atencion-al-final-de-la-vida/la-percepcion-de-la-muerte-por-parte-del-estudiante>.

\_\_\_\_\_, "El final de la vida también exige una buena práctica" (27.02.2017). Disponible en <http://www.diariomedico.com/especial/atencion-al-final-de-la-vida/el-final-de-la-vida-tambien-exige-una-buena-practica>.

\_\_\_\_\_, "La Universidad busca vías para enseñar la empatía" (04.07.2017). Disponible en <http://www.diariomedico.com/medico-joven/estudiar/grado/noticias/la-universidad-busca-vias-para-ensenar-la-empatia>.

SIURANA, J.C., "El debate bioético no es una fórmula matemática", en *Diario Médico* (04.07.2017). Disponible en <http://www.diariomedico.com/2017/07/04/area-profesional/profesion/el-debate-bioetico-no-es-una-formula-matematica>.

#### MATERIAL AUDIOVISUAL

*Antes de ti* [DVD]. SHARROCK, T., director. California: Metro-Goldwyn-Mayer; (2016).

*Chronic: El último paciente* [DVD]. FRANCO, M., director. París: Stromboli Films; (2015).

*Hin und weg* [DVD]. ZÜBERT, C., director. Berlín: Majestic Filmproduktion; (2014).

*Mar Adentro* [DVD]. AMENÁBAR, A., director. Madrid: Sogecine; (2004).

*Million Dollar Baby* [DVD]. EASTWOOD, C., director. California: Warner Bros. Pictures & Malpaso Productions; (2004).

*The Farewell Party* [DVD]. GRANIT, T. Y MAYMON, S., director. Tel Aviv: 2-Team Productions; (2014).

*You don't know Jack* [DVD]. LEVINSON, B., director. California: Bee Holder Productions; (2010).

## BIBLIOGRAFÍA DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

### LIBROS

BENEDICTO, J. (Dir.), *Informe Juventud en España 2016*. Instituto de la juventud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, (2017). Disponible en <http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/24/publicaciones/informe-juventud-2016.pdf>

CENTRO INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS, *Actitudes y creencias religiosas*. Estudio n° 2.443, CIS, Madrid, (2002).

\_\_\_\_\_, *Actitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia*. Estudio n° 2.451, CIS, Madrid, (2002).

\_\_\_\_\_, *Religión II*. ISSP. Estudio n° 2.776, CIS, Madrid, (2008).

\_\_\_\_\_, *Atención a pacientes con enfermedades en fase terminal*. Estudio n° 2.803, CIS, Madrid, (2009).

COLELL BRUNET, R., *Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña*. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, (2005). Disponible en <https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2004/tdx-1125105-175855/rcb1de1.pdf>

CORUJO PUGA, M P., *Configuración de la trascendencia profesional de los estudiantes de medicina*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, (2009). Disponible en <https://repositorio.uam.es/handle/10486/3994>.

CRESPO GOMEZ, R., *Cambio religioso en España, jóvenes e Iglesia*. Disponible en [https://www.reeditor.com/files\\_col/files\\_7621.pdf](https://www.reeditor.com/files_col/files_7621.pdf).

FRÍAS-NAVARRO, D., "Apuntes de SPSS", Universidad de Valencia, (2014). Disponible en <https://www.uv.es/friasnav/ApuntesSPSS.pdf>.

- LÓPEZ IMEDIO.E, *Enfermería en cuidados paliativos*, Panamericana, Madrid, (1988) 357-361.
- MIRO I ARDEVOL, J., (Dir.), *La disminución del sentido religioso en la juventud: secularización o desvinculación*. Centro de estudios de la Realidad Social (CERS), Universidad Abad Oliva CEU, Barcelona, (2005).
- MORALES VALLEJO, P., *Cuestionarios y Escalas*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, (2011). Disponible en <http://web.upcomillas.es/personal/peter/otrosdocumentos/CuestionariosyEscalas.doc>.
- MORENO MÍNGUEZ, A. y RODRIGUEZ SAN JULIÁN, E., *Informe Juventud en España 2012*. Instituto de la juventud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, (2013). Disponible en [http://www.injuve.es/sites/default/files/2013/26/publicaciones/IJE2012\\_0.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/2013/26/publicaciones/IJE2012_0.pdf).
- MOYA, F., *Ansiedad ante la muerte en el sujeto anciano*. Tesis Doctoral. Universidad Católica de Murcia, Murcia, (2007). Disponible en <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/65/TESIS.pdf?sequence=1>.
- NOBLEJAS DE LA FLOR, M. A., *Logoterapia. Fundamentos, principios y aplicación. Una experiencia de evaluación del "logro interior de sentido"*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense, Madrid, (1994). Disponible en <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/5/S5005701.pdf>.
- OBSERVATORIO DE LA JUVENTUD DE ESPAÑA, *Sondeo de opinión. Valores e identidades*. Estudio INJUVE EJ132, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, (2008).
- ORTIZ, E., PRATS, J.I., *La persona completa. Aproximación desde la antropología, la psicología y la biología*, EDICEP, (2004).
- SOLER GÓMEZ, MD., "Formación de Enfermería en Cuidados Paliativos", en LÓPEZ IMEDIO.E, *Enfermería en cuidados paliativos*, Panamericana, Madrid, (1988) 357-361.
- SIRACUSA, C, F., *Educación para la muerte. De 8 a 12 años. Propuesta de programa educativo*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada, Granada, (2010). Disponible en <https://hera.ugr.es/tesisugr/18616252.pdf>

TALAVERA MEDINA, C., *Actitudes ante la muerte en estudiantes universitarios: un estudio comparativo*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, (2010). Disponible en [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/5574/35404\\_talavera\\_medina\\_coromoto\\_del\\_carmen.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/5574/35404_talavera_medina_coromoto_del_carmen.pdf?sequence=1)

#### ARTÍCULOS Y CONGRESOS

ANDERSON, W. G., WILLIAMS, J. E., BOST, J. E. et al., "Exposure to Death is Associated with Positive Attitudes and Higher Knowledge about End-of-Life Care in Graduating Medical Students", en *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 11, N° 9 (2008) 1227-1233.

BAYÉS, R., LIMONERO, J. T., ROMERO, E. y ARRANZ, P. "¿Qué puede ayudarnos a morir en paz?", en *Medicina Clínica*, Vol. 115, N° 15 (2000) 579-582.

BILLINGS, M. E., ENGELBERG, R., CURTIS, J. R., et al., "Determinants of medical students' perceived preparation to perform end-of-life care, quality of end-of-life care education, and attitudes toward end-of-life care", en *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 13, N° 3 (2010) 319-326.

BJARNASON D., "Nursing, religiosity, and end-of-life care: interconnections and implications", en *Nursing Clinics of North America*, Vol. 44, N° 4 (2009) 517-525.

BLOCK, S. D., y SULLIVAN A. M., "Attitudes about end of life care: A national cross sectional study", en *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 1, N° 4, (1998) 347-355.

BRAJTMAN, S., FOTHERGILL-BOURBONNAIS, F., Fiset, V. et al., "Survey of educators: end-of-life care learning needs in a Canadian baccalaureate nursing programme", en *International Journal of Palliative Nursing*, Vol. 15, N° 5 (2009) 233-241.

BREITBART, W., GIBSON, C., POPPITO, S. R., Y BERG, A., "Psychotherapeutic Interventions at the End of Life: A Focus on Meaning and Spirituality", en *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 49, N° 6 (2004) 366-372.



- CAMPOS ARANDA, M., ROJAS ALCÁNTARA, P., ARMERO BARRANCO, D. et al., "Demandas ante un proceso de muerte", en *Enfermería Global*, Vol. 1, N° 1 (2002) 1-5.
- CARDOZO, R. A. et al., "Apreciaciones sobre la muerte en estudiantes del último año de medicina", en *Vitae: Academia Biomédica Digital*, Vol. 11, N° 44 (2010).
- CASAS, M. L., PICHARDO, L. M., MANZANO, M. C., TORRES, J. C., y GÓMEZ SÁNCHEZ, J., "Encuesta piloto comparativa de opinión de médicos, enfermeras y estudiantes de medicina sobre el suicidio asistido en un hospital privado del distrito federal", en *Persona y Bioética*, Vol. 11, N° 2 (2007) 11.
- DE LA HERRÁN, A., CORTINA, M., "La educación para la muerte como ámbito formativo: Más allá del duelo", en *Psicooncología*, Vol. 5, N° 2-3 (2008) 409-424.
- ECHEVERRÍA-FALLA, C., "Educación ética: ¿normas o virtudes? ¿Qué giro debe tomar la enseñanza de la ética en la formación de universitarios solidarios?", en *Persona y Bioética*, Vol. 17, N° 2 (2013) 151-167.
- FRASER, H. C., J. S. KUTNER, y M. P. PFEIFER., "Senior Medical Students. Perceptions of the Adequacy of Education on End-of-Life Issues", en *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 4, N° 3 (2001) 337-343.
- GARCÍA, J.C., "La decisión de estudiar medicina", en *Educ Med Salud*, Vol. 4, N° 4 (1970) 277-294.
- GARCIA-ALANDETE, J., et al., "Sex differences on Purpose-In-Life. Test total and factorial scores among spanish undergraduates", en *Universitas Psychologica*, Vol. 10, N° 3 (2011) 681-692.
- \_\_\_\_\_, "Análisis factorial de una versión española del Purpose-In-Life Test, en función del género y edad", en *Pensamiento Psicológico*, Vol. 12, N° 1 (2014) 83-98.
- \_\_\_\_\_, MARTÍNEZ, E. R., SELLES NOHALES, P., "Estructura Factorial y Consistencia interna de una versión española del Purpose-in-Life Test", en *Universitas Psychologica*, Vol. 12, N° 2 (2013) 517-530.

- \_\_\_\_\_, MARTÍNEZ, E. R., SOUCASE LOZANO, B., y GALLEGO-PÉREZ, J. F., "Diferencias asociadas al sexo en las puntuaciones total y factoriales del Purpose- in-Life Test en universitarios españoles", en *Universitas Psychologica*, Vol. 10, N° 3 (2011) 681-692.
- JIMÉNEZ BAUTISTA, F., ESQUIVEL GUERRERO, J. A., "Juventud e identidad religiosa", en *Revista de Humanidades*, Vol. 18 (2011) 125 - 146.
- LAICISMO.ORG, "Datos sobre creencias o convicciones en España. 2016" (04.01.2017) Disponible en <https://laicismo.org/2017/datos-sobre-creencias-o-convicciones-en-espana-2016/141276>
- LEÓN CORREA, F. J., "Dignidad humana, libertad y bioética", en *Ars Brevis*, Vol. 1 (1995) 103-124.
- LESCAILLE, M., "Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con la persona y su dignidad", en *Revista Cubana de Enfermería*, Vol. 22, N° 1 (2006).
- LUGONES, M., "La Información al paciente grave y en estado terminal en la educación médica", en *Educación Médica Superior*, Vol. 16, N° 3 (2002) 189-195.
- MANGUS, R. S., DIPIERO, A. Y HAWKINS, C. E., "Medical students' attitudes toward physician-assisted suicide", en *JAMA, The Journal of the American Medical Association*, Vol. 282, N° 21 (1991) 2080-2081.
- MARTÍNEZ BULLÉ-GOYRI, V. M., "Reflexiones sobre la dignidad humana en la actualidad", en *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, Vol. 46, N° 136 (2013) 39-67.
- MAZA CABRERA, M. et al, "Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes", en *Ciencia y Enfermería*, Vol. 15, N° 1 (2009) 39-48.
- MAZZARI, R., PADILLA, F. R., WONG, S., y LÓPEZ, M., "Actitud de médicos y estudiantes de medicina frente a la eutanasia", en *MedULA*, Vol. 7, N° 1-4 (1998) 25-29.
- MEIER, A. Y EDWARDS, H., "Purpose-In-Life test: Age and sex differences", en *Journal of Clinical Psychology*, Vol.39, N° 3 (1974) 384-386.

- MKLICH, J.C., "La construcció del sentit del sofriment i la mort: antropologia filosòfica i filosofia de l'educació en Víctor E. Frankl", en *Enrahonar: quaderns de filosofia*, Vol. 22 (1994) 93-103.
- MONTALVO AGUILAR, M. et al., "Desempeño académico en el primer año de medicina: relación con intereses vocacionales, actitud ante el estudio y fuerza de motivación", en *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, Vol. 16, N° 2 (2013) 111-117.
- MUÑOZ CAMARGO, J. C., et al., "Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales", en *Enfermería Intensiva*, Vol. 23, N° 3 (2012) 104-114.
- MUTTO, E. M., CAVAZZOLI, C., BALLBÉ, J. A., TAMBONE, V., CENTENO, C., y VILLAR, M. J., "Teaching dying patient care in three universities in Argentina, Spain, and Italy", en *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 12, N° 7 (2009) 603-607.
- \_\_\_\_\_, CANTONI, M. N., RABHANSL, M. M., y VILLAR, M. J., "A perspective of end-of-life care education in undergraduate medical and nursing students in Buenos Aires, Argentina", en *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 15, N° 1 (2012) 93-98.
- \_\_\_\_\_, ERRÁZQUIN, A., RABHANSL, M. M., y VILLAR, M. J., "Nursing education: The experience, attitudes, and impact of caring for dying patients by undergraduate Argentinian nursing students", en *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 13, N° 12 (2010) 1445-1450.
- NORDE, M. C. A., CABRERA, J. J. R y BIGNOTE, M. S. L., "Percepción de muerte y felicidad en estudiantes de licenciatura en enfermería", en *Revista Cubana de Enfermería*, Vol. 24, N° 2 (2008) 1-14.
- NORDSTRAND, S. J., NORDSTRAND, M. A., NORTVEDT, P., y MAGELSEN, M., "Medical students' attitudes towards conscientious objection: a survey", en *Journal of Medical Ethics*, Vol. 40, N° 9 (2014): 609-612.
- OLIVEIRA PINHO, L. M., y ALVES BARBOSA, M., "A relação docente-acadêmico no enfrentamento do morrer", en *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, Vol. 44, N° 1(2010) 107-112.

- ORTIZ, E., "Una antropología para Europa. La verdad sobre el hombre", *Diálogos Almudí*. <https://www.almudi.org/articulos/7512-Una-antropologia-para-Europa-Eduardo-Ortiz-Dialogos-Almudi-2005->
- OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ, E., "Calidad de la información sanitaria como requisito para el consentimiento informado", en *Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal*, Vol. 5, N° 1 (2000) 59-65.
- OZCAKIR, A., UNCU, Y., SADIKOGLU, G., ERCAN, I., y BILGEL, N., "Students' views about doctor-patient communication, chronic diseases and death", en *Education for Health*, Vol. 21, N° 1 (2008) 149-149.
- POGRÁNYIVÁ, A. H., LÓPEZ, M. V. G., SERRANO, M. R. C., SÁNCHEZ, B. L. D., BARRIGA, J. M. M., y CONTY, J. L. M., "Reflexiones de los alumnos de enfermería sobre el proceso de la muerte", en *Enfermería Global*, Vol. 13, N° 1 (2014) 133-156.
- POUSSET, G., J. BILSEN, J. DE WILDE, et al., "Attitudes of Flemish Secondary School Students towards Euthanasia and Other End-of-Life Decisions in Minors", en *Child: Care, Health and Development*, Vol. 35, N° 3 (2009) 349-356.
- QUINTANA CABANAS, J. M., "Propuesta de una pedagogía humanística", en *Revista Española de Pedagogía*, Vol. 243 (2009) 209-230.
- RIETJENS, J. A., VAN DER HEIDE, A., ONWUTEAKA-PHILIPSEN, B. D., VAN DER MAAS, P. J., y VAN DER WAL, G., "Preferences of the Dutch General Public for a Good Death and Associations with Attitudes Towards End-of-Life Decision-Making", en *Palliative Medicine*, Vol.20, N° 7 (2006) 685-692.
- SALUD 2000., "Debates en torno a la feminización de las profesionales sanitarias", en *Salud 2000*, N° 122 (2009) 28.
- SCARANO, C., MORENO, N., ENDREK, A., DEMENECH, S., COLAZO, M., BARRIONUEVO, C., et al., "Eutanasia: Criterio del estudiante de medicina de la Universidad Nacional de Córdoba y de la comunidad médica de Córdoba, Argentina", en *Acta Científica Estudiantil*, Vol. 6, N° 2 (2008) 59-65.

