

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

NADA HUMANO ME ES AJENO

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Representaciones sociales de la muerte digna en médicos y enfermeras de la Universidad Autónoma Metropolitana en el año 2023

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA

Viviana Lizet Luna Aguilar

Directora de la tesis

Dra. Alejandra Gabriela Rivera Quintero

Ciudad de México octubre, 2024.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mi hijo Paul ya que sin él no habría un día para mí, él ha sido mi pilar en todo este proceso, mi amor por él ha logrado rezumar en mi cabeza el ino te rindas! Noches sin dormir, penurias y alegrías ha vivido conmigo, siempre me ha apoyado y alentado, sus abrazos me han mantenido en pie y gracias a su existencia es que yo he logrado llegar ha donde estoy ahora.

Dedico este esfuerzo a Susana Guerra Jiménez, a Jaime Rivas Corteño y a Josue Rivas Guerra ya que, con su apoyo, su amor incondicional, sus enseñanzas, sus esfuerzos, su paciencia he podido finalizar este proceso educativo y prometo hacerlos sentir orgullosos por todo lo que han hecho por mí, los amo y les estaré eternamente agradecida.

Agradecimientos

A mi madre que desde niña me alentó y no se rindió conmigo, a Elizabeth Luna, a Jaziel Luna, a Mónica Talamantes, a Eduardo Clemente, a Alejandra Banda, a Anna Cadena, a Ana Corona y a André García por ser mi soporte emocional durante este trayecto, por su amistad invaluable y su apoyo en cada decisión y en cada momento nostálgico, gracias por todas las vivencias a su lado, en mi memoria y corazón quedaran grabadas todas las palabras con las que me apoyaron en momentos difíciles y en los más felices, y bueno -los amigos son amigos por siempre y para siempre-

Agradezco a mi directora de tesis quien fue la precursora para poder elegir mi tema, por su guía para poder hablar de la muerte en una licenciatura de salud, pero, sobre todo que me tuvo muchísima paciencia y empatía, agradezco que entendiera lo difícil que fue el proceso y todo el apoyo que me brindo.

Agradezco a Claudia López por su apoyo incondicional, por las asesorías privadas durante el trayecto de la licenciatura para poder sacar mis materias adelante, por comprenderme y apoyarme en los momentos en los que el mundo se me caía encima, gracias por ser una persona maravillosa con un corazón enorme y una maestra excepcional.

Agradezco al profesor Vladimir por ser parte de este proceso tan importante, para mi siempre será un maestro enamorado de la enseñanza, la forma en la que explicaba y enseñaba cada tema era estelar, el entusiasmo y el interés que tiene por cada uno de los alumnos para que en verdad aprendieran y entendieran cada proceso del medio ambiente y su relación con la salud, en definitiva, siempre será de los mejores profesores que tiene la UACM.

Agradezco al profesor Juan Manuel porque fue un gran profesor y guía durante mi servicio social en el programa "Laboratorio de Fisiología Clínica e investigación sociomédica", así como la habilidad, fluides y paciencia que tuvo para poder enseñarnos Legislación sanitaria en momentos de pandemia, por todo eso y más que usted forme parte de esta última etapa es muy importante.

En memoria

En honor a mi abuela Rufina Valdez Rivera, Salvador Salazar Pérez y Elías Salazar Valdez, quienes siempre estarán en mi corazón y su luz siempre me acompañará.

Índice	
I. Introducción	5
II. Planteamiento del problema	9
III. Justificación	11
IV. Objetivos	15
V. Estado de la cuestión	16
VI. Antecedentes	21
VII. CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	23
1.1. Dignidad desde un enfoque bioético	23
1.2. Análisis de la muerte digna desde una perspectiva bioética	38
1.3. Vínculos con la muerte digna	46
1.4. Representaciones sociales	55
VIII. CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	61
IX. Resultados	63
X. Conclusiones	105
XI. Bibliografía	111
XII. Anexo	118

I. Introducción

El propósito de esta tesis es para mostrar lo importante que es hablar de la muerte y el cómo nos podríamos beneficiar en algún momento si la situación lo ameritara y tener la oportunidad de morir con el menor dolor y sufrimiento posible, así como presentar que esto no es una problemática exclusiva de los pacientes, sino, también del personal de salud que se ve relacionado en la toma de las decisiones e inclusive la aplicación para acceder a una muerte digna de las personas familiares y amigos alrededor del paciente.

Se hace énfasis en que la promoción de la salud también puede abarcar temas poco agradables pero necesarios, porque si debemos tener una calidad de vida también, deberíamos tener una calidad digna para morir, vivir con una enfermedad terminal es un suceso con sufrimiento y que pueden evitarse si así lo deseara el paciente, por lo que desde la promoción de la salud se puede lograr concientizar e informar lo que implica una muerte digna y cómo se podría acceder a ella, sin embargo, también es muy importante la opinión y elección que tiene el personal de salud para decidir si apoyaría o no algún medio, si están o no de acuerdo y también poder complementar la información si ellos desconocen del tema.

Para poder adentrarnos en la opinión de los médicos y enfermeras decidimos plantearnos la pregunta ¿Qué ideas y actitudes tienen los estudiantes de medicina y enfermería al respecto de la muerte digna? Y de este modo poder describir las representaciones sociales de la muerte digna que tienen los estudiantes de enfermería y medicina, para ello también es importante esclarecer que los principales objetivos son describir la noción de la dignidad desde el enfoque bioético, analizar la muerte digna desde una perspectiva bioética, reconocer los vínculos que hay entre la muerte digna, analizar los planes de estudio para identificar la familiaridad con los temas relacionados y para ello se decidió aplicar un cuestionario electrónico para identificar aspectos vinculados con la representación social de la muerte digna.

Para lograr comprender el tema de las representaciones sociales relacionadas a temas hospitalarios y de muerte fue algo complejo de hallar por lo que se contruyó el apartado del Estado en cuestión que nos muestra 5 tesis de las cuales 3 son en relación con la salud física y mental y las últimas 2 son vivir con una enfermedad y como es la interacción social del personal de salud ante un paciente moribundo. Para poder profundizar más

sobre el tema en México fue necesario encontrar los antecedentes para poder identificar el pro, los contras y propuestas relacionadas a una muerte digna encontrándose que han existido iniciativas desde el año 2002, sin embargo, desde entonces no ha sido aceptado ningún medio para una muerte aplicable, empero, en el año 2008 se aprobó la ley de voluntad anticipada que nos permite en algún momento dejar indicaciones de qué aceptamos y que no, si no estamos conscientes para tomar una elección y como consecuencia de ello el gobierno tuvo que implementar los cuidados paliativos. En el año 2009 fue aprobada la Ley General de Salud, 2013 y 2014 fue regulada para su aplicación en sector público y privado y sirven para respaldar los cuidados paliativos y el derecho de rechazar los tratamientos; aunque sean grandes avances, aun falta un largo camino para poder cumplir los deseos de algún paciente que desee poder morir y no tener que estar postrado hasta que llegue la hora.

En el marco teórico se proporciona la estructura e información necesaria para poder contextualizar y abordar la tesis. En el apartado 1.1. dignidad desde un enfoque bioético, se plantea el debate histórico que tuvo que pasar para poder llegar a este concepto, podremos observar que la dignidad aparece en instrumentos jurídicos a partir de la segunda guerra mundial 1945, sin embargo, tiene raíces católicas desde los tiempos del papa León XIII de 1891 trascendiendo hasta el papa Pablo VI de 1965, como se podrá observar el concepto de la dignidad es ambiguo, sin embargo, se estableció como un derecho constitucional, logrando que se promovieran o crearan las condiciones jurídicas, políticas, sociales, económicas y culturales que permitan el desarrollo humano. En el capítulo se explica con detalles interesantes como fue la evolución del concepto de la Dignidad y el por qué de ser un derecho obligatorio para cualquier humano y el como el ser humano puede cometer actos atroces en nombre de la ciencia, por lo cual se tuvieron que realizar acciones para que no volvieran a suceder, por lo que en año 1970 el Doctor Van Rensselaer Potter acuña el término de Bioética y expresa la ética en la vida biológica en una concepción global del ser humano que permita una reflexión ética sobre las posibles consecuencias de la investigación científica, sobre el hombre y su medio ambiente. Gracias al aporte de Potter se creó el Informe de Belmont en el cual se edificaron 4 principios éticos que fueron elegidos para la evaluación de proyectos de investigación en seres humanos.

La historia es relevante para conocer el inicio de la dignidad y la bioética, nos permite tener la claridad en los tiempos contemporáneos, por lo que es vital el enfoque de los principios que guían las decisiones, y para poder aplicar la bioética en los diferentes dilemas tecnocientíficos que nos estamos enfrentando en un nuevo mundo industrializado; ahora hablamos de experimentación con seres humanos, de prolongar la vida a costa del sufrimiento y las decisiones del personal en salud que serán vitales para el accionar de los médicos.

En el apartado 1.2. Análisis de la muerte digna desde una perspectiva bioética hablamos de la importancia de la muerte más allá de algo biológico, si no, también social y filosófico para una mejor comprensión de la muerte y de nosotros. La muerte es el tema más complejo, triste y al que se llega solo. Hay gente religiosa, atea y agnóstica, nadie puede afirmar a donde va nuestra conciencia cuando morimos, lo que sí es un hecho es que es la muerte fisiológica es inevitable.

Pero lo que si podemos hacer es decidir como pasar los últimos días o instantes de nuestras vidas si se es posible, el concepto implica una visión global de los aspectos psicológicos, sociales, económicos, religiosos y éticos, y es en este último campo es donde se ha planteado una estrecha relación entre la bioética y la muerte, pues su área prioritaria se centra en cuestiones morales relacionadas con el proceso de morir ya que es necesario tomar como marco de referencia los principios de la bioética para respetar y valer las decisiones del paciente y que pueda tener una libre elección del final de su vida y en ello implica la comprensión de lo que es la muerte digna, la cual comprende normativas que sean eficaces para evitar el dolor en los pacientes, en ella se contemplan la necesidad y piedad para ponerle fin al sufrimiento y limitar el encarnizamiento terapéutico.

En el apartado 1.3. vínculos con la muerte digna se trata de conocer las diferentes formas para acceder a una muerte digna, ya que en México aún no es aceptado algún medio para terminar la vida de un paciente y por ende es necesario que conozcan los vínculos existentes para poder tomar una decisión y demandar la opción o opciones que sean viables para poder acceder a ellas, sin importar la recursos económicos con los que se cuenta, siempre se debe enfatizar que la decisión debe de ser del paciente; el médico o enfermera nunca decidirá por el paciente pero sí estará en la obligación de informar que se puede hacer por él y cuando ya no es remediable, siempre mantener presentes las

opciones para la comodidad del paciente y el personal de salud. En este apartado se explican ¿Qué medios existen? ¿Qué son? ¿Cómo se aplican? Y un poco de su historia y cómo es que han funcionado en los países en donde ya son reguladas y aceptadas.

En el capítulo 2 se presenta la metodología utilizada para poder obtener los resultados de la investigación, en la cual se examinaron documentos, videos, revisiones bibliográficas en libros impresos o digitales, tesis, etc. todo en relación a las representaciones sociales de la muerte digna, se formuló un cuestionario que se dividió en 2 partes, la primera consistió en una serie de preguntas abiertas sobre la concepción de muerte y muerte digna y en la segunda se utilizó una escala para medir las actitudes de los médicos y enfermeras a ciertos aspectos sobre la muerte digna, gracias a ello logramos identificar que las nuevas generaciones de médicos y enfermeras están en la disposición de apoyar algún medio para morir, sus representaciones sociales se han ido formando desde su hogar y se ha ido modificando con sus estudios, el estudiar la disciplina en salud es un constante cambio de aprendizaje, actualizaciones que los mantendrán al día con la información, precisamente para poder apoyar estas iniciativas de una muerte digna, así como también respetar la decisión de médicos y enfermeras en no ser partícipes en la aplicación de algún medio o por suicidio.

Esta tesis es para que reconozcamos la perspectiva de los médicos y enfermeras con la muerte digna, sin menospreciar la dignidad de los pacientes y sus elecciones, recordando que el personal en salud también tiene sus derechos, su dignidad y sus elecciones por lo que es importante conocer cómo se han desarrollado escolarmente y si los han preparado para un camino difícil, la tesis es un tema de mucha relevancia y se presta para mayor investigación, como se ha mencionado antes si tenemos y debemos tener una calidad de vida para vivir, también tenemos que tener una calidad de muerte digna en las mejores condiciones posibles.

II. Planteamiento del problema

El tema de la muerte en México en pleno siglo XXI, continúa siendo un tabú del que no se tiene que hablar o pensar porque tenemos miedo y preferimos evitarlo como si nunca fuera a llegar y esto implica un conflicto cuando ya estamos en el proceso de dejar esta vida, nadie decide el cómo ni el cuándo morirá, sin embargo, si nos encontramos en una situación en la que podemos escoger, deberíamos tener en cuenta que existen procesos en los cuales nos podemos apoyar.

Tras la pandemia del Covid- 19, es necesario volver a hablar del derecho a una muerte digna, pero con la palabra dignidad en mayúsculas, ya que por desgracia muchas personas tuvieron una muerte deshumanizada en la cual sufrieron un encarnizamiento terapéutico y un deceso sin compañía, aparte de que no solo sufre la persona que fallece, sino también los familiares que en ocasiones tienen que decidir por su familiar enfermo ya que nunca se tuvo la conversación de qué hacer en casos de una muerte cercana o qué opciones tenían, ello sin mencionar que no suele haber una buena comunicación entre el personal de salud (médicos y enfermeras) con el paciente ni con la familia y mucho menos información que ayude a prevenir conflictos posteriores con el enfermo.

Al hablar de una muerte digna me refiero a que todos debemos escoger cómo deseamos pasar nuestros últimos momentos sin sentirnos presionados u obligados a estar en un encarnizamiento terapéutico por complacer a la familia, somos individuos con derechos, dignidad, autonomía, alma y sentimientos es por eso por lo que cada persona debe tener el derecho de elegir el cómo morir y el cuándo.

La muerte digna es esperar el final con el menor dolor y sufrimiento, y como vías se ofrecen la muerte medicamente asistida y la eutanasia, aunque aún son opciones que se están debatiendo ya que no todos están de acuerdo con estas vías, dado que el personal médico tiene referentes deontológicos cuyo propósito es preservar la vida y los pacientes por creencias o mala información, no conocen sus derechos, sin embargo, existe la Ley de voluntad anticipa en la cual podemos amparar nuestras decisiones si perdemos nuestra autonomía en algún momento crítico.

En la experiencia cotidiana nos hemos podido encontrar con personal de salud que carece de empatía, lo que da origen a relaciones menos humanizadas con los pacientes, pero, en realidad desconocemos cómo están conformadas las representaciones sociales de los médicos/as y enfermeras/os. Al igual que muchos otros, llegan a sentir tristeza o dolor por ver a sus pacientes en estados críticos y no poderlos ayudar de la forma en la que ellos quisieran o como ellos desearían que se tratara a sus familiares, porque si bien hay que recordar que las ideas y aprendizajes se han ido desarrollando desde la infancia y la escuela; en sus licenciaturas los tienen que forjar con una resiliencia mayor porque ellos lidian con la muerte todo el tiempo, por lo que simpatizar con todos los pacientes los podría dañar de manera psicológica por ejemplo, el estrés, síndrome de burnout o depresión, por lo que su formación académica es vital para poder entender su comportamiento. Analizar los planes de estudio nos ayudará a comprender lo que significa para los médicos/as y enfermeras/os la muerte digna, la voluntad anticipada, la eutanasia, etc., el cómo ellos han ido aprendiendo a sobrellevar la muerte, el cómo han vivido la experiencia, cuanta diferencia hay entre sus experiencias educativas y hospitalarias, porque es totalmente diferente ser solo un estudiante aprendiendo y hablando de temas de muerte digna a un estudiante que ya está ejerciendo y pensando en las posibilidades de evitar sufrimiento para sus pacientes.

III. Justificación

La promoción de la salud en el área laboral puede trabajar directamente con la muerte digna dado que es un campo poco explorado y siempre buscará el bienestar y calidad de vida para cada paciente, aun si se trata de la muerte, esto no quiere decir que solo seamos un medio informativo, sino, es concientizar el poder simbólico que tiene socialmente y que impacta en la toma de decisiones de los pacientes. No podemos decir que la familia vaya con un tanatólogo o psicólogo, dado que estos servicios no siempre están disponibles, no se tiene acceso gratuito a ellos e incluso no sabemos de los apoyos tanatológicos ni de qué van, quien tiene la fortuna de pertenecer a alguna institución de salud podría tener acceso a esos recursos, pero como menciona la doctora Ortiz González¹ solo si se observa que es necesario otro tipo de intervención para los familiares, serán canalizados a una unidad de medicina familiar para acceder a un apoyo tanatológico, el cual también podría ser brindado por vía telefónica o video llamada, con el apoyo de trabajadores sociales, y así dar calidad en trato a la familia en los últimos momentos de la vida de su familiar.

Kanter y Martínez² mencionan que también existe una crisis del personal de salud porque no cuenta con los recursos, porque no existe un presupuesto específico para cuidados paliativos, ni un área que realmente esté dentro de la estructura para que pueda contar con un presupuesto y un personal perfectamente capacitado. Lo que implica prevenir, detectar y tratar síntomas de depresión, ansiedad, somatización, ideación suicida, insomnio, estrés y el burnout, es decir, el desgaste del paciente, sus familiares y del personal de salud, dicho de otro modo, los sistemas de salud no pueden proporcionar el servicio para que cada familia que está a punto de perder un familiar cuente con orientación y apoyo personalizado, por el simple hecho de que la demanda supera al personal y los centros de salud están más orientados a diagnosticar y tratar las

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social «COM. 833 En Hospital de Expansión del Autódromo Hermanos Rodríguez se ha brindado atención tanatológica a familiares de pacientes COVID-19.» <https://www.gob.mx/imss/prensa/com-833-en-hospital-de-expansion-del-autodromo-hermanos-rodriguez-se-ha-brindado-atencion-tanatologica-a-familiares-de-pacientes-covid-19?state=published>

² Irma Kanter Coronel y Cornelio Martínez López «Los cuidados paliativos y la pandemia de COVID-19. Una visión de las y los expertos», pp. 17.

http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/5173/TA_22.pdf?sequence=1&isAllowed=y

enfermedades físicas, no a enviar a cuidados paliativos ni a dar un acompañamiento en el proceso de la muerte, porque no habría cómo cubrir esas necesidades. Nos parece que el promotor de la salud tiene un campo de aprendizaje social y biológico que puede resultar valioso en estos casos, el promotor a lo largo de la licenciatura ha aprendido a hablar con las personas y a crear medios para informar a la gente sobre su salud y prevenir enfermedades, ahora es tiempo de que comencemos a preguntarnos cómo podemos informar y concientizar a la gente para hablar de la muerte digna comenzado con el propio personal de salud.

Las representaciones sociales construyen realidades sociales y promotores pueden enseñar sobre muerte digna anticipando cualquier circunstancia, las personas aprenden de la vida cotidiana y van formando nuevos aprendizajes, experiencias que más adelante influirán en sus decisiones.

Como promotores de salud ejerceremos representaciones colectivas en las cuales haremos que el personal de salud y las personas adquieran y puedan comunicar el conocimiento de lo que es la muerte digna y lo que implica ya que esto significaría que nos estamos haciendo responsables de nosotros mismos, más autónomos y responsables con las decisiones de nuestro final pero sobre todo, no permitir que la demás gente tome decisiones sobre nosotros en cualquier circunstancia, como menciona Ochoa:

La decisión de cómo enfrentar la muerte adquiere una importancia decisiva para el enfermo terminal, que sabe que no puede ser curado y que no está optando entre la muerte y muchos años más de vida plena, sino entre morir en las condiciones que él escoge, o morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas e indignas.³

Sin embargo, los médicos y enfermeras son los que se enfrentan día a día con la muerte y son ellos los que tienen que aceptar las decisiones de los pacientes en cuanto a muerte digna, pero ¿cómo sabemos si ese médico u enfermera está de acuerdo? Son decisiones que no solo le competen al paciente si no también al personal médico que tiene una relación con el paciente.

³ Ochoa. U. C. El derecho a morir con dignidad en «Primer coloquio internacional por el derecho a una muerte digna» (pp. 41).

Los tiempos han cambiado, muchos médicos y enfermeras están de acuerdo con la eutanasia, con la muerte medicamente asistida o los cuidados paliativos, todo ello por las representaciones sociales que han ido construyendo en su vida social y académica, gracias a sus experiencias, cada vez más médicos y enfermeras están a favor de leyes que promuevan una muerte digna, ellos saben que deben de cuidar hasta el último momento a sus pacientes, sin embargo, y como ya se ha mencionado, el sistema de salud no cubre la demanda que se necesita para que cada paciente tenga un doctor o enfermera 24/7, ni mucho menos que doctores y enfermeras que apenas comienzan en sus prácticas profesionales tengan la habilidad para tratar con estos pacientes, ya que sus planes de estudio están hechos para ejercer la medicina que cura.

En este estudio nos hemos centrado en la formación que brinda la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) unidad Xochimilco ya que es una escuela pública y con prestigio. El egreso acumulado hasta el 2020 de estudiantes en medicina es 5580 y en enfermería 2678, el plan de estudios de las licenciaturas de medicina y enfermería en UAM unidad Xochimilco plantea que los requisitos para un titulación exitosa es haber cubierto su total de créditos, cumplir con su servicio social y presentar la constancia de lectura y comprensión técnica de inglés, sin embargo, nos parece necesario analizar desde un enfoque bioético de qué manera se inculcan conocimientos y habilidades que formen a estudiantes capaces de entablar una sana relación con el paciente y comprendan la muerte digna, afortunadamente conozco estudiantes que me han podido brindar un acercamiento a conocer un poco mas de sus perspectivas en el tema de la muerte digna, así como también los aprendizajes adquiridos dentro y fuera de su casa de estudios, a partir de entablar esas pláticas es que nació el interés de poder enfocar la tesis a determinado grupo de estudiantes de enfermería y medicina que están conviviendo con el dolor y la muerte día a día y aun siendo estudiantes.

Es vital entender las representaciones sociales de la muerte digna en médicos y enfermeras que han ido construyendo a lo largo de su vida, ya que estas influirán en su relación y comprensión con los pacientes que atiendan a futuro y es indispensable que sea justo antes de que ellos comiencen con su vida laboral para que estén preparados y no se siga con las creencias populares de que el sistema de salud ve a los pacientes como un simple cuerpo de aprendizaje, si bien ellos aprenden y en la marcha deben aprender a no perder la empatía y comprensión por los pacientes, sin importar su

condición, es significativo recordar que es más importante hacer profesionales más humanísticos a profesionales robotizados.

Pregunta de investigación

¿Qué ideas y actitudes tienen los estudiantes de medicina y enfermería al respecto de la muerte digna?

IV. Objetivos

Objetivo general

Describir las representaciones sociales de la muerte digna de un grupo de estudiantes de medicina y enfermería de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) unidad Xochimilco, durante el año 2023

Objetivos específicos

Describir la noción de dignidad desde un enfoque bioético

Analizar la muerte digna desde una perspectiva bioética

Reconocer los vínculos que hay entre muerte digna, eutanasia, muerte medicamente asistida, voluntad anticipada y cuidados paliativos

Analizar el plan de estudios vigente de enfermería y medicina de la UAM unidad Xochimilco para identificar los rubros y materias que formarán a los egresados desde un perfil bioético

Aplicar un cuestionario electrónico a estudiantes de las licenciaturas de enfermería y medicina para identificar aspectos vinculados con la representación social de la muerte digna.

V. Estado de la cuestión

La muerte siempre ha sido un tema muy delicado del cual varios autores se han animado a investigar y hablar de ella, la técnica de búsqueda se baso en repositorios de distintas universidades, pero en la búsqueda se encontraron escasas tesis que hablen de las representaciones sociales de la muerte digna, en la búsqueda se encontraron más investigaciones sobre eutanasia y voluntad anticipada, temas que tienen vínculos con la muerte digna, los demás temas en donde se mencionaban a las representaciones sociales estan fuera de la muerte digna, ya que sus enfoques son diferentes, sin embargo, son importantes para poder acceder a un entendimiento mas claro sobre las representaciones sociales a partir de algunos ejemplos:

Ejemplo 1: Representaciones sociales de las mujeres operarias de transporte público de la Ciudad de México⁴,

Esta tesis se basa en las diferencias de género en las que la mujer se encuentra en dificultades para desempeñar diferentes actividades que han sido catalogadas como exclusivas para hombres principalmente ser conductoras de microbuses o taxis; el objetivo de la tesis es analizar las relaciones e interacciones que usuarios y choferes mantienen con las mujeres trabajadoras en el transporte público, con la finalidad de identificar cómo opera el género al momento de representarlas frente al desempeño de ellas en trabajos no tradicionales y cómo ellas se auto representan a partir de dichas representaciones, la metodología para esta investigación fue cualitativa y cuantitativa, en la cual se realizaron entrevistas a profundidad y encuestas con el fin de conocer la percepción que tienen de las mujeres operarias y cómo las significan a partir del trabajo que desempeñan y las conclusiones fueron que las mujeres operarias sufren discriminación, violencia, acoso, obstaculización y hostigamiento lo que implica una desvalorización de su labor y las representaciones sociales ayudaron a conocer y entender cómo es que las mujeres operarias se auto representan así mismas a partir de los discursos que emplean en torno a la actividad laboral que ellas llevan a cabo.

Ejemplo 2: Representaciones sociales de la masculinidad en jóvenes varones de Ecatepec, Estado de México⁵

⁴ Alejandra Padilla Cuenca, Representaciones sociales de las mujeres operarias de transporte público de la Ciudad de México.

Esta tesis consistió en analizar desde la construcción de la representación social de la masculinidad los procesos comunicativos y culturales en los que se desenvuelven los jóvenes varones de Ecatepec, el objetivo era conocer los significados que componen la representación social de la masculinidad e identificar la influencia de las representaciones de la masculinidad dentro de la interacción social; el desarrollo de la investigación fue meramente cualitativa, no experimental y con una muestra integrada de jóvenes de 18 a 30 años en el cual el instrumento metodológico fue una carta asociativa en el cual deberá llenar el informante con conceptos, palabras o términos que relacione con “masculinidad” se realizaran sesiones para que los participantes tengan el conocimiento pero ellos los interpreten; las reflexiones expuestas por las representaciones sociales de la masculinidad en los varones, están conformadas por elementos relacionados a la familia, trabajo y el respeto siendo los ejes para entender la masculinidad como una línea de comportamiento que se genera e diferentes esferas del ámbito social e interpersonal, la masculinidad se vive desde la experiencia colectiva y desde la propia visión de lo personal.

Ejemplo 3: La representación social del consumidor de tabaco en el cine mexicano (Un análisis a partir de tres películas: Niñas mal, Matando Cabos y Después de Lucia)⁶

La OMS ha recomendado que las películas donde hay consumo de tabaco no sean transmitidas para menores de edad, ya que se está incitando a que se fume a temprana edad y por ende afectando la salud, el autor propone un análisis del discurso, para conocer la representación del consumidor de tabaco en el cine mexicano para conocer las características que persuaden al espectador al consumo del tabaco. Por ello hizo un análisis cinematográfico del material fílmico que representa escenas del acto de fumar, pero sobre todo aportara datos sobre el contenido y comportamientos de la representación de dichos hábitos de consumo sobre el tabaco en un contexto de cambio total en el que México ha reformado sus leyes en torno a esta práctica nociva; la metodología es cualitativa de recolección de datos pero la técnica del análisis del discurso es la principal herramienta para realizar el análisis; la conclusión del autor es que en la materia de las escenas fuman cuando demuestran ansiedad, estrés, nerviosismo,

⁵ Ángel de Jesús Molina Vargas, Representaciones sociales de la masculinidad en jóvenes varones de Ecatepec, Estado de México.

⁶ Dante Antonio Flores Chávez, La representación social del consumidor de tabaco en el cine mexicano (Un análisis a partir de tres películas: Niñas mal, Matando Cabos y Después de Lucia).

empoderamiento, rebeldía, estados de emoción acompañadas con alcohol, por ello, el cine mediante las representaciones sociales refuerza la cotidianidad, todo lo que vemos, construimos y aprendemos mediante procesos de comunicación; es parte del consumo donde las representaciones sociales producen significados en los que percibimos la realidad, para así vincularnos con ella.

Son ejemplos en los que nos podemos dar cuenta que las representaciones sociales las enfocan más en ámbitos no hospitalarios, sin embargo, esto no quiere decir que no haya sobre salud, ya que se encuentran temas como ejemplo:

Ejemplo 1: Representaciones sociales y de salud en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, 2018⁷

El cáncer de mama afecta la vida del individuo de manera psicológica, social económica y física, dado que es una enfermedad en la que se sabe que se encontrará dolor, sufrimiento y muerte. Las representaciones sociales y de salud sobre el cáncer ejercen influencia en el bienestar físico y psicológico, así, que no solo se trata de entender la enfermedad desde un punto de vista médico si no también desde el ámbito social, existen factores sociales, culturales, económicos que pueden favorecer u obstaculizar la aceptación y afrontamiento ante el cáncer de mama, pero también los comportamientos y actitudes que son factores influyentes para la atención y control de la enfermedad. El objetivo de la tesis es analizar las representaciones sociales y de salud de las mujeres ante la experiencia de ser diagnosticada con cáncer de mama, con la finalidad de reforzar las acciones de la promoción de la salud que se realizan para combatir la enfermedad; se realizó un estudio cualitativo que busca captar la experiencia de las mujeres al ser diagnosticadas con cáncer de mama y analizar lo que representa para ellas, la información se obtuvo a partir de entrevistas a profundidad; las conclusiones de la tesis fueron que en México el cáncer de mama se ha convertido en un problema de salud pública debido al aumento de la incidencia, morbilidad y mortalidad, la investigación muestra cómo las representaciones sociales y de salud sobre el cáncer impactan en el comportamiento y actitud de las mujeres ante la enfermedad y por ende las significaciones, ideas, nociones, sobre el cáncer de mama aunado con la construcción de la feminidad determinan como las mujeres enfrentan y aceptan tal enfermedad.

⁷ Karla Itzel Orozco García, Representaciones sociales y de salud en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

Ejemplo 2: Representación social de la muerte entre los profesionales sanitarios: Una aproximación psicosociológica desde un análisis del discurso, 2010⁸,

El objetivo de esta tesis doctoral es describir la interacción social de los profesionales en un hospital al enfrentarse al paciente moribundo (entre los diferentes grupos de profesionales, como entre los profesionales y el paciente moribundo), así como la repercusión de los cuidados sanitarios en la atención directa al paciente moribundo y su familia; la estrategia metodológica es un estudio cualitativo utilizando instrumentos como los grupos de discusión, entrevistas semidirigidas y observación del paciente.

Los resultados del estudio apuntan a que la actividad asistencial gira en torno a la negación de la muerte; se le da la espalda de la misma manera que lo hacen las personas que conviven con ellos fuera del hospital: sus familias, sus amigos, su entorno. La muerte es concebida en la sociedad actual como un error, una sorpresa, algo que les pasa a otros. Los profesionales piensan muy poco en la muerte ya que es algo con lo que viven el día a día. Esta negación varía de acuerdo a la reflexión personal de la muerte, la socialización adquirida en las diferentes etapas y contextos de la vida, y según expectativas proyectadas por los familiares, los profesionales que se han encontrado en esta situación atienden al moribundo de mejor manera y tiene comprensión empática, pero ello también revela que hay un claro déficit de conocimiento y entrenamiento para ayudar al moribundo, aunque la función del hospital no sea enfrentar esta eventualidad si no producir éxito, en los resultados menciona que la mayor parte del cuidado del moribundo se lo llevan las enfermeras ya que son las especializadas en el cuidado del paciente y ni los médicos ni los internistas pueden llegar a tener un contacto o empatía por el moribundo ya que sus visitas o revisiones no pasan mas de los diez minutos, entonces los que ven el dolor y viven mas la perdida son las y los enfermeros, asi como tambien en la mayoria de los casos se sienten identificados por dos razones, la primera es la postura en la que ellos o ellas ya estuvieron y saben el dolor para los familiares porque es un proceso por el cual ya atravesaron, el segundo es porque se ven reflejados ante su propia muerte, pero ellas y ellos se van catalogando asi mismos como cuidadores en el momento de la muerte, en el cual ya lo asimilan como algo propio porque lo aprenden, sin embargo, hay enfermeras y enfermeros que no estan agusto con el labor ya que no todos asimilan o ven la muerte como cualquier evento ya que el cuidado de estos pacientes

⁸ Lourdes Chocarro González, Representación social de la muerte entre los profesionales sanitarios: Una aproximación psicosociológica desde un análisis del discurso.

debe de ser muy cuidadoso pues ya que no tendran mucho tiempo de vida e igual se siente bajo mucha presion y observacion por parte de los familiares por el comó cuiden y traten a su familiar, el labor de la o el enfermero es muy arduo,difícil e infravalorado y el papel de los médicos es desinteresado ya que solo ven un paciente mal, lo recentan y se van y cuando mueren su entendimiento es tan biologico y sin sentimientos ya que solo ven a un cadaver y en la jerarquizacion es mas importante un médico que un enfermero.

Existen tesis realizadas para obtener grados de licenciatura, maestría y doctorado, pero, en ninguna se menciona las representaciones sociales de la muerte digna, ya que solo se habla en general de la muerte o de la eutanasia. Estas tesis nos ayudarán a establecer los antecedentes, es nuestra labor profundizar en el territorio de las representaciones sociales de la muerte digna en médicos y enfermeras y de esta manera adentrarse aún más en el tema y ser de las primeras estudiantes de la UACM en hablar de las representaciones sociales de la muerte digna y abarcar sus vínculos.

VI. Antecedentes

En la discusión legislativa de México se han presentado iniciativas que dieron pie a nuevas leyes en pro de la muerte digna, en el año 2002 surgieron iniciativas que proponían la muerte medicamente asistida, pero ninguna fue aprobada y ni hablar de la eutanasia, aunque aún hay una gran confusión, ya que se cree que muerte digna y eutanasia son lo mismo, por lo cual hay muchas personas que no la aprueban, sobre todo las personas que practican alguna religión.

Álvarez, Gómez y González nos indican que

Las iniciativas buscan regular los derechos de los enfermos y proponen que se autorice la eutanasia y la muerte medicamente asistida, en la Ciudad de México y en otras áreas federales, pero en ninguna fue aprobada [...] Las principales morbilidades en México son el cáncer, la diabetes, la hipertensión arterial, la enfermedad renal crónica y los trastornos neurológicos degenerativos [...] la mayoría de las muertes son por dichas enfermedades y suceden en hospitales en condiciones de sufrimiento que podrían evitarse, si el paciente pudiera decidir cómo desea pasar los últimos momentos de su vida.⁹

En el año 2007, el Partido Revolucionario Institucional (PRI) propuso permitir la eutanasia en la Ciudad de México para la población que se encontrara en alguna fase terminal, por otro lado, el Partido Acción Nacional (PAN) hizo una contrapuesta en la que se permitiera la suspensión de tratamientos que podrían prolongar la vida de un paciente, los legisladores de los diferentes partidos llegaron a un acuerdo, en el 2008 se aprobó la ley de voluntad anticipada del Distrito Federal, (esto fue antes de que el nombre cambiara para ser Ciudad de México en el 2016) [...] la cual permite a los pacientes rechazar los tratamientos que prolonguen su vida y obligar a los médicos a respetar la decisión del paciente.

Esta ley se refiere a los deseos de una persona sana o enferma que está consciente y es mentalmente estable y que en un futuro pueda encontrarse en una situación grave, deja explícitamente las indicaciones en las que decide rechazar los medios para prolongar su vida, por tanto el gobierno tiene que proporcionar los cuidados paliativos, cuya función es

⁹ Álvarez, R. A., Gómez, A. J y González, H. I. Eutanasia y suicidio asistido: una visión global sobre decidir el final de la vida. Actitudes y políticas en México. pp. 33-38

dar la mejor atención en los últimos días del paciente para que no haya dolor ni sufrimiento.

En esta ley se establece que al suspender los tratamientos el paciente debe de tener acceso a los cuidados paliativos, pero por desgracia el estudio de The economist evaluó a México en materia de prestación de cuidados paliativos quedando en el lugar 43 de 80, siendo insuficientes para la demanda y en la ley de la voluntad anticipada se introdujo el termino de “ortotanasia” (muerte correcta) que es la atención que se brinda al final de la vida de un paciente para aliviar los malestares sin adelantar ni postergar la muerte, prácticamente se conoce como cuidados paliativos.

En el año 2009 fue aprobada la reforma a la Ley General de Salud en todo el país, en 2013 y 2014 se publicaron las normas regulatorias para su aplicación y en ellos se estable que cada establecimiento de salud público o privado deben de brindar cuidados paliativos, esta ley sirve para respaldar el derecho de los enfermos para rechazar los tratamientos y que sean obligatorios los cuidados paliativos, en los cuales se deben de cubrir las necesidades del paciente en aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Aunque estas leyes ya son un gran avance para las decisiones al final de la vida ante una enfermedad terminal, cabe mencionar que no aceptar la muerte medicamente asistida o la eutanasia limitan a que el enfermo se apropie de su vida.

Ambos son temas delicados pero que son importantes para la salud pública, dado que es un derecho humano y se debe de garantizar para todos las personas, porque vivimos en un Estado laico en la que la religión no debería ser tomada como referente sustantivo en la generación de políticas públicas, ya que cada religión es diferente y no todos practican la misma creencia, respetar el derecho a cómo terminar con nuestras vidas debería ser algo natural y no satanizarlo como un pecado, lo cual hace que sea más difícil la creación de políticas públicas que nos beneficien para una muerte digna.

VII. CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Dignidad desde un enfoque bioético

A lo largo de la historia, los seres humanos han provocado guerras y han generado actos crueles e inhumanos, como por ejemplo, en la Segunda Guerra Mundial, en la que se realizaron experimentos¹⁰ en contra de la dignidad humana que fueron aberrantes, por lo que, al finalizar la guerra, tal como nos menciona Landa¹¹, se adoptó una cultura universal con la teoría institucional que logró darle a la dignidad el perfil de un principio constitucional y de un derecho fundamental, mediante el cual la dignidad de la persona y sus derechos humanos se convirtieron en el pilar de la nueva forma de organización democrática del Estado y de la comunidad internacional, quedando explícito en la Carta de Naciones Unidas de 1945 en la que se consagró “reafirmar la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana”. Por “fe” se referían a que la dignidad antes de ese año era una perspectiva filosófica y religiosa, Lamm¹² menciona que el concepto de dignidad humana posee una larga trayectoria histórica, pero desde un punto jurídico y un presupuesto latente del constitucionalismo y del reconocimiento de los derechos humanos desde sus orígenes, pero no se le atribuía carácter jurídico concreto, ni se intentaba positivizarla: era un presupuesto pre-jurídico que solo a partir de la Segunda Guerra Mundial empieza la dignidad a recogerse en instrumentos jurídicos.

En la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948¹³ se dispuso en su artículo 1º: “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”. Estos preceptos fueron aplicados para los demás tratados internacionales de las organizaciones regionales de Europa, América y África, así como también en 1969 en la

¹⁰ Los nazis experimentaban con los seres humanos esto consistió en una serie de experimentos médicos como pruebas de fármacos, regeneración y trasplantes de huesos, nervios y músculos, experimentos sobre congelación, experimentos con agua de mar, etc.

¹¹ César Landa, «Dignidad de la persona humana», en *Cuestiones constitucionales*, núm. 7. Ciudad: México, Instancia Editora [Universidad Nacional Autónoma de México], pp. 113-114.

¹² Eleonora Lamm, «La dignidad humana», en *La dignidad humana*. Marzo 2017. Artículo disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-dignidad-humana> [Consulta: 31 de mayo 2022].

¹³ Naciones Unidas, La Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Convención Americana de Derechos Humanos¹⁴, donde se estableció en el artículo 11.1o. que “toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad”.

Landa menciona que la universalidad de la dignidad y los derechos fundamentales en el orden político nacional no fue solo un acto redentor, sino que la dignidad tiene raíces católicas, desde los tiempos del Papá León XIII de 1891, que se expresa en las encíclicas¹⁵, trascendiendo hasta el Papá Pablo VI de 1965, que se titula “la dignidad de la persona”.

Como se puede observar, el concepto de dignidad no es nuevo, sin embargo, fue de gran impacto tras lo sucedido en la guerra¹⁶ por lo que universalmente fue de gran importancia establecer la dignidad como un derecho constitucional, logrando que se promovieran o crearan las condiciones jurídicas, políticas, sociales, económicas y culturales que permitan el desarrollo de la persona humana. Landa menciona: “No existe ni puede existir dignidad humana sin libertad, justicia, igualdad y pluralismo político; además estos valores serían indignos si no redundasen a favor de la dignidad del ser humano”¹⁷.

A partir de la postguerra se creó el Código de ética médica de Núremberg, en 1947¹⁸ y nace partir de la respuesta de la sociedad occidental a los experimentos realizados por los médicos nazis en personas y éste enfatiza el consentimiento voluntario del ser humano para la realización de la investigación y la responsabilidad ética y legal del experimentador científico.

Pérez Hardy, menciona que a partir de los años 60 comienza la creciente preocupación y urgencia de establecer un comité de ética médica, ya que el código de Núremberg no esclarecía totalmente todos los puntos para la protección de la dignidad del ser humano, por lo que la Asociación Médica Mundial en 1964¹⁹ establece unos principios éticos para la investigación médica en seres humanos, que es adoptada por la 18^o asamblea médica mundial reunida en Helsinki, que justamente consta de 32 principios, resaltando el

¹⁴ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Convención Americana de Derechos Humanos.

¹⁵ C. Landa, op. Cit., pp. 114, “encíclicas” son cartas con poder del avispo para aplicar a sus fieles

¹⁶ «David Guillen-Tatay, Historia de la Bioética» *Observatorio de Bioética, Instituto ciencias de la vida*, octubre 30 del 2013. Artículo disponible en: <https://www.observatoriobioetica.org/2013/10/historia-de-la-bioetica/554> [Consulta: 31 de mayo 2022].

¹⁷ Landa, op. cit., pág. 113

¹⁸ Pérez Hardy, Lima Roveló, «Moral, ética y bioética. Un punto de vista práctico», *Revista de Medicina e Investigación*, núm. 1. Toluca, Estado de México, México [ELSEVIER], pp. 89.

¹⁹ Ídem, Landa.

propósito y finalidad de la investigación médica, siempre priorizando los intereses y el bienestar de los seres humanos, en el cual ya existe un consentimiento por escrito, uso ilimitado de placebos, en beneficio para los participantes y resalta el propósito y finalidad de la investigación médica.

En el año de 1966²⁰ el profesor de anestesiología de la Universidad de Harvard, Henry Beecher publicó en una prestigiosa revista médica un artículo llamado “Ética e investigación científica”, en el que demuestra que alrededor de un 12% de los artículos publicados en 10 importantes revistas empleaban procedimientos poco éticos, entre los más relevantes podemos mencionar el que se produjo en Willowbrook State School, una institución para niños con deficiencia mental localizada en New York entre los años 1963 y 1966, en donde niños sanos fueron infectados intencionalmente con hepatitis A, en dicha investigación se estudiaban los efectos de la gammaglobulina en los niños contagiados; dicho estudio fue cancelado por la presión social cuando la población se enteró.

El segundo caso y tal vez más famoso es conocido como *The Tuskegee study of untreated syphilis in the negro male*, en Alabama en los años 1932 y 1972, conducido por la sección de enfermedades venéreas. Tal investigación contó con la participación de 399 personas de origen afroamericano portadores de sífilis, a los cuales se les negó un tratamiento para su enfermedad para ver cómo progresaba. Los pacientes no dieron consentimiento ni fueron informados de su diagnóstico, a algunos de los pacientes que recibieron algún tratamiento de experimentación para la sífilis les resultó inútil y tuvieron severos efectos secundarios. Lo más aberrante es que después de que se supo que la penicilina era el tratamiento adecuado para dicha enfermedad, no se les informó a los pacientes que existía un tratamiento que curaba la sífilis y así continuaron con el estudio durante 25 años más²¹.

En 1970 es cuando sale a la luz el caso y ese mismo año el Doctor Van Rensselaer Potter²² acuña el término de bioética y expresa la ética de la vida biológica, este término pretende sustituir a otros términos como la ética o deontología médicas, y como señala

²⁰ Hernández Castro Mario, «Breve Historia de la bioética», *Revista Médica del Maule*, núm. 1. [Universidad Católica del Maule. Facultad de medicina], pp. 61-62

²¹ Un dato adicional que nos aporta Castro, durante el mandato de Bill Clinton se ofrecieron disculpas públicas para el caso de Tuskegee, aunque esta disculpa demora muchos años más, aun después de que se descubrieran dichos actos.

²² *Ibidem*, pág. 58

Castro, con ello se le da un enfoque secular, interdisciplinario, prospectivo, global y sistemático.

El término fue escrito en su libro *Bioethics: Bridge to the Future* que fue publicado en 1971, en el cual el autor intentó describir una nueva disciplina filosófica donde se integrara biología, ecología, medicina y valores humanos y que estuviera ligada a la ética del medio ambiente. Castro observa que, en su libro, Potter pone en evidencia el abismo existente entre las Ciencias empíricas y las Humanidades, manifestando su esperanza de que ambas disciplinas se unan en una concepción global del ser humano que permita una reflexión ética sobre las posibles consecuencias de la investigación científica, sobre el hombre y su medio ambiente. Como resultado de esto, en el año de 1974 el Congreso norteamericano creó la *National Commission for the protection of human subjects of biomedical and Behavioral Research* y le encargó a 11 expertos la tarea de identificar los principios éticos básicos que deberían regir las conductas de la investigación biomédica que involucraran a seres humanos, a pesar del prestigio de los integrantes, las críticas comenzaron con cuestionamientos²³ sobre ¿cómo es que unas personas podían definir lo que era ético? ¿con qué derecho, un grupo de personas podrían definir la corrección ética del trabajo de un investigador científico en una sociedad democrática y multicultural? por mencionar algunos cuestionamientos. Cuatro años más tarde, en 1978 el trabajo de los 11 expertos culminó con la aparición del Informe de Belmont, en el cual se edificaron 3 principios éticos que podrían utilizarse en la evaluación de la investigación en seres humanos, siendo los principios de autonomía, justicia y beneficencia, también conocidos como “los principios de Belmont” “El mantra de Georgetown” o “Principalísimo”. En el año 1981 estos 3 principios éticos fueron elegidos como base para la evaluación de proyectos de investigación en seres humanos.

Las conclusiones del Informe Belmont fueron de gran importancia para establecer los criterios bioéticos generales, sin embargo, fueron concebidos en el marco de una referencia ética para la regulación de la investigación en seres humanos, por lo que en el año de 1979 aparece el libro de los principios de la bioética de los autores Tom L. Beauchamp y James F. Childress en el ámbito completo de la práctica clínica y asistencial en la que sientan las bases de una ética biomédica, creando un proceso metodológico

²³ Ibidem, pág. 62

para abordar los problemas que se presentan en la práctica clínica, denominado “principalísimo”.

Estos autores amplían el número de principios enunciados por el Informe de Belmont agregando un cuarto al que denominaron no-maleficencia, los autores sostienen que la aplicación de los principios podría coadyuvar a encontrar soluciones frente a diversos dilemas: Sir David Ross²⁴ en su obra *The Right and the Good* en 1930 argumenta que la maximización del bien es sólo uno de los deberes que podrían jugar un rol determinando en el contenido de la corrección moral, en cualquier caso, esto quiere decir que basándonos en los postulados de Ross, Beauchamp y Childress hay que considerar las consecuencias de la aplicación de cada uno de los deberes en conflicto y decidir de acuerdo con ellos cómo analizar cada caso y analizar cuáles serían las mejores consecuencias o las “menos malas” desde un punto de vista moral, entonces se plantea establecer una jerarquía entre los principios que defina cuál va a tener la prioridad en el dilema, siempre tomando la premisa de que el hombre es una persona y en tanto él tenga dignidad no tendrá precio, ya que todos los hombres son iguales y merecen toda la consideración y respeto recíproco. Siguiendo a Castro²⁵, si existiera un conflicto, los principios de no maleficencia y de justicia tendrán prioridad porque pueden ser impuestos individual y colectivamente, a diferencia de la autonomía y la beneficencia ya que estos últimos se definen como ideales de una vida buena, perfección y felicidad, que pueden ser propuestos, pero no impuestos a todos los miembros de la sociedad.

El médico Tristram Engelhardt²⁶ especialista en biomédica y profesor universitario de Medicina y filosofía, en su libro *Los fundamentos de la bioética* afirmó que hay dos maneras de enfocar la bioética, la primera es la bioética secular que se fundamenta únicamente en unos principios aceptados por todos los miembros de una sociedad pluralista y la segunda, la bioética moral, en la cual se distingue una bioética moral “para amigos” y otra bioética moral “para extraños”; es decir, un grupo concreto de personas conocidas y personas extrañas, ya que se vive en una sociedad multicultural que tiene distintos conceptos de la vida buena, distintos ideales, distintas religiones, ideas políticas y filosóficas, pues prácticamente vivimos en un mundo con una cosmovisión muy diferente

²⁴ Ibidem, pág. 64

²⁵ Ibidem, pág. 65

²⁶ Ídem.

por lo que es muy difícil establecer principios que puedan cubrir la demanda de todos y respetando las creencias de cada individuo.