- STRONEGGER, W.J., BURKERT, N.T., GROSSSCHÄDL, F., FREIDL, W., "Factors associated with the rejection of active euthanasia: a survey among the general public in Austria", en *BMC Medical Ethics*, Vol. 14, N° 10 (2013) 26-26.
- \_\_\_\_\_, SCHMÖLZER C., RASKY E., y FREIDL, W., "Changing attitudes towards euthanasia among medical students in Austria", en *Journal of Medical Ethics*, Vol. 37, N° 4 (2011) 227-229.
- SULLIVAN, A. M., LAKOMA, M. D., y BLOCK, S. D., "The status of medical education in end-of-life care: A national report", en *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 18, N° 9 (2003) 685-695.
- SUPIANO, K. P., y VAUGHN-COLE, B., "The impact of personal loss on the experience of health professions: graduate students in End-of-life and bereavement care", en *Death Studies*, Vol. 35, N° 1 (2011) 73-89.
- WECHTER, E., O'GORMAN, D. C., SINGH, M. K., SPANOS, P., y DALY, B. J., "The Effects of an Early Observational Experience on Medical Students. Attitudes Toward End-of-Life Care", en *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, Vol. 32, N° 1 (2013) 52-60.



ANEXO





## ANEXO I.1A: 1ª ENCUESTA ALUMNOS

### MENSAJE DE BIENVENIDA

Estimado alumno/a

Como estudiante de un grado de Ciencias de la Salud, le invitamos a participar en un proyecto de investigación sobre las **“Actitudes ante la muerte y la atención a los enfermos en fase terminal”**. Nos proponemos estudiar en los alumnos de ciencias de la salud un tema “tabú” en nuestra sociedad, un tema ocultado, del que no gusta hablar, pero un tema profundamente humano como es el morir y la muerte. Pretendemos sacar a la muerte de su ocultación en la formación de los futuros profesionales sanitarios y conocer la preparación, la formación humana, las actitudes de los estudiantes de Ciencias de la Salud de la UCAM ante estas realidades.

La participación en la encuesta es libre y voluntaria. Los datos que usted nos aporte serán anónimos y se tratarán con absoluta privacidad y confidencialidad. Sabremos que ha participado, y si ha completado el cuestionario o no, porque este dato quedará almacenado junto con su correo electrónico y DNI, pero estos datos personales son desvinculados de sus contestaciones por la plataforma informática, por lo que le garantizamos el absoluto anonimato de sus respuestas. Su participación consistirá en la cumplimentación de dos encuestas: ésta y otra que le enviaremos una vez haya contestado la primera. Aunque lo ideal es que conteste la encuesta de una sola vez, podrá hacerlo en diferentes momentos, si se viera obligado a interrumpir la cumplimentación. (Para ello acuérdesese de marcar la tecla "guardar y volver en otro momento")

Le agradecemos enormemente su colaboración desinteresada y le informamos que, como compensación por el tiempo y el esfuerzo invertido, participará en el sorteo de un **NETBOOK ANDROID CON PANTALLA TACTIL** que se sorteará entre los alumnos participantes que envíen los dos cuestionarios contestados en su totalidad. El ganador será aquel **ALUMNO CUYO DNI TENGA UNA TERMINACIÓN MÁS PARECIDA AL NÚMERO PREMIADO DE LA ONCE EL DÍA 29 DE JUNIO**, Festividad de San Pedro y San Pablo. El nombre del ganador se hará público y se dará a conocer por correo electrónico a todos los participantes.

Si necesita más información puede ponerse en contacto con la investigadora principal a través del correo electrónico [mcvazquez@ucam.edu](mailto:mcvazquez@ucam.edu).

Muchísimas gracias, M<sup>a</sup> Carmen Vázquez Guerrero

Hay 24 preguntas en esta encuesta

## CONSENTIMIENTO

**1 [Aceptación] Me considero suficientemente informado, acepto participar y me comprometo a ser veraz en mis respuestas:**

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

SI

NO

## DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Bienvenido. Para empezar, le rogamos nos conteste estos datos referentes a usted.

**2 [CódigoPersonal] Este es un código personal que sólo usted conoce y que es difícil que olvide. Al ser las respuestas anónimas, este código nos permitirá, en encuestas posteriores, saber qué ha contestado la misma persona. Introduzca por favor tres letras mayúsculas. 1. La primera correspondería a la primera letra del nombre de su madre. 2. La segunda letra sería la segunda letra del nombre de su padre. 3. La tercera letra sería la tercera letra de su propio nombre. 4. Al final, introduzca el día del mes en que nació.**

Por favor, escriba su respuesta aquí:

--	--	--	--

**3 [Grado] Es usted estudiante de Grado de:**

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

Medicina

Enfermería

Psicología

Fisioterapia

Terapia Ocupacional

Farmacia

Nutrición

**4 [Curso] ¿A qué curso pertenecen la mayoría de asignaturas en las que está matriculado?**

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- 1°
- 2°
- 3°

**5 [Sexo] Sexo:**

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Hombre
- Mujer

**6 [Fecha nacimiento] Fecha de nacimiento**

Por favor, introduzca una fecha:

**7 [Duelo] ¿Ha sufrido la pérdida de un familiar o alguien muy querido hace menos de seis meses?**

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- SI
- NO

[Exclusión] Estimado alumno: le transmitimos nuestras condolencias, sentimos que haya pasado por esa experiencia dolorosa y le informamos que no es necesario que siga contestando la encuesta si cree que estas preguntas le van a incomodar. Este es uno de los motivos de exclusión que hemos definido, por respeto al dolor que aún puede estar sintiendo y por la influencia que esta circunstancia puede ejercer en sus respuestas. Muchísimas gracias a pesar de todo.

**8 [Depresión] ¿Está diagnosticado de algún tipo de trastorno depresivo por un médico?**

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- SI
- NO

[Exclusión2] Estimado alumno: sentimos lo que le ocurre y le informamos que no es necesario que siga contestando la encuesta. Este es uno de los motivos de exclusión que hemos definido, por respeto al sufrimiento que estos trastornos ocasionan, que podría aumentar de seguir contestando la encuesta, y por la influencia que esta circunstancia puede ejercer en sus respuestas. Muchísimas gracias a pesar de todo.

**FORMACIÓN AFÍN RECIBIDA****9 [FormacionBioetica] Tiene formación específica en Bioética**

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- SI  
 NO

**10 [FormacionTanatolo] ¿Tiene formación específica en Tanatología?**

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- SI  
 NO

**CUESTIONARIO DE METAS Y MOTIVOS EN LA ELECCIÓN DE LA CARRERA**

Estimado alumno. Le rogamos nos indique, con sinceridad, las metas y motivos personales que le han llevado a realizar estos estudios. No existen respuestas verdaderas ni falsas. Nos interesa conocer las tuyas. Gracias.

**11 [VolverElegirGrado] Tras estos años que lleva en la universidad ¿Volvería de nuevo a elegir hacer esta carrera? \***

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

° `((Curso_2.NAOK == "Y" or Curso_3.NAOK == "Y"))`

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- SI  
 NO

**12 [MotivoNOElecciGrado] En caso negativo, los motivos serían: \***

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

° `(((! is_empty(VolverElegirGrado.NAOK) && (VolverElegirGrado.NAOK == "0"))))`

Por favor, escriba su respuesta aquí:

13 [MotivoElecc\_M1\_M15] Por favor, seleccione el grado en el que se identifica mejor con la afirmación que expresa cada frase: He elegido esta carrera porque:

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	nada	muy poco	algo	bastante	mucho
Tiene las capacidades y motivaciones necesarias para ella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le parecen apasionantes los conocimientos que adquiere estudiándola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conoce a algunas personas que han estudiado esta carrera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sus padres y amigos se lo han aconsejado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siente un gran interés por la ciencia y el conocimiento de estos temas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siempre ha tenido deseos de ayudar a los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No le gustan las profesiones que impliquen trabajar sin contacto frecuente con otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siempre le han llamado las profesiones sanitarias por su	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	nada	muy poco	algo	bastante	mucho
componente humanitario					
Le gustaría llegar a ser una persona solidaria con los otros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quiere aliviar el sufrimiento de los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cree que teniendo conocimientos de salud puede tener cierta influencia sobre las personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quiere tener un nivel social y económico elevado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Querría tener un puesto de trabajo con cierto prestigio social.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha imaginado lo satisfactoria que será su vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hay muchas salidas profesionales para esta carrera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ATENCIÓN Y CUIDADOS A ENFERMOS EN FASE TERMINAL

Este cuestionario le va a presentar diferentes cuestiones relacionadas con la atención sanitaria al final de la vida. Le recordamos que no es un examen, por lo que no hay respuestas ciertas y erróneas. Queremos conocer su opinión, conocimientos, actitudes y experiencia personal sobre estas cuestiones. Le rogamos lea detenidamente las preguntas y conteste a las mismas con toda sinceridad, pues sus respuestas son totalmente anónimas.

**14 [OpinionDerechInfor\_1\_5] ¿En qué medida está Usted de acuerdo con que a una persona mayor de 18 años, con una enfermedad irreversible en fase terminal, al que le queda poco tiempo de vida, ...?**

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Totalmente de Acuerdo	Bastante de Acuerdo	Poco de acuerdo	Nada de acuerdo	N.S.
El médico no le informe sobre su estado de salud porque la familia quiere protegerlo de malas noticias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El médico le dé una información falsa para ahorrarle sufrimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El médico no le informe sobre su estado, si piensa que el conocimiento de su situación le puede perjudicar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El médico no le informe sobre su estado de salud si el enfermo no quiere saberlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El médico se asegure de que el enfermo sabe que su situación es grave y de que la posibilidad de morir es real, aunque no le informe de todo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**15 [OpinionAnalgesLET\_1\_5] Y estando en esa situación de enfermedad en fase terminal, ¿en qué medida estaría Usted de acuerdo con que los médicos le aplicasen las siguientes medidas?**

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Totalmente de Acuerdo	Bastante de Acuerdo	Poco de acuerdo	Nada de acuerdo	N.S.
Darle todos los calmantes necesarios para controlar el dolor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prolongarle la vida de forma artificial cuando no exista esperanza alguna de curación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administrarle la medicación necesaria para aliviar su sufrimiento aunque acelere su muerte, sin que la intención sea procurársela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interrumpir un tratamiento que prolongue su sufrimiento cuando le queda poco tiempo de vida, sin que la intención sea adelantar su muerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adelantarle voluntariamente la muerte para evitar que siga sufriendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**16 [OpinionDignidHum\_1\_8]¿Cuál es su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones?**

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Totalmente de Acuerdo	Bastante de Acuerdo	Poco de acuerdo	Nada de acuerdo	N.S.
La dignidad de las personas es dependiente de su capacidad para poder tomar decisiones libres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La persona pierde su dignidad con la enfermedad y el sufrimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La vida con limitaciones físicas o psíquicas es inútil y por lo tanto indigna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cada persona es dueña de su propia vida y de elegir cuándo y cómo quiere morir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	Totalmente de Acuerdo	Bastante de Acuerdo	Poco de acuerdo	Nada de acuerdo	N.S.
Todos los seres humanos tenemos la misma dignidad ontológica, que deriva del hecho de ser personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Todas las personas tienen el mismo derecho a ser atendidas con igual dignidad en la última etapa de su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La dignidad de la persona humana exige que su vida sea respetada siempre, sobre todo cuando ésta es enferma y débil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es contrario a la dignidad de la persona el anticipar su muerte deliberadamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**17 [OpinionEutaMuertDigna\_1\_15] ¿Cuál es su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones?**

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Totalmente de Acuerdo	Bastante de Acuerdo	Poco de acuerdo	Nada de acuerdo	N.S.
Los enfermos en fase terminal que conservan totalmente sus facultades mentales, tienen derecho a decidir sobre cómo acabar con su vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los familiares cercanos de enfermos terminales adultos en situación de inconsciencia, tienen derecho a decidir sobre la terminación de la vida de éstos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La eutanasia activa se puede considerar como una muestra de compasión con el que sufre de modo irremediable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporcionar una dosis letal a petición de un enfermo terminal, es acorde con la función médica de aliviar el dolor y sufrimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Totalmente de Acuerdo	Bastante de Acuerdo	Poco de acuerdo	Nada de acuerdo	N.S.
La legalización de la eutanasia por un médico, llevaría a un menor desarrollo de buenos cuidados paliativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La legalización de la eutanasia activa por un médico, presionaría a los enfermos a pedirla cuando se sienten una carga para la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algunas veces es una decisión acertada suspender (o no iniciar) un tratamiento de prolongación de la vida con muy mala calidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La autonomía del enfermo no puede llegar hasta el punto de exigir el suicidio asistido o la eutanasia activa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La legalización de la eutanasia activa por un médico facilitaría que se aplicara a enfermos que no la han pedido, pero la familia o el medico la ven buena para ellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nunca proporcionaría una dosis letal a un enfermo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En la fase final de la enfermedad el objetivo terapéutico debe cambiar: ya no se trata de curar, sino de cuidar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los cuidados paliativos son la respuesta de la Medicina ante la enfermedad terminal y la muerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En una muerte digna deben de estar incluidos los cuidados paliativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La ayuda, el consuelo y el cuidado mejoran el sufrimiento del enfermo terminal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El "hacer morir" nunca puede considerarse un tratamiento médico: ni siquiera cuando la intención es secundar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Totalmente de Acuerdo	Bastante de Acuerdo	Poco de acuerdo	Nada de acuerdo	N.S.
una petición del enfermo; es más bien la negación de la profesión sanitaria					

**18 [ActitudEutanVolunt]** Cuando una persona tiene una enfermedad en fase terminal, que le causa grandes sufrimientos y que le causará la muerte en poco tiempo, ¿cree Usted correcto que los médicos le ayuden a poner fin a su vida, si esta persona lo solicita libremente?

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Sí, con toda seguridad  
 Creo que sí, pero no estoy totalmente seguro/a  
 Creo que no, pero no estoy totalmente seguro/a  
 No, con toda seguridad  
 N.S.

**18 [ActitudSuicidAsist]** Y si esta persona lo solicita libremente a sus médicos, ¿cree Usted correcto que éstos le proporcionen los medios necesarios para que ella misma pueda terminar con su vida?

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Sí, con toda seguridad  
 Creo que sí, pero no estoy totalmente seguro/a  
 Creo que no, pero no estoy totalmente seguro/a  
 No, con toda seguridad  
 N.S.

**19 [ActRealizEutVolFamil]** Si un miembro de su familia padeciese una enfermedad irreversible en fase terminal que le produjera un gran sufrimiento y le pidiera a usted repetidamente que le ayudara a morir, ¿contribuiría Ud., personalmente, a adelantar el fin de su vida?

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Sí, con toda seguridad  
 Creo que sí, pero no estoy totalmente seguro/a  
 Creo que no, pero no estoy totalmente seguro/a

No, con toda seguridad

N.S.