Castro, valiéndose de los argumentos de Cortina y Diego²⁷ nos habla de mínimos y máximos morales, y explica que deben existir ciertos principios, valores, actitudes y hábitos que se configuran como mínimos morales que representan la condición para hacer una convivencia democrática y a la que no podemos renunciar sin renunciar a la propia humanidad; entendido de otra manera, tenemos bases comunes que nos permiten una convivencia democrática, entonces vivimos en una sociedad con extraños morales que son personas que tienen distintas concepciones de lo que es la calidad de vida, distintos ideales del bien y mal y la felicidad, diferentes religiones, ideas políticas y filosóficas, por lo que ahora es vital que la ética contemporánea tenga que coordinar el respeto de las diferencias y de descubrir un fundamento para normas de validez universal, por lo que el valor de la persona²⁸ ya no es objeto de debate, ya que es un mínimo moral unificador, asimismo, el reconocimiento de la dignidad de la persona deberá expresarse en actos de afirmación de la persona misma de esta dignidad.

La historia es importante y es bueno conocerla para tener mayor claridad sobre la identidad de la bioética, ahora en tiempos contemporáneos, la Comisión Nacional de Bioética explica que la bioética:

Es la rama de la ética aplicada que reflexiona, delibera y hace planteamientos normativos y de políticas públicas para regular y resolver conflictos en la vida social, especialmente en las ciencias de la vida, así como en la práctica y en la investigación médica que afectan la vida en el planeta, tanto en la actualidad como en futuras generaciones, por lo que la bioética nace a partir de las necesidades de establecer principios para garantizar la dignidad humana, los derechos de los pacientes y participantes de investigaciones, entre otros²⁹.

Es imprescindible hablar de los principios de la bioética que se desarrollan a partir de la protección de la dignidad de los derechos humanos, con el Informe Belmont y con

²⁷ Ídem.

²⁸ Ídem.

²⁹ [http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/interior/queeslacomision.html#:~:text=La%20Comisi%C3%B3n%20Nacional%20de%20Bio%C3%A9tica%20\(CONBIO%C3%89TICA\)%20es%20un%20%C3%B3rgano%20desconcentrado,vinculadas%20con%20la%20tem%C3%A1tica%20bio%C3%A9tica](http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/interior/queeslacomision.html#:~:text=La%20Comisi%C3%B3n%20Nacional%20de%20Bio%C3%A9tica%20(CONBIO%C3%89TICA)%20es%20un%20%C3%B3rgano%20desconcentrado,vinculadas%20con%20la%20tem%C3%A1tica%20bio%C3%A9tica). fecha de consulta 31 de mayo 2022

Beauchamp y Childress, que sirven para darle un sentido más amplio en la búsqueda de respuestas adecuadas a dilemas que se relacionan justamente con la bioética. Es por ello por lo que es vital el enfoque de los principios que guían las decisiones, y para poder aplicar la bioética en los diferentes dilemas tecnocientíficos, es necesario conocer los principios, tales principios fueron elaborados por Tom Beauchamp y James Childress en el año 2008 como la sexta y última versión y basados en los principios del Informe de Belmont, los autores proponen cuatro conceptos en los cuales no hay jerarquía ni prioridades y van a depender de las circunstancias.

El principio de autonomía:

Sánchez y Arellano nos dicen que este principio desde el concepto clínico y/o biomédico, tiene sus comienzos desde el Código de Nuremberg³⁰, - posteriormente se retoma en el artículo 5º de la Convención Europea de Bioética, así como en el artículo 6º de la Declaración sobre Bioética y Derechos humanos de la UNESCO.

El principio exige tratar con respeto a las personas, una relación médico paciente saludable, asesoramiento entendible, favorecer las decisiones de los pacientes respecto a su salud respetando el derecho de los pacientes a ser informados y a decidir libremente sin interferencias externas, el paciente elegirá por sí mismo. Este principio ha cobrado mayor importancia ya que implica una lista de derechos del paciente y que los médicos están obligados a cumplir, como la obligación de informar al paciente si este lo desea acerca del diagnóstico, pronóstico, posibilidades, riesgos y beneficios; permitir al enfermo rechazar cualquier medio terapéutico o solicitar uno diferente al recomendado y permitir al paciente dentro de los límites legales, la decisión de cómo, cuándo y con quiénes desea morir, lo anterior es mejor conocido como el consentimiento informado, la Comisión de Nacional de Bioética del territorio mexicano la define como:

La expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. el consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre

³⁰ Sánchez y Arellano, «Bioética: teorías y principios, enseñanza transversal en Bioética y Bioderecho: Cuadernos digitales», *Repositorio Universitario*, 2019, Ciudad de México, [UNAM], 29 de diciembre del 2019, pág. 15

el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento³¹.

En este consentimiento informado el personal de salud informa al paciente competente sobre su situación y el tratamiento sugerido con sus pros y contras, para que el paciente tome al final la decisión; sin embargo, hay pacientes que son incompetentes (es decir, son pacientes que tienen problemas mentales, estado vegetativo, coma, etc.) o menores de edad para poder tomar las decisiones, por lo que el médico debe de tener la autorización de un representante legal y en casos de urgencias en los que no se puede hablar con el paciente o contactar de inmediato a un representante, el médico puede actuar con el fin de preservar la vida.

Como se puede observar el concepto de autonomía visto desde un sentido clínico y/o biomédico no alcanza a explicar la discusión filosófica previa de la idea de autonomía en el pensamiento occidental, sin embargo, los esfuerzos de la bioética por definir y operacionalizar la autonomía en la toma de decisiones, en cuanto a la capacidad de recibir información importante o valiosa para tomar decisiones, nos demuestra que hoy en día, la autonomía en un sentido bioético apunta a la libertad y a la autodeterminación de las personas en lo que corresponde a su salud.

El principio de no maleficencia:

Es un principio basado en el juramento hipocrático de los médicos que es sobre la obligación de no causar ningún daño, evitarlos y promover el bien; en otras palabras, los seres humanos tenemos la obligación de no causar daño de manera intencionada a ningún ser vivo, ya sea desde una profesión o en la vida cotidiana. Este principio es muy diferente al principio de beneficencia ya que puede considerarse como negativo y restrictivo, pues mandata no causar daño o mal, el de beneficencia, como positivo porque su prioridad es prevenir el daño o el mal, evitarlos o rechazarlos, promover y hacer el bien. Desde el principio de no maleficencia se entiende que el personal de salud y/o médico debe cumplir con ciertas obligaciones las cuales son: que no se debe hacer mal o daño, se debe prevenir el mal o el daño, se debe eliminar el mal o daño y se debe de

³¹[http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/interior/queeslacomision.html#:~:text=La%20Comisi%C3%B3n%20Nacional%20de%20Bio%C3%A9tica%20\(CONBIO%C3%89TICA\)%20es%20un%20C3%B3rgano%20desconcentrado,vinculadas%20con%20la%20tem%C3%A1tica%20bio%C3%A9tica](http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/interior/queeslacomision.html#:~:text=La%20Comisi%C3%B3n%20Nacional%20de%20Bio%C3%A9tica%20(CONBIO%C3%89TICA)%20es%20un%20C3%B3rgano%20desconcentrado,vinculadas%20con%20la%20tem%C3%A1tica%20bio%C3%A9tica). fecha de consulta 31 de mayo 2022

hacer o promover el bien. Sánchez y Arellano recuperan del libro de Beuchamp y Childress³² su concepto de “daño” y distinguen entre hacer daño y agraviar o tratar injustamente; en el cual manejan el agravio como una violación intencionada e injusta de los derechos ajenos que conlleven a un perjuicio injusto y malintencionado de los intereses básicos de las personas y ponen un orden en las que señalan las reglas morales a seguir, que son el no matar, no causar dolor o sufrimiento, no causar discapacidad, no ofender y por último no privar a otras personas de los bienes de la vida.

Mientras que el daño, no conlleva necesariamente a una violación, ya que existen daños justificados, como, por ejemplo: el que un médico no acepte tratar un tipo de cáncer con pocas probabilidades de vida porque sabe los riesgos y no está dispuesto a causar una muerte prematura. Es un abandono justificado en el cual el médico cumple con su juramento hipocrático por decirlo de algún modo.

El principio de beneficencia:

Es el deber de proporcionar bienestar a la sociedad y plantea como obligación moral actuar en beneficio de los demás. En este principio se encuentran otros dos principios³³, el de la beneficencia positiva que se refiere a obligar a obrar benéficamente en favor de los demás, también protege y defiende los derechos de otros, previene el daño y contribuye mediante actos positivos al bien y a la realización de los demás, sin confundirlo con un paternalismo médico³⁴. El segundo es la utilidad que obliga a hacer el balance entre los beneficios y los inconvenientes. Este principio está orientado en el sentido de proporcionalidad, es decir, hacer el bien en las intervenciones sanitarias que puedan implicar riesgos pero que compartan beneficios para contrarrestar más los daños; nuevamente Beuchamp y Childress establecen obligaciones que son las de proteger y defender los derechos ajenos, prevenir los daños que pueden afectar a terceros, eliminar las condiciones o situaciones que pudieran dañar a otros, ayudar a personas con discapacidad o deficiencias y por último, rescatar a las personas que estén en peligro.

³²Sánchez y Arellano, «Bioética: teorías y principios, enseñanza transversal en Bioética y Bioderecho: Cuadernos digitales», *Repositorio Universitario*, 2019, Ciudad de México, [UNAM], 29 de diciembre del 2019, pág. 16-17

³³ibídem, pág. 18

³⁴ El paternalismo médico es el modo en el que el médico busca beneficiar al paciente, pero, sin previa opinión del paciente, en otras palabras, el médico es el que toma las decisiones que cree que son mejores para el paciente porque él es el experto.

Como ya se había mencionado anteriormente en el texto, las normas de beneficencia imponen acciones positivas que no siempre exigen una obediencia imparcial y por otro lado el principio de no maleficencia son normas negativas que se deben obedecer parcialmente. Aunque puedan parecer superficialmente parecidas, su trasfondo es diferente.

El principio de la justicia:

Se basa en dos hechos, el primero es que todas las personas por ser seres vivientes tenemos la misma dignidad, sin importar cualquier motivo o circunstancia, por ello somos merecedores de consideración y respeto, el segundo es el derecho a una distribución equitativa y justa de los recursos sanitarios para conseguir el máximo beneficio colectivo, así el propósito de la justicia distributiva³⁵ es buscar solidaridad social mediante una distribución equitativa, que no habla solamente de bienes materiales, sino de derechos y responsabilidades en la sociedad para que ya no exista más discriminación e injusticia y así promover la aplicación de lo correcto y debido, y de este modo así evitar las desigualdades sanitarias. En el acto médico³⁶ la justicia distributiva es la justa distribución equitativa de los bienes y servicios, derechos, y responsabilidad de la sociedad, siendo en la actualidad un gran conflicto, ya que la oferta y demanda por los servicios y medicamentos son insuficientes para abastecer a cada paciente, este criterio utilizado se atribuye a Aristóteles quien plantea “casos iguales se deben tratar igualmente y casos desiguales se deben tratar desigualmente”; es un criterio formal pero es complejo ya que se tienen diferentes puntos de vista para establecer alguna igualdad o proporcionalidad de la distribución. Es por ello necesario tomar en consideración los criterios de Justicia distributiva que Beauchamp y Childress³⁷, quienes especifican e identifican que las características relevantes para recibir un trato igualitario son:

A cada persona una porción igual, a cada persona según sus necesidades, a cada persona según sus esfuerzos, a cada persona según su aportación, a cada persona

³⁵ Molina Nelson, «La bioética: sus principios y propósitos, para un mundo tecnocientífico, multicultural y diverso», *Revista Colombiana de Bioética*, núm. 2. Bogotá: Universidad del Bosque, julio-diciembre de 2013. Artículo disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189230852003.pdf> [consulta: 31 de mayo 2022] pp. 28

³⁶ Sánchez y Arellano, «Bioética: teorías y principios, enseñanza transversal en Bioética y Bioderecho: Cuadernos digitales», *Repositorio Universitario*, 2019, Ciudad de México, [UNAM], 29 de diciembre del 2019, pp. 19

³⁷ N. Molina, op. cit., pág. 19

según su mérito y por último a cada persona según las reglas de intercambio en un mercado libre³⁸.

Los cuatro principios son insuficientes ya que pueden llegar a ser confusos a la hora en la que se encuentran frente a un dilema como la eutanasia o el suicidio medicamente asistido, esto no quiere decir que sean inservibles, pero son principios éticos generales válidos para las acciones humanas y con el fin de garantizar la dignidad y derechos de los pacientes y son las bases para respetar y enfatizar la dignidad.

El conflicto existente para tomar las decisiones es el concepto de dignidad, ya que ha atravesado un gran camino y aun en este tiempo sigue sin tener un significado totalmente claro que pueda aportar un mayor esclarecimiento para las elecciones de cada individuo.

Dignidad

Berian nos dice que la palabra dignidad nace a partir de la filosofía estoica romana y de la aparición del cristianismo³⁹, a partir de ello se puede hablar de la elaboración de un concepto de dignidad directamente asociado a la esencia humana en la que el hombre es digno por su propia naturaleza y éste trascenderá en el pensamiento humano. Este mismo autor asegura que la dignidad en el pensamiento renacentista procederá de Dios, pero con denominaciones y haciendo hincapié en dimensiones humanas y mundanas. De acuerdo con Berian, para el siglo XVIII el concepto de la dignidad humana era de los más utilizados en el mundo de los filósofos, siendo Kant el que dotaría al concepto de una nueva dimensión tomando los antiguos rasgos e incorporando nuevos. De Kant nace la idea de que lo digno es aquello que no tiene precio o que la humanidad en sí misma es una dignidad. Estos pensamientos vienen a convertir a la dignidad en una idea clave de un sistema moral, y que influirá en los trabajos de otros autores y a finales del mismo siglo formará parte de las declaraciones de los derechos.

Históricamente existen dos excepciones diversas en la palabra dignidad que son recogidas por la doctrina contemporánea, la primera es una corriente de autores que considera que la definición de dignidad debe de ser referencia⁴⁰ al valor intrínseco de la

³⁸ Sánchez y Arellano, op. cit., pág. 18-19.

³⁹ Iñigo de Miguel Beriain, «Consideraciones sobre el concepto de dignidad humana», *Anuario de filosofía del derecho*, núm. 21, 2004. pág. 191.

⁴⁰ ídem, pág. 192

persona, derivado de una serie de rasgos que la hacen única e irrepetible, que es el centro del mundo y que está centrada en el mundo, siendo la dignidad el valor de cada persona el respeto mínimo a su condición de ser humano, respeto que impide que su vida o su integridad sea sustituido por otro valor social.

La segunda excepción sería que la dignidad es una cualidad variable y diferente en cada hombre, al final el concepto de dignidad contiene una cualidad en la que todos los autores coinciden y tiene que ver con el valor con el que contamos los seres humanos, ya sea por lo que somos, lo que hacemos o nos hacen, entonces el hombre es digno, en tanto como afirmar que es valioso. Como vemos, tenemos un concepto anclado a la dignidad que es el “valor”, asociamos la palabra a todo aquello que merece ser conservado, que nos proporciona felicidad y nadie pensaría en destruirla; por ejemplo, si tenemos a un familiar que se encuentra en un estado crítico nosotros le damos un “valor” del cual no nos queremos despedir porque nos hace felices.

Berian nos menciona que es claro que no podemos comparar un objeto con una persona porque el primero tiene un precio y una persona no, entonces cada familia le da un valor diferente al paciente por lo que la separación y aceptación es diferente; por ende, las decisiones que se toman no forman parte de un objeto de valoración, por lo que los juicios se verán sólo considerados por emociones.

Durante generaciones⁴¹ los seres humanos se han considerado valiosos en tres sentidos diversos, el primero es propio de la persona en un sentido subjetivo, es decir, yo tengo valor porque me siento valioso y quien se quita la vida es porque creía que había perdido su valor y desobedecían a la divinidad. Recordemos que la religión sigue siendo parte del orden contemporáneo, nosotros nos damos nuestro propio valor, pero este dependerá de las circunstancias o contexto en el que nos encontremos. En segundo lugar, es preciso mencionar que hay otra forma de apreciar el valor de una persona y dependerá de la opinión de su círculo social y familiar aun siendo también un valor variable, ya que se aprecia de diversas formas a cada ser humano que nos rodea en el cual a la persona le puede o no importar integrarse para que se le asigne un valor social o familiar. En este caso tendríamos dos formas de consideración social⁴² distintas que pueden ser resueltas mediante el conflicto o tolerancia, ya que todo se basará en los “hechos” y con ellos se

⁴¹ Ídem, pág. 194

⁴² Ídem, pág. 196

evaluará el valor de la persona. Para saber que una persona es valiosa en un sentido subjetivo o social es necesario saber lo que hace, lo que dice o lo que le sucede; por último y no menos importante, se evalúa una tercera forma de valor en el ser humano y es que todo hombre posee un valor intrínseco, un valor que proviene del hecho de ser meramente un humano que nos diferencia de los animales y de este modo, a diferencia de los anteriores, nada de lo que la persona haga, diga o le suceda afectará su valor, la diferencia entre estos es que los dos primeros son variables y el tercero es inalterable.

Existe un tipo de dignidad⁴³ que aumenta o disminuye con los hechos, en que la persona se hace más o menos digno en función de sus acciones, al igual que nuestra valoración que cambia constantemente, entonces la dignidad y el valor esencial son conceptos equivalentes cuando utilizamos el término digno en un sentido ontológico⁴⁴ que se refiere directamente a la esfera del ser y no a la de obrar, es decir, la persona es digna por el mero hecho de ser una persona, en la cual se considera que la dignidad esencial del hombre se basa en tres hechos: la capacidad de emitir juicios morales en la que la persona sabe diferenciar entre el bien y el mal, aunque esto va a depender mucho del contexto en el que se encuentre, su libertad para decidir acerca de las acciones y si tiene la posibilidad de generar conceptos abstractos que le permitan analizar y concebir ideas que van más allá de lo que se conoce. Estos tres caracteres sustentan el valor intrínseco de las personas como también lo manifiesta el pensador filosófico Kant, que justamente menciona nociones como la racionalidad, la autonomía y la igualdad.⁴⁵

Entonces, el sentido de dignidad del ser u ontológica reúne una serie de caracteres que permiten que la humanidad posea un valor único de los seres humanos: La persona es digna porque posee trascendencia, libertad, capacidad intelectual, por lo que podemos concluir que la persona posee una dignidad ontológica en función de su propia esencia, de lo que es, de ir más allá de los hechos para concebir juicios morales, actuar o no en consecuencia y elaborar concepciones abstractas más allá de lo que encuentra en la experiencia; sin embargo, aunque existan personas incapaces de decidir por su condición (como lo serían los enfermos mentales, el feto, los bebés, niños, ancianos con demencia,

⁴³ ídem, pág. 198

⁴⁴ Andorno Roberto, *Bioética y dignidad de la persona, Las bases de la Bioética*, España: Tecnos, 2012. pág. 79

⁴⁵ Alfonso Castro Sáenz, Francisco Javier Contreras, Fernando Higinio Llano Alonso, José Manuel Panea Márquez. *A propósito de Kant. Estudios conmemorativos del Bicentenario de su muerte*, España: Colección Jurídica Lagares, 2003. pág. 293

etc.) generalmente son considerados como seres humanos que poseen la misma dignidad, ya que todos nos vemos como iguales aunque tengamos diferencias.

Que el ser humano sea digno trae consigo consecuencias y en el sentido ontológico está obligado a actuar moralmente y esto implica que tome responsabilidades sobre la base de la razón y así dar justificación de su comportamiento a consecuencia del razonamiento. Los seres humanos se dieron cuenta de que sus actos no son neutrales, por lo que fue importante en este momento el nacimiento de la ética, ya que surge como una respuesta a una demanda esencial del hombre.

Justamente el fin de la ética es incrementar la dignidad, de ahí surgen las normas morales que nos mostrarán qué actos contribuyen a lograr este objetivo y cuáles nos alejan de él y, en consecuencia, la persona debe de hacer uso de su libertad para escoger entre unas normas morales y otras, en la que la persona decida totalmente cuál es la mejor opción para él. En consecuencia, los seres humanos están destinados a enfrentar la vida diaria y a cada momento tomar decisiones que permitan ejercer la libertad, por lo que la dignidad debe su existencia a la libertad, ya que toda reacción consciente del ser humano⁴⁶ como sus pensamientos, intenciones, acciones, son actos libres y nuestra decisión será la que nos defina como seres dignos.

Gracias a Kant el valor que se le asigna a una persona es supremo, la persona⁴⁷ merece ser siempre tratada como un fin en sí y nunca como un simple medio para satisfacer intereses ajenos, la dignidad como menciona Kant⁴⁸ se ubica por encima de todo precio y, por lo tanto, no admite nada equivalente, ya que las personas tienen dignidad y las cosas tienen precio y como se ha mencionado anteriormente, el valor de las personas es absoluto. La dignidad kantiana conlleva a exigencias para el valor de una persona que es intrínseco e irreductible y en el cual establece las siguientes exigencias éticas⁴⁹ que son de importancia en el campo de la bioética, ya que nos van a permitir establecer de una manera más precisa fronteras y límites para poder respetar la dignidad de cada ser humano. Estas exigencias no se pueden atender de manera aislada ya que se encuentran interrelacionadas entre sí, posteriormente se desarrollarán.

⁴⁶ I. Beriain, op. cit., pág. 208

⁴⁷ R. Andorno, op. cit., pág. 72

⁴⁸ Immanuel Kant, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Barbosa Rosario Pedro M. Puerto Rico: Creative Commons, 2007. pág. 189

⁴⁹ Soberanes Luis José, *Reflexiones sobre el concepto de dignidad humana y su proyección en el campo de la bioética*, *Perspectivas de la Bioética*, México: UNAM, Facultad de Filosofía y Letras, 2007. pág. 245- 251

La inalienabilidad que es un término que proviene del derecho privado para referirse a los bienes que se encontraban fuera del mercado, de los cuales los hombres excluían ciertos bienes ya que se oponían a fijarles un precio; he ahí, como menciona Kant “aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente; en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene dignidad” y los seres vivos no somos objetos que tengan un valor para ser intercambiables; un ejemplo no contemporáneo pero que ha cobrado mayor relevancia es el tráfico de órganos ya que se comercializa con las personas cometiendo homicidio y cobrando grandes cantidades por los órganos, por lo que no solamente se pierde la dignidad y la libertad, sino también la vida.

La instrumentalización se refiere a prohibir la instrumentalización o sacrificar a cualquier ser vivo con fines que no sean favorables para el paciente, por más beneficioso que puedan ser para el conocimiento, ya que la dignidad es irreductible, no importa la belleza, la riqueza o la sabiduría; al final nadie vale más que otro y nadie puede someter a otra persona por intereses, ya que lo único que se busca es el bien personal de todos y cada uno de los miembros de la sociedad.

Inviolabilidad es que cada persona debe de ser considerada en la toma de decisiones que puedan llegar a afectarlo de manera directa o indirecta, cada paciente debe de tomar y asumir sus propias decisiones ya que de ellas dependerá su vida. En sus decisiones están presentes las normas morales a las que va encaminada su acción por lo que cada persona debe de ser tomada en cuenta y participar de manera activa en cualquier decisión que pueda afectarle o beneficiarle. Esta exigencia para la bioética es para fomentar la figura del consentimiento libre, expreso e informado de la persona para ser sometida a cualquier tipo de intervención médica o para ser utilizada en cualquier tipo de investigación científica, por lo que es necesario informar en tiempo y forma los riesgos y beneficios para la persona.

La insustituibilidad⁵⁰ de la persona refiere a respetar la privacidad y confidencialidad de la información genética, así como la prohibición de discriminar por sus características genéticas, prácticamente es prohibir toda actividad que viole la dignidad humana.

⁵⁰ ídem, pág. 245- 251

Estas exigencias nos permiten establecer fronteras y límites que ninguna práctica biotecnológica debe de rebasar, y deja en claro que somos personas con dignidad y debe verse como un complemento de un todo y como una cosmovisión que abra paso a nuevas oportunidades para cada persona.

Entonces la dignidad comprendida es que todo ser humano posee un valor único e inigualable y sin importar la circunstancia del estado biológico o mental nuestra salud no tiene precio, no somos objetos que puedan ser manipulados en beneficio para la ciencia sin importar los beneficios que se podrían obtener, por el simplemente hecho de ser un ser vivo que siente. La bioética ha logrado establecer principios que pueden ayudar a fortalecer nuestra autonomía y nuestros derechos humanos; por lo que es vital que se puedan crear políticas públicas rompiendo dogmas religiosos en un estado laico que permita el libre desarrollo de la toma de decisiones de nuestra propia vida.