**20 [RazonPedirEuta\_1\_2] ¿Cuál cree usted que es la razón más importante que lleva a una persona enferma a pedir que se acabe con su vida? ¿Y en segundo lugar?**

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	En 1er lugar	En 2° lugar
Depender de otras personas para necesidades básicas (comer, aseo,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir un dolor físico insoportable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentirse como una carga para la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perder su autonomía y libertad como persona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El miedo a perder el control mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentirse deprimida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El miedo al deterioro físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras razones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N.S.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**21 [RespAdecPeticEut\_1\_2] En su opinión, ¿cuál cree usted es la primera medida que hay que adoptar ante un paciente con dolor intenso, ansiedad, depresión, abandono, soledad u otras condiciones, que solicita la eutanasia? ¿Y en segundo lugar?**

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	En 1er lugar	En 2° lugar
Controlarle el dolor y los síntomas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Darle apoyo emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sedarle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporcionarle lo que pide (eutanasia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N.S	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**22 [FamFallecidoXEnfTerm] A lo largo de su vida, alguna persona muy próxima y querida, familiar o amiga, ha fallecido como consecuencia de alguna enfermedad irreversible en cuya fase final tuvo mucho sufrimiento?**

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- SI  
 NO

### CONDICIONES PARA MORIR EN PAZ

**23 [CondMorirPaz\_1\_11] En el caso de que estuviera muriendo realmente, ¿en qué medida cree que los siguientes aspectos podrían ayudarle a morir en paz?**

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	muchísimo	mucho	bastante	poco	nada
Pensar que los médicos pueden controlar mi dolor y otros síntomas generadores de malestar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensar que mi proceso de morir, si se produce, será corto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensar que podré controlar hasta el final mis pensamientos y funciones fisiológicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensar que mi muerte no supondrá una carga insoportable (económica, afectiva, o de otro tipo) para mis personas queridas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poder sentirme cerca, comunicarme y estrechar los vínculos afectivos con mis personas queridas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensar que si no tengo una esperanza real de recuperación no se prolongará artificialmente mi vida en una unidad de cuidados intensivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensar que mi vida ha tenido algún sentido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creer en otra vida después de la muerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No sentirme culpable (sentirme perdonado), por conflictos personales del pasado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensar que si la situación se me hace insoportable, podré disponer de ayuda para morir con rapidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	muchísimo	mucho	bastante	poco	nada
Pensar que podré morir en casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**24 [ImpMorirEnPaz\_1\_2] Si de los aspectos mencionados, tuvieras que elegir los dos que consideras más importantes para ayudarte a morir en paz, ¿cuáles elegirías?**

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	En 1er lugar	En 2º lugar
Pensar que los médicos pueden controlar mi dolor y otros síntomas generadores de malestar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensar que mi proceso de morir, si se produce, será corto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensar que podré controlar hasta el final mis pensamientos y funciones fisiológicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensar que mi muerte no supondrá una carga insostenible ( económica, afectiva, o de otro tipo ) para mis personas queridas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poder sentirme cerca, comunicarme y estrechar los vínculos afectivos con mis personas queridas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensar que si no tengo una esperanza real de recuperación no se prolongará artificialmente mi vida en una unidad de cuidados intensivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensar que mi vida ha tenido algún sentido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creer en otra vida después de la muerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No sentirme culpable (sentirme perdonado), por conflictos personales del pasado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensar que si la situación se me hace insostenible, podré disponer de ayuda para morir con rapidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensar que podré morir en casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### MENSAJE DE DESPEDIDA

Estimado alumno

Muchísimas gracias por su participación y le pedimos disculpas si alguna pregunta le ha hecho sentir incómodo. Le recordamos que, al enviar la encuesta, su correo electrónico y su DNI, ha entrado en la base de datos de alumnos de Ciencias de la Salud participantes. Le reiteramos que estos datos personales han sido separados de sus contestaciones, por lo que puede estar seguro del anonimato de sus respuestas.

Como compensación por el tiempo y el esfuerzo invertido, participará en el sorteo de un **NETBOOK ANDROID CON PANTALLA TACTIL** que se sorteará entre los alumnos participantes que envíen los dos cuestionarios contestados en su totalidad. El ganador será aquel **ALUMNO CUYO DNI TENGA UNA TERMINACIÓN MÁS PARECIDA AL NÚMERO PREMIADO DE LA ONCE EL DÍA 29 DE JUNIO**, Festividad de San Pedro y San Pablo. El nombre del ganador se hará público y se dará a conocer por correo electrónico a todos los participantes. Si necesita más información puede ponerse en contacto con la investigadora principal a través del correo electrónico [mcvazquez@ucam.edu](mailto:mcvazquez@ucam.edu). Un cordial saludo. M<sup>a</sup> Carmen Vázquez Guerre





## ANEXO I.1B: 2ª ENCUESTA ALUMNOS CCSS

### MENSAJE DE BIENVENIDA

Estimado alumno

Ésta es la **segunda encuesta** de la investigación sobre las **“Actitudes ante la muerte y la atención a los enfermos en fase terminal en Los estudiantes de Ciencias de la Salud”**. Le agradecemos enormemente su participación en la 1ª encuesta y esperamos y deseamos que también realice esta 2ª. Sin su colaboración, no podríamos llevar a cabo esta investigación. Le recordamos que el objetivo es sacar al morir y la muerte de su ocultación en la formación de los futuros profesionales sanitarios. Pretendemos conocer la preparación, la formación humana y las actitudes de los estudiantes de Ciencias de la Salud en un tema tan profundamente humano. También estudiamos variables presumiblemente relacionadas, con el objeto de conocer y mejorar la educación que la UCAM está ofreciendo a los alumnos.

Su participación es **libre y voluntaria**. Los datos que usted nos aporte serán **anónimos** y se tratarán con absoluta privacidad y confidencialidad. Sabremos que ha participado, y si ha completado el cuestionario o no, porque este dato quedará almacenado junto con su correo electrónico y DNI, pero estos datos personales son desvinculados de sus contestaciones por la plataforma informática, por lo que le garantizamos el absoluto anonimato de sus respuestas.

De tener que contestar la encuesta en diferentes momentos, acuérdesese de marcar la tecla "guardar y volver en otro momento" para no perder los datos. Como compensación por el tiempo y el esfuerzo invertido, participará en el sorteo de un **NETBOOK ANDROID CON PANTALLA TACTIL** que se sorteará entre los alumnos participantes que envíen los dos cuestionarios contestados en su totalidad. El ganador será aquel **ALUMNO CUYO DNI TENGA UNA TERMINACIÓN MÁS PARECIDA AL NÚMERO PREMIADO DE LA ONCE EL DÍA 29 DE JUNIO**, Festividad de San Pedro y San Pablo. El nombre del ganador se hará público y se dará a conocer por correo electrónico a todos los participantes.

Le agradecemos enormemente su colaboración desinteresada. Si necesita más información puede ponerse en contacto con la investigadora principal a través del correo electrónico [mcvazquez@ucam.edu](mailto:mcvazquez@ucam.edu). Mª Carmen Vázquez Guerrero

Hay 31 preguntas en esta encuesta

## CONSENTIMIENTO

**1 [Aceptación] Me considero suficientemente informado, acepto participar y me comprometo a ser veraz en mis respuestas:**

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

SI

NO

## DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Para empezar, le rogamos nos conteste estos datos referentes a usted.

**2 [CodigoPersonal2] Este es un código personal que sólo usted conoce y que es difícil que olvide. Al ser las respuestas anónimas, este código nos permite, en caso de participar en otros estudios, saber qué ha contestado la misma persona. Introduzca por favor tres letras mayúsculas. 1. La primera correspondería a la primera letra del nombre de su madre. 2. La segunda letra sería la segunda letra del nombre de su padre. 3. La tercera letra sería la tercera letra de su propio nombre. 4. Al final, introduzca el día del mes en que nació**

Por favor, escriba su respuesta aquí:

--	--	--	--	--

**3 [Grado2] Es usted estudiante de Grado de:**

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

Medicina

Enfermería

Psicología

Fisioterapia

Terapia Ocupacional

Farmacia

Nutrición

**4 [Curso2] ¿A qué curso pertenecen la mayoría de asignaturas en las que está matriculado?**

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

1º

2°

3°

### CUESTIONARIO DE OPINIONES SOBRE LA PROPIA VIDA

El actual cuestionario se trata de un test logoterapéutico con el que queremos aproximarnos al logro de sentido de la vida alcanzado por usted. Es un test muy sencillo y rápido de responder. Para cada una de las afirmaciones responda, por favor, escribiendo el número que mejor exprese su respuesta, sabiendo que los valores extremos (1 y 6) se corresponden con las respuesta adjuntas a los mismos.

#### 5 [PIL2] La vida me parece...

Una rutina completa	1	2	3	4	5	6	Excitante siempre
---------------------	---	---	---	---	---	---	-------------------

Each answer must be between 1 and 6. Por favor, escriba su respuesta aquí:

#### 6 [PIL3] Por lo que respecta a mis objetivos en la vida...

No tengo ningún objetivo especial	1	2	3	4	5	6	Tengo unos objetivos muy claros
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---------------------------------

Each answer must be between 1 and 6. Por favor, escriba su respuesta aquí:

#### 7 [PIL4] Mi existencia personal...

La veo completamente sin sentido...	1	2	3	4	5	6	La veo llena de sentido
-------------------------------------	---	---	---	---	---	---	-------------------------

Each answer must be between 1 and 6. Por favor, escriba su respuesta aquí:

#### 8 [PIL5] Para mí cada día es...

Exactamente como el anterior	1	2	3	4	5	6	Nuevo y diferente...
------------------------------	---	---	---	---	---	---	----------------------

Each answer must be between 1 and 6. Por favor, escriba su respuesta aquí:

#### 9 [PIL6] Si pudiera escoger...

Preferiría no haber nacido...	1	2	3	4	5	6	Volvería a vivir la misma vida muchas veces
-------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

Each answer must be between 1 and 6. Por favor, escriba su respuesta aquí:

**10 [PIL9] Encuentro mi vida...**

Vacía, llena solamente con desesperanza...	1	2	3	4	5	6	Rebosante de buenas cosas...
--	---	---	---	---	---	---	---------------------------------

Each answer must be between 1 and 6. Por favor, escriba su respuesta aquí:

**11 [PIL10] Si fuera a morir hoy, sentiría que mi vida...**

No ha merecido la pena...	1	2	3	4	5	6	Ha merecido completamente la pena...
------------------------------	---	---	---	---	---	---	--

Each answer must be between 1 and 6. Por favor, escriba su respuesta aquí:

**12 [PIL11] Cuando pienso en mi propia vida ...**

Me pregunto con frecuencia por qué existo	1	2	3	4	5	6	Siempre veo una razón para estar aquí...
---	---	---	---	---	---	---	--

Each answer must be between 1 and 6. Por favor, escriba su respuesta aquí:

**13 [PIL15] Con respecto a la muerte me siento...**

Con miedo y no preparado	1	2	3	4	5	6	Preparado y sin miedo
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	--------------------------

Each answer must be between 1 and 6. Por favor, escriba su respuesta aquí:

**14 [PIL17] Por lo que respecta a mi capacidad para encontrar un sentido o una misión a la vida...**

Me siento incapaz	1	2	3	4	5	6	Veó que mi capacidad es muy grande
----------------------	---	---	---	---	---	---	--

Each answer must be between 1 and 6. Por favor, escriba su respuesta aquí:

**15 [PIL19] Cuando me enfrento con las tareas de cada día...**

Las veo incómodas y aburridas	1	2	3	4	5	6	Las veo como una fuente de satisfacción
-------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

Each answer must be between 1 and 6- Por favor, escriba su respuesta aquí:











	Totalmente de Acuerdo	Bastante de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Indeciso	Algo en Desacuerdo	Bastante en Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
afrontar la muerte, es mi creencia en una vida después de la misma.							
Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La muerte no es buena ni mala.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espero una vida después de la muerte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ESPIRITUALIDAD Y RELIGIÓN

Esta sección, le planteará preguntas sobre su dimensión espiritual, sus creencias religiosas y su visión trascendente. Como en los anteriores, nos interesa conocer su posición personal en estas cuestiones, por lo que le rogamos lea las preguntas detenidamente y responda con sinceridad a las mismas, sabiendo que tiene garantizado el anonimato, por lo que puede responder con total libertad.

### 18 [Descripción Espiritual] ¿Se describiría usted a sí mismo como una persona...?

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Muy espiritual
- Bastante espiritual
- Poco espiritual
- Nada espiritual

**19 [Vida\_Desp\_Muert]e ¿Cree usted en que hay otra vida después de la muerte?**

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- N,S,
- No, con toda seguridad
- Probablemente no
- Probablemente si
- Si, con toda seguridad

**20 [AutoDefinic\_religión] ¿Cómo se define Ud. en materia religiosa: católico, creyente de otra religión, no creyente o ateo?**

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Católico
- Creyente de otra religión
- No creyente
- Ateo
- Otro

**21 [Def\_nivel\_religioso] En relación a la religión ¿Se describiría usted a sí mismo como una persona...?**

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

((AutodefinicReligiosa.NAOK == "3" or AutodefinicReligiosa.NAOK == "4"))

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Muy religiosa
- Bastante religiosa
- Poco religiosa
- Nada religiosa

**22 [Frecuencia\_Misa] ¿Con qué frecuencia asiste Ud. a misa u otros oficios religiosos, sin contar las ocasiones relacionadas con ceremonias de tipo social, por ejemplo, bodas, comuniones o funerales?**

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

((AutodefinicReligiosa.NAOK == "3" or AutodefinicReligiosa.NAOK == "4"))

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Varias veces a la semana

- Una vez a la semana
- Dos o tres veces al mes
- Una vez al mes
- Varias veces al año
- Nunca

### **CUESTIONARIO FORMACIÓN RECIBIDA EN EL GRADO SOBRE EL MORIR Y LA MUERTE** (sólo alumnos de tercero y cuarto)

En esta sección le agradecemos nos informe con sinceridad sobre la formación que ha recibido sobre la muerte y la atención al final de la vida durante sus estudios en la universidad, su opinión y satisfacción sobre la misma, así como su deseo de trabajar en un futuro con enfermos en fase terminal.

#### **23 [TratadMorirMuertAsig] ¿Ha tratado el tema del morir y la muerte en alguna/s asignaturas de su carrera?**

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

° ((Curso2\_2.NAOK == "Y" or Curso2\_3.NAOK == "Y"))

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- SI
- NO

#### **24 [AsigTemaMuerteMorir] ¿En qué asignatura/s ha tratado el tema de la muerte y el morir?**

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

° ((TratadMorirMuertAsig.NAOK == "1"))

Por favor, escriba su(s) respuesta(s) aquí:

#### **25 [TrataCuidaPaliaAsig] ¿Ha recibido formación específica en Cuidados Paliativos?**

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

° ((Curso2\_2.NAOK == "Y" or Curso2\_3.NAOK == "Y"))

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- SI
- NO

**26 [AsigCuidadosPaliativ] ¿En qué asignatura/s de su carrera se tratan los Cuidados Paliativos?**

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

° ((AsignaturaCP.NAOK == "1"))

Por favor, escriba su(s) respuesta(s) aquí:

**27 [ImpCuidadEnfTermCarrera] Puntúa la importancia que para usted tienen los cuidados al enfermo en fase terminal en su carrera. Puntúa de 1 a 10. (Una puntuación de 0 sería la mínima importancia, y 10 la máxima importancia)**

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

((Curso2\_2.NAOK == "Y" or Curso2\_3.NAOK == "Y"))

Each answer must be between 0 and 10. Por favor, escriba su respuesta aquí:

**28 [SatisfaccPrepar\_1\_4] Indíquenos por favor:**

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

° ((Curso2\_2.NAOK == "Y" or Curso2\_3.NAOK == "Y"))

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	mucho	bastante	regular	poco	nada
Si le ha gustado, o le gustaría, hacer prácticas clínicas en un servicio en el que se atienden enfermos en fase terminal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si se siente preparado desde un punto de vista emocional o psicológico, para cuidar a enfermos terminales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si se siente preparado para cuidar a enfermos terminales desde un punto de vista asistencial, ofreciéndoles los servicios propios de su rama profesional adaptados a sus necesidades específicas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si está satisfecho con la formación recibida sobre la muerte, el morir y la atención a los enfermos terminales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**29 [NºEnfTermAtendPracticas] Aproximadamente ¿Cuántos pacientes en situación terminal de enfermedad ha tenido la oportunidad de atender?**

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

((Grado2.NAOK == "2") and (Curso2\_2.NAOK == "Y"))

Por favor, escriba su respuesta aquí:

30 [N°MuertesPresenPracticas] Aproximadamente ¿en cuántas ocasiones ha estado presente en el momento de la muerte de un paciente?

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

° ((Grado2.NAOK == "2") and (Curso2\_2.NAOK == "Y"))

Por favor, escriba su respuesta aquí:

31 [PresenInforMuertFamPracticas] A lo largo de las prácticas en su carrera universitaria, ¿ha estado presente cuando se ha informado a alguna persona de la inminencia de la muerte de un familiar o de que su fallecimiento ya ha acontecido?

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

° ((Grado2.NAOK == "2") and (Curso2\_2.NAOK == "Y"))

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- SI
- NO
- NO SE, aún no las he concluido

### PERSPECTIVAS PARA EL FUTURO

Por ultimo nos gustaría saber cuáles son sus perspectivas respecto a:

32 [DeseoAtenderEnfTerminales] Su deseo de atender enfermos en fase terminal en su futuro laboral es:

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

° ((Curso2\_2.NAOK == "Y" or Curso2\_3.NAOK == "Y"))

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	mucho	bastante	regular	poco	nada
Deseo trabajar con enfermos en situación terminal de enfermedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33 [Formacion\_Paliativos\_futuro] ¿Piensa recibir formación en Cuidados Paliativos más adelante?

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

° ((Curso2\_2.NAOK == "Y" or Curso2\_3.NAOK == "Y"))

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- SI
- NO

○ N.S.

## MENSAJE DE DESPEDIDA

Estimado alumno

**MUCHISIMAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN,**

**Estimado alumno,** le pedimos disculpas si alguna pregunta le ha hecho sentirse incómodo y le agradecemos haya completado este segundo cuestionario.

Al enviar la encuesta, su correo electrónico, y con él su DNI, ha entrado a formar parte de la base de datos de alumnos de Ciencias de la Salud participantes. Le reiteramos que estos datos personales han sido separados de sus contestaciones, por lo que puede estar seguro del anonimato de sus respuestas.

Como compensación por el tiempo y el esfuerzo invertido, participará en el sorteo de un **NETBOOK ANDROID CON PANTALLA TACTIL** que se sorteará entre los alumnos participantes que envíen los dos cuestionarios contestados en su totalidad. El ganador será aquel **ALUMNO CUYO DNI TENGA UNA TERMINACIÓN MÁS PARECIDA AL NÚMERO PREMIADO DE LA ONCE EL DÍA 29 DE JUNIO**, Festividad de San Pedro y San Pablo. El nombre del ganador se hará público y se dará a conocer por correo electrónico a todos los participantes.

Si necesita más información puede ponerse en contacto con la investigadora principal a través del correo electrónico [mcvazquez@ucam.edu](mailto:mcvazquez@ucam.edu).

Un cordial y agradecido saludo

M<sup>a</sup> Carmen Vázquez Guerrero

## ANEXO I.2: Solicitud de informe al Comité de Ética de Investigación de la UCAM (Pág. 1)

### Solicitud de Informe

#### COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE LA UCAM

<b>Título:</b>	<b>Atención integral y digna a las personas en situación terminal de enfermedad. Análisis de las actitudes ante la muerte y la atención al final de la vida en estudiantes y profesores de ciencias de la salud y otro personal docente de la Universidad Católica de Murcia</b>	
<b>Investigadores</b>	<b>Nombre</b>	<b>E-Mail</b>
Principal:	M <sup>ra</sup> Carmen Vázquez Guerrero	mcvazquez@ucam.edu
	Dr. D. Juan Martínez Hernández	Juanmartinez@ucam.edu
	Dra. Dña. Maravillas Giménez Fernández	mgimenez@ucam.edu
	Dra. Dña. Mercedes Carmona Martínez	MCarmona@ucam.edu

<b>Organismo al que se presenta el Proyecto de Investigación:</b>
<b>Convocatoria:</b>
<b>Fecha límite para entregar el Proyecto:</b>
<b>Resumen (Máximo 1000 caracteres):</b>
<p>Esta investigación tiene una parte teórica y otra empírica. La primera radica en reflexionar éticamente sobre diversas conductas, médicas y no médicas, que se pueden seguir en la atención al enfermo en situación terminal, para identificar la que es integral y se adecúa a su dignidad personal. Reflexión necesaria por la gran confusión actual sobre el tema. La parte empírica consiste en un estudio observacional, descriptivo, transversal por medio de encuestas, de las actitudes ante la muerte y la atención a los enfermos en fase terminal en la población universitaria. Se estudiarán también diversas variables presumiblemente relacionadas con dichas actitudes en alumnos de ciencias de las salud, profesores y tutores personales. Junto a la preparación en este tema de los futuros profesionales sanitarios, nos interesa conocer el estado de la cuestión de la educación sobre la muerte y el morir que la UCAM ofrece a los alumnos, como parte constitutiva y fundamental de una educación armónica e integral para la vida.</p>

**ANEXO I.2:****SOLICITUD DE INFORME AL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA UCAM (PÁG. 2)**

<p><b>Principales asuntos éticos a revisar, según el Investigador Principal (Máx 500 Car.)</b></p> <p>La solicitud al Comité se hace con el fin de que se supervisen las encuestas, tanto en las cuestiones relacionadas con el consentimiento para participar, la preservación del anonimato, la inteligibilidad de la información que se proporciona a los participantes y la finalidad de los datos que se van a recoger. Creemos que es de rigor su valoración porque la investigación se va a realizar en el alumnado, profesorado y tutores personales de dicha institución y porque se recoge información sobre la formación recibida y datos sensible, como opiniones éticas y religiosas de los participantes</p>
<p><b>IMPORTANTE: Adjuntar la memoria del Proyecto de Investigación (incluidos los contratos de investigación regulados por el art. 83 de la LOU)</b></p>

**El proyecto incluye: (Marcar lo que corresponda)**

Experimentación clínica con seres humanos	
Utilización de tejidos humanos procedentes de pacientes, tejidos embrionarios o fetales	
Utilización de tejidos humanos, tejidos embrionarios o fetales procedentes de bancos de muestras o tejidos.	
Investigación observacional, psicológica o comportamental en humanos.	X
Uso de datos personales, información genética...	X
Utilización de agentes biológicos de riesgo para la salud humana, animal o para las plantas.	
Experimentación con animales vivos.	
Experimentación con órgano aislado o muestras extraídas tras sacrificio de animales.	
Experimentación con muestras animales obtenidas de otras fuentes (mataderos, compra a otras empresas o investigadores).	
Uso de organismos modificados genéticamente (OMGs)	



## ANEXO I.2: Solicitud de informe al Comité de Ética de Investigación de la UCAM (Pág.3)

### Otros Comentarios para el Comité

Los principales hándicaps que presenta este proyecto son el tema “tabú” que investiga, el incluir datos sensibles (opiniones éticas, religiosas,...) y ser realizada en la misma comunidad universitaria de los investigadores. El temor de los sujetos a ser identificados y a que sean conocidas sus respuestas, puede dificultar su participación y puede ocasionar que las respuestas dadas no se correspondan con la realidad. Para solventar dichos problemas y para un mayor rigor ético:

- Tras asesoramiento por el servicio de informática de la UCAM, informatizaremos la encuesta en una plataforma WEB que separará los resultados aportados de las informaciones personales que los podrían identificar, con lo que se asegura el anonimato a los participantes y se preserva en mayor medida el secreto profesional, pues la información se recoge y custodia por el servidor y banco de datos de la propia universidad y se evita el peligro de que agentes externos (como ocurre con otras plataformas de elaboración de cuestionarios de fácil acceso y manejo, como la que ofrece Google Drive, donde los resultados no se desvinculan de los datos personales y la información recogida no es custodiada por los investigadores)
- Los investigadores se comprometen a cumplir *la ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*, por lo que tratarán los datos recogidos en el transcurso del estudio con absoluta privacidad y confidencialidad
- La metodología de esta investigación a través de encuesta informatizada, obliga a que el consentimiento informado se incluya como un 1er ítem de la misma, que los sujetos están obligados a leer y dar su conformidad antes de poder empezar a contestarla. La información a la que los sujetos deben dar su conformidad se ha incluido dentro del Anexo V.

### Datos de contacto del Investigador Principal


Departamento:	Ciencias Humanas y Religiosas.
Dirección:	Tutoría 2. 1º Piso. Pabellón 3. UCAM
Teléfono:	Ext: 689
Fax:	
Teléfono móvil:	
Persona a contactar en su ausencia:	Mª Paz Atienza: 984

10/julio/2014

Mª Carmen Vázquez Guerrero



## ANEXO I.3: Informe favorable del Comité de Ética de la UCAM (Pág. 1)

 <b>UCAM</b> UNIVERSIDAD CATÓLICA SAN ANTONIO		<b>COMITÉ DE ÉTICA DE LA UCAM</b>	
<b>DATOS DEL PROYECTO</b>			
<b>Título:</b>	Atención integral y digna a las personas en situación terminal de enfermedad. Análisis de las actitudes ante la muerte y la atención al final de la vida en estudiantes y profesores de ciencias de la salud y otro personal docente de la Universidad Católica de Murcia.		
<b>Investigador Principal</b>	<b>Nombre</b>	<b>Correo-e</b>	
Carmen Vázquez Guerrero			
<b>INFORME DEL COMITÉ</b>			
<b>Fecha</b>	18/7/2014		
<b>Tipo de Experimentación</b>			
Investigación experimental clínica con seres humanos.			NO
Utilización de tejidos humanos procedentes de pacientes, tejidos embrionarios o fetales.			NO
Utilización de tejidos humanos, tejidos embrionarios o fetales procedentes de bancos de muestras o tejidos.			NO
Investigación observacional con seres humanos o uso de datos personales, información genética, etc.			SI
Experimentación animal.			NO
Utilización de agentes biológicos de riesgo para la salud humana, animal o las plantas.			NO
Uso de organismos modificados genéticamente (OMGs).			NO
<b>Comentarios Respecto al tipo de Experimentación</b>			
CORRECTO			
<b>Comentarios Respecto a la metodología de experimentación</b>			
CORRECTO			

## ANEXO I.3

## Informe favorable del Comité de Ética de la UCAM (Pág. 2)

 <b>UCAM</b> UNIVERSIDAD CATÓLICA SAN ANTONIO		<b>COMITÉ DE ÉTICA DE LA UCAM</b>	
<b>Sugerencias al Investigador</b>			
A la vista de la solicitud de informe adjunto por el Investigador y de las recomendaciones anteriormente expuestas el dictamen del Comité es:			
Emitir informe favorable	<input checked="" type="checkbox"/>		
Emitir informe desfavorable	<input type="checkbox"/>		
Emitir informe favorable condicionado a subsanación	<input type="checkbox"/>		
<b>MOTIVACIÓN</b>			
PUEDE APORTAR NUEVOS CONOCIMIENTOS EN SU ÁREA			
V.º B.º El Presidente,  Fdo.: José Alberto Cánovas Sánchez		El Secretario,  Fdo.: José Alarcón Teruel	



Preg 13.4	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
	COMENTARIO										

PREG 13.5: Ayudarle a morir para evitar su sufrimiento RESPUESTAS: *Totalmente de acuerdo, Bastante de acuerdo, Poco de acuerdo, Nada de acuerdo, N.S*

	PERTINENCIA						ADECUACIÓN				
Preg 13.5	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
	COMENTARIO										

Pregunta sobre toda la encuesta:

Por último, díganos su valoración y háganos los comentarios, correcciones, sugerencias que considere oportunas respecto a la encuesta en general

	PERTINENCIA					ADECUACIÓN				
1ª ENCUESTA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
COMENTARIOS O SUGERENCIAS QUE VE NECESARIO HACER										
Tiempo que se necesita para contestar el cuestionario informatizado: ¿Cuánto tiempo emplea usted en contestarla simplemente?										
¿El número de preguntas es adecuado?										
Claridad de las preguntas y relevancia de las mismas										
Sugerencias respecto a cambiar alguna pregunta										
Sugerencias respecto a cambiar el orden de las preguntas										
Sugerencias respecto a eliminar alguna pregunta										
Sugerencias respecto a incluir alguna pregunta más										
Sugerencias respecto a modificar el formato de alguna de ellas										
Otras cuestiones										

### **ANEXO I.5: Correo enviado a los alumnos para invitarlos a participar, con el enlace de la encuesta**

Estimado/a alumno/a

Como estudiante de un grado de Ciencias de la Salud de la UCAM, le invitamos a participar en un proyecto de investigación sobre las **“Actitudes ante la muerte y la atención a los enfermos en fase terminal”**.

Nos proponemos estudiar un tema “tabú”, pero un tema profundamente humano como es el morir y la muerte. Pretendemos sacar a la muerte de su ocultación en la formación de los futuros profesionales sanitarios y conocer la preparación, la formación humana, las actitudes de los estudiantes de Ciencias de la Salud de la UCAM ante estas realidades

La participación en la encuesta es libre y voluntaria. Los datos que usted nos aporte serán anónimos y se tratarán con absoluta confidencialidad. Sabremos que ha participado y si ha completado el cuestionario, porque este dato queda registrado junto a su DNI y correo electrónico. La plataforma informática desvincula los datos personales identificativos de las contestaciones emitidas, por lo que le garantizamos el absoluto anonimato de sus respuestas.

Su participación consistirá en la cumplimentación de **dos encuestas**. Ésta, que le ocupará unos 10 minutos y otra que le enviaremos una vez haya contestado la primera. Aunque lo ideal es que conteste las encuestas de una sola vez, podrá hacerlo en diferentes momentos, si se viera obligado a interrumpirla. (Para ello acuérdesese de marcar la tecla "guardar y volver en otro momento")

Le agradecemos enormemente su colaboración desinteresada y le informamos que, como compensación por el tiempo y el esfuerzo invertido, participará en el sorteo de un **NETBOOK ANDROID CON PANTALLA TÁCTIL** que se sorteará entre los alumnos participantes que envíen los dos cuestionarios contestados en su totalidad. El ganador será aquel **ALUMNO CUYO DNI TENGA UNA TERMINACIÓN MÁS PARECIDA AL NÚMERO PREMIADO DE LA ONCE EL DÍA 29 DE JUNIO**, Festividad de San Pedro y San Pablo. El nombre del ganador se hará público y se dará a conocer por correo electrónico a todos los participantes.

Si necesita más información puede ponerse en contacto con la investigadora principal a través del correo electrónico [mcvazquez@ucam.edu](mailto:mcvazquez@ucam.edu)

Muchísimas gracias, M<sup>a</sup> Carmen Vázquez Guerrero

Para hacerlo, por favor, pulse en el enlace que le indicamos a continuación. La contraseña que deberá introducir para acceder a la misma es **su DNI sin la letra**.

<http://encuestas.ucam.edu/tutorias/index.php?sid=33915&lang=es>

¡Muchas gracias por su interés y colaboración!