1.2. Análisis de la muerte digna desde una perspectiva bioética

Para Cárdenas Krenz⁵¹ la muerte es más que un asunto biológico, por lo que es importante tener siempre presente su naturaleza social y filosófica, para una mejor comprensión de esta y para una mejor comprensión de nosotros.

A lo largo de su historia⁵², el ser humano se ha preguntado constantemente acerca de la muerte, tratando de entender uno de los más grandes enigmas de la existencia. Pero más que una cuestión colectiva, la muerte termina siendo siempre, un asunto que se enfrenta individualmente.

Samperio⁵³ alude a que la muerte es un fenómeno irreversible y es la parte final de la vida con el que termina el ciclo vital de todo ser viviente. Y hablar de ella siempre será un tema muy complejo debido a que se involucran diversos aspectos y puntos de vista diferentes y es que para algunos puede ser un proceso natural y para otros es un proceso

⁵¹ Cárdenas Krenz, Ronald, «Una perspectiva bioética sobre la muerte» *Revista internacional trimestral de bioética, deontología y ética médica*, núm., 4. México: Res de universidades Anáhuac, octubre-diciembre, 2016. Artículo disponible

https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/4751/Cardenas_Krenz_Ronald.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Consulta: 15 de junio, 2022].

⁵² Ibidem, pág. 445

⁵³ Samperio, Cesar, «La bioética ante la muerte», *Gaceta Médica de México*, núm. 3, México: [medigraphic](http://medigraphic.com), 2001. Artículo disponible https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/2001-137-3-269-276.pdf [Consulta: 15 de junio, 2022].

de duelo y una pérdida irreparable. La muerte llega de diferentes maneras, puede ser instantánea o por una historia de enfermedad.

La muerte es algo inevitable y no sabemos ni cómo, cuándo o dónde ocurrirá, pero lo que sí podemos hacer es decidir cómo pasar los últimos días de nuestra vida si llegamos a tener una enfermedad terminal. Fabre y Sánchez⁵⁴ Señalan que los artículos 343⁵⁵ y 344⁵⁶ de la Ley General de Salud establecen criterios para la definición jurídica del concepto de muerte, lo que permite afirmar que la muerte es un fenómeno irreversible con el que concluye el ciclo vital de todo ser viviente. Sus límites y definiciones son imprecisos, pues el concepto implica una visión global de los aspectos psicológicos, sociales, económicos, religiosos y éticos, y es en este último campo es donde se ha planteado una estrecha relación entre la bioética y la muerte, pues su área prioritaria se centra en cuestiones morales relacionadas con el proceso de morir y para Samperio⁵⁷ es necesaria una adecuada interpretación de las actitudes y reacciones ante la muerte de los enfermos y de los integrantes del equipo de salud, para la toma de decisiones ante los dilemas que plantea la muerte y el paciente, ya que es necesario tomar como marco de referencia los principios de la bioética para respetar y valer las decisiones del paciente y pueda tener una libre elección del final de su vida y en ello implica la comprensión de lo que es la muerte digna la cual comprende normativas que sean eficaces para evitar el dolor en los pacientes, en ella se contemplan la necesidad y piedad para ponerle fin al sufrimiento y limitar el encarnizamiento terapéutico.

La muerte digna definida por la Cámara de senadores de nuestro país:

El concepto que permite designar el derecho que ostenta todo paciente que padece una enfermedad irreversible e

⁵⁴ Fabre, Armando y Sánchez, Lorena, «Muerte Digna», en *Enfoques jurídicos*, núm. 1. Veracruz: Universidad Veracruzana, 8 de enero del 2020. Artículo disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7391990> [Consulta: 15 de junio, 2022].

⁵⁵ La pérdida de vida ocurre cuando se presenta la muerte cerebral o se presenten los siguientes signos de muerte: La ausencia completa y permanente de conciencia; la ausencia permanente de respiración espontánea; la ausencia de los reflejos del tallo cerebral, y el paro cardíaco irreversible.

⁵⁶ La muerte cerebral se presenta cuando existen los siguientes signos: Pérdida permanente e irreversible de conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales; ausencia de automatismo respiratorio, y evidencia de daño irreversible del tallo cerebral, manifestando por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos. Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas. Los signos señalados anteriormente deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas: angiografía cerebral bilateral que demuestre ausencia de circulación cerebral, o electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica cerebral en dos ocasiones diferentes con espacio de cinco horas.

⁵⁷ *Ibidem*, pág. 270

incurable y que se halla en un estado de salud terminal, de decidir y manifestar su deseo de rechazar procedimientos, ya sean: quirúrgicos, invasivos, de hidratación, de alimentación y hasta de reanimación por vía artificial, por resultar los mismos extraordinarios y desproporcionados, en relación con la perspectiva de mejora y por generarle al paciente aún más dolor y padecimiento⁵⁸

Entendiendo la definición de la muerte digna Fabre y Sánchez⁵⁹ nos mencionan que la relación entre la bioética y el derecho se consolidó el 19 de octubre en París, Francia, en la Conferencia General de la UNESCO de 2005, en la cual se adoptó la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, sus principales objetivos están encaminados a proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía en la formulación de legislaciones y políticas en las que imperen los derechos fundamentales, así como el diálogo multidisciplinario y pluralista sobre las cuestiones de bioética.

Los principales derechos fundamentales son para promover el derecho de la persona a decidir sobre sí misma, también, a respetar el de los demás, lo que hay que entender es que pertenecen a cada persona y su existencia no depende de otros, pero sí su respeto⁶⁰ y en el tema de la muerte digna los derechos fundamentales son el derecho a la vida, el derecho a la salud y el derecho a la dignidad humana. En el primero, la Comisión Nacional de los derechos humanos (CNDH) menciona que toda persona tiene derecho a que su vida sea respetada. Este derecho debe conceptualizarse en dos sentidos:

- a) Como una obligación para el Estado de respetar la vida dentro del ejercicio de sus funciones;
- b) Como una limitación al actuar de los particulares, para que ninguna persona prive de la vida a otra.

⁵⁸ Dictamen de reforma del artículo 4º Constitucional, emitido por la Cámara de Senadores de los Estados Unidos Mexicanos pág. 18, disponible en: https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/1/2019-07-01-1/assets/documentos/Dict_dic_derecho_a_la_salud.pdf fecha de consulta: 15 de marzo del 2023

⁵⁹ Ibidem, pág. 40

⁶⁰ Escalante, Valeria, «El derecho a una muerte digna, una elección libre», *Revista especializada en investigación jurídica*. Núm. 7. México: UACJ, diciembre, 2020. Artículo consultado en <https://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/reij/article/view/3738/3098> [Consulta: 15 de junio, 2022].

Pero si reflexionamos, al no proporcionar los tratamientos necesarios a alguien con una enfermedad terminal sí estaríamos violentando su derecho a la vida por diversos motivos, como, por ejemplo, el presupuesto económico del enfermo, en este el paciente no cuenta con algún seguro o financiamiento que cubra la enfermedad, por mencionar algún ejemplo la *American Cancer Society*⁶¹ existen programas que apoyan con programas para cáncer, pero los costos pueden aumentar por diferentes circunstancias por ejemplo, si el tratamiento se prolonga o se modifica, complicaciones o si regresa la enfermedad, así como también se considera que a la mayoría se les complica acudir a agencias públicas o externas para buscar ayuda financiera por lo que puede ocasionar que no solamente el paciente se encuentre en dificultades económicas sino también la familia que lo apoya, ya que en ocasiones no cumplen con los requisitos de algunos programas o ayudas. El estado cumple un papel, pero no logra contribuir en su totalidad con cada paciente ya que las enfermedades terminales están a la orden del día considerando además que existen aún más enfermedades que hacen que los pacientes deseen terminar con sus vidas.

Respetar la voluntad de morir dignamente no es violentar su derecho a la vida, porque se está respetando la libre decisión en la cual puede optar por los cuidados paliativos⁶² para ayudar a atenuar el dolor o los malestares que la enfermedad provoca y de este modo lograr darle un bienestar hasta el día de su deceso.

El conflicto que nos señala Escalante⁶³ es que no todas las entidades federativas cuentan con cuidados paliativos y como menciona el Instituto Nacional de Investigación en Enfermería⁶⁴ se puede considerar acceder a los cuidados paliativos si existe un dolor o síntomas de una enfermedad grave; si hay dolor físico o emocional que no está siendo controlado; o si se necesita ayuda para atender la enfermedad y hablar sobre el tratamiento en enfermedades terminales. El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"⁶⁵ menciona que los modelos de atención en cuidados

⁶¹ American Cancer Society (2019)

⁶² En la ley de voluntad anticipada para el distrito federal publicada el 27 de agosto 2012 en el artículo 2.2 define a los cuidados paliativos como un cuidado integral, que de manera específica se proporciona a enfermos en etapa terminal, orientados a mantener o incrementar su calidad de vida en las áreas biológica, psicológica y social e incluyen las medidas mínimas ordinarias así como el tratamiento integral del dolor con el apoyo y participación de un equipo interdisciplinario, conformado por personal médico, de enfermería, de psicología, de trabajo social, de odontología, de rehabilitación, y de tanatología.

⁶³ Ibidem, pág. 105

⁶⁴ Instituto nacional de investigación en enfermería febrero del 2020

⁶⁵ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa Alexis Solís (*Psicología, INCMNSZ*)

paliativos en América Latina los costos, para una clínica de cuidados paliativos pueden ascender hasta los \$150,000 pesos mensuales solo para la atención de 25 a 30 pacientes, por lo que dichos costos se pueden considerar excesivos para hospitales de atención pública, pero también existen los cuidados paliativos en casa siendo un gran beneficio económico para las instituciones, sin embargo, no hay suficientes estudios que puedan evaluar los costos que representa para la familia y los cuidadores del paciente paliativo.

El segundo derecho fundamental según la OMS⁶⁶ menciona que el derecho al “grado máximo de salud que se pueda lograr” consta de un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones laborales seguras, vivienda digna, una adecuada alimentación, sin embargo, también abarca libertades y derechos; en el primero se incluye el derecho de las personas a controlar su salud y su cuerpo, el segundo corresponde a el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de gozar el máximo grado de salud que se pueda alcanzar. El Estado es el que debe de otorgar los servicios de salud a través de la federación, estados y municipios, de acuerdo con lo establecido en la CNDH, pero lo importante en el tema en cuestión es que los servicios puedan ofrecer los cuidados paliativos a las personas que desean una muerte digna o aprobar los diferentes vínculos de la muerte digna como la eutanasia, el suicidio medicamente asistido, etc.

Comprendiendo que la salud no implica solo prolongar vida, sino que también hay que atender el bienestar de las pacientes y el hecho de que no deseen prolongar su vida a través de tratamientos o intervenciones médicas, no implica que deseen sufrir hasta el día de su muerte, es por ello por lo que es necesario que en este tipo de circunstancias se tenga acceso a los cuidados médicos y psicológicos pertinentes, ya que no es fácil afrontar situaciones en soledad, el apoyo es vital en cada decisión.

Por último, la dignidad humana a la cual se le dedicó un capítulo en especial para comprenderla, en la que recordemos que no somos objetos, somos seres vivos y nuestra vida y bienestar no son intercambiables ni tiene precio alguno. Por lo que es vital que el paciente actúe según su conciencia y su libre elección considerando que todos somos diferentes y tenemos conceptos distintos de la muerte y para algunos lo digno puede no

⁶⁶ OMS, 29 de diciembre de 2017

serlo e incluso ir contra sus propias creencias, es por eso que es importante entender que cada persona debe tener la libertad de tomar sus propias decisiones y elegir lo que a su parecer puede ser su muerte digna, este derecho fundamental no quiere decir que la muerte digna será aquella sin tratamiento, ni intervenciones y mucho menos pretende obligar a una persona enferma a verse presionada a tomar como opción la eutanasia o el suicidio medicamente asistido; es exclusivamente para las personas que deciden no prolongar su vida, mantener la libertad de decidir respecto a su muerte con los cuidados necesarios para que el tiempo que le quede sea lo más digno posible, ya que cada enfermo terminal debe tener la libertad de decidir lo que es mejor para ellos.

Teniendo en cuenta estos tres derechos fundamentales se puede observar, que no hay ningún derecho que sea más o menos importante que el otro, sino que cada uno se conecta entre sí para que no se violente ninguno de ellos.

Ahora con lo visto anteriormente la bioética como menciona Samperio⁶⁷ no solo comprende fenómenos biológicos, sino también los pensamientos, ideas, sentimientos, reflexiones reacciones y actitudes, de todos los actores en esta fase de la vida, en la que son importantes los acontecimientos humanos que le dan sentido al morir, es por eso por lo que la bioética establece guías para poder proporcionar una mejor calidad de vida para el paciente terminal y a mejorar el impacto del duelo en la familia. Ahora la muerte digna no debe de ser un proceso doloroso, debe de existir una aceptación de la muerte en cualquier edad ya que esta no discrimina edades, debemos hacer valer nuestros derechos, ya que si tenemos un derecho fundamental como el derecho a la vida también deberíamos tener un derecho fundamental para morir con dignidad y entender que cuando se habla de pacientes con enfermedad terminal no solo nos referimos a personas con cáncer, ya que hay una diversidad de enfermedades que puede ocasionar dolor y sufrimiento a quien lo padece y el simple hecho de respirar les provoca desear la muerte en cada suspiro y esto debe de ser respetable, es una muerte digna porque se está respetando la dignidad de la persona que decide finalizar con su vida porque vivir es un sufrimiento inimaginable y la medicina tiene límites tanto científicos, tecnológicos y humanísticos.

La muerte digna no pone en riesgo a nadie, no hay un entendimiento claro de ella y ese es el problema del cómo la asociamos con homicidios o suicidios involuntarios cuando no

⁶⁷ Samperio, op. cit; pág. 274-275

es ni siquiera un aproximado a lo que realmente es. En realidad, se refiere a morir con dignidad, como la libre elección de cómo, dónde, cuándo y con quiénes se desea morir, sin embargo, cabe recalcar que el principio de no maleficencia apoya a los médicos y enfermeras que no están de acuerdo en aceptar la petición del paciente y es totalmente respetable, la manera de pensar de cada individuo es diferente dependiendo a sus creencias y valores.

Esta misma tiene criterios para ayudar a morir a quien lo solicite, por lo que no es justo que por cuestiones religiosas⁶⁸ se niegue el acceso a morir con dignidad cuando vivimos en un país laico y se debe de entender que también lo que le suceda al otro me concierne porque en un futuro posiblemente me suceda a mi o a un familiar cercano el cual desee morir y no le sea permitido porque el dogma de la religión sigue interviniendo en las decisiones del Estado en beneficio de los ciudadanos creyentes, es importante volver a mencionar que la decisión del tener una muerte digna nos evita un encarnizamiento terapéutico, un sufrimiento innecesario ¿Cómo es posible y permisible aceptar la agonía del sufrimiento como una purificación? Debería aterrarnos más el saber que sufriremos en lo último de nuestra vida en vez de terminar rápidamente sin agonía y en paz; y el Estado al ser Laico debería garantizar que quien desee hacerlo ejerza su derecho.

Un detalle más al que nos enfrentamos es a la objeción de conciencia que como menciona Koldo⁶⁹ son las convicciones religiosas, ideológicas, filosóficas, humanitarias o científicas, que pueden dar origen a escenarios de oposición con el tratamiento médico que se debe aplicar dando lugar a conflictos de conciencia que prácticamente son incumplimientos de una norma, la objeción de conciencia en medicina para Koldo es:

La negativa de un profesional a ejecutar un acto médico a cooperar directa o indirectamente a su realización porque a pesar de haber sido aprobado por las normas legales, es considerado por el profesional como contrario

⁶⁸ En algunas creencias religiosas como la cristiana, la católica, judaísmo, Islamismo, etc. La vida es una propiedad divina y mantiene su valor incluso en medio de sufrimientos, porque está prohibido matar al prójimo y quien lo haga estará cometiendo uno de los principales pecados que existen aun si la intención es ayudar, la religión no hace distinción en virtud de la intención, la muerte debe ser natural ya que el único que decide el momento de la muerte es su dios, el sufrimiento es parte de un valor místico o expiatorio, si existen los médicos es para ayudar a vivir no a morir, etc. Sin embargo, cada una acepta diferentes opciones cuando no hay posibilidades de recuperación, por ejemplo, la interrupción del soporte vital, excepto la hidratación y alimentación.

⁶⁹ Koldo Martínez» Medicina y objeción de conciencia «Anales del sistema sanitario de Navarra, numero 2, volumen 30, año 2007. Artículo disponible en <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30n2/revision1.pdf>

a la moral, a los usos deontológicos⁷⁰ o a las normas religiosas⁷¹.

Por eso mismo pueden existir problemas entre el objetor y el solicitante; el objetor y sus colegas; el objetor y un superior jerárquico; un jefe que sea objetor y los demás miembros directivos de la institución sanitaria. Y recientemente se aprobó en nuestro país la objeción de conciencia, que establece:

El personal médico y de enfermería que forma parte del sistema nacional de salud, podrán ejercer la objeción de conciencia y excusarse de participar en la prestación de servicios que establece esta ley. Cuando se ponga en riesgo la vida del paciente o se trate de una urgencia médica, no podrá invocarse la objeción de conciencia, en caso contrario se incurrirá en la causal de responsabilidad profesional. El ejercicio de la objeción de conciencia no derivará en ningún tipo de discriminación laboral⁷².

La objeción presenta problemas dado que la redacción como menciona Kraus y Salame⁷³ no define cuáles son los casos de urgencia médica en los que el personal esté obligado a prestar sus servicios; no especifica si los estudiantes de medicina y de enfermería se toman en cuenta como trabajadores en el área de salud, es claro que otra vez encontramos un problema en el que la objeción de conciencia no garantiza una atención médica por parte del personal. Es importante dejar el paternalismo y empatizar con los pacientes para que se pueda llegar a obtener una muerte deseada y menos dolorosa posible y de este modo que quien desea apoyar al paciente tenga el acceso y quien no desee hacerlo porque va en contra de su moral simplemente pueda retirarse sin ningún conflicto y permitir que otro médico o enfermero lo pueda atender.

La muerte digna es morir en las mejores condiciones posibles, rodeado de los seres amados con el cuidado y cariño, recibiendo el apoyo físico y moral para aceptar a la muerte como un proceso natural y menos doloroso y traumático.

⁷⁰ Es la rama de la ética que trata de los deberes, especialmente de los que rigen actividades profesionales, así como el conjunto de deberes relacionados con el ejercicio de una profesión.

⁷¹ Ídem. Necesitas el número de página pues es cita textual

⁷² Arnoldo Kraus Weisman y Latife Salame Khouri» Laicidad y eutanasia« Colección de cuadernos "Jorge Carpizo" Núm. 38, México 2019. Disponible en <http://catedralaicidad.unam.mx/sites/default/files/Laicidad%20y%20eutanasia.pdf>

⁷³ Ídem.

Afortunadamente en la Cámara de Senadores⁷⁴ de nuestro país ha definido a la muerte digna como, el concepto que permite designar el derecho que ostenta todo paciente que padece una enfermedad irreversible e incurable y que se halla en un estado de salud terminal, pueda decidir y manifestar su deseo de rechazar procedimientos, ya sean: quirúrgicos, invasivos, de hidratación, de alimentación y hasta de reanimación por vía artificial, en relación a la perspectiva de mejorar cuando ya no hay una calidad de vida y evitar generarle al paciente aún más dolor y padecimientos. El concepto contempla la necesidad humanitaria y piadosa de poner fin al dolor insoportable, así como evitar el encarnizamiento terapéutico que resulten inútiles para el enfermo terminal.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación⁷⁵ ha reconocido la validez de la proposición normativa contenida en el artículo 6º, apartado A, numeral 2, de la Constitución Política de la Ciudad de México como el reconocimiento al derecho de una muerte digna, en la cual se precisa que el derecho a la autodeterminación de las personas en fase terminal o moribundas, debe incluir las medidas necesarias para dar eficacia al derecho de recibir información veraz y completa sobre su estado de salud, con compasión y respetando los derechos del paciente, en el cual también se implica la consulta de otro médico para garantizar que ninguno de estos sea tratado en contra de su voluntad y que ésta no se configure por presiones económicas ni familiares siempre teniendo en cuenta los deseos expresados por el paciente y así queda de manifiesto el reconocimiento al principio de la autonomía que constituye la base para reconocer al paciente y su capacidad que tiene de decisiones médicas y en efecto hacer valer su derecho a una autodeterminación física.

1.3. Vínculos con la muerte digna

Kraus⁷⁶ menciona que es complejo comprender la muerte, pero es inevitable no tratar de entenderla, ya que al lograr asimilarla facilita el proceso para el doliente y los familiares, pero sobre todo el derecho a elegir una muerte digna existiendo confusión ya que tiene

⁷⁴ Dictamen de reforma del artículo 4º Constitucional, emitido por la Cámara de Senadores de los Estados Unidos Mexicanos, pág. 18, disponible en: https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/1/2019-07-01-1/assets/documentos/Dict_dic_derecho_a_la_salud.pdf [Consulta: 15 de junio, 2022].

⁷⁵ Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Acción de inconstitucionalidad 15/2017 y sus acumuladas 16/2017, 18/2017 y 19/2017, fecha: 13 de diciembre de 2017, ministro Javier Laynez Potisek https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5507701&fecha=13/12/2017#gsc.tab=0 [Consulta: 15 de junio, 2022].

⁷⁶ Guadalupe Lugo García junio 30, 22. Gaceta UNAM

diferentes conceptos que van a variar como menciona Weber⁷⁷ de un individuo a otro y de una sociedad a otra.

Menciona Kraus⁷⁸ que hay una tecnofilia⁷⁹ que extiende la vida de una persona que no tiene una calidad de vida, por lo que es necesario pensar y construir el escenario final, en el cual el paciente se adueña de su dignidad y autonomía, dejando un claro legado para que esos pasos se sigan y que cada persona tenga derecho de elegir, no sabremos el momento en el que necesitemos optar por una muerte digna pero estar preparado para la muerte sería lo ideal por que estaríamos acompañados durante el proceso al lado de las personas con las que deseamos pasar ese momento de transición.

En México aún no es aceptado algún medio para terminar la vida de un paciente por lo que las personas optan por buscarlo con sus propios recursos para obtenerla de forma clandestina, ya que solo algunos cuantos privilegiados como mencionan Weber y Kraus⁸⁰ tiene el recurso para viajar a otro país en donde una muerte digna está a su alcance, sin embargo, para la gente que no tiene ese recurso se encuentra con una muerte lenta y dolorosa, ya que no recibieron el apoyo del Estado para obtener una muerte digna.

La muerte no discrimina la edad, sexo, religión, etnia, preferencia sexual, etc. todos vamos a morir pero de nosotros depende el cómo deseamos pasar nuestros últimos momentos ante el padecimiento de una enfermedad que merma permanentemente la calidad de vida y la elección de una muerte digna no representa un riesgo para nadie, cada persona es libre de tomar sus decisiones y el cómo desea morir, como menciona Weber⁸¹ es una cuestión de respeto por el otro, un acto opcional para aquellos que lo necesiten como aquellos que no, todas las decisiones deben de ser respetadas, ya que cada cabeza es un mundo y nadie piensa de igual manera, y el camino racional es el mejor para llegar a soluciones concretas, ya que para algunos solo su dios decide cuándo van a morir, su dolor representa su amor pero para otros morir con dignidad es morir sin sufrir.

⁷⁷ Patricia López Suarez junio 23, 22. Gaceta UNAM

⁷⁸ L. García, op. cit. Gaceta UNAM

⁷⁹ Es la afición hacia la tecnología o dispositivos

⁸⁰ L. García, op. cit. Gaceta UNAM

⁸¹ Laura Lucía Romero Mireles junio 23, 22. Gaceta UNAM

Entonces no confundamos la muerte digna con eutanasia, muerte medicamente asistida, cuidados paliativos, voluntad anticipada, etc. porque en realidad son los vínculos con la muerte digna pero no es su definición.

La muerte digna debe de ser sin dolor, recibir la atención médica adecuada, respeto de su dignidad y autonomía, beneficencia y una relación médico-paciente adecuada, para que este mismo tenga un libre desarrollo de sus elecciones en las cuales estarán involucradas el ofrecer diferentes tratamientos, rituales religiosos, escoger o rechazar intervenciones, acelerar la muerte, planear y ver las condiciones de la muerte, al final serán los juicios y deseos del paciente, lo más importante es tener una muerte de acuerdo a nuestras decisiones.

Las alternativas para tener una muerte digna son las siguientes:

Cuidados paliativos

La NORMA Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos.⁸² su objetivo es que los pacientes que padecen una enfermedad en situación terminal, a fin de contribuir en proporcionarles bienestar y una calidad de vida digna hasta el momento de su muerte, promoviendo conductas de respeto y fortalecimiento de la autonomía del paciente y su familia, previniendo posibles acciones y conductas que tengan como consecuencia el abandono o la prolongación de la agonía, así como evitar la aplicación de medidas que potencialmente sean susceptibles de constituirse en obstinación terapéutica.