## ANEXO II.1 : Variables de investigación

Tabla . Variables de investigación

Variable	Definición	Tipo	Valores / unidades
Grado	Grado del que está matriculado el alumno	Nominal	Grado en Medicina Grado en Enfermería Grado en Psicología Grado en Fisioterapia Grado en Terapia Ocupacional Grado en Farmacia Grado en Nutrición
Curso	Curso en el que está matriculado el alumno	Ordinal	1° curso 3° ó 4° curso
Sexo	Sexo del alumno	Nominal	Hombre Mujer
Edad	Edad del alumno	Cuantitativa	Años
Form_Bioética	Si el alumno tiene formación específica en Bioética	Nominal	Sí No
Form_Tanatología	Si el alumno tiene formación específica en Tanatología	Nominal	Sí No
Opinión_Derecho_info_1	(1a) Opinión del alumno en relación al derecho del paciente a recibir información	Cuantitativa	Puntos en una escala (0-20)
Opinión_Derecho_info_2	(1b) Opinión del alumno en relación al derecho del paciente a recibir información	Ordinal	Muy incorrecta (0-5) Incorrecta (6-10) Algo inadecuada (11-15) Correcta (16-20)
Opinión_AnalgesiLET_1	(2a) Opinión del alumno en relación al uso de la analgesia y de la LET	Cuantitativa	Puntos en una escala (0-20)
Opinión_AnalgesiLET_2	(2b) Opinión del alumno en relación al uso de la analgesia y de la LET	Ordinal	Muy incorrecta (0-5) Incorrecta (6-10) Algo inadecuada (11-15) Correcta (16-20)
Opinión_Dignida_hum_1	(3a) Opinión del alumno en relación a la dignidad humana	Cuantitativa	Puntos en una escala (0-32)
Opinión_Dignida_hum_2	(3b) Opinión del alumno en relación a la dignidad humana	Ordinal	Muy incorrecta (0-8) Incorrecta (9-16) Algo inadecuada (17-24) Correcta (25-32)

Opini_Eut_Mue_Digna_1	(4a) Opinión del alumno en relación a la eutanasia y a una muerte digna	Cuantitativa	Puntos en una escala (0-60)
Opini_Eut_Mue_Digna_2	(4b) Opinión del alumno en relación a la eutanasia y a una muerte digna	Ordinal	Muy incorrecta (0-15) Incorrecta (16-30) Algo inadecuada (31-45) Correcta (46-60)
Actitud_Eutan_Volunt	Respuesta a la pregunta: <i>En fase terminal, con grandes sufrimientos que causará la muerte en poco tiempo, creo correcto que los médicos ayuden a poner fin a la vida, si esta persona lo solicita libremente</i>	Ordinal	Sí, con toda seguridad Creo que sí, pero no estoy totalmente seguro/a Creo que no, pero no estoy totalmente seguro/a No, con toda seguridad
Actitud_Suicid_Asist	Respuesta a la pregunta: <i>En fase terminal, con grandes sufrimientos que causará la muerte en poco tiempo, creo correcto que los médicos proporcionen los medios necesarios al enfermo para el suicidio asistido si este lo pide</i>	Ordinal	Sí, con toda seguridad Creo que sí, pero no estoy totalmente seguro/a Creo que no, pero no estoy totalmente seguro/a No, con toda seguridad
Act_Realiz_Eut_Vol_Fam	Respuesta a la pregunta: <i>Contribuiría personalmente a adelantar la muerte a un miembro de mi familia que padeciese una enfermedad irreversible en fase terminal que le produjera un gran sufrimiento si me pidiera repetidamente que le ayudara a morir</i>	Ordinal	Sí, con toda seguridad Creo que sí, pero no estoy totalmente seguro/a Creo que no, pero no estoy totalmente seguro/a No, con toda seguridad
RazonPedirEut_Primerero	Respuesta a la pregunta: <i>La razón más importante que lleva a una persona enferma a pedir que se acabe con su vida es...</i>	Nominal	Sentir un dolor físico insoportable Sentirse como una carga para la familia Perder su autonomía y libertad como persona El miedo a perder el control mental Sentirse deprimida El miedo al deterioro físico Otras razones

			Depender de otras personas para necesidades básicas
RazonPedirEut_Segundo	Respuesta a la pregunta: <i>La segunda razón más importante que lleva a una persona enferma a pedir que se acabe con su vida es...</i>	Nominal	Sentir un dolor físico insoportable Sentirse como una carga para la familia Perder su autonomía y libertad como persona El miedo a perder el control mental Sentirse deprimida El miedo al deterioro físico Otras razones Depender de otras personas para necesidades básicas
RespAdecPeticEutan_1°	Respuesta a la pregunta: <i>La primera medida que hay que adoptar ante un paciente con dolor intenso, ansiedad, depresión, abandono, soledad u otras condiciones, que solicita la eutanasia es...</i>	Nominal	Proporcionarle lo que pide (eutanasia) Sedarle Darle apoyo emocional Controlarle el dolor y los síntomas
RespAdecPeticEutan_2°	Respuesta a la pregunta: <i>La segunda medida que hay que adoptar ante un paciente con dolor intenso, ansiedad, depresión, abandono, soledad u otras condiciones, que solicita la eutanasia es...</i>	Nominal	Proporcionarle lo que pide (eutanasia) Sedarle Darle apoyo emocional Controlarle el dolor y los síntomas

FamFallecidoXEnfTerm	Respuesta a la pregunta: <i>A lo largo de mi vida, alguna persona muy próxima y querida, familiar o amiga, ha fallecido como consecuencia de alguna enfermedad irreversible en cuya fase final tuvo mucho sufrimiento</i>	Nominal	Sí No
CondMorirPaz_1_11_ControlDolorySintomas	Grado de acuerdo con: <i>Para morir en paz considero importante pensar que los médicos pueden controlar mi dolor y otros síntomas generadores de malestar</i>	Ordinal	Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo
CondMorirPaz_1_11_ProcesoCorto	Grado de acuerdo con : <i>Para morir en paz considero importante pensar que mi proceso de morir, si se produce, será corto</i>	Ordinal	Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo
CondMorirPaz_1_11_ControlPensFuncFisio	Grado de acuerdo con : <i>Para morir en paz considero importante pensar que podré controlar hasta el final mis pensamientos y funciones fisiológicas</i>	Ordinal	Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo
CondMorirPaz_1_11_NoCargaInsoportFAMIL	Grado de acuerdo con : <i>Para morir en paz considero importante pensar que mi muerte no supondrá una carga insoportable para mis personas queridas</i>	Ordinal	Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo
CondMorirPaz_1_11_CercaSeresQueridos	Grado de acuerdo con : <i>Para morir en paz considero importante poder sentirme cerca, comunicarme y estrechar los vínculos afectivos con mis personas queridas</i>	Ordinal	Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo
CondMorirPaz_1_11_NoProlongarArtifVida	Grado de acuerdo con : <i>Para morir en paz considero importante pensar que si no tengo una esperanza real de recuperación no se prolongará artificialmente mi vida en una unidad de cuidados intensivos</i>	Ordinal	Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

CondMorirPaz_1_11_Mi VidaHaTenidSentido	Grado de acuerdo con : <i>Para morir en paz considero importante pensar que mi vida ha tenido algún sentido</i>	Ordinal	Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo
CondMorirPaz_1_11_Cre erVidaDespuesMuer	Grado de acuerdo con : <i>Para morir en paz considero importante creer en otra vida después de la muerte</i>	Ordinal	Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo
CondMorirPaz_1_11_No SentirmeCulpable	Grado de acuerdo con : <i>Para morir en paz considero importante no sentirme culpable (sentirme perdonado), por conflictos personales del pasado</i>	Ordinal	Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo
CondMorirPaz_1_11_Dis ponAyudaParaMorir	Grado de acuerdo con : <i>Para morir en paz considero importante pensar que si la situación se me hace insoportable, podré disponer de ayuda para morir con rapidez</i>	Ordinal	Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo
CondMorirPaz_1_11_Mo rirEnCasa	Grado de acuerdo con : <i>Para morir en paz considero importante pensar que podré morir en casa</i>	Ordinal	Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo
ImpMorirEnPaz_1°Lugar	<i>Lo más importante para ayudarme a morir en paz es</i>	Nomi- nal	Pensar que los médicos pueden controlar mi dolor Pensar que mi proceso de morir será corto Pensar que podré controlar mis funciones fisiológicas Pensar que NO supondrá una carga para mi familia Poder sentirme de mis personas queridas Pensar que no se alargará artificialmente mi vida en UCI Pensar que mi vida ha tenido algún sentido Creer en otra vida después de la muerte

			No sentirme culpable por algo del pasado Pensar que dispondré de ayuda para morir con rapidez Pensar que podré morir en casa
ImpMorirEnPaz_2ºLugar	Lo más importante, en 2º lugar para ayudarme a morir en paz es	Nominal	Pensar que los médicos pueden controlar mi dolor Pensar que mi proceso de morir será corto Pensar que podré controlar mis funciones fisiológicas Pensar que NO supondrá una carga para mi familia Poder sentirme de mis personas queridas Pensar que no se alargará artificialmente mi vida en UCI Pensar que mi vida ha tenido algún sentido Creer en otra vida después de la muerte No sentirme culpable por algo del pasado Pensar que dispondré de ayuda para morir con rapidez Pensar que podré morir en casa
PIL_Total_1	(5a) Puntuación total en el Test de PIL o Test de Sentido en la vida	Cuantitativa	Puntos en una escala (12- 72)
PIL_Total_2	(5b) Categorización según la puntuación total en el Test de PIL o Test de Sentido en la vida	Ordinal	Vacío existencial (4-45) Indefinición (46-54) Sentido en la vida (55-72)
AM_Miedo_Muerte	(6a) Actitud relativa al miedo a la muerte	Cuantitativa	Puntos en una escala (1- 7)
AM_Evitacion_Muerte	(6b) Actitud relativa a la evitación de la muerte	Cuantitativa	Puntos en una escala (1- 7)
AM_Acercam_Muerte	(6c) Actitud relativa a la aceptación de la muerte como acercamiento	Cuantitativa	Puntos en una escala (1- 7)
AM_Escape_Muerte	(6d) Actitud relativa a la aceptación de la muerte como escape de la misma	Cuantitativa	Puntos en una escala (1- 7)

AM_Neutral_Muerte	(6e) Actitud relativa a la aceptación de la muerte de forma neutral	Cuantitativa	Puntos en una escala (1- 7)
Descrip_Espiritual	Nivel de espiritualidad autopercebida. Respuesta a la pregunta: <i>¿Se describiría usted a sí mismo como una persona...?</i>	Ordinal	Nada espiritual Poco espiritual Bastante espiritual Muy espiritual
Vida_despues_muerte	Respuesta a la pregunta: <i>¿Cree usted en la vida después de la muerte?</i>	Ordinal	No sé Sí, con toda seguridad Probablemente sí Probablemente no No, con toda seguridad
AutoDefinic_religion	Respuesta a la pregunta: <i>¿Cómo se define Ud. en materia religiosa: católico, creyente de otra religión, no creyente o ateo?</i>	Nominal	Católico Creyente de otra religión No creyente Ateo Otro
Gradoreligiosidad*	Respuesta a la pregunta: <i>En relación a la Religión, ¿se describiría usted a sí mismo como una persona...?</i>	Ordinal	Muy religiosa Bastante religiosa Poco religiosa Nada religiosa
Frecuencia_misa*	Respuesta a la pregunta: <i>¿Con qué frecuencia asiste Ud. a misa u otros oficios religiosos, sin contar las ocasiones relacionadas con ceremonias de tipo social, por ejemplo, bodas, comuniones o funerales?*</i>	Ordinal	Varias veces a la semana Una vez a la semana Dos o tres veces al mes Una vez al mes Varias veces al año Nunca
TratadMorirMuertAsig**	Respuesta a la pregunta: <i>¿Ha tratado el tema del morir y la muerte en alguna/s asignaturas de su carrera?</i>	Cuantitativa	Sí No
AsigTemaMuerteMorir	<i>¿En qué asignatura/s ha tratado el tema de la muerte y el morir?</i>		
TratadCuidPaliatAsig **	Respuesta a la pregunta: <i>¿Ha recibido formación específica en Cuidados Paliativos e alguna/s asignatura/s de su carrera?</i>	Nominal	Sí No
AsigCuidadosPaliati	<i>¿En qué asignatura de su carrera se tratan los Cuidados Paliativos?</i>		

ImpCuidEnfTermCarre**	Puntúe de 1 a 10 la importancia que para usted tienen los cuidados al enfermo en fase terminal en su carrera.	Cuanti- tativa	Puntos en una escala (1-10)
SatisfaccPrepar_1_4_Gus toPracticEnfTermi**	Respuesta a la pregunta: <i>¿Le ha gustado, o le gustaría, hacer prácticas clínicas en un servicio en el que se atienden enfermos en fase terminal?</i>	Ordinal	Nada Poco Regular Bastante Mucho
SatisfaccPrepar_1_4_PreparEmocionEnfTerm**	Respuesta a la pregunta: <i>¿Se siente preparado desde un punto de vista emocional o psicológico, para cuidar a enfermos terminales?</i>	Ordinal	Nada Poco Regular Bastante Mucho
SatisfaccPrepar_1_4_PreparTecnEnfTermi**	Respuesta a la pregunta: <i>¿Se siente preparado para cuidar a enfermos terminales desde un punto de vista asistencial, ofreciéndoles los servicios propios de su rama profesional adaptados a sus necesidades específicas?</i>	Ordinal	Nada Poco Regular Bastante Mucho
SatisfaccPrepar_1_4_SatisfaccFormaciETer**	Respuesta a la pregunta: <i>¿Está satisfecho con la formación recibida sobre la muerte, el morir y la atención a los enfermos terminales?</i>	Ordinal	Nada Poco Regular Bastante Mucho
SatisfaccPrepar_1**	(7a) Satisfacción General con la formación recibida en este área	Cuanti- tativa	Puntos en una escala (4-20)
SatisfaccPrepar_2**	(7b) Satisfacción General con la formación recibida en este área	Ordinal	Muy insatisfecho (4 - 7) Insatisfecho (8 - 11) Satisfecho (12 - 15) Muy satisfecho (16 - 20)
NºEnfTermAtendPracti** *	Respuesta a la pregunta: ¿Cuántos pacientes en situación terminal de enfermedad ha tenido la oportunidad de atender?	Cuanti- tativa	Cantidad
NºMuertePresenPract***	Respuesta a la pregunta: Aproximadamente ¿en cuántas ocasiones ha estado presente en el momento de la muerte de un paciente?	Cuanti- tativa	Cantidad
PresenInforMuertFam***	Respuesta a la pregunta: En las prácticas ¿ha estado presente	Nomi- nal	Sí No



	cuando se ha informado a alguna persona de la inminencia de la muerte de un familiar o de que su fallecimiento ya ha acontecido		No lo sé, aún no las he concluido
DeseoAtenderEnfTerm**	Respuesta a la pregunta: ¿Desea trabajar en su futuro laboral con enfermos en situación terminal de enfermedad?	Ordinal	Nada Poco Regular Bastante Mucho
Form_Paliativos_futur **	Respuesta a la pregunta: <i>¿Piensa recibir formación en Cuidados Paliativos más adelante?</i>	Nomi- nal	Sí No

\* Solo para quienes se declaran "Católicos" o "Creyentes de otra religión".

\*\* Sólo alumnos de 4º

\*\*\* Solo alumnos de enfermería de 4º curso

## ACLARACION DE VARIABLES OBTENIDAS DE OTRAS:

(1a) Variable cuantitativa obtenida como la suma de las respuestas de cada individuo a estas 5 preguntas:

*¿En qué medida está Usted de acuerdo con que a una persona mayor de 18 años, con una enfermedad irreversible en fase terminal, al que le queda poco tiempo de vida, ...?*

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

- 0 No sabe
- 1 Totalmente de Acuerdo
- 2 Bastante de Acuerdo
- 3 Poco de acuerdo
- 4 Nada de acuerdo

1. *El médico no le informe sobre su estado de salud porque la familia quiere protegerlo de malas noticias*
2. *El médico le dé una información falsa para ahorrarle sufrimientos*
3. *El médico no le informe sobre su estado, si piensa que el conocimiento de su situación le puede perjudicar*
4. *El médico no le informe sobre su estado de salud si el enfermo no quiere saberlo*
5. *El médico se asegure de que el enfermo sabe que su situación es grave y de que la posibilidad de morir es real, aunque no le informe de todo*

Las respuestas inversas a) y b) han sido recodificadas con el fin de asegurar que el análisis realizado es correcto

(1b) Variable cualitativa ordinal generada categorizando la variable anterior en los siguientes niveles:

- De 0 a 5 puntos: Muy incorrecta
- De 6 a 10 puntos: Incorrecta
- De 11 a 15 puntos: Algo inadecuada
- De 16 a 20 puntos: Correcta

(2a) Variable cuantitativa obtenida como la suma de las respuestas de cada individuo a estas 5 preguntas:

*Y estando en esa situación de enfermedad en fase terminal, ¿en qué medida estaría Usted de acuerdo con que los médicos le aplicasen las siguientes medidas...*

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

- 0 No sabe
- 1 Totalmente de Acuerdo

2 Bastante de Acuerdo

3 Poco de acuerdo

4 Nada de acuerdo

1. *Darle todos los calmantes necesarios para controlar el dolor*
2. *Prolongarle la vida de forma artificial cuando no exista esperanza alguna de curación*
3. *Administrarle la medicación necesaria para aliviar su sufrimiento aunque acelere su muerte, sin que la intención sea procurársela*
4. *Interrumpir un tratamiento que prolongue su sufrimiento cuando le queda poco tiempo de vida, sin que la intención sea adelantar su muerte*
5. *Adelantarle voluntariamente la muerte para evitar que siga sufriendo*

Las respuestas inversas b) y e) han sido recodificadas con el fin de asegurar que el análisis realizado es correcto

(2b) Variable cualitativa ordinal generada categorizando la variable anterior en los siguientes niveles:

- De 0 a 5 puntos: Muy incorrecta
- De 6 a 10 puntos: Incorrecta
- De 11 a 15 puntos: Algo inadecuada
- De 16 a 20 puntos: Correcta

(3a) Variable cuantitativa obtenida como la suma de las respuestas de cada individuo a estas 8 preguntas:

*¿Cuál es su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones?*

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

0 No sabe

1 Totalmente de Acuerdo

2 Bastante de Acuerdo

3 Poco de acuerdo

4 Nada de acuerdo

1. *La dignidad de las personas es dependiente de su capacidad para poder tomar decisiones libres*
2. *La persona pierde su dignidad con la enfermedad y el sufrimiento*
3. *La vida con limitaciones físicas o psíquicas es inútil y por lo tanto indigna*
4. *Cada persona es dueña de su propia vida y de elegir cuándo y cómo quiere morir*
5. *Todos los seres humanos tenemos la misma dignidad ontológica, que deriva del hecho de ser personas.*
6. *Todas las personas tienen el mismo derecho a ser atendidas con igual dignidad en la última etapa de su vida.*

7. *La dignidad de la persona humana exige que su vida sea respetada siempre, sobre todo cuando ésta es enferma y débil*
8. *Es contrario a la dignidad de la persona el anticipar su muerte deliberadamente*

Las respuestas inversas a), b), c) y d) han sido recodificadas con el fin de asegurar que el análisis realizado es correcto

(3b) Variable cualitativa ordinal generada categorizando la variable anterior en los siguientes niveles:

- De 0 a 8 puntos: Muy incorrecta
- De 9 a 16 puntos: Incorrecta
- De 17 a 24 puntos: Algo inadecuada
- De 25 a 32 puntos: Correcta

(4a) Variable cuantitativa obtenida como la suma de las respuestas de cada individuo a estas 15 preguntas:

*¿Cuál es su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones?*

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

- 0 No sabe
- 1 Totalmente de Acuerdo
- 2 Bastante de Acuerdo
- 3 Poco de acuerdo
- 4 Nada de acuerdo

1. *Los enfermos en fase terminal que conservan totalmente sus facultades mentales, tienen derecho a decidir sobre cómo acabar con su vida*
2. *Los familiares cercanos de enfermos terminales adultos en situación de inconsciencia, tienen derecho a decidir sobre la terminación de la vida de éstos*
3. *La eutanasia activa se puede considerar como una muestra de compasión con el que sufre de modo irremediable*
4. *Proporcionar una dosis letal a petición de un enfermo terminal, es acorde con la función médica de aliviar el dolor y sufrimiento*
5. *La legalización de la eutanasia activa por un médico, llevaría a un menor desarrollo de buenos cuidados paliativos*
6. *La legalización de la eutanasia activa por un médico, presionaría a los enfermos a pedirla cuando se sienten una carga para la familia*
7. *Algunas veces es una decisión acertada suspender (o no iniciar) un tratamiento de prolongación de la vida con muy mala calidad*
8. *La autonomía del enfermo no puede llegar hasta el punto de exigir el suicidio asistido o la eutanasia activa*
9. *La legalización de la eutanasia activa por un médico facilitaría que se aplicara*

*a enfermos que no la han pedido, pero la familia o el medico la ven buena para ellos*

10. *Nunca proporcionaría una dosis letal a un enfermo*
11. *En la fase final de la enfermedad el objetivo terapéutico debe cambiar: ya no se trata de curar, sino de cuidar*
12. *Los cuidados paliativos son la respuesta de la Medicina ante la enfermedad terminal y la muerte*
13. *En una muerte digna deben estar incluidos los cuidados paliativos*
14. *La ayuda, el consuelo y el cuidado mejoran el sufrimiento del enfermo terminal*
15. *El "hacer morir" nunca puede considerarse un tratamiento médico: ni siquiera cuando la intención es secundar una petición del enfermo; es más bien la negación de la profesión sanitaria*

Las respuestas inversas a), b), c) y d) han sido recodificadas con el fin de asegurar que el análisis realizado es correcto

(4b) Variable cualitativa ordinal generada categorizando la variable anterior en los siguientes niveles:

- De 0 a 15 puntos: Muy incorrecta
- De 16 a 30 puntos: Incorrecta
- De 31 a 45 puntos: Algo inadecuada
- De 46 a 60 puntos: Correcta

(5a) Variable cuantitativa obtenida como la suma de las respuestas de cada individuo a las siguientes preguntas:

Para esta afirmación responda, por favor, escribiendo el número que mejor exprese su respuesta, sabiendo que los valores extremos (1 y 6) se corresponden con las respuestas adjuntas a los mismos:

1. *PIL2: La vida me parece (una rutina completa-excitante siempre)*
2. *PIL3: Por lo que respecta a mis objetivos en la vida (No tengo ningún objetivo especial / Tengo unos objetivos muy claros)*
3. *PIL4: Mi existencia personal... (La veo completamente sin sentido / La veo llena de sentido)*
4. *PIL5: Para mí cada día es... (Exactamente como el anterior / Nuevo y diferente)*
5. *PIL6: Si pudiera escoger... (Preferiría no haber nacido / Volvería a vivir la misma vida muchas veces)*
6. *PIL9: Encuentro mi vida... (Vacía, llena solamente con desesperanza / Rebosante de buenas cosas)*
7. *PIL10: Si fuera a morir hoy, sentiría que mi vida...(No ha merecido la pena/*

*Ha merecido completamente la pena)*

8. *PIL11: Cuando pienso en mi propia vida ... (Me pregunto con frecuencia por qué existo / Siempre veo una razón para estar aquí)*
9. *PIL15: Con respecto a la muerte me siento...(Con miedo y no preparado / Preparado y sin miedo)*
10. *PIL17: Por lo que respecta a mi capacidad para encontrar un sentido o una misión a la vida...(Me siento incapaz / Veo que mi capacidad es muy grande)*
11. *PIL19: Cuando me enfrento con las tareas de cada día...(Las veo incómodas y aburridas / Las veo como una fuente de satisfacción)*
12. *PIL20: Yo ya he llegado a descubrir... (Que no tengo una misión o un propósito en la vida / Que tengo objetivos muy claros y motivos para vivir que me llenan de satisfacción)*

(5b) Variable cualitativa ordinal generada categorizando la variable anterior en los siguientes niveles:

- De 4 a 45 puntos: Vacío existencial
- De 46 a 54 puntos: Indefinición
- De 55 a 72 puntos: Sentido en la vida

(6a) Variable cuantitativa obtenida como la media aritmética simple de las respuestas de cada individuo a estas 7 preguntas:

Indique hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones. Siendo 1 "totalmente de acuerdo" y 7 "totalmente en desacuerdo".

- a) *La muerte es sin duda horrible*
- b) *La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad.*
- c) *Me trastorna la finalidad de la muerte.*
- d) *Tengo un miedo intenso a la muerte*
- e) *El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho.*
- f) *Me asusta el hecho que la muerte signifique el fin de todo tal como lo conozco*
- g) *Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte.*

(6b) Variable cuantitativa obtenida como la media aritmética simple de las respuestas de cada individuo a estas 5 preguntas:

Indique hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones. Siendo 1 "totalmente de acuerdo" y 7 "totalmente en desacuerdo".

- a) *Evito a toda costa pensar sobre la Muerte.*
- b) *Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente intento apartarlo.*
- c) *Siempre intento no pensar en la muerte.*
- d) *Evito totalmente pensar en la muerte*

e) *Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte..*

(6c) Variable cuantitativa obtenida como la media aritmética simple de las respuestas de cada individuo a estas 10 preguntas:

Indique hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones. Siendo 1 "totalmente de acuerdo" y 7 "totalmente en desacuerdo".

- a) *Creo que iré al cielo cuando muera.*
- b) *La muerte es la entrada a un lugar de satisfacción definitiva.*
- c) *Creo que el cielo será un lugar mejor que este mundo.*
- d) *La muerte es la unión con Dios y la Gloria eterna.*
- e) *La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa.*
- f) *Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir.*
- g) *Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito.*
- h) *La muerte ofrece una maravillosa liberación del alma.*
- i) *Una cosa que me consuela al afrontar la muerte, es mi creencia en una vida después de la misma.*
- j) *Espero una vida después de la muerte.*

(6d) Variable cuantitativa obtenida como la media aritmética simple de las respuestas de cada individuo a estas 5 preguntas:

Indique hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones. Siendo 1 "totalmente de acuerdo" y 7 "totalmente en desacuerdo".

- a) *La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones.*
- b) *La muerte proporciona un escape de este mundo terrible.*
- c) *La muerte es una liberación.*
- d) *Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal.*
- e) *Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida.*

(6e) Variable cuantitativa obtenida como la media aritmética simple de las respuestas de cada individuo a estas 5 preguntas:

Indique hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones. Siendo 1 "totalmente de acuerdo" y 7 "totalmente en desacuerdo".

- a) *La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable.*
- b) *La muerte es un aspecto natural de esta vida.*
- c) *No temo a la muerte ni le doy la bienvenida.*
- d) *La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida.*
- e) *La muerte no es buena ni mala.*

(7a) Variable cuantitativa obtenida como la suma de las respuestas de cada individuo a estas 4 preguntas:

Respuesta a la pregunta:

- 1 Nada
- 2 Poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

- a) *¿Le ha gustado, o le gustaría, hacer prácticas clínicas en un servicio en el que se atienden enfermos en fase terminal?*
- b) *¿Se siente preparado desde un punto de vista emocional o psicológico, para cuidar a enfermos terminales?*
- c) *¿Se siente preparado para cuidar a enfermos terminales desde un punto de vista asistencial, ofreciéndoles los servicios propios de su rama profesional adaptados a sus necesidades específicas?*
- d) *Respuesta a la pregunta: ¿Está satisfecho con la formación recibida sobre la muerte, el morir y la atención a los enfermos terminales?*

(7b) Variable cualitativa ordinal generada categorizando la variable anterior en los siguientes niveles:

- De 4 a 7 puntos: Muy Insatisfecho
- De 8 a 11 puntos: : Insatisfecho
- De 12 a 15 puntos: Satisfecho
- De 16 a 20 puntos: Muy satisfecho



**ANEXO II.2 : Errores muestrales en las subpoblaciones de alumnos de 4°****Tabla : Errores muestrales en las subpoblaciones de alumnos de 4° en cada grado**

4° Curso	Muestra		Población		Error muestral* (%)
	Frec.	Porcent.	Frec.	Porcent.	
Medicina	18	7,2	82	9,1	20,53
Enfermería	138	55,2	428	47,7	6,87
Psicología	29	11,6	78	8,7	14,52
Otros Grados	65	26	309	34,4	10,82
Total	250	100,0	897	100,0	3,73

## ANEXO II.3 : Formación específica en Bioética

Tabla 14. Ha recibido formación específica en Bioética, por Grado y curso

Grado	Curso	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Medicina	1º curso	Sí	4	8,5
		No	43	91,5
		Total	47	100,0
	3º curso	Sí	17	94,4
		No	1	5,6
		Total	18	100,0
	Total Grado Medicina	Sí	21	32,3
		No	44	67,7
		Total	65	100,0
Enfermería	1º curso	Sí	7	8,0
		No	80	92,0
		Total	87	100,0
	4º curso	Sí	132	95,7
		No	6	4,3
		Total	138	100,0
	Total Grado Enfermería	Sí	139	61,8
		No	86	38,2
		Total	225	100,0
Psicología	1º curso	Sí	3	7,7
		No	36	92,3
		Total	39	100,0
	4º curso	Sí	24	82,8
		No	5	17,2
		Total	29	100,0
	Total Grado Psicología	Sí	27	39,7
		No	41	60,3
		Total	68	100,0
Otros Grados	1º curso	Sí	7	10,1
		No	62	89,9
		Total	69	100,0
	4º curso	Sí	61	93,8
		No	4	6,2
		Total	65	100,0
	Total Otros Grados	Sí	68	50,7
		No	66	49,3
		Total	134	100,0

## ANEXO II.3: Formación específica en Tanatología

Tabla 15. Ha recibido formación específica en Tanatología, por Grado y curso

Grado	Curso	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Medicina	1° curso	Sí	0	0,0
		No	47	100,0
		Total	47	100,0
	3° curso	Sí	3	16,7
		No	15	83,3
		Total	18	100,0
	Total Grado Medicina	Sí	3	4,6
		No	62	95,4
		Total	65	100,0
Enfermería	1° curso	Sí	1	1,1
		No	86	98,9
		Total	87	100,0
	4° curso	Sí	21	15,2
		No	117	84,8
		Total	138	100,0
	Total Grado Enfermería	Sí	22	9,8
		No	203	90,2
		Total	225	100,0
Psicología	1° curso	Sí	0	0,0
		No	39	100,0
		Total	39	100,0
	4° curso	Sí	3	10,3
		No	26	89,7
		Total	29	100,0
	Total Grado Psicología	Sí	3	4,4
		No	65	95,6
		Total	68	100,0
Otros Grados	1° curso	Sí	2	2,9
		No	67	97,1
		Total	69	100,0
	4° curso	Sí	6	9,2
		No	59	90,8
		Total	65	100,0
	Total Otros Grados	Sí	8	6,0
		No	126	94,0
		Total	134	100,0

### ANEXO II.4: Opinión sobre el derecho del enfermo en fase terminal a ser informado

Rango: 0-20

Media: 15,61

Desv. típ.: 2,242

Tabla 18. Opinión sobre el derecho del paciente a la información, por Grado y curso

Grado	Curso	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Medicina	1°	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	0	0,0
		Algo inadecuada	18	38,3
		Correcta	29	61,7
		Total	47	100,0
	3° curso	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	0	0,0
		Algo inadecuada	5	27,8
		Correcta	13	72,2
		Total	18	100,0
	Total Grado Medicina	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	0	0,0
		Algo inadecuada	23	35,4
		Correcta	42	64,6
		Total	65	100,0
Enfermería	1° curso	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	0	0,0
		Algo inadecuada	40	46,0
		Correcta	47	54,0
		Total	87	100,0
	4° curso	Muy incorrecta	1	0,7
		Incorrecta	4	2,9
		Algo inadecuada	52	37,7
		Correcta	81	58,7
		Total	138	100,0
	Total Grado Enfermería	Muy incorrecta	1	0,4
		Incorrecta	4	1,8
		Algo inadecuada	92	40,9
		Correcta	128	56,9
		Total	225	100,0
Psicología	1° curso	Muy incorrecta	0	0,0

		Incorrecta	3	7,7
		Algo inadecuada	14	35,9
		Correcta	22	56,4
		Total	39	100,0
	4° curso	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	2	6,9
		Algo inadecuada	9	31,0
		Correcta	18	62,1
		Total	29	100,0
	Total Grado Psicología	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	5	7,4
		Algo inadecuada	23	33,8
		Correcta	40	58,8
		Total	68	100,0
	Otros Grados	1° curso	Muy incorrecta	0
Incorrecta			1	1,4
Algo inadecuada			37	53,6
Correcta			31	44,9
Total			69	100,0
4° curso		Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	1	1,5
		Algo inadecuada	23	35,4
		Correcta	41	63,1
		Total	65	100,0
Total Otros Grados		Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	2	1,5
		Algo inadecuada	60	44,8
		Correcta	72	53,7
		Total	134	100,0