Los cuidados paliativos (CP) son un vínculo porque propician la espera de una muerte lo más digna posible, interviniendo con medicamentos, recibiendo una atención médica adecuada, una estancia sin dolor ni sufrimiento, en donde los juicios y deseos son respetados, así mismo respetan la autonomía del paciente al cual le ofrecen diferentes tratamientos, rituales religiosos, si el paciente desea llevar los cuidados paliativos a casa se los proporcionan, no todo es perfecto cuando los cuidados paliativos son en el hogar por las circunstancias antes mencionadas en el capítulo anterior, sin embargo, el paciente

⁸² NORMA Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos. Consultada en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5375019&fecha=09/12/2014#gsc.tab=0

está al lado de sus familiares y bajo el control de medicamentos que alivian el dolor o lo mantienen sedado para que no haya sufrimiento.

Los cuidados paliativos son importantes porque los efectos y el tratamiento de cada enfermedad puede ser diferente entre los pacientes y cada clínica cuenta con especialistas que consideran la situación de cada persona y ayudan al cuidador a cubrir varios tipos de necesidades y este equipo de cuidados paliativos pueden ayudar según la *American Cancer Society*⁸³ a mitigar los síntomas físicos y los efectos secundarios; emociones y tratamientos; tanatología para las familias; inquietudes espirituales; brindando asistencia con problemas financieros, laborales y de seguro; ayudan a preparar instrucciones por anticipado y formularios en la transición a la atención de enfermos terminales cuando los tratamientos dejan de funcionar.

Así mismo los CP como menciona la *American Cancer Society*⁸⁴ cuenta con profesionales especializados que pueden ayudar a detectar y tratar problemas mentales, físicos, emocionales, sociales y espirituales que puedan llegar a nacer, así como también estudios, según la *American Cancer Society*⁸⁵ los pacientes tienen una mejor salud emocional que podría deberse a que la atención médica que están recibiendo se ajusta con sus valores, metas y preferencias. También se ha demostrado que las personas con enfermedades crónicas presentan síntomas menos graves, tiene una mejor calidad de vida, menos dolor, menos dificultad para respirar, menos depresión y menos náuseas; los cuidados paliativos pueden estar disponibles desde el momento del diagnóstico sin importar la etapa.

Aunque para algunos pacientes esperar la muerte de forma natural por su enfermedad es lo ideal, para otros pacientes no lo es, porque lo que solicitan otro tipo de ayuda que por desgracia aun no es aprobada en México, sin embargo, se ha abierto el debate para poder acceder a nuestro siguiente vínculo.

Eutanasia

⁸³ American cancer Society «¿Quién debe de recibir los cuidados paliativos y por qué?» Pág. 1 consultado en <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8196.96.pdf>

⁸⁴ Ibidem, pág. 2

⁸⁵ Ídem.

Moreno⁸⁶ explica que la palabra eutanasia se deriva del vocablo griego *eu*= bueno y *thanatos*=muerte en consiguiente se significa buena muerte y eso es lo que debe ser la muerte digna en todo el mundo y para cualquier ser vivo.

Jonquière⁸⁷ menciona que en Holanda la eutanasia se define como la terminación activa de la vida, con previa petición voluntaria e informada del paciente; lo contrario no es eutanasia.

Lo que es la eutanasia es adelantar la muerte, evitando la extensión de un sufrimiento por una enfermedad terminal y esperando el mejor final posible haciendo el menor daño y respetando los derechos, principios y valores de cada paciente, es por ello por lo que ha sido aprobado en países como Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Nueva Zelanda, Canadá, Colombia y España. La eutanasia tiene condiciones y requisitos, no cualquier persona puede acceder a ella y uno de los principales dilemas en México es que se encuentren con una “pendiente resbaladiza”⁸⁸. Jonquière⁸⁹ menciona que Holanda ha sido el mejor ejemplo para demostrar que en realidad es un tema por el cual ellos no han tenido que atravesar ya que sus cifras demuestran que en el año 2016 el 83% de los pacientes que optaron por la eutanasia se encontraban enfermos por cáncer, enfermedades isquémicas, enfermedades respiratorias y enfermedades neurológicas y el 4% por envejecimiento como, por ejemplo, Alzheimer, trastornos psiquiátricos graves, entre otros. La eutanasia entró en debate desde 1971 en Holanda cuando una médica ayudo a morir a su madre por compasión y porque la madre lo pidió y para el año 1984 la corte suprema holandesa sentencia que la eutanasia no será penalizada si se cumplían ciertos requisitos y para el año 2002 la ley de la eutanasia entra en vigor. Se tomará como ejemplo a seguir a Holanda dado que es el país pionero sobre la eutanasia.

Se tiene que dar un margen claro de lo que es la eutanasia para que no exista una confusión estableciendo criterios o condiciones para que la eutanasia no sea penalizada según Jonquière⁹⁰

- Es la libre petición y voluntaria del paciente

⁸⁶ Jorge Alfredo Ochoa Moreno» Eutanasia, suicidio asistido y voluntad anticipada: un debate necesario «boletín CONAMED, pág. 27 consultado de: <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin10/eutanasia.pdf>

⁸⁷ ROB Jonquière, *Primer coloquio internacional por el derecho a una muerte digna*. La eutanasia, experiencia en Holanda. México, (2017) pág. 15

⁸⁸ Si se aplicase a personas vulnerables, presionadas o confundidas.

⁸⁹ Ibidem, pág. 16

⁹⁰ Ibidem, pág. 16

- Debe de ser bien considerada y persistente la decisión
- Debe de existir un dolor insoportable y sin una futura recuperación o mejoría
- La eutanasia es necesaria cuando no hay curación o alivio
- El paciente la solicita y es evaluado por un médico
- Pacientes competentes o con una voluntad anticipada que especifique lo que se desea como una libre decisión para el final de la vida

Lo que NO es eutanasia según Jonquière⁹¹

- Sedación terminal o cuidado paliativo
- Terminación no voluntaria de la vida
- Decisiones sobre no continuar con tratamientos médicos

El método que se realiza en Holanda para la eutanasia es proporcionar un coma inducido con barbitúricos y relajante muscular que son las opciones para poder morir con el menor sufrimiento posible. Otro dato de importancia es que las cifras del 2015⁹² muestran que la eutanasia fue aplicada en casa con 4409 casos, 191 en hospitales, 239 en asilos y 345 en hospicios teniendo un mayor número en casa demostrando que la muerte por eutanasia puede ser en la cama del mismo paciente acompañado de sus seres amados para la espera de su deceso.

Holanda acepta a pacientes de otros países para acceder a la eutanasia porque es un procedimiento altruista que ayuda a morir dignamente, pero no todos los mexicanos contamos con el poder económico para poder viajar a solicitar una muerte digna, por lo que reiteramos que solo las personas privilegiadas son las que pueden acceder a tener la oportunidad de morir dignamente en otro país, mientras que las personas que no contamos con un poder económico tenemos que esperar a que el Estado o nuestras familias puedan cubrir los gastos de la enfermedad terminal aun cuando se desea la terminación de la vida.

Afortunadamente en el presente año se realizó en la Cámara de Diputados la semana nacional de la eutanasia en México, en donde se debatieron y se abrieron mesas de

⁹¹ Ibidem, pág. 15

⁹² Ibidem, pág. 18

diálogo para tocar temas de interés y reflexión para que no solo la cámara la apruebe, sino también para que el pueblo mexicano se interese más por estos temas que en cuestión son muy importantes dado que no somos inmortales y las enfermedades crónicas degenerativas están aumentando al igual que la esperanza de vida y en el contexto de la pandemia el tema adquiere relevancia dado que la enfermedad por COVID 19 ha cobrado muchas vidas con los pacientes intubados y solos en el hospital y el poder acceder a una muerte en casa y sin sufrir sería lo ideal para el doliente y la familia ya que es devastador el hecho de saber que tu familiar ya está muy mal y desea morir pero no pueden adelantar su muerte porque la eutanasia aún no ha sido aprobada en México, cabe recalcar que en la mayoría de las mesas de diálogo se hablaba de la religión debido a que expositores y legisladores mencionaban que eran católicos sin considerar que su fe se quedaba con ellos y no en el trabajo, ellos saben que el Estado es laico y ninguna creencia religiosa debe de ser impedimento para poder realizar su trabajo; este tema es de interés porque hay grandes opositores religiosos en contra de la eutanasia pero es preciso recordar que hay una diversidad de culturas y muchas religiones, por lo que es importante aprender, respetar y entender el derecho por el otro.

Muerte medicamento asistida

Asunción Álvarez del Río⁹³ la describe como la ayuda que da un médico a un paciente, en respuesta a su solicitud, proporcionándole los medios para suicidarse, sin dolor y es el paciente quien realiza la acción final que causa la muerte.

Esta permitida en Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Canadá, Estados Unidos, aunque este no le llama así por la connotación de la palabra suicidio que es un término bastante agresivo, ya que según *la American Academy of child adolescent psychiatry*⁹⁴ es la sexta causa de muerte entre las edades de 5 a 14 años y la tercera causa de muerte en los jóvenes de 15 a 24 años, por lo que en este país se optó por *Aid in dying* (ayuda para morir) y por último en Suiza.

⁹³ Asunción Álvarez del Río en Dilemas al final de la vida en la comisión Nacional de Bioética presentación, consultada en https://www.youtube.com/watch?v=RX5mnNgyAYc&t=492s&ab_channel=Comisi%C3%B3nNacionaldeBio%C3%A9tica

⁹⁴ American Academy of child adolescent psychiatry consultado en https://www.aacap.org/aacap/ffprint/article_print.aspx?dn=El-Suicidio-en-los-Adolescentes-010

Al igual que la eutanasia se encuentra con dilemas bioéticos que impiden su aprobación en algunos países, Álvarez del Río⁹⁵ menciona algunos argumentos en contra de la muerte medicamente asistida (MMA). El primero es en relación con los cuidados paliativos ya que se cree que estos son más que suficientes para atenuar el dolor por lo que no habría necesidad de solicitar la ayuda para morir, que todos los pacientes tengan acceso a los CP y por último que el interés de los médicos en curar dejaría de ser tan importante porque una solución rápida sería la MMA; este primer argumento no está mal pero el problema y como ya se mencionó con anterioridad los CP tienen límites. No siempre pueden atenuar el dolor y lo que hacen es una sedación total la cual hace que el paciente quede totalmente anestesiado y ¿qué calidad de vida hay en una muerte social? Al final el paciente sí está vivo pero está ausente, por desgracia el Estado no puede cubrir a todos sus habitantes para poder tener un total acceso a los cuidados paliativos, es indefendible la última postura sobre la pérdida de interés de los médicos para seguir tratando ya que hay una gran mayoría a favor y otros en contra sobre el dilema de ayudar a morir pero también creo que hay médicos que encarnizan a sus pacientes en nombre del conocimiento y también a médicos que no desean ese dolor para nadie por lo que a mí respecta posiblemente aun sea este último punto muy debatible.

El segundo argumento en contra de la MMA es la confianza de los pacientes en los médicos ya que esta supondría una desconfianza al deber de la profesión y lo complementan con una mala atención, lo cual cabe recalcar que hay médicos a favor y otros que no, además hay que considerar la solvencia económica para atender al paciente, hay muchos hospitales que no cuentan con la tecnología necesaria por lo que los familiares tienen que recurrir a hospitales privados que en ocasiones no son nada asequibles o entrar a un hospital como paciente externo pero el periodo de ingreso se extiende por un largo tiempo y no hay una rápida atención para el paciente, por experiencia propia y platicando con demás gente que deseaba la atención para pacientes con enfermedades graves se le daba mucha vuelta a los familiares o pacientes pidiendo requisitos y más requisitos para poder obtener una consulta para después ser enviado a la especialidad requerida pero estamos hablando de citas de 2 a 3 semanas y el problema no solo radica en la enfermedad, sino, también desde donde vienen estos pacientes que

⁹⁵ Asunción Álvarez del Río» Eutanasia y suicidio medicamente asistido “Revista de investigación clínica. Vol.66 Núm. 3 mayo-junio, 2014. Consultado en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2014/nn143l.pdf>

buscan la atención para su enfermedad, ya que muchos vienen de pueblos y afortunadamente tienen familiares que les dan asilo pero ¿Qué hay de los que no lo tienen? Tienen que pagar un hotel, comidas y muchos optan por irse y regresar para su cita, pero esto también implica un gasto que para la familia puede estar fuera de sus ingresos; con esto quiero dar a entender que no es culpa del médico la atención que se le puede brindar al paciente ya que el médico solo puede atender con la que sabe y tiene para poder ayudar.

El tercer argumento en contra de la MMA es el abuso que podría existir en las cuales las principales víctimas podrían ser las personas con discapacidades, ya que se verían presionados socialmente para solicitar la MMA ya que sus condiciones de vida “no son favorables” y por lo tanto se verían presionadas u obligadas a solicitar la ayuda para terminar con su “sufrimiento” pero muchas de estas discapacidades son la ceguera que no es un impedimento para poder llevar una buena vida, una discapacidad mental tampoco, el asunto aquí es que no se apruebe la petición a cualquier persona que la solicite ya que habrá una regulación para poder morir a través de la MMA y solo aquellos que la han solicitado explícitamente o solicitado en su voluntad anticipada podrán ser considerados para poder poner fin a su vida a través de la ayuda de un médico que supervise y proporcione los medicamentos y no haya complicaciones para que el deceso sea lo menos doloroso posible y en las mejores condiciones posibles.

Álvarez del Río⁹⁶ menciona que en Bélgica la MMA fue aprobada desde el 2002 y cuenta con los mejores cuidados paliativos, se demuestra que al coexistir ambas opciones se abren camino para mejores resultados, ya que no hay un gasto innecesario en personas que ya no desean vivir sufriendo y está por el otro lado las personas que desean que la muerte llegue de forma natural y se cuente con un mayor espacio y financiamiento para aquellas personas que deciden continuar en cuidados paliativos. Por otro lado, la aceptación de los médicos al apoyar la MMA en México se ha incrementado según Loria⁹⁷, Garza, Sifuentes y Lisker, la población que acepta la MMA es el grupo más jóvenes de médicos ya que los tiempos han cambiado y la educación ya no es igual de

⁹⁶ Ibidem, pág. 282-287

⁹⁷ Alvar L, Villareal-Garza C, Sifuentes E, et al. Physician-assisted death. Opinions of Mexican medical students and residents. Arch Med Res 2013; vol. 44 núm. 6 consultado en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0188440913001495?via%3Dihub>

conservadora como antes y están de acuerdo en ayudar a morir proporcionando los medios.

Los tiempos han cambiado, hay países que nos muestran el largo camino que han atravesado para la aceptación de la Eutanasia o/y la MMA basándose en la autonomía y beneficencia del paciente que busca un descanso y una justicia social para que todo aquel que la desee pueda llegar a conseguirla de manera legal y gratuita ya que como lo mencionan varios autores “si hay un derecho para vivir debería de haber un derecho para morir” y que cada quien sea libre de elegir el cómo desea morir pero siempre respetando la decisión del otro, seamos un país con mayor empatía y entendimiento para poder entender y aceptar que nuestro pensamiento no es único y que se necesita urgentemente la aprobación y regulación para el acceso a una muerte digna.

1.4. Representaciones sociales

Desde pequeños cuando escuchamos la palabra morir vamos internalizando que es alguien que ya no estará con nosotros y cuando lo explican los padres lo hacen en base a sus propias creencias y es con lo que nosotros vamos creciendo hasta que comenzamos a abrir nuestro panorama para conocer más perspectivas, ya sean culturales, religiosas o científicas, y buscamos respuestas sobre ¿qué es la muerte?, y ¿a dónde vamos cuando morimos? Aunque son preguntas que tenemos desde que somos infantes las desarrollamos con mayor complejidad de adultos y con mayor temor a lo desconocido, ya que de niños nos inculcan ideas religiosas como si eres un buen crío iras al cielo, en mi caso me decían que cuando mueres puedes resucitar o aún no se sabe que es lo que sucede, para otros es solo un sueño eterno o la muerte biológica natural y seguirá siendo un gran misterio que solo al final de nuestras vidas podremos descubrir.

Desde esta postura de incógnita el presente trabajo busca analizar las representaciones sociales de los médicos y enfermeras, es por ello por lo que este apartado es para comprender el concepto de las representaciones sociales.

Para entender las representaciones sociales es esencial conocer sus antecedentes teóricos y sus aportes.

La psicología como ciencia experimental y como ciencia social fue propuesta por Wilhelm Wundt, nacido⁹⁸ en 1832 en Alemania siendo médico, fisiólogo y filósofo, y conocido como el padre de la psicología, ganándose el nombre porque busca hacer de la psicología un estudio objetivo a partir de la introspección experimental, creando el primer laboratorio de psicología; realizó experimentos a partir de la comprensión de procesos psicológicos básicos como la sensación, percepción, atención y memoria, pero Wundt quería la experiencia inmediata así tal cual y como llega a través de la sensación y después la percepción que es la interpretación que le damos a la información y gracias a ello, fue a una comunidad científica para hacer de la psicología una disciplina no paranormal con datos empíricos que realizó con estadística y muchos experimentos, realizó un trabajo sobre la psicología de los pueblos donde demuestra la importancia de la cultura, la religión, influencia política y todas las influencias sociales en el comportamiento y la forma de pensar y percibir del ser humano.

El interaccionismo simbólico de George Herber Mead filósofo pragmático, psicólogo social y sociólogo estadounidense⁹⁹ menciona que los humanos somos seres sociables y no podemos vivir aislados, nuestra conducta se moldea socialmente, ya que nos adaptamos a nuestro entorno social a través del habla y el lenguaje; frente a un estímulo reaccionamos de forma reflexiva en la que analizamos el cómo satisfacer alguna necesidad con el proceso de la imaginación para conseguir lo deseado; el gesto a través de la palabra como medio de comunicación puede ser transmitido y ser entendido por cualquier persona. Mead señala que gracias a ese espacio de interacción es donde nace el simbolismo y su significado es en ello donde se forma el espíritu (mind).¹⁰⁰ Para Mead los individuos no existen, lo que hay es una persona (Self) la cual ocupa un espacio social teniendo a la sociedad (Society) como fondo¹⁰¹.

Entonces Mead coloca la intersubjetividad¹⁰² dentro de lo que llama conversación interior, el pensamiento y lo constituye con tres interlocutores:

⁹⁸ Jahir Navalles Gómez Retrospectiva disciplinares: tres historias de Wilhelm Wundt, Athenea digital núm. 15 135-147 2009 Universidad Autónoma Metropolitana

⁹⁹ Garrido, A. & Álvaro, J.L. (2007). George Herbert Mead: El interaccionismo simbólico. En Psicología Social. Perspectivas psicológicas y Sociológicas. (2ª ed., pp. 122-128). Madrid, España: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA

¹⁰⁰ Martín Mora, la teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici Athenea digital num 2 2002 universidad de Guadalajara (México)

¹⁰¹ Ibidem, pág. 05.

¹⁰² Proceso recíproco por el que se comparte la conciencia y conocimiento de una persona a otra.

Yo, que es el que actúa y es espontáneo, el Mí, asume lo que realiza el Yo y el Otro es un conjunto de conocimientos que entiende la realidad social y es el que interpone los criterios para que el Mi evalúe los actos espontáneos del Yo.

En síntesis, el Mi supone asumir el punto de vista colectivo con respecto a uno mismo, y el Otro generalizando la gran colectividad con la que uno se relaciona y que tiende a ser interiorizada: La sociedad crea a los individuos. [...] esa “reflexibilidad” de la experiencia a través del lenguaje, el individuo se relaciona con su propio pasado, asume la actitud de los otros respecto a sí mismo y se integra al proceso social en forma dinámica, según Mead¹⁰³.

Emile Durkheim sociólogo aportador del concepto de representación colectiva, define a la sociología¹⁰⁴ como estudios de los hechos sociales que son “modos de pensar, sentir y actuar exteriores a uno mismo, por lo que hace una diferencia entre sociología y psicología¹⁰⁵ la primera corresponde a analizar todo acerca de las representaciones colectivas y la segunda lo propio de las representaciones individuales. Para Durkheim¹⁰⁶ las representaciones colectivas condensan la forma de pensamiento que impera en una sociedad y que irradia a todos sus integrantes, el individuo se constituye en persona mediante la incorporación de este pensamiento colectivo, constituido por normas valores creencias y mitos por lo que las representaciones colectivas son el pensamiento social incorporado en cada una de las personas.

Tuvieron que pasar décadas para que el psicólogo social Serge Moscovici¹⁰⁷ nos diera la definición de las representaciones sociales usando como base a los anteriores autores.

La representación social en una modalidad particular de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades

¹⁰³ Martín Mora, la teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici Athenea digital num 2 2002 universidad de Guadalajara (México)

¹⁰⁴ Ernesto Funes (2004). Representaciones Colectivas y ‘Lógica del Significante’ en la obra de Émile Durkheim. VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

¹⁰⁵ Ibidem, pág. 06

¹⁰⁶ Piña Osorio, Juan Manuel, & Cuevas Cajiga, Jazmín. (2004). La teoría de las representaciones sociales: Su uso en la investigación educativa en México. *Perfiles educativos*, 26(105-106), 102-124. Recuperado en 27 de enero de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982004000100005&lng=es&tlng=es.

¹⁰⁷ (2015). Serge Moscovici: In Memoriam. *Cultura y representaciones sociales*, 9(18), 229-232. Recuperado en 29 de enero de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-81102015000100009&lng=es&tlng=es.

psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible¹⁰⁸ la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación.¹⁰⁹

En otras palabras es la forma en la que el individuo entiende el mundo físico y social de la realidad, en forma colectiva es un cambio de saberes como por ejemplo, el intercambio de conversaciones cotidianas, escolares, las creencias, por lo que el imaginario social nace a partir de ello; entonces las representaciones sociales son los conocimientos del sentido común que se dan en el intercambio de comunicación de un grupo cotidiano, por ejemplo al escuchar la palabra eutanasia el sentido común les indica suicidio ¿Por qué? Porque la falta de información en cuanto a los temas de la muerte es difícil de tocar por lo que el sentido común que fue inculcado por familias con costumbres religiosas intercambia ese conocimiento, aunque sea erróneo.

Por lo tanto, las representaciones sociales¹¹⁰ son el conocimiento de sentido común, su objetivo es comunicar y tener pertinencia y se originan en el intercambio de comunicaciones del grupo de pertenencia, es una forma en la que quien conoce se coloca dentro de lo que conoce y al tener dicha representación social es posible entender dos cosas, el lado figurativo y el simbólico, siendo el primero tal y como vemos el objeto o la acción y la simbólica que es la atribución que le damos a ese objeto o acción y así atribuir a cualquier figura un sentido y a todo sentido una figura.

Según Moscovici las representaciones sociales nacen a partir de momentos de crisis y conflictos, por lo que Tajfel propone que:

Las representaciones sociales deben responder a tres necesidades, la primera es clasificar y comprender sucesos difíciles y dolorosos, el segundo justificar las acciones planeadas o cometidas en contra de otros grupos y, por último, diferenciar los grupos existentes, aunque sea semejantes, en momentos en que pareciera desvanecerse esa distinción. En suma, casualidad, justificación y diferencia social.¹¹¹

¹⁰⁸ Que puede ser comprendido o entendido

¹⁰⁹ Martín Mora, la teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici Athenea digital num 2 2002 universidad de Guadalajara (México)

¹¹⁰ Ibidem, pág. 07.

¹¹¹ Ibidem, pág. 08

Moscovici infiere tres condiciones de emergencia¹¹²:

- a) La dispersión de la información, ya que la información con la que se cuenta no es la suficiente o es demasiada y desorganizada, por ejemplo, cuando hablamos de la muerte digna sabemos que existe la información, pero es demasiada y no siempre clara o precisa e inclusive confusa, dado que las fuentes de información siempre van a variar de acuerdo al interés existente sobre el tema, en la muerte digna se podrá encontrar información que este en contra de esta y la información que proporcione puede que no sé lo que es realmente y por otro lado los que explican en términos más complejos lo que es la muerte digna y sus diferentes opciones.
- b) La focalización, una persona o un grupo se focalizan porque se relacionan con algún tema de interés particular en el que se mueven los juicios y las opiniones de acuerdo con los intereses particulares de cada individuo, ya que la focalización será diversa y casi siempre excluyente. Por ejemplo, en los hospitales hay cierto personal que está de acuerdo con la muerte digna porque han vivido situaciones que los hace empatizar con una muerte tranquila y sin dolor que los lleva a generar juicios y/o opiniones convirtiendo el fenómeno en un tema de relevancia en ese hospital donde se desarrollan diferentes colectivos pero que pueden llegar a tener el interés en común.
- c) Presión a la inferencia, es una presión social que reclama opiniones, posturas y acciones acerca de hechos que están focalizados con el interés público ya que con más conocimiento más relevancia va a tener el tema, cuyo propósito es no quedar excluido del ámbito de las conversaciones sino poder realizar inferencias rápidas, opiniones al respecto y un discurso más o menos desarrollado, como menciona (Banchs, 1990, como se citó en mora 2002) existe la obligación de emitir opiniones, sacar conclusiones o fijar posiciones respecto a temas controversiales, considerados de actualidad en los círculos sociales de pertinencia. Es importante recalcar la creencia de cada médico y enfermera no debe de ser excluido sobre las decisiones al final de la vida que tome cada paciente si se les diera la oportunidad de escoger, así como la oportunidad de elegir si el personal de salud desea o no ser partícipe de aquella decisión ya que las relaciones sociales exigen al individuo

¹¹² Ibidem, pág. 08

o al grupo social que sean capaces de responder al momento en cualquier situación.