### ANEXO II.5: Opinión en relación al uso de analgesia y la limitación de esfuerzo terapéutico (LET)

Rango: 0-20

Media: 15,07

Desv. típ.: 2,777

Tabla 19. Opinión del alumno en relación al uso de analgesia y la LET, por Grado y curso

Grado	Curso	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Medicina	1°	Muy incorrecta	3	6,4
		Incorrecta	3	6,4
		Algo inadecuada	20	42,6
		Correcta	21	44,7
		Total	47	100,0
	3° curso	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	0	0,0
		Algo inadecuada	4	22,2
		Correcta	14	77,8
		Total	18	100,0
	Total Grado Medicina	Muy incorrecta	3	4,6
		Incorrecta	3	4,6
		Algo inadecuada	24	36,9
		Correcta	35	53,8
		Total	65	100,0
Enfermería	1° curso	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	4	4,6
		Algo inadecuada	40	46,0
		Correcta	43	49,4
		Total	87	100,0
	4° curso	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	3	2,2
		Algo inadecuada	47	34,1
		Correcta	88	63,8
		Total	138	100,0
	Total Grado Enfermería	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	7	3,1
		Algo inadecuada	87	38,7
		Correcta	131	58,2
		Total	225	100,0
Psicología	1° curso	Muy incorrecta	1	2,6

		Incorrecta	2	5,1
		Algo inadecuada	22	56,4
		Correcta	14	35,9
		Total	39	100,0
	4° curso	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	4	13,8
		Algo inadecuada	14	48,3
		Correcta	11	37,9
		Total	29	100,0
	Total Grado Psicología	Muy incorrecta	1	1,5
		Incorrecta	6	8,8
		Algo inadecuada	36	52,9
		Correcta	25	36,8
Total		68	100,0	
Otros Grados	1° curso	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	1	1,4
		Algo inadecuada	44	63,8
		Correcta	24	34,8
		Total	69	100,0
	4° curso	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	6	9,2
		Algo inadecuada	31	47,7
		Correcta	28	43,1
		Total	65	100,0
	Total Otros Grados	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	7	5,2
		Algo inadecuada	75	56,0
		Correcta	52	38,8
		Total	134	100,0

## ANEXO II.6: Opinión en relación a la dignidad humana

Rango: 0-32

Media: 25,45

Desv. típ.: 3,525

Tabla 20. Opinión del alumno en relación a la dignidad humana, por Grado y curso

Grado	Curso	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Medicina	1°	Muy deficiente	0	0,0
		Deficiente	0	0,0
		Regular	9	19,1
		Bien formado	38	80,9
		Total	47	100,0
	3° curso	Muy deficiente	1	5,6
		Deficiente	1	5,6
		Regular	4	22,2
		Bien formado	12	66,7
		Total	18	100,0
	Total Grado Medicina	Muy deficiente	1	1,5
		Deficiente	1	1,5
		Regular	13	20,0
		Bien formado	50	76,9
		Total	65	100,0
Enfermería	1° curso	Muy deficiente	0	0,0
		Deficiente	1	1,1
		Regular	29	33,3
		Bien formado	57	65,5
		Total	87	100,0
	4° curso	Muy deficiente	0	0,0
		Deficiente	1	,7
		Regular	40	29,0
		Bien formado	97	70,3
		Total	138	100,0
	Total Grado Enfermería	Muy deficiente	0	0,0
		Deficiente	2	,9
		Regular	69	30,7
		Bien formado	154	68,4
		Total	225	100,0
Psicología	1° curso	Muy deficiente	0	0,0
		Deficiente	1	2,6



		Regular	15	38,5	
		Bien formado	23	59,0	
		Total	39	100,0	
	4° curso	Muy deficiente	0	0,0	
		Deficiente	0	0,0	
		Regular	14	48,3	
		Bien formado	15	51,7	
		Total	29	100,0	
	Total Grado Psicología	Muy deficiente	0	0,0	
		Deficiente	1	1,5	
		Regular	29	42,6	
		Bien formado	38	55,9	
		Total	68	100,0	
	Otros Grados	1° curso	Muy deficiente	0	0,0
			Deficiente	0	0,0
Regular			33	47,8	
Bien formado			36	52,2	
Total			69	100,0	
4° curso		Muy deficiente	0	0,0	
		Deficiente	0	0,0	
		Regular	27	41,5	
		Bien formado	38	58,5	
		Total	65	100,0	
Total Otros Grados		Muy deficiente	0	0,0	
		Deficiente	0	0,0	
		Regular	60	44,8	
		Bien formado	74	55,2	
		Total	134	100,0	

**ANEXO II.7: Opinión en relación a la eutanasia y la muerte digna**

Rango: 0-60

Media: 39,55

Desv. típ.: 8,800

**Tabla 21. Opinión del alumno en relación a la eutanasia y la muerte digna, por Grado y curso**

Grado	Curso	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Medicina	1°	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	9	19,1
		Algo inadecuada	22	46,8
		Correcta	16	34,0
		Total	47	100,0
	3° curso	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	1	5,6
		Algo inadecuada	7	38,9
		Correcta	10	55,6
		Total	18	100,0
	Total Grado Medicina	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	10	15,4
		Algo inadecuada	29	44,6
		Correcta	26	40,0
		Total	65	100,0
Enfermería	1° curso	Muy incorrecta	1	1,1
		Incorrecta	4	4,6
		Algo inadecuada	51	58,6
		Correcta	31	35,6
		Total	87	100,0
	4° curso	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	12	8,7
		Algo inadecuada	93	67,4
		Correcta	33	23,9
		Total	138	100,0
	Total Grado Enfermería	Muy incorrecta	1	,4
		Incorrecta	16	7,1
		Algo inadecuada	144	64,0
		Correcta	64	28,4
		Total	225	100,0
Psicología	1° curso	Muy incorrecta	1	2,6

		Incorrecta	10	25,6
		Algo inadecuada	18	46,2
		Correcta	10	25,6
		Total	39	100,0
	4° curso	Muy incorrecta	1	3,4
		Incorrecta	11	37,9
		Algo inadecuada	16	55,2
		Correcta	1	3,4
		Total	29	100,0
	Total Grado Psicología	Muy incorrecta	2	2,9
		Incorrecta	21	30,9
		Algo inadecuada	34	50,0
		Correcta	11	16,2
Total		68	100,0	
Otros Grados	1° curso	Muy incorrecta	2	2,9
		Incorrecta	11	15,9
		Algo inadecuada	46	66,7
		Correcta	10	14,5
		Total	69	100,0
	4° curso	Muy incorrecta	0	0,0
		Incorrecta	9	13,8
		Algo inadecuada	42	64,6
		Correcta	14	21,5
		Total	65	100,0
	Total Otros Grados	Muy incorrecta	2	1,5
		Incorrecta	20	14,9
		Algo inadecuada	88	65,7
		Correcta	24	17,9
		Total	134	100,0

## ANEXO II.8: Actitud ante la Eutanasia Voluntaria a un enfermo terminal

Tabla 25. Eutanasia Voluntaria a un enfermo terminal

Grado	Curso	Respuestas	Frec.	Porcent.
Medicina	1°	Sí, con toda seguridad	13	27,7
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	16	34,0
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	12	25,5
		No, con toda seguridad	6	12,8
		No contesta	0	0,0
		Total	47	100,0
	3° curso	Sí, con toda seguridad	3	16,7
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	10	55,6
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	0	0,0
		No, con toda seguridad	5	27,8
		No contesta	0	0,0
		Total	18	100,0
	Total Grado Medicina	Sí, con toda seguridad	16	24,6
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	26	40,0
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	12	18,5
		No, con toda seguridad	11	16,9
		No contesta	0	0,0
		Total	65	100,0
Enfermería	1° curso	Sí, con toda seguridad	24	27,6
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	23	26,4
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	20	23,0
		No, con toda seguridad	18	20,7
		No contesta	2	2,3
		Total	87	100,0
	4° curso	Sí, con toda seguridad	54	39,1
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	58	42,0
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	0	0,0
		No, con toda seguridad	23	16,7
		No contesta	3	2,2
		Total	138	100,0
	Total Grado Enfermería	Sí, con toda seguridad	78	34,7
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	81	36,0
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	20	8,9
		No, con toda seguridad	41	18,2
		No contesta	5	2,2

		Total	225	100,0
Psicología	1° curso	Sí, con toda seguridad	18	46,2
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	11	28,2
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	5	12,8
		No, con toda seguridad	4	10,3
		No contesta	1	2,6
		Total	39	100,0
	4° curso	Sí, con toda seguridad	17	58,6
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	9	31,0
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	0	0,0
		No, con toda seguridad	2	6,9
		No contesta	1	3,4
		Total	29	100,0
	Total Grado Psicología	Sí, con toda seguridad	35	51,5
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	20	29,4
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	5	7,4
		No, con toda seguridad	6	8,8
		No contesta	2	2,9
		Total	68	100,0
Otros Grados	1° curso	Sí, con toda seguridad	25	36,2
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	21	30,4
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	10	14,5
		No, con toda seguridad	11	15,9
		No contesta	2	2,9
		Total	69	100,0
	4° curso	Sí, con toda seguridad	23	35,4
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	31	47,7
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	0	0,0
		No, con toda seguridad	10	15,4
Total Otros Grados		No contesta	1	1,5
		Total	65	100,0
	Total Otros Grados	Sí, con toda seguridad	48	35,8
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	52	38,8
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	10	7,5
		No, con toda seguridad	21	15,7
		No contesta	3	2,2
		Total	134	100,0

## ANEXO II.9: Actitud ante el Suicidio Asistido a un enfermo terminal

Tabla 26. Suicidio asistido a un enfermo terminal

Grado	Curso	Respuestas	Frec.	Porcent.
Medicina	1º	Sí, con toda seguridad	5	10,6
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	11	23,4
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	11	23,4
		No, con toda seguridad	20	42,6
		No contesta	0	0,0
		Total	47	100,0
	3º curso	Sí, con toda seguridad	3	16,7
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	7	38,9
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	0	0,0
		No, con toda seguridad	8	44,4
		No contesta	0	0,0
		Total	18	100,0
	Total Grado Medicina	Sí, con toda seguridad	8	12,3
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	18	27,7
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	11	16,9
		No, con toda seguridad	28	43,1
		No contesta	0	0,0
		Total	65	100,0
Enfermería	1º curso	Sí, con toda seguridad	10	11,5
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	18	20,7
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	24	27,6
		No, con toda seguridad	32	36,8
		No contesta	3	3,4
		Total	87	100,0
	4º curso	Sí, con toda seguridad	39	28,3
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	53	38,4
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	0	0,0
		No, con toda seguridad	40	29,0
		No contesta	6	4,3
		Total	138	100,0
	Total Grado Enfermería	Sí, con toda seguridad	49	21,8
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	71	31,6
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	24	10,7
		No, con toda seguridad	72	32,0
		No contesta	9	4,0

		Total	225	100,0
Psicología	1° curso	Sí, con toda seguridad	13	33,3
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	7	17,9
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	9	23,1
		No, con toda seguridad	9	23,1
		No contesta	1	2,6
		Total	39	100,0
	4° curso	Sí, con toda seguridad	15	51,7
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	10	34,5
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	0	0,0
		No, con toda seguridad	3	10,3
		No contesta	1	3,4
		Total	29	100,0
	Total Grado Psicología	Sí, con toda seguridad	28	41,2
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	17	25,0
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	9	13,2
		No, con toda seguridad	12	17,6
		No contesta	2	2,9
		Total	68	100,0
Otros Grados	1° curso	Sí, con toda seguridad	14	20,3
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	13	18,8
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	16	23,2
		No, con toda seguridad	23	33,3
		No contesta	3	4,3
		Total	69	100,0
	4° curso	Sí, con toda seguridad	17	26,2
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	34	52,3
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	0	0,0
		No, con toda seguridad	12	18,5
		No contesta	2	3,1
		Total	65	100,0
	Total Otros Grados	Sí, con toda seguridad	31	23,1
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	47	35,1
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	16	11,9
		No, con toda seguridad	35	26,1
		No contesta	5	3,7
		Total	134	100,0

### ANEXO II.10: Actitud ante contribuir personalmente en la eutanasia de un familiar

Tabla 27. Eutanasia Voluntaria a un familiar

Grado	Curso	Respuestas	Frec.	Porcent.
Medicina	1°	Sí, con toda seguridad	3	6,4
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	8	17,0
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	14	29,8
		No, con toda seguridad	19	40,4
		No contesta	3	6,4
		Total	47	100,0
	3° curso	Sí, con toda seguridad	2	11,1
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	6	33,3
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	0	0,0
		No, con toda seguridad	7	38,9
		No contesta	3	16,7
		Total	18	100,0
	Total Grado Medicina	Sí, con toda seguridad	5	7,7
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	14	21,5
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	14	21,5
		No, con toda seguridad	26	40,0
		No contesta	6	9,2
		Total	65	100,0
Enfermería	1° curso	Sí, con toda seguridad	9	10,3
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	11	12,6
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	28	32,2
		No, con toda seguridad	36	41,4
		No contesta	3	3,4
		Total	87	100,0
	4° curso	Sí, con toda seguridad	20	14,5
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	70	50,7
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	0	0,0
		No, con toda seguridad	35	25,4
		No contesta	13	9,4
		Total	138	100,0
	Total Grado Enfermería	Sí, con toda seguridad	29	12,9
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	81	36,0
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	28	12,4
		No, con toda seguridad	71	31,6
		No contesta	16	7,1
		Total	225	100,0
Psicología	1° curso	Sí, con toda seguridad	8	20,5



		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	9	23,1
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	8	20,5
		No, con toda seguridad	12	30,8
		No contesta	2	5,1
		Total	39	100,0
	4° curso	Sí, con toda seguridad	7	24,1
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	14	48,3
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	0	0,0
		No, con toda seguridad	3	10,3
		No contesta	5	17,2
	Total Grado Psicología	Total	29	100,0
		Sí, con toda seguridad	15	22,1
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	23	33,8
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	8	11,8
		No, con toda seguridad	15	22,1
Otros Grados	1° curso	No contesta	7	10,3
		Total	68	100,0
		Sí, con toda seguridad	8	11,6
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	23	33,3
		Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	15	21,7
	4° curso	No, con toda seguridad	20	29,0
		No contesta	3	4,3
		Total	69	100,0
		Sí, con toda seguridad	9	13,8
		Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	38	58,5
	Total Otros Grados	Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	0	0,0
		No, con toda seguridad	13	20,0
		No contesta	5	7,7
		Total	65	100,0
		Sí, con toda seguridad	17	12,7
Total Otros Grados	Creo que sí, pero no estoy tot. seguro/a	61	45,5	
	Creo que no, pero no estoy tot. seguro/a	15	11,2	
	No, con toda seguridad	33	24,6	
	No contesta	8	6,0	
	Total	134	100,0	

**ANEXO II.11: Las dos razones más importantes que conducen a una persona enferma a pedir la eutanasia**

**Tabla 30b. Razón más importante para pedir la eutanasia. Resultados del test  $\chi^2$  (diferencias entre 1° y 4°) por Grado**

Grado	Sig. (test $\chi^2$ )
Medicina	0,354
Enfermería	0,172
Psicología	0,796
Otros Grados	0,248
Total	0,070

**Tabla 30c. Segunda razón más importante para pedir la eutanasia. Resultados del test  $\chi^2$  (diferencias entre 1° y 4°) por Grado**

Grado	Sig. (test $\chi^2$ )
Medicina	0,132
Enfermería	0,835
Psicología	0,262
Otros Grados	0,346
Total	0,432

## ANEXO II.12: Medidas a tomar ante un paciente que solicita la eutanasia.

Tabla 30b. Primera Medida ante un paciente que solicita la eutanasia. Resultados del test  $\chi^2$  (diferencias entre 1° y 4°) por Grado

Grado	Sig. (test $\chi^2$ )
Medicina	0,171
Enfermería	0,589
Psicología	0,916
Otros Grados	0,618
Total	0,456

Tabla 30c. Segunda razón más importante para pedir la eutanasia. Resultados del test  $\chi^2$  (diferencias entre 1° y 4°) por Grado