Las tres condiciones de emergencia que propone Moscovici¹¹³ acomodan el eje que permite la visión del proceso de formación de una representación social, cuya relación sería la traducción de la diferencia de posiciones frente a un objeto significativo en términos sociales y recuperado de un contexto dinámico del imaginario social cambiante y conflictivo, por lo que de este modo quedaría determinada su estructura, su existencia y grado de complejidad.

Entonces, una representación social se crea a partir de un individuo y su relación con la realidad, la cual pueden ser por un objeto, una persona, un lugar, un tiempo, una relación o situación, y que tiene que pasar por cuatro filtros que son identificar, clasificar, explicar y evaluar, creando así un esquema o una imagen mental del cual, a partir de su conocimiento adquirido por el sentido común generará una representación social, demostrando que son sistemas cognitivos que generan una síntesis de procesos de comunicación o pensamientos social que pueden ser cognitivos, afectivos o simbólicos, algunas formas de representación social serían los estereotipos, las creencias, la organización de vida, las formas de comunicación, los valores, etc. y pueden ser orientadas a una actitud positiva o a una negativa dado que son establecidas socialmente o creadas socialmente.

En este trabajo nos interesa saber las representaciones sociales de los médicos y enfermeras sobre la muerte digna, ya que se han ido preparando para involucrarse en el mundo laboral en el que tendrán que enfrentar y sobre llevar la muerte, por lo que es relevante saber si en clases llegaron a debatir temas como la muerte digna ¿Qué opinan de ella? ¿ayudarían a alguien que desee morir? Son incógnitas que nacen a partir de momentos dolorosos y difíciles, el justificar las decisiones sobre grupos a favor y en contra de la muerte digna y diferenciar a los grupos, aunque la barrera no sea tan clara por lo que la muerte digna cumple con las condiciones de emergencia de una representación social.

¹¹³ Ibidem, pág. 10

VIII. CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

Se realizó un análisis documental en el que se examinaron documentos, videos, revisión bibliográfica en libros impresos o digitales, artículos de revistas, tesis, leyes, normas y coloquios, todo en relación con las representaciones sociales de muerte digna en médicos y enfermeras de la UAM-X, así como también una revisión del plan de estudios de ambas licenciaturas para una visión más escolarizada en la cual se buscó si en dichos programas académicos hay contenidos que enseñen a los médicos y enfermeras a hablar de la muerte, sobrellevarla y aceptarla, ya que la formación académica es vital para el desarrollo profesional de los estudiantes. Posteriormente se realizará un análisis de las representaciones sociales de la muerte digna de los médicos/as y enfermeras/os de la UAM-X a través de un cuestionario de tipo preguntas abiertas y de opción múltiple que permitió observar y describir la actitud de los estudiantes de medicina y enfermería en el proceso de la muerte digna, el muestreo no fue probabilístico ya que no fue representativo del universo de estudiantes matriculados en ambas licenciaturas, y se determinó a partir del interés de los estudiantes para participar en el estudio. Se pidió a dos grupos de estudiantes de las licenciaturas de medicina y enfermería de la UAM-X su participación voluntaria, y finalmente aceptaron participar 21 estudiantes. El cuestionario consta de 50 preguntas. La primera sección consistió en una serie de preguntas abiertas y en la segunda sección se utilizó una escala para medir las actitudes de los médicos y enfermeras a ciertos aspectos sobre la muerte digna. Se utilizó la escala de Likert ya que es un conjunto de ítems que se presentan en forma de afirmaciones para medir el nivel del sujeto en las siguientes categorías: En desacuerdo, acuerdo o neutrales.¹¹⁴ la escala permitió verificar aspectos vinculados con la representación social de la muerte digna de los estudiantes participantes en el estudio.

El vaciado de la información fue a través de graficas que nos pudieran proporcionar los datos en porcentajes para una mayor comprensión e interpretación de datos y se utilizó la nube de palabras la cual nos permitió analizar las palabras más repetidas, relevantes en cada respuesta, posteriormente se analizó cada gráfica y se hizo un análisis de resultados para poder describir con mayor detalle los resultados obtenidos con las gráficas de datos y las nubes de palabras.

¹¹⁴ Siamperi pag.252

Criterios de inclusión

Estudiantes de medicina y enfermería de la UAM-X

Que se encuentren realizando su servicio social o sus prácticas profesionales en alguna institución hospitalaria ya sea privada o pública

Criterios de exclusión y eliminación

Estudiantes ajenos a la licenciatura de medicina y enfermería

Estudiantes que se encuentren fuera de un ámbito hospitalario

Estudiantes que no se encuentren inscritos en la UAM-X

Estudiantes que no completaron el cuestionario

IX. Resultados

Para poder realizar el cuestionario fue esencial la revisión y análisis del plan de estudios de ambas licenciaturas para poder formar la estructura de algunas preguntas del cuestionario.

Análisis de plan de estudios en medicina

Analizar el plan de estudios de la Licenciatura en medicina nos va a permitir entender y comprender de manera sintetizada si, los rubros y materias forman a egresados desde un perfil bioético, lo cual nos permitirá ver si los estudiantes tienen alguna preparación en relación con la muerte digna.

La información obtenida se recolectó del plan de estudios de la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco en la división de ciencias biológicas y de la salud, con el título en médica cirujano o médico cirujano.

Plan de estudios

El objetivo general de la licenciatura es formar profesionales capacitados para abordar los problemas de salud, de manera crítica y veraz, a través del método científico y el conocimiento de diferentes saberes, de tal manera que el estudiante entienda el contexto del área en donde trabajará para poder atender colectivamente o individualmente sin importar el área geográfica y poder realizar acciones para la salud, enfocándose en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades más que en la curación, ya que la promoción será la punta de la pirámide de la atención en salud sin perder la relación dinámica y permanente con el segundo y tercer contacto.

Como perfil de ingreso del estudiante debe de contar con los conocimientos básicos en comprensión lectora, manejo de lenguaje, razonamiento matemático, ciencias biológicas, matemáticas, física, química, manejo de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, comprensión de textos en inglés, capacidad para la investigación, trabajo en equipo y actitud de servicio.

El perfil de egreso es el resultado del desarrollo durante la formación académica, así mismo, el egresado será capaz de reconocer la dimensión biopsicosocial del proceso de

salud enfermedad, aplicará el método científico, epidemiológico y conocimientos, habilidades y destrezas, así como también los recursos paraclínicos en la realización de la práctica diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación a nivel individual y colectivo.

Desarrollará la capacidad y criterios para referir de forma oportuna a otros niveles de atención médica, una relación para actuar en conjunto con el paciente, familia y comunidad para establecer una acción integral de promoción de la salud, prevención de enfermedad y recuperación de la salud.

Desarrollo del compromiso académico apoyado en evidencias científicas, actualizándose en conocimientos y habilidades como bases de sus nuevos aprendizajes profesionales respaldados en principios éticos y humanísticos.

La capacidad de transmitir conocimientos, habilidades, destrezas y principios éticos de la profesión para las nuevas generaciones.

En la movilidad el alumno podrá participar en programas con convenios en instituciones conforme al Reglamento de estudios superiores.

Los estudiantes solo tendrán cinco oportunidades para acreditar una misma unidad de enseñanza y aprendizaje, o en otras palabras solo podrán cursar una materia 5 veces.

Los requisitos para la obtención de título profesional son haber cubierto el total de créditos en los cuales ya se incluye el internado médico de pregrado, cumplir con el servicio social, presentar constancia de lectura y comprensión del inglés.

La duración de la licenciatura está prevista para 15 trimestres.

La estructura del plan de estudios

El primer nivel es el tronco general en el cual el primer subnivel es interdivisional, su objetivo es que el alumno desarrolle características críticas, creatividad y es multidisciplinario en el manejo del método científico.

CLAVE	NOMBRE	OBL/OPT	HORAS	HORAS	CRÉDITOS	TRIMESTRE	SERIACIÓN
			TEORÍA	PRÁCTICA			
300000	Conocimiento y Sociedad 1. El proceso histórico de la ciencia y su filosofía. 2. La diferenciación de las ciencias. 3. Introducción al proceso de la investigación científica. 4. Papel de la educación superior en la sociedad.	OBL.	12	4	28	I	

Imagen obtenida del plan de estudios UAM-X

El segundo subnivel es el tronco divisional que tiene por objetivo que el alumno desarrolle una actitud crítica, concepción científica, creativa y multidisciplinaria, mediante la identificación y estudio de problemas de los procesos biológicos que rigen la interacción de los seres vivos y el medio que los rodea, haciendo énfasis en los procesos de salud-enfermedad con una visión biopsicosocial.

CLAVE	NOMBRE	OBL/OPT	HORAS TEORÍA	HORAS PRÁCTICA	CRÉDITOS	TRIMESTRE	SERIACIÓN
3300002	Procesos Celulares Fundamentales	OBL.	15	12	42	II	300000
3300003	Energía y Consumo de Substancias Fundamentales	OBL.	15	12	42	III	3300002
TOTAL DE CRÉDITOS DE ESTE NIVEL					<u>112</u>		

Imagen obtenida del plan de estudios de UAM-X

El segundo nivel es el tronco básico profesional que consta de cuatro etapas:

La primera etapa “Mecanismos de interacción de los elementos del proceso Salud-Enfermedad” tiene como objetivo que el alumno conozca y aplique los métodos científicos y epidemiológicos del proceso de salud-enfermedad en la dimensión individual y colectiva, que identifique, describa y analice las estructuras y funciones de los diferentes sistemas que componen al cuerpo, describa los conocimientos básicos en farmacología para su aplicación especializada y terapéutica.

CLAVE	NOMBRE	OBL/OPT	HORAS TEORÍA	HORAS PRÁCTICA	CRÉDITOS	TRIMESTRE	SERIACIÓN
3350074	Introducción a la Medicina: Morfofisiología I	OBL.	6	5	17	I o II	
3350075	Introducción a la Medicina: Morfofisiología II	OBL.	6	5	17	I o II o III	
3350061	Introducción a la Medicina: Farmacología	OBL.	5	6	16	II o III	300000 y 3350074 y 3350075

Imagen obtenida del pan de estudios UAM-X

Etapas dos “Crecimiento y desarrollo biológico y social del individuo” cuyo objetivo es que el estudiante conozca el proceso de reproducción y analice los factores biopsicosociales que están relacionados con crecimiento y desarrollo del individuo, se tomará desde la niñez hasta la adolescencia, en el cual se identificará el desarrollo normal y las patologías en estos grupos etarios para aplicar el análisis en el diagnóstico y el diseño del tratamiento. El alumno será capaz de identificar, describir y ejercer con principios éticos,

acciones de salud, prevención, promoción, detección, diagnóstico, tratamiento, referencia y rehabilitación.

CLAVE	NOMBRE	OBL/OPT	NORMA	NORMA	CRÉDITOS	TRIMESTRE	SERIACIÓN
			TEORÍA	PRÁCTICA			
3350062	El Hombre y su Ambiente	OBL.	12	16	40	IV	3300003 y 3350061
3350063	El Hombre y su Medio Interno (M)	OBL.	15	10	40	V	3350062

Imagen obtenida del plan de estudios UAM-X

CLAVE	NOMBRE	OBL/OPT	HORAS	HORAS	CRÉDITOS	TRIMESTRE	SERIACIÓN
			TEORÍA	PRÁCTICA			
3350064	Reproducción	OBL.	14	9	37	VI	3350063
3350065	Crecimiento y Desarrollo del Infante y del Pre-escolar	OBL.	14	9	37	VII	3350064
3350066	Crecimiento y Desarrollo del Escolar y del Adolescente	OBL.	14	9	37	VIII	3350065

Imagen obtenida del plan de estudios UAM-X

Etapa tres “Procesos salud-enfermedad en el adulto mayor a través de su atención integral” el objetivo es que el estudiante explique los factores biopsicosociales que afectan el estado de salud-enfermedad del adulto y el adulto mayor en las diferentes etapas, en la cual el alumno identificará, describirá y aplicará medidas de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, promoción de la salud, educación para la salud en enfermedades frecuentes para los grupos etarios, terapéutica quirúrgica y atender las principales urgencias médico-quirúrgicas.

CLAVE	NOMBRE	OBL/OPT	HORAS	HORAS	CRÉDITOS	TRIMESTRE	SERIACIÓN
			TEORÍA	PRÁCTICA			
3350067	Atención Integral del Adulto I	OBL.	14	9	37	IX	3350066
3350068	Atención Integral del Adulto II	OBL.	14	9	37	X	3350067
3350069	Atención Integral del Adulto III	OBL.	9	16	34	XI	3350068
3350070	Atención Integral de Urgencias Médicas y Quirúrgicas	OBL.	9	16	34	XII	3350069

Imagen obtenida del plan de estudios de UAM-X

Etapa cuatro “integración de la práctica profesional” cuyo objetivo es que el estudiante basado en las ciencias básicas, clínicas, socio-médicas e investigación integre los conocimientos, habilidades, destrezas y valores éticos para resolver los problemas en salud en los distintos niveles de atención, para construir una práctica basada en la promoción, preservación y recuperación de la salud a través del pensamiento crítico, reflexiva y metodológico. El estudiante será capaz de identificar e integrar los conocimientos adquiridos durante la licenciatura y aplicarlos a la práctica médica para la

solución de problemas de salud y fortalecer las habilidades clínicas diagnosticadas, la atención clínica integral en práctica será en los diferentes grupos etarios en las áreas básicas como medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía, urgencias y medicina familiar o comunitaria.

CLAVE	NOMBRE	OBL/OPT	HORAS TEORÍA	HORAS PRÁCTICA	CRÉDITOS	TRIMESTRE	SERIACIÓN
3350071	Atención Clínica Integral I	OBL.	6	28	40	XIII o XIV	3350070
3350072	Atención Clínica Integral II	OBL.	6	28	40	XIII o XIV	3350070
3350073	Atención Clínica Integral III	OBL.	6	28	40	XV	3350071 y 3350072
TOTAL DE CRÉDITOS DE ESTE NIVEL					<u>503</u>		

Imagen obtenida del plan de estudios de UAM-X

Análisis

En la revisión del plan de estudios a partir de la etapa uno trimestre IV el hombre y su ambiente en la unidad VI. Introducción a la clínica propedéutica en el tema 6.3 se comienza a enseñar la relación médico-paciente que es lo primordial para que el paciente tenga la seguridad y comunicación adecuada con el médico para tomar decisiones de acuerdo con diagnóstico y tratamiento; se habla de la historia de la bioética, el consentimiento informado y la NOM para la investigación para la salud en seres humanos a partir de la unidad VII. Aspectos éticos y legales de la investigación con seres humanos.

En el trimestre V el hombre y su medio interno unidad I. Fundamentos clínicos y bases éticas para la práctica de la medicina científica, se habla de los comités de bioética hospitalarios e investigación.

Trimestre VII y VIII, en la Unidad II ya se habla de bioética y legislación, en relación con la toma de decisiones, consentimiento informado, la muerte y el morir al inicio de la vida.

Trimestre XI, atención integral del adulto III, unidad II. Bioética y neuroética clínica 2.3 atención al duelo y cuidados paliativos, 2.4 voluntad anticipada; unidad VII geriatría y gerontología 7.9 tanatología.

Trimestre XIII o XIV, atención clínica integral I, II y III, unidad VII. Subprograma de formación, asesoría y acompañamiento 7.7 bioética al 7.7.2. Bioética e investigación clínica, los apartados dentro de esta unidad se habla de voluntad anticipada, consentimiento, informado, limitación de esfuerzo terapéutico, cuidados paliativos.

Como se puede observar en la licenciatura en medicina sí se habla del acompañamiento, cuidados paliativos, consentimiento informado, voluntad anticipada y se enfatiza la relación médico-paciente, pero en ninguna unidad se habla de la eutanasia y MMA, no se menciona si hay una enseñanza para dar la malas noticias o como los médicos puedan aprender a sobre llevar la muerte ya que lidian con ella día a día , solo en las entrevista con los médicos y médicas se podrá saber si dentro alguno de los rubros se habla de los temas en cuestión.

Análisis de plan de estudios en enfermería

Analizar el plan de estudios de la Licenciatura en enfermería de la UAM-X nos va a permitir identificar si los rubros y materias del plan de estudio forman egresados desde un perfil bioético, lo cual nos puede ayudar a deducir si los estudiantes tienen alguna preparación en relación con la muerte digna.

La información obtenida se recolectó de el plan de estudios de la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco en la división de ciencias biológicas y de la salud, con el título en Licenciado en Enfermería o licenciada en enfermería.

Plan de estudios

El objetivo general del plan de estudios es formar a profesionistas desde un enfoque interdisciplinario y pluridisciplinario para brindar atención a nivel individual y colectivo, con énfasis en la salud más que en la enfermedad, teniendo en cuenta el contexto biopsicosocial.

El perfil de ingreso solicita a los aspirantes conocimientos y habilidades previas como pensamiento lógico, sentido de la responsabilidad, compromiso e interés por el cuidado, carácter empático, tolerante e igualitario en las ciencias de la vida y la salud.

El perfil de egreso indica que los estudiantes sean capaces de actuar en los diferentes ámbitos educativo, investigación, servicio, preservación y expansión de la cultura en salud; conscientes de los dilemas sociales y profesionales para garantizar una enfermería de calidad, formando estudiantes autocríticos y multidisciplinarios que permitan mejorar las condiciones de salud, servicio y bienestar social.

En la movilidad el alumno podrá participar en programas con convenios en instituciones conforme al Reglamento de estudios superiores.

Los estudiantes solo tendrán cinco oportunidades para acreditar una misma unidad de enseñanza y aprendizaje, o en otras palabras solo podrán cursar una materia 5 veces; la duración prevista de la licenciatura es de 12 trimestres.

Los requisitos para obtener el título de enfermería son haber cubierto el total de créditos (534 créditos), haber finalizado el servicio social y presentar la acreditación de lectura y comprensión en inglés.

La estructura del plan de estudios

El primer nivel es el tronco general en el cual el primer subnivel es el tronco Interdivisional cuyo objetivo es que el alumno desarrolle individualmente características críticas, creativas, interdisciplinarias a través del desarrollo del conocimiento científico que pueda

CLAVE	NOMBRE	OBL/OPT	HORAS TEORÍA	HORAS PRÁCTICA	CRÉDITOS	TRIMESTRE	SERIACIÓN
300000	Conocimiento y Sociedad 1. El proceso histórico de la ciencia y su filosofía. 2. La diferenciación de las ciencias. 3. Introducción al proceso de la investigación científica. 4. Papel de la educación superior en la sociedad.	OBL.	12	4	28	I	

formar al profesional para su práctica laboral.

Imagen obtenida del plan de estudios de UAM-X

El segundo subnivel es el tronco divisional, el objetivo es que el estudiante fortalezca individualmente el pensamiento autocritico, método científico, la creatividad, la interdisciplinariedad a través de la identificación y estudio de problemas relacionados con los procesos biológicos que son regidos por las interrelaciones de los seres vivos y su medio externo, matizando el proceso salud-enfermedad dentro del contexto

CLAVE	NOMBRE	OBL/OPT	HORAS TEORÍA	HORAS PRÁCTICA	CRÉDITOS	TRIMESTRE	SERIACIÓN
3300002	Procesos Celulares Fundamentales	OBL.	15	12	42	II	300000
3300003	Energía y Consumo de Sustancias Fundamentales	OBL.	15	12	42	III	3300002
TOTAL DE CRÉDITOS DE ESTE NIVEL					112		

biopsicosocial.

Imagen obtenida de el plan de estudios de UAM-X

El segundo nivel es el tronco básico profesional, el cual está estructurado por tres etapas:

La primera etapa “Cuidados de enfermería”, el objetivo es analizar el marco epistemológico y sociológico del proceso de salud-enfermedad que establece los

CLAVE	NOMBRE	OBL/OPT	HORAS TEORÍA	HORAS PRÁCTICA	CRÉDITOS	TRIMESTRE	SERIACIÓN
3350027	Cuidado de la Salud	OBL.	15	14	44	IV	3300003
3350028	Cuidado de la Salud Comunitaria	OBL.	15	14	44	V	3350027
3350029	Cuidado en la Clínica	OBL.	15	17	47	VI	3350028

cuidados de enfermería.

Imagen obtenida del plan de estudios de UAM-X

La segunda etapa “Cuidado de enfermería en el ciclo de vida”, cuyo objetivo es analizar y aplicar los cuidados de la enfermería en las diferentes etapas de la vida, considerando al paciente como un ser biopsicosocial durante el proceso de salud-enfermedad.

CLAVE	NOMBRE	OBL/OPT	HORAS TEORÍA	HORAS PRÁCTICA	CRÉDITOS	TRIMESTRE	SERIACIÓN
3350030	Cuidado de Enfermería en la Sexualidad y Reproducción	OBL.	16	16	48	VII	3350029
3350031	Cuidado de Enfermería en el Crecimiento y Desarrollo del Recién Nacido, Lactante y Preescolar	OBL.	16	16	48	VIII	3350030
3350032	Cuidado de Enfermería en el Crecimiento y Desarrollo del Escolar y Adolescente	OBL.	16	16	48	IX	3350031
3350058	Cuidado de Enfermería en el Adulto con Trastornos Médico-Quirúrgicos	OBL.	16	16	48	X	3350032
3350059	Cuidado de Enfermería del Adulto Mayor en la Comunidad	OBL.	16	16	48	XI	3350058

Imagen obtenida del plan de estudios de UAM-X

La tercera y última etapa “Gestión del cuidado de enfermería en los servicios de salud”, el objetivo de esta etapa es que el estudiante pueda aplicar los elementos de la gestión dentro de la organización de los servicios de salud para un cuidado de enfermería seguro, libre de riesgos y que garantice la calidad.

CLAVE	NOMBRE	OBL/OPT	HORAS TEORÍA	HORAS PRÁCTICA	CRÉDITOS	TRIMESTRE	SERIACIÓN
3350060	Gestión y Cuidado de Enfermería	OBL.	15	17	47	XII	3350059
TOTAL DE CRÉDITOS DE ESTE NIVEL					<u>422</u>		

Imagen obtenida del plan de estudios de UAM-X

Análisis

Al analizar el plan de estudios tanto en medicina como en enfermería llevan las mismas materias y rubros durante el tronco Interdivisional y el tronco divisional, posteriormente las materias cambian en el segundo nivel que es el tronco básico profesional.

En la etapa uno trimestre IV unidad II. Ética del cuidado, continuamente en la unidad III. Comunicación entre el profesional de enfermería y el paciente, la base de estas dos unidades en la primera etapa es inducir al estudiante a abrir sus horizontes para poder entender el contexto del paciente y generar una comunicación empática que abrirá la confianza entre el profesional y el paciente, al entrevistar a los alumnos se confirmará tal observación dentro su formación; en el trimestre V unidad III. Ética del cuidado de enfermería, se menciona un marco legal del cuidado de la enfermería y códigos éticos; En el trimestre VI unidad IV Bioética y legislación en enfermería se tocan temas relacionados al derecho y deber del profesional y el paciente en torno a su salud.

En la etapa dos del trimestre XI unidad VIII. Alternativas en el cuidado en la enfermería para el mantenimiento de la salud, solo se menciona que hay alternativas para los cuidados, pero no especifica que opciones hay, pero sí se menciona que uno de los rubros es el impacto económico y social en el paciente.

En la última etapa del trimestre XI unidad I. Factores determinantes de la salud del adulto mayor en el punto 14 se habla de los cuidados paliativos, pero solo se menciona en el caso de los adultos mayores no de los demás grupos etarios; en la unidad V. tanatología en esta unidad se tocan rubros para hablar de la muerte, sin embargo, no se explica en el rubro si es para que el estudiante de enfermería se prepare para lo que va a vivir o para poder sobrellevar en conjunto con el paciente la muerte.

En el plan de estudios de la licenciatura en enfermería no se menciona en los rubros de cada unidad las palabras clave para la tesis, solo los cuidados paliativos y la relación de la bioética con los derechos y obligaciones del paciente, no se especifica de manera clara la unidad de tanatología, la formación en este plan de estudios solo se podrá entender cuando se realicen las entrevistas con los estudiantes ya que el plan de estudios no menciona de que va cada rubro solo título. Es importante destacar que el plan de estudios de ambas licenciaturas a partir del tronco profesional es muy diferente a pesar de que ambas convergen la mayoría del tiempo con la muerte.

Resultados de cuestionarios

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos mediante un formulario de Google, aplicado en línea a estudiantes de medicina y enfermería de la UAM-Xochimilco. Originalmente se planeó hacer entrevistas a profundidad a los participantes, pero el alumnado no pudo prestar tiempo para la realización de estas, según su dicho, debido a la sobrecarga de actividades escolares, por lo que se tuvo que optar por un cuestionario para poder brindarles mayor accesibilidad y para poder recolectar la información empírica que le da forma a este estudio.

Para la elaboración de las preguntas del formulario, se tomaron en cuenta temas como la dignidad, relación médico-paciente, muerte, muerte digna y decisiones al final de la vida. Adicionalmente, en el cuestionario se recabaron algunos datos demográficos de los participantes.

El cuestionario está dividido en dos secciones, la primera consiste en preguntas sobre la concepción de muerte y muerte digna de los estudiantes, no hay respuestas correctas por lo que se les solicitó que fueran lo más honestos posibles; la segunda sección los estudiantes tenían que leer los enunciados y elegir el que mejor se ajustara a su criterio.

El formulario tuvo una fase de pilotaje, en la que participaron 9 personas. Tras el pilotaje, se reformuló la segunda sección y la orientación de las preguntas, dado que se les preguntaba ¿Qué es la dignidad? y mencionaban que era algo muy complejo de describir, por lo que varias preguntas fueron modificadas a lo que pensaban del paciente como por ejemplo ¿Cómo definirías la dignidad para un paciente? De esta forma fue más sencillo que los estudiantes se pudieran expresar.

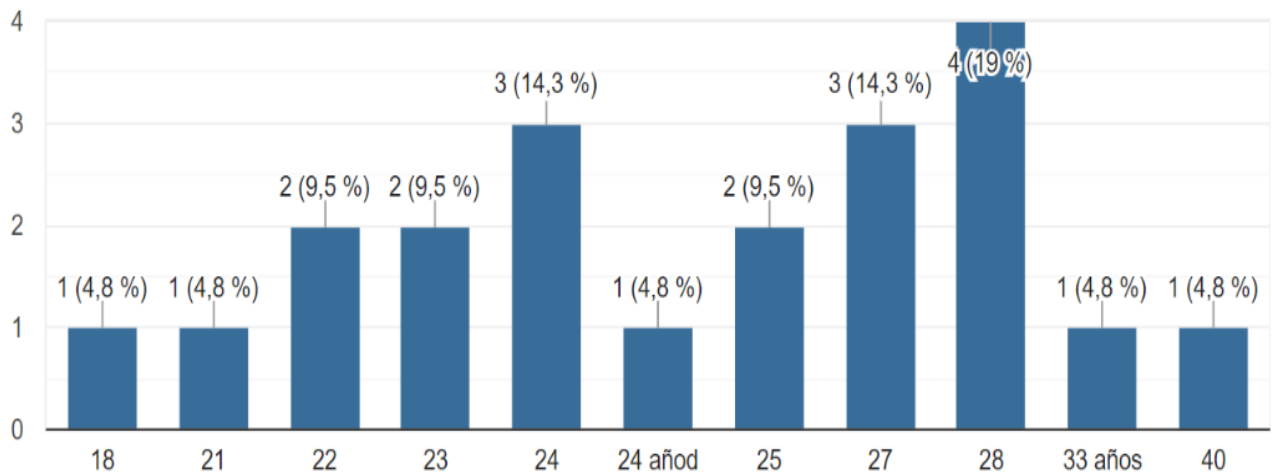
El formulario fue habilitado del día 14 de julio al día 28 de agosto del 2023. Participaron 21 sujetos, 10 pertenecientes a la licenciatura en enfermería y 11 inscritos al plan de estudios de la carrera de medicina en la UAM-X. En promedio, el tiempo de respuesta fue de 15 minutos y en cada caso se obtuvo el consentimiento informado y el acuerdo de confidencialidad, al aceptar ingresar sus datos en el formulario (ver anexo pág. 93). No hubo eliminación de participantes dado que los 21 estudiantes cumplieron con los criterios de inclusión.

Para facilitar la comprensión de los resultados, se presentan gráficas y nubes de palabras, las cuales nos permiten analizar gráficamente lo dicho por las personas. El estudio no es

generalizable, pues no se obtuvo una muestra representativa de los estudiantes, pero nos permite tener una aproximación a lo que estudiantes de medicina y enfermería de la UAM-X piensan sobre la muerte digna.

Respuestas demográficas

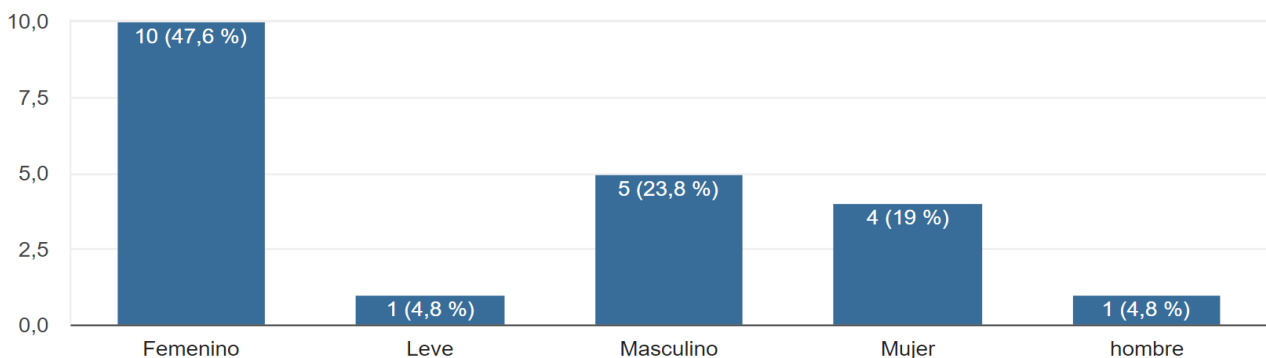
Gráfica 1. Edad de los participantes en el estudio.



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

En la gráfica se presentan las edades de los participantes, con una media los 25 años y una moda de 28 años. Es importante recalcar que la edad y experiencia de los estudiantes influye de manera importante dentro del cuestionario, ya que se habla sobre experiencias con la muerte.

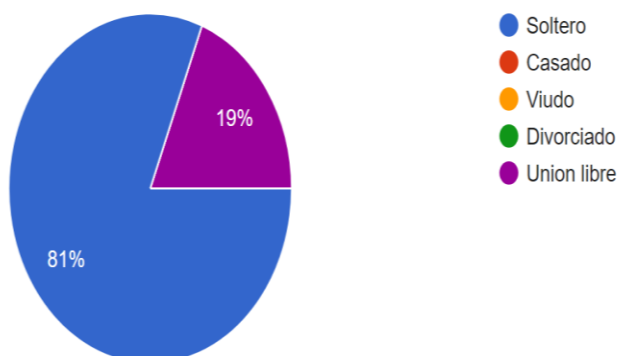
Gráfica 2. Sexo de los participantes en el estudio



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

En la gráfica se presenta el sexo de los participantes, teniendo predominio el femenino (con un 67%), en comparación del 28% que representa a los hombres, y un 5% que prefirió omitir con que sexo se identificaba.

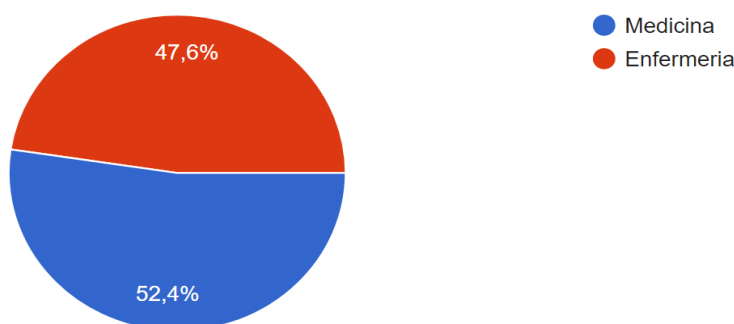
Gráfica 3. Estado civil de los participantes en el estudio



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

En la gráfica se puede apreciar que la mayoría de los estudiantes se encuentran solteros y solo el 19% en unión libre, no hay casados, viudos ni divorciados.

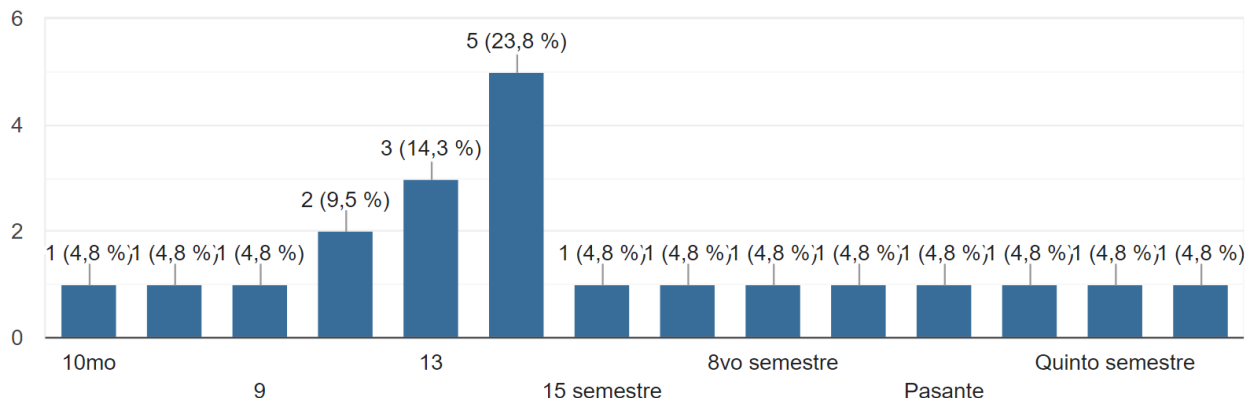
Gráfica 4. Área profesional de los participantes en el estudio



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

En la gráfica se muestra qué contestaron estudiantes de ambas licenciaturas, no hubo gran diferencia en el grupo de interés, ya que se buscó que la participación fuera lo más equitativa posible para llegar a un análisis más acertado de los diferentes pensamientos de los estudiantes de cada licenciatura.

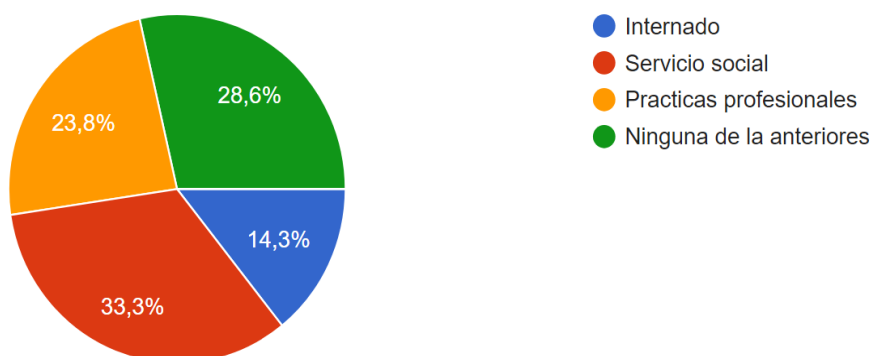
Gráfica 5. Trimestre lectivo de los participantes en el estudio



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

La siguiente gráfica nos permite visualizar en qué trimestre se encuentran los estudiantes de ambas licenciaturas, la mayoría se encuentra por terminar (43% de los participantes), mientras que el 33% se encuentra a la mitad de licenciatura, dependiendo de esta, ya que en medicina son 15 trimestres y en enfermería 12 trimestres por lo que todos los que contestaron están dentro del rango especificado en la metodología.

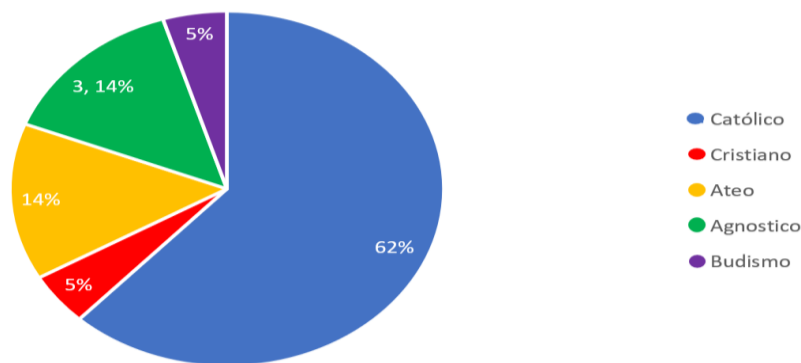
Gráfica 6. Prácticas profesionales, internado y servicio social de los participantes en el estudio



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

En la gráfica se puede observar que el 93% de los estudiantes ya se encuentran realizando prácticas dentro de su ámbito profesional y no solamente cuentan con formación teórica escolar, lo que probablemente les permite tener una mayor posibilidad de tener acceso a las condiciones de los pacientes. Aunque cabe aclarar que en el cuestionario no se consideró preguntar directamente si esto influye en perspectiva en cuanto a la muerte digna, ni tampoco se indagó en qué ámbitos e instituciones se encuentran realizando su servicio social, su internado o sus prácticas profesionales.

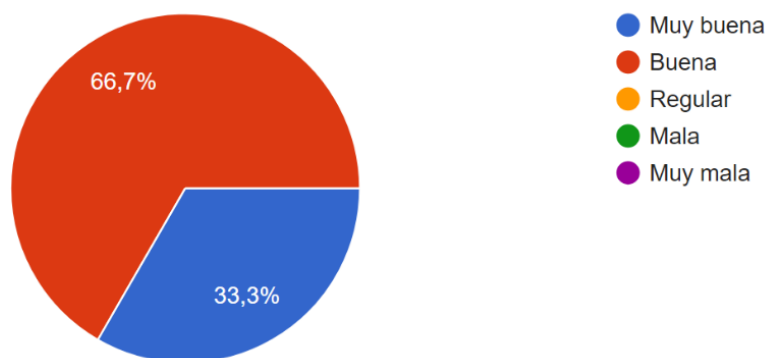
Gráfica 7. Religión de los participantes en el estudio



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

En la gráfica se puede observar que más de la mitad de los participantes tiene alguna creencia. Es relevante saber si los estudiantes profesan una religión, ya que existen muchos dilemas entre la religión y el acceso a una muerte digna por la diversidad de creencias sobre el alma, por lo que es importante para la investigación indagar sobre las creencias de los estudiantes, ya que de ellas pueden depender las decisiones para aceptar o no una muerte digna o bajo qué circunstancias la aceptarían o no. En este estudio, más del 70% de los participantes declaró profesar alguna religión, pero por la naturaleza del instrumento, no fue posible indagar a profundidad el sentido de sus creencias ni cómo es que influyen en su comprensión de la muerte digna, por ello es por lo que solamente se presentan los porcentajes a nivel descriptivo.

Gráfica 8. ¿Cómo suele ser tu relación con los pacientes?



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

Al respecto de la pregunta sobre cómo suele ser su relación con los pacientes, en la siguiente gráfica se pueden observar 5 categorías (muy buena, buena, regular, mala y muy mala), de las cuales los participantes marcaron Muy buena (33%) y Buena (67%). Ningún participante marcó alguna opción referente a una relación desfavorable. Consideramos que es importante que exista una buena relación con el personal de salud y los pacientes para que haya una comunicación lo suficientemente clara en lo que respecta a la toma de decisiones en torno al final de la vida, aunque aquí también es importante mencionar que en la gráfica se representa la forma en la que los participantes valoran su relación con los pacientes y no constituye un dato directo del tipo de relación que suelen tener cotidianamente.

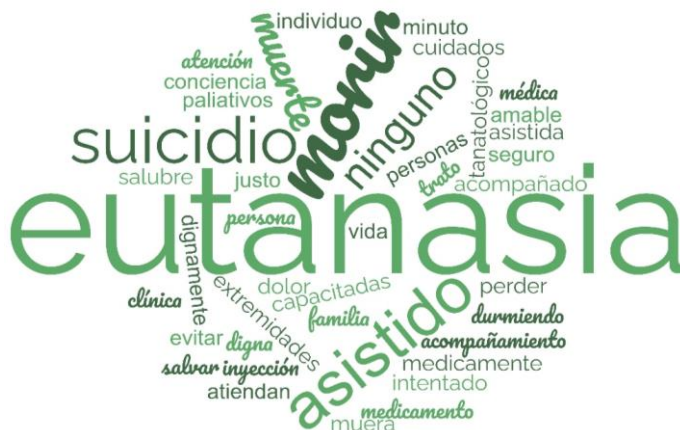
Recapitulación de resultados

En este apartado conocemos las respuestas demográficas de los estudiantes, la media de edad de los estudiantes que participaron en la encuesta es de 25 años y con una moda de 28 años. La mayoría de los participantes (67%) fueron mujeres y hubo quien (5%) decidió no declarar su género. El estado civil de los estudiantes en la gráfica indica que el (81%) de los estudiantes declaró que se encuentra en unión libre y el (19%) soltero. El área profesional nos muestra que prácticamente por un estudiante la encuesta no constituyó una muestra de 50% de estudiantes de medicina y 50% de enfermería. El trimestre lectivo es de interés dado que dentro nuestros criterios de inclusión eran necesario que se encontraran realizando el servicio social, prácticas o internado y este sucede cuando se

A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

En la nube se puede observar que las palabras más relevantes que expusieron los estudiantes son morir sin sufrimiento, condiciones dignas, derecho, trato digno, autonomía, paz, evitar dolor y tranquilidad.

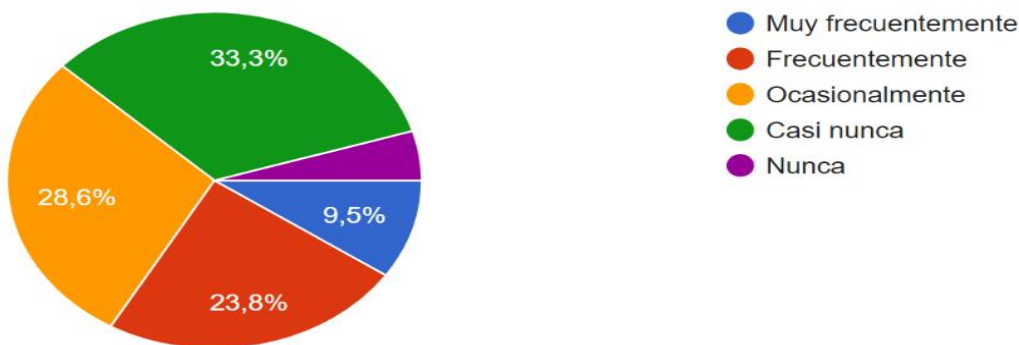
Gráfica 12 ¿Qué medios conoces para morir dignamente?



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

En la nube se puede visualizar que la palabra más repetida en las respuestas es eutanasia y con menos frecuencia suicidio asistido, cuidados tanatológicos, cuidados paliativos, inyecciones y también se puede ver que mencionan acompañamiento familiar.

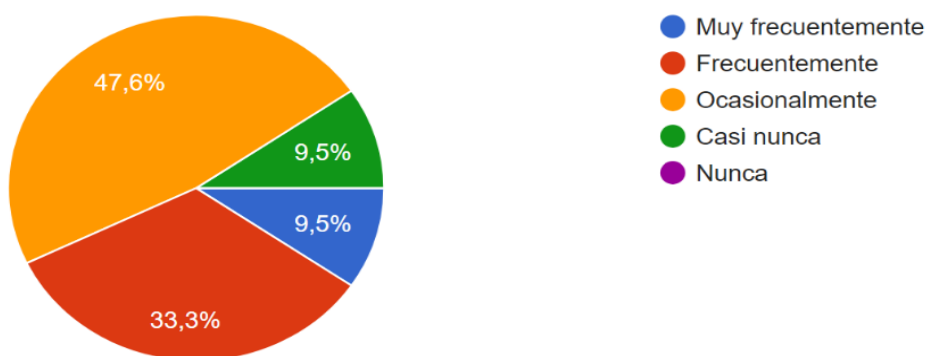
Gráfica 13. En tu familia ¿Qué tan frecuentemente hablan sobre la muerte?



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

En la gráfica se muestra que las pláticas en familia de los estudiantes sí se habla de la muerte, este tema no es de hablarlo del diario, pero si es un tema del que hablar a través de lo que ellos viven y ven en sus respectivos espacios de aprendizaje, sin embargo, se toma en consideración que la mayoría de los estudiantes están en su servicio social por lo que existe la posibilidad de que no se encuentren aun con pacientes en trato directo hospitalario.

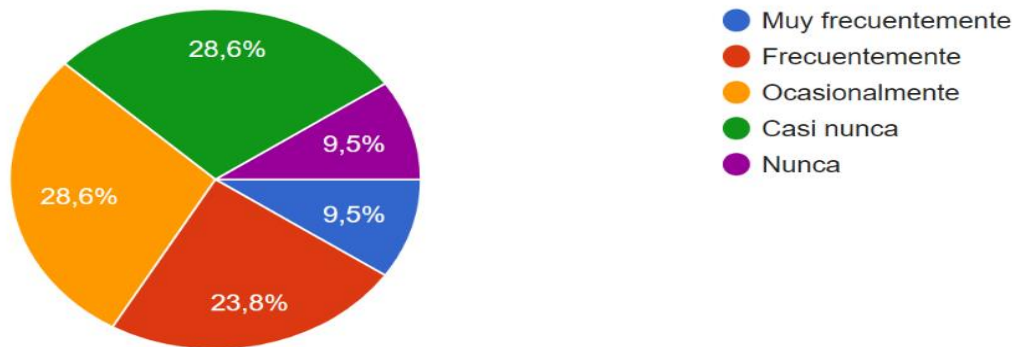
Gráfica 14. En tus clases de la universidad ¿Qué tan frecuentemente hablan sobre la muerte?



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

En la gráfica se muestra que el tema de muerte se habla ocasionalmente (48%) y frecuentemente (33%), estas cifras pueden explicarse considerando que en sus planes de estudio que se encuentran en el apartado de metodología analizados, se puede apreciar que en ambas licenciaturas se hablan de temas relacionados a la muerte, pero, en medicina se hablan desde el VIII trimestre mientras que en enfermería se habla a partir del VI trimestre y solo se habla de tanatología, pero no se visualiza si tocan los temas dirigidos a la muerte de los pacientes como los estudiantes de medicina a pesar de que ambos convergen con el proceso.

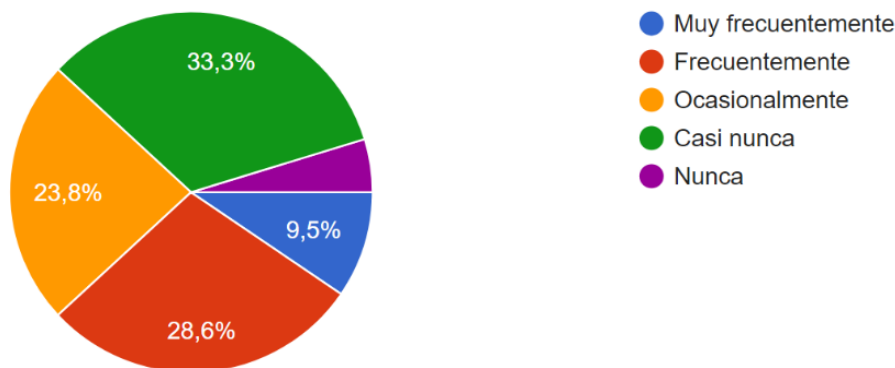
Gráfica 15. ¿En tus clases de la universidad, que tan frecuentemente han hablado sobre la muerte digna?



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

La gráfica nos presenta que el (91%) de los estudiantes si ha hablado sobre la muerte digna en el algún punto de su licenciatura, las respuestas que predominan son, ocasionalmente o casi nunca y solo el (9%) menciona nunca haber tocado el tema. Estos datos nos pueden permitir deducir que dentro las clases universitarias de medicina y enfermería son un ámbito relevante para las representaciones sociales de la muerte digna.

Gráfica 16. ¿Qué tan frecuentemente hablas con tus amigos y/o compañeros (en la universidad, en el internado, en las prácticas o en el servicio social) sobre la muerte digna?