Grado	Sig. (test $\chi^2$ )
Medicina	0,315
Enfermería	0,243
Psicología	0,414
Otros Grados	0,596
Total	0,245

## ANEXO II.13: Autodescripción como persona espiritual

Tabla 8. Autodescripción como persona espiritual, por Grado y curso

Grado	Curso	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Medicina	1°	Nada espiritual	4	8,5
		Poco espiritual	20	42,6
		Bastante espiritual	21	44,7
		Muy espiritual	2	4,3
		Total	47	100,0
	3° curso	Nada espiritual	1	5,6
		Poco espiritual	8	44,4
		Bastante espiritual	9	50,0
		Total	18	100,0
	Total Grado Medicina	Nada espiritual	5	7,7
		Poco espiritual	28	43,1
		Bastante espiritual	30	46,2
		Muy espiritual	2	3,1
		Total	65	100,0
Enfermería	1° curso	Nada espiritual	2	2,3
		Poco espiritual	32	36,8
		Bastante espiritual	47	54,0
		Muy espiritual	6	6,9
		Total	87	100,0
	4° curso	Nada espiritual	15	10,9
		Poco espiritual	59	42,8
		Bastante espiritual	59	42,8
		Muy espiritual	5	3,6
		Total	138	100,0
	Total Grado Enfermería	Nada espiritual	17	7,6
		Poco espiritual	91	40,4
		Bastante espiritual	106	47,1
		Muy espiritual	11	4,9
Total		225	100,0	
Psicología	1° curso	Nada espiritual	2	5,1
		Poco espiritual	13	33,3
		Bastante espiritual	22	56,4
		Muy espiritual	2	5,1
		Total	39	100,0
	4° curso	Nada espiritual	2	6,9

		Poco espiritual	16	55,2
		Bastante espiritual	8	27,6
		Muy espiritual	3	10,3
		Total	29	100,0
	Total Grado Psicología	Nada espiritual	4	5,9
		Poco espiritual	29	42,6
		Bastante espiritual	30	44,1
		Muy espiritual	5	7,4
		Total	68	100,0
Otros Grados	1° curso	Nada espiritual	4	5,8
		Poco espiritual	29	42,0
		Bastante espiritual	30	43,5
		Muy espiritual	6	8,7
		Total	69	100,0
	4° curso	Nada espiritual	8	12,3
		Poco espiritual	30	46,2
		Bastante espiritual	24	36,9
		Muy espiritual	3	4,6
		Total	65	100,0
	Total Otros Grados	Nada espiritual	12	9,0
		Poco espiritual	59	44,0
		Bastante espiritual	54	40,3
		Muy espiritual	9	6,7
Total		134	100,0	

## ANEXO II.14: Creencia en la vida después de la muerte

Tabla 9. Creencia en la vida después de la muerte, por Grado y curso

Grado	Curso	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Medicina	1° curso	No, con toda seguridad	4	8,5
		Probablemente no	10	21,3
		Probablemente sí	16	34,0
		Sí, con toda seguridad	12	25,5
		No contesta	5	10,6
		Total	47	100,0
	3° curso	No, con toda seguridad	1	5,6
		Probablemente no	4	22,2
		Probablemente sí	7	38,9
		Sí, con toda seguridad	4	22,2
		No contesta	2	11,1
		Total	18	100,0
	Total Grado Medicina	No, con toda seguridad	5	7,7
		Probablemente no	14	21,5
		Probablemente sí	23	35,4
		Sí, con toda seguridad	16	24,6
		No contesta	7	10,8
		Total	65	100,0
Enfermería	1° curso	No, con toda seguridad	6	6,9
		Probablemente no	10	11,5
		Probablemente sí	38	43,7
		Sí, con toda seguridad	29	33,3
		No contesta	4	4,6
		Total	87	100,0
	4° curso	No, con toda seguridad	14	10,1
		Probablemente no	35	25,4
		Probablemente sí	59	42,8
		Sí, con toda seguridad	24	17,4
		No contesta	6	4,3
		Total	138	100,0
	Total Grado Enfermería	No, con toda seguridad	20	8,9
		Probablemente no	45	20,0
		Probablemente sí	97	43,1
		Sí, con toda seguridad	53	23,6
		No contesta	10	4,4

		Total	225	100,0
Psicología	1° curso	No, con toda seguridad	3	7,7
		Probablemente no	6	15,4
		Probablemente sí	17	43,6
		Sí, con toda seguridad	10	25,6
		No contesta	3	7,7
		Total	39	100,0
	4° curso	No, con toda seguridad	4	13,8
		Probablemente no	6	20,7
		Probablemente sí	7	24,1
		Sí, con toda seguridad	7	24,1
		No contesta	5	17,2
		Total	29	100,0
	Total Grado Psicología	No, con toda seguridad	7	10,3
		Probablemente no	12	17,6
		Probablemente sí	24	35,3
		Sí, con toda seguridad	17	25,0
		No contesta	8	11,8
		Total	68	100,0
Otros Grados	1° curso	No, con toda seguridad	7	10,1
		Probablemente no	14	20,3
		Probablemente sí	27	39,1
		Sí, con toda seguridad	16	23,2
		No contesta	5	7,2
		Total	69	100,0
	4° curso	No, con toda seguridad	7	10,8
		Probablemente no	21	32,3
		Probablemente sí	21	32,3
		Sí, con toda seguridad	10	15,4
		No contesta	6	9,2
		Total	65	100,0
	Total Otros Grados	No, con toda seguridad	14	10,4
		Probablemente no	35	26,1
		Probablemente sí	48	35,8
		Sí, con toda seguridad	26	19,4
		No contesta	11	8,2
		Total	134	100,0

## ANEXO II.15: Autodefinición de confesión religiosa

Tabla 10. Cómo se define Ud. en materia religiosa, por Grado y curso

Grado	Curso	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Medicina	1°	Otro	7	14,9
		Ateo	2	4,3
		No creyente	10	21,3
		Católico	28	59,6
		Total	47	100,0
	3° curso	Otro	1	5,6
		Ateo	1	5,6
		No creyente	4	22,2
		Católico	12	66,7
		Total	18	100,0
	Total Grado Medicina	Otro	8	12,3
		Ateo	3	4,6
		No creyente	14	21,5
		Católico	40	61,5
Total		65	100,0	
Enfermería	1° curso	Otro	2	2,3
		Ateo	8	9,2
		No creyente	11	12,6
		Creyente otra religión	4	4,6
		Católico	62	71,3
		Total	87	100,0
	4° curso	Otro	17	12,3
		Ateo	14	10,1
		No creyente	22	15,9
		Creyente otra religión	1	,7
		Católico	84	60,9
		Total	138	100,0
	Total Grado Enfermería	Otro	19	8,4
		Ateo	22	9,8
		No creyente	33	14,7
		Creyente otra religión	5	2,2
		Católico	146	64,9
		Total	225	100,0
Psicología	1° curso	Otro	10	25,6



		Ateo	5	12,8
		No creyente	7	17,9
		Creyente otra religión	1	2,6
		Católico	16	41,0
		Total	39	100,0
	4° curso	Otro	4	13,8
		Ateo	1	3,4
		No creyente	11	37,9
		Creyente otra religión	1	3,4
		Católico	12	41,4
	Total Grado Psicología	Total	29	100,0
		Otro	14	20,6
		Ateo	6	8,8
		No creyente	18	26,5
		Creyente otra religión	2	2,9
Otros Grados	1° curso	Católico	28	41,2
		Total	68	100,0
		Otro	9	13,0
		Ateo	9	13,0
		No creyente	7	10,1
	4° curso	Creyente otra religión	2	2,9
		Católico	42	60,9
		Total	69	100,0
		Otro	8	12,3
		Ateo	5	7,7
	Total Otros Grados	No creyente	20	30,8
		Católico	32	49,2
		Total	65	100,0
		Otro	17	12,7
		Ateo	14	10,4
Total Otros Grados	No creyente	27	20,1	
	Creyente otra religión	2	1,5	
	Católico	74	55,2	
	Total	134	100,0	

**ANEXO II.16: Distribución de los que se declaran creyentes de una religión, por Grado y curso**

**Tabla 10 B. Distribución de los que se declaran creyentes de una religión, por Grado y curso (excluyendo a quienes se declaran “ateos” o “no creyentes”)**

<b>Grado</b>	<b>Curso</b>	<b>Respuestas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Medicina	1° curso	Católico	28	100,0
	3° curso	Católico	12	100,0
	Total Grado Medicina	Católico	40	100,0
Enfermería	1° curso	Creyente otra religión	4	6,1
		Católico	62	93,9
		Total	66	100,0
	4° curso	Creyente otra religión	1	1,2
		Católico	84	98,8
		Total	85	100,0
	Total Grado Enfermería	Creyente otra religión	5	3,4
		Católico	146	96,6
		Total	151	100,0
Psicología	1° curso	Creyente otra religión	1	5,9
		Católico	16	94,1
		Total	17	100,0
	4° curso	Creyente otra religión	1	7,7
		Católico	12	92,3
		Total	13	100,0
	Total Grado Psicología	Creyente otra religión	2	6,7
		Católico	28	93,3
		Total	30	100,0
Otros Grados	1° curso	Creyente otra religión	2	4,6
		Católico	42	95,4
		Total	44	100,0
	4° curso	Católico	32	100,0
	Total Otros Grados	Creyente otra religión	2	2,7
		Católico	74	97,3
Total		76	100,0	

**ANEXO II.17: Nivel de religiosidad (sólo católicos o creyentes de otra religión)\***

**Tabla 12. Se describiría a sí mismo como una persona..., por Grado y curso (católicos o creyentes de otra religión)**

Grado	Curso	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Medicina	1°	Nada religiosa	0	0,0
		Poco religiosa	12	42,8
		Bastante religiosa	12	42,8
		Muy religiosa	4	14,3
		Total	28	100,0
	3° curso	Nada religiosa	0	0,0
		Poco religiosa	6	50,0
		Bastante religiosa	6	50,0
		Muy religiosa	0	0,0
		Total	12	100,0
	Total Grado Medicina	Nada religiosa	0	0,0
		Poco religiosa	18	45,0
		Bastante religiosa	18	45,0
		Muy religiosa	4	10,0
		Total	40	100,0
Enfermería	1° curso	Nada religiosa	1	1,5
		Poco religiosa	22	33,3
		Bastante religiosa	33	50,0
		Muy religiosa	10	15,1
		Total	66	100,0
	4° curso	Nada religiosa	2	2,3
		Poco religiosa	33	38,8
		Bastante religiosa	50	58,8
		Muy religiosa	0	0,0
		Total	85	100,0
	Total Grado Enfermería	Nada religiosa	3	2,0
		Poco religiosa	55	36,4
		Bastante religiosa	83	55,0
		Muy religiosa	10	6,6
		Total	151	100,0
Psicología	1° curso	Nada religiosa	1	5,9
		Poco religiosa	2	11,7
		Bastante religiosa	12	70,6
		Muy religiosa	2	11,7

	4° curso	Total	17	100,0
		Nada religiosa	0	0,0
		Poco religiosa	5	38,4
		Bastante religiosa	5	38,4
		Muy religiosa	3	23,1
	Total	13	100,0	
	Total Grado Psicología	Nada religiosa	1	3,4
		Poco religiosa	7	23,4
		Bastante religiosa	17	56,6
		Muy religiosa	5	16,7
Total		30	100,0	
Otros Grados	1° curso	Nada religiosa	0	0,0
		Poco religiosa	16	36,3
		Bastante religiosa	26	59,1
		Muy religiosa	2	4,5
		Total	44	100,0
	4° curso	Nada religiosa	0	0,0
		Poco religiosa	14	43,7
		Bastante religiosa	18	56,2
		Muy religiosa	0	0,0
		Total	32	100,0
	Total Otros Grados	Nada religiosa	0	0,0
		Poco religiosa	30	39,5
		Bastante religiosa	44	57,9
		Muy religiosa	2	2,6
		Total	76	100,0

### ANEXO II.18: Frecuencia de asistencia a misa

Tabla 13B. Frecuencia con la que asiste a misa u otros oficios religiosos, por Grado y curso (sólo a católicos o creyentes de otra religión)\*

Grado	Curso	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Medicina	1° curso	Nunca	2	7,1
		Varias veces al año	12	42,9
		Una vez al mes	2	7,1
		Dos o tres veces al mes	5	17,9
		Una vez a la semana	4	14,3
		Varias veces a la semana	3	10,7
		Total	28	100,0

	3° curso	Nunca	2	16,7
		Varias veces al año	5	41,7
		Una vez al mes	1	8,3
		Dos o tres veces al mes	1	8,3
		Una vez a la semana	2	16,7
		Varias veces a la semana	1	8,3
		Total	12	100,0
	Total Grado Medicina	Nunca	4	10,0
		Varias veces al año	17	42,5
		Una vez al mes	3	7,5
		Dos o tres veces al mes	6	15,0
		Una vez a la semana	6	15,0
		Varias veces a la semana	4	10,0
		Total	40	100,0
Enfermería	1° curso	Nunca	8	12,1
		Varias veces al año	23	34,8
		Una vez al mes	8	12,1
		Dos o tres veces al mes	11	16,7
		Una vez a la semana	8	12,1
		Varias veces a la semana	8	12,1
		Total	66	100,0
	4° curso	Nunca	16	18,8
		Varias veces al año	39	45,9
		Una vez al mes	8	9,4
		Dos o tres veces al mes	13	15,3
		Una vez a la semana	6	7,1
		Varias veces a la semana	3	3,5
		Total	85	100,0
Total Grado Enfermería	Nunca	24	15,9	
	Varias veces al año	62	41,1	
	Una vez al mes	16	10,6	
	Dos o tres veces al mes	24	15,9	
	Una vez a la semana	14	9,3	
	Varias veces a la semana	11	7,3	
	Total	151	100,0	
Psicología	1° curso	Nunca	1	5,9
		Varias veces al año	7	41,2
		Una vez al mes	1	5,9

		Dos o tres veces al mes	2	11,8
		Una vez a la semana	5	29,4
		Varias veces a la semana	1	5,9
		Total	17	100,0
	4º curso	Nunca	2	15,4
		Varias veces al año	4	30,8
		Una vez al mes	1	7,7
		Dos o tres veces al mes	1	7,7
		Una vez a la semana	2	15,4
		Varias veces a la semana	3	23,1
		Total	13	100,0
	Total Grado Psicología	Nunca	3	10,0
		Varias veces al año	11	36,7
Una vez al mes		2	6,7	
Dos o tres veces al mes		3	10,0	
Una vez a la semana		7	23,3	
Varias veces a la semana		4	13,3	
Total		30	100,0	
Otros Grados	1º curso	Nunca	5	11,4
		Varias veces al año	25	56,8
		Una vez al mes	3	6,8
		Dos o tres veces al mes	5	11,4
		Una vez a la semana	5	11,4
		Varias veces a la semana	1	2,3
		Total	44	100,0
	4º curso	Nunca	4	12,5
		Varias veces al año	13	40,6
		Una vez al mes	6	18,8
		Dos o tres veces al mes	2	6,3
		Una vez a la semana	5	15,6
		Varias veces a la semana	2	6,3
		Total	32	100,0
	Total Otros Grados	Nunca	9	11,8
		Varias veces al año	38	50,0
		Una vez al mes	9	11,8
		Dos o tres veces al mes	7	9,2
		Una vez a la semana	10	13,2

		Varias veces a la semana	3	3,9
		Total	76	100,0

**ANEXO II.19 : Correlaciones entre las variables referidas a la opinión en los Alumnos de 1°**

**Tabla 68A. Correlaciones entre las variables referidas a la opinión. Alumnos de 1°**

	Opinión Derecho información	Opinión Analgesia	Opinión Dignidad humana	Opinión Eutanasia
Opinión Derecho información	1,000			
Opinión Analgesia	0,040	1,000		
Opinión Dignidad humana	0,043	0,136*	1,000	
Opinión Eutanasia	0,080	0,198**	0,412**	1,000

\*\* Correlación significativa al 1%