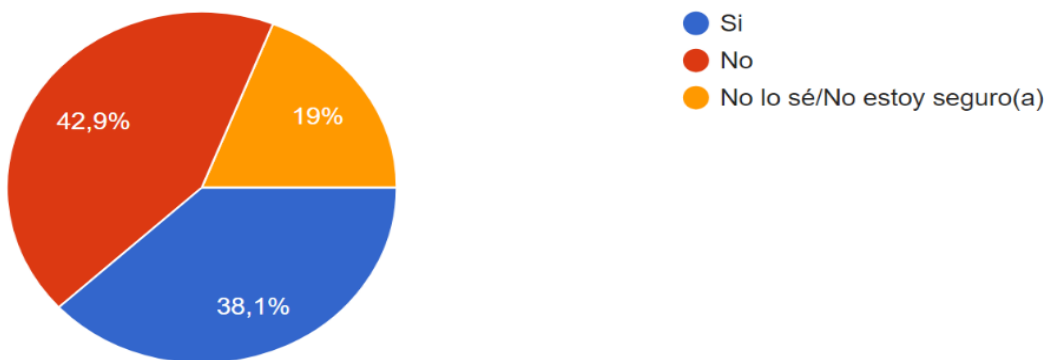


A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

Como se puede observar la gráfica nos muestra que el 38% de los entrevistados declara hablar frecuentemente con amigos y compañeros sobre la muerte digna, mientras que el 24% declara hacerlo ocasionalmente; a su vez, el 33% menciona casi nunca hablar sobre la muerte digna. Solamente el 5% dijo no hablar nunca del tema con sus compañeros, posiblemente sea por la confianza y las experiencias con las que apenas están

comenzando a experimentar, dependiendo de donde se encuentren y en que trimestre se encuentren. En todo caso, en su conjunto, aproximadamente 2/3 partes de los participantes declaran hablar sobre la muerte digna con sus amigos y compañeros, lo cual nos puede dar una idea de que la comunicación entre iguales es un ámbito relevante para la conformación de las representaciones sociales entre médicos y enfermeras respecto de la muerte digna.

Gráfica 17. ¿Consideras que la universidad te preparó lo suficiente para hablar de la muerte con los pacientes?



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

(43%) de los estudiantes que participaron en la encuesta consideran que no los prepararon lo suficiente para hablar con los pacientes sobre la muerte, mientras que el (38%) de los participantes consideraron que sí, un porcentaje menor (19%) se mantiene en una postura de no estar seguros si realmente los prepararon lo suficiente para poder hablar temas delicados con los pacientes. Este dato es relevante y contrasta con las respuestas obtenidas en las gráficas 14 y 15. Pareciese que, aunque en las clases se hable de muerte y muerte digna, más de la mitad de los participantes no consideran que ello sea suficiente para prepararlos para hablar sobre la muerte con los pacientes. Estimamos conveniente que futuras investigaciones profundicen al respecto de la manera en la que se abordan estos temas en las aulas y lo que los estudiantes de medicina y enfermería consideran necesario para estar mejor preparados para hablar de estos temas con sus pacientes.

terapéutico y no consiguen los resultados deseados prolongando el sufrimiento del paciente y el desperdicio de recursos que pueden ser utilizados para otros pacientes.

Gráfica 20. ¿Qué consecuencias negativas o desfavorables crees que tendría legalizar los medios para morir dignamente?



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

La mayoría de los estudiantes creen que legalizar los medios para morir dignamente no tendría ninguna consecuencia negativa o desfavorable, sin embargo, les preocupa que no haya una buena regulación para acceder a algún medio para morir y que cualquier persona pueda tener la opción para morir sin importar que estén en una fase terminal o con una depresión severa, asimismo, mencionan que la familia también debe de ser considerada en la decisión del paciente y si se legaliza no habría como considerar a la familia.

Recapitulación de los resultados

La perspectiva que tienen los estudiantes de la muerte ya sea personal o profesional, se puede interpretar mucho más próxima a los referentes biológicos; para los participantes, la muerte es comprendida como un proceso natural de la vida, sin embargo, también mencionaron creencias vinculadas con la vida después de la muerte, como “reencarnación” y “vida más allá”, lo que nos permite deducir que los alumnos no hacen a un lado las interpretaciones que ellos mismos han ido generando sobre la muerte a partir de las creencias formadas durante su vida, ni lo separan de la parte profesional; la dignidad que ellos definen para un paciente se basa en un trato digno donde vinculan la atención, la

comunicación, la autonomía, la capacidad de decidir, el poder defenderse y no permitir abusos del personal de salud o familiares.

La muerte digna para los estudiantes es morir sin dolor, evitar el sufrimiento, evitar el encarnizamiento terapéutico, y no depender de las nuevas tecnologías para extender una vida que ya no tiene una calidad. Una de las respuestas más interesantes a esta pregunta fue “disfrutar el proceso de morir” el cual puede aludir a morir en un acompañamiento familiar que proporcione la calidez en los últimos momentos de vida del paciente y el descanso no llegue con temor y premura, pero sobre todo ser consciente del hecho de morir. Una persona opinó que no hay dignidad si de muerte hablamos, es muy controversial esta respuesta dado que no se puede interpretar si se refería a la elección de morir por que no hay elección o por el hecho de que la muerte es inevitable y somos incapaces de percibirla como el simple acto de morir, cuando para esa persona la dignidad de un paciente es “valerse por sí mismo”.

Entre los medios que conocen los estudiantes para morir dignamente predomina la eutanasia ya que es la forma más conocida y entendida; a diferencia de las demás formas para acceder a una muerte digna, vemos que para algunos estudiantes morir con dignidad lo relacionan con el acto médico de haber intentado salvar la vida, esto podría indicar que la dignidad de la muerte se alcanza evitando el abandono a la muerte. Ello nos aproxima a entender que la eutanasia está más asociada con las representaciones sociales de la muerte digna en estudiantes universitarios.

La frecuencia con la que hablan los estudiantes con sus familiares sobre la muerte no es muy frecuente pero sí es ocasional, suponemos que quizá por la profesión que eligieron, el tema puede convertirse más regular que en otras familias, en donde quizá se habla justo ante la pérdida de un ser querido. En la universidad los estudiantes sí suelen hablar sobre la muerte y posiblemente esto ocurre cuando se enseñan los temas del trimestre VII y VIII, en la Unidad II bioética y legislación. Se espera que futuros estudios profundicen en el momento en que los estudiantes de medicina y enfermería hablan de estos temas con sus amigos y compañeros.

En el análisis del plan de estudios en la pág. 77 se muestra un breve resumen de las materias relacionadas al tema, en el resumen se puede mostrar que en las unidades se habla de voluntad anticipada, consentimiento, informado, limitación de esfuerzo terapéutico, cuidados paliativos, por parte de la licenciatura en medicina, en enfermería se

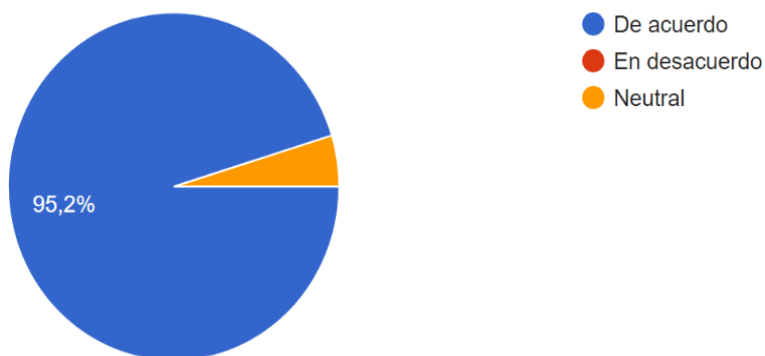
hablan de los temas en el trimestre XI unidad I. Factores determinantes de la salud del adulto mayor en el punto 14 se habla de los cuidados paliativos, pero solo se menciona en el caso de los adultos mayores no de los demás grupos etarios; en la unidad V. tanatología en esta unidad se tocan rubros para hablar de la muerte, sin embargo, no se explica en el rubro si es para que el estudiante de enfermería se prepare para lo que va a vivir o para poder sobrellevar en conjunto con el paciente la muerte.

Los estudiantes sí hablan entre ellos sobre la muerte digna, aunque no sea muy frecuentemente, sin embargo, no pasa por desapercibido el tema en algún momento, en la licenciatura de medicina y enfermería se habla de la relación con el paciente y en ambas se menciona la tanatología y en medicina, se habla aún más de las diferentes formas para morir o avalarse por la carta de voluntad anticipada, con el conocimiento que ya tenían se les preguntó qué medio aceptarían que se legalizara y en su mayoría votaron por eutanasia y MMA y otros por todas las opciones. En general, los estudiantes que participaron en este estudio ven consecuencias favorables al legalizar algún medio para morir dignamente justificando que las personas no deben sufrir y es su decisión decir en qué momento morir para evitar el dolor y con mayor motivo las personas que se encuentran como pacientes terminales, también mencionan que no encuentran alguna consecuencia negativa al legalizar un medio para morir dignamente, sin embargo, si la preocupación que mencionan sobre los familiares y/o la falta de regulación clara sobre casos terminales.

Análisis de la segunda sección del cuestionario

El siguiente análisis de resultados se basa en una serie de enunciados en la que los estudiantes eligieron la mejor opción que se ajustara a su criterio, esto nos permite interpretar que tan de acuerdo. desacuerdo o neutrales se mantienen en relación con situaciones directas con la muerte digna.

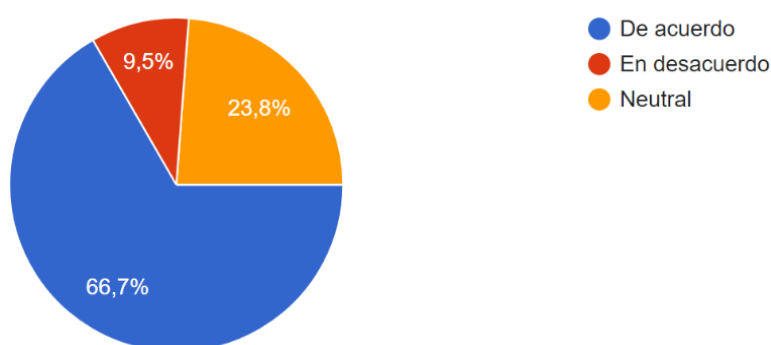
Gráfica 21. Un paciente debería poder elegir cuándo morir dignamente



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

Como se puede observar los estudiantes tienen una actitud positiva a la elección de aceptar la decisión del paciente para elegir cuando morir (67%), mientras que los demás estudiantes se muestran en una posición neutral (24%), sin embargo, hay quienes estuvieron en desacuerdo (9%)

Gráfica 22. Enfermería puede intervenir en el proceso de la muerte digna

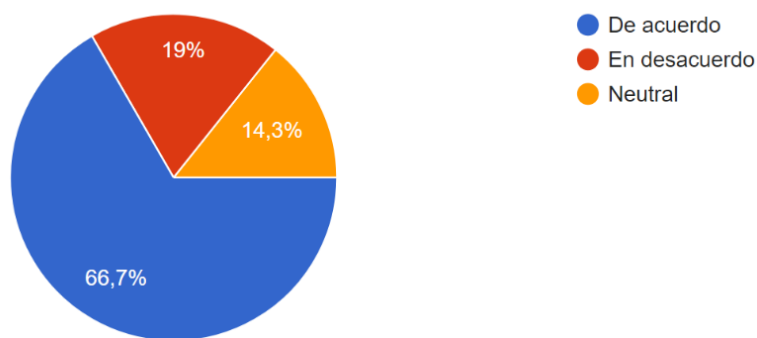


A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

En la Gráfica 4 (Área profesional de los participantes en el estudio) se puede apreciar que este estudio está integrado por 21 estudiantes, de los cuales (48%) estudian enfermería y el (53%) medicina, salvo por un estudiante la muestra no es equitativa entre ambos grupos, lo cual es importante porque la actitud de los estudiantes en admitir que mantienen una postura de aceptación respecto a que los estudiantes de enfermería también pueden aplicar un medio para morir dignamente sea igualitario y ya sea un médico o un enfermero quien la aplique está bien, sin embargo, hubo estudiantes que mantenían una postura neutral la cual permite visualizar que los estudiantes no ven algo

desfavorable o favorable a que los profesionales de enfermería apliquen un medio para morir, así como también hubo 2 alumnos de medicina que toman una postura de desacuerdo. No se recabó información sobre las razones por las cuales estos dos sujetos están en desacuerdo en que el personal de enfermería aplique medios para morir dignamente, sin embargo, podríamos hipotetizar que se trata de la propia representación social de la medicina respecto de la muerte digna. Futuras investigaciones podrían hacer un análisis más profundo al respecto.

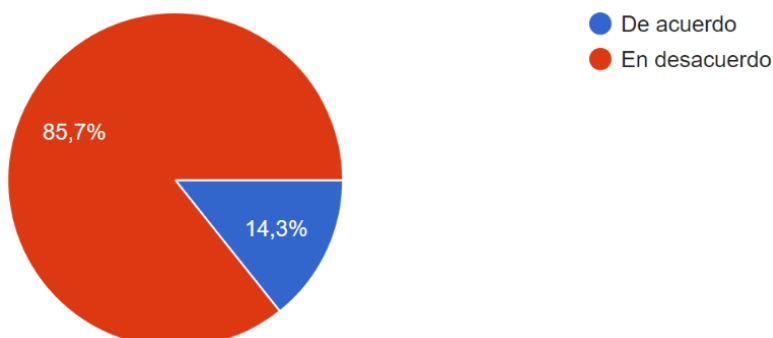
Gráfica 23. Lo mejor para los pacientes es morir dignamente en casa



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

En la gráfica se puede observar que el 67% de los estudiantes está de acuerdo en que los pacientes tengan una muerte digna en casa, el 19% no está de acuerdo y el 14% se mantiene en una postura neutral. A partir de estos datos, podemos deducir que la representación social de la muerte digna se asocia con medios humanitarios para que los pacientes se encuentren en el espacio familiar al momento de morir. En todo caso, podemos decir el hogar y la familia son parte del campo de representación de la muerte digna de acuerdo con los datos que recabamos.

Gráfica 24. Considero la muerte de un paciente como un fracaso profesional

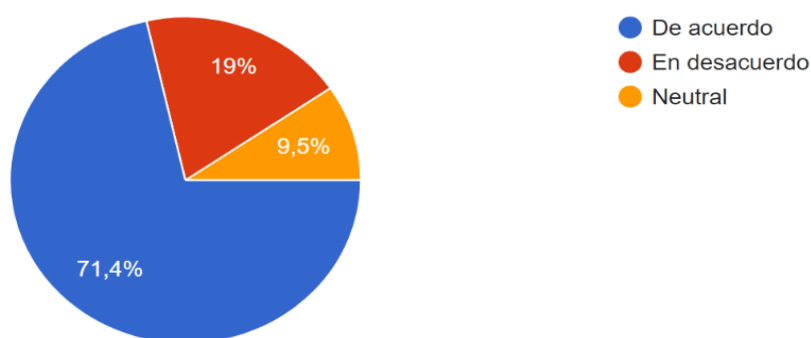


A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

La gráfica nos muestra que el 86% de los estudiantes considera la muerte de un paciente como un fracaso profesional, lo que nos permite interpretar que posiblemente sea por sus creencias o las pocas vivencias que han tenido en relación con la muerte, mientras que el 14% están en desacuerdo probablemente sus vivencias y aprendizajes les han permitido ver a la muerte como una fase terminal de la vida (tal como se muestra en la gráfica N9 nube de palabras correspondiente al significado de muerte).

En futuras investigaciones se debe indagar con mayor cuidado la relación que existe entre la representación social de la muerte digna con respecto a la idea de fracaso profesional al ver morir a un paciente, pero de manera preliminar podríamos deducir que esta respuesta se asocia con la forma en que los estudiantes de medicina y enfermería que participaron en esta investigación consideran no estar preparados para hablar de muerte con sus pacientes. La muerte es una experiencia límite incluso para el personal de salud, y por ello, se requiere formar profesionalmente a médicos y enfermeras para que cuenten con herramientas actitudinales que les permitan afrontar mejor la muerte de los pacientes, sin que ello signifique el abandono de estos, ni que abandonen los principios bioéticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

Gráfica 25. Ayudaría a un familiar mío a morir dignamente si lo solicita

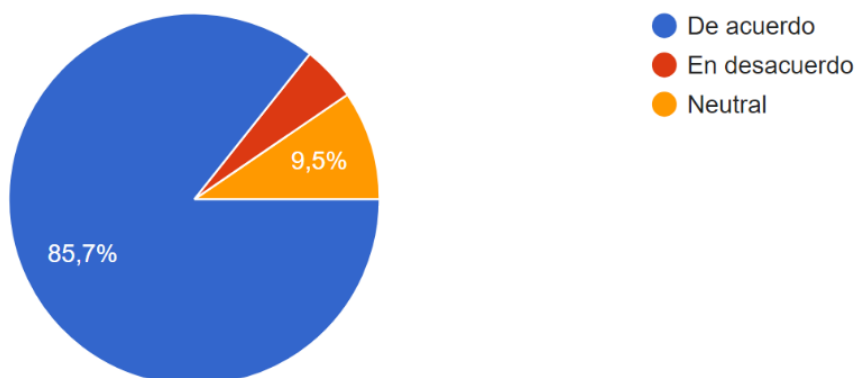


A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

La mayoría de los estudiantes 71% estuvo de acuerdo en ayudar a un familiar a morir dignamente si así lo solicitara, el 19% de los estudiantes manifestaron postura en desacuerdo, y 10% se manifestó neutral. Ello nos conduce a deducir que la

representación social de la muerte digna tiene una fuerte relación con la idea de familia para los participantes de esta investigación. Como vimos, no solamente se observa que los participantes asocian la muerte digna con morir en su casa, sino que, además, pueden imaginar ayudando a un familiar que ha solicitado la muerte digna.

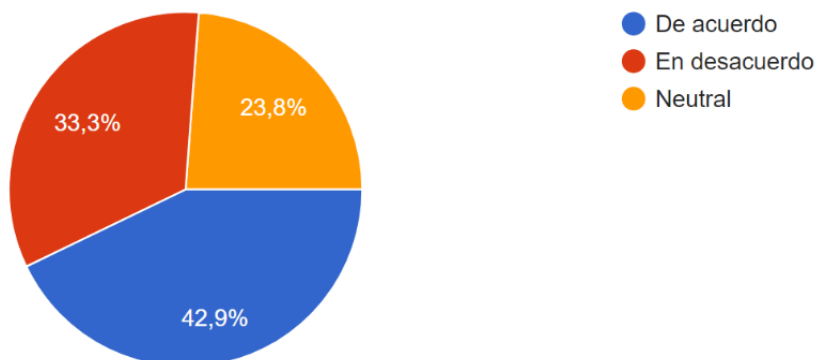
Gráfica 26. Si llegase a padecer una enfermedad o una condición terminal, utilizaría algún medio para morir dignamente



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

La actitud de los estudiantes a aceptar un medio para morir ellos mismos es bastante favorable, y ello posiblemente se deba a que se decide sobre uno mismo y no sobre el otro, lo cual nos permite afirmar que la representación social de la muerte digna de los participantes se vincula fuertemente con la autodeterminación, y, en consecuencia, con la autonomía, pero aquí también hubo estudiantes que se mantienen neutrales a la elección de poner un fin a su vida. Dado el tipo de instrumento que utilizamos, no fue posible indagar con más precisión las razones de esta actitud, pero cabe la posibilidad de que ello se vincule con el tipo de creencias religiosas.

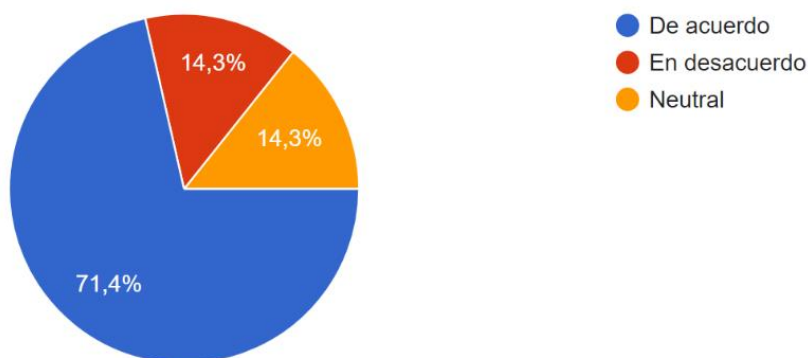
Gráfica 27. Me negaría a ayudar a un paciente si pide adelantar su muerte, pues es ilegal y/o moralmente reprobable



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

La gráfica muestra que el 43% de los estudiantes está de acuerdo en negar la ayuda a un paciente si desea adelantar su muerte pues es ilegal y/o moralmente reprobable, un 33% está en desacuerdo y no negaría su apoyo y el 24% se mantienen neutrales. Es probable que, para los participantes de este estudio, la representación social de la muerte digna se asocie negativamente con el campo de representación de lo ilegal y lo moralmente reprobable. Incluso, por el tipo de enunciado, es probable que los participantes del estudio consideren que adelantar la muerte no es compatible con la representación social de una muerte digna. En futuras investigaciones se debe profundizar en ello, pues esta respuesta nos da un contraste respecto de las actitudes favorables descritas en las gráficas 25 y 26.

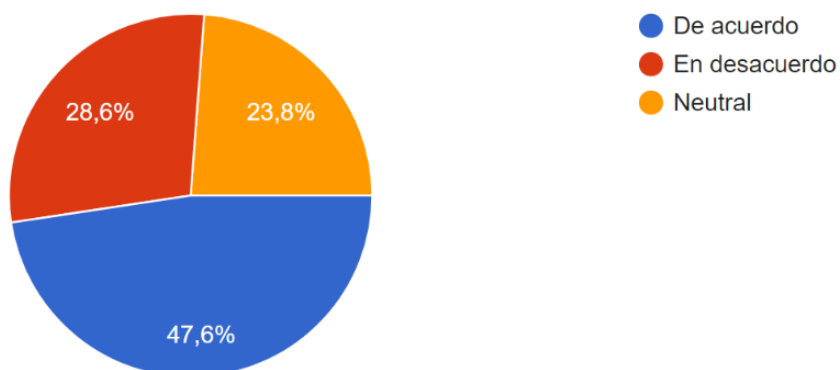
Gráfica 28. El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

El contacto frecuente con la muerte ha hecho que el 72% de los estudiantes la vean como algo natural, mientras que el 14% está en desacuerdo y el 14% se mantenga neutral. Aquí cabe resaltar que esta respuesta contrasta con lo descrito en las gráficas 17 y 24. Salta a la vista que una proporción mayoritaria los participantes consideren que no están preparados para hablar de muerte con sus pacientes y que además la mayoría consideren la muerte como un fracaso profesional, pero que, al mismo tiempo, consideren la muerte como un evento natural. Se recomienda que futuras investigaciones toquen esta relación con mayor énfasis para situar cómo es que los estudiantes de medicina y enfermería se posicionan ante la muerte.

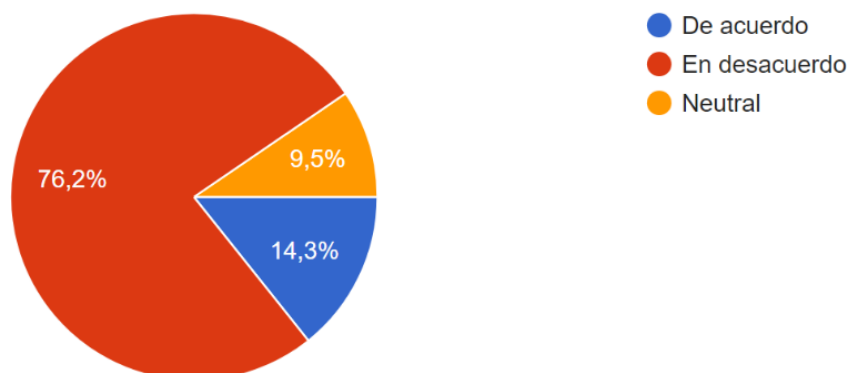
Gráfica 29. No me acostumbro a ver morir pacientes, aunque diariamente me enfrento a la muerte



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

En la gráfica se presenta que el 48% de los estudiantes aun no logran acostumbrarse a ver morir pacientes, el 28% está en desacuerdo con la afirmación y el 24% se mantiene neutral, A partir de su respuesta y de las observaciones previas en las gráficas 17, 24 y 28, surge con más fuerza la duda respecto de si los estudiantes de enfermería y medicina tienden o no a naturalizar la muerte y a volverse insensible ante el dolor humano. Si bien eso es motivo de otro estudio, nos brinda elementos para comprender que la representación social de la muerte de los médicos y enfermeros es más compleja, pues no necesariamente se comprende como un suceso natural de la vida, y que sí les puede llegar a afectar anímicamente.

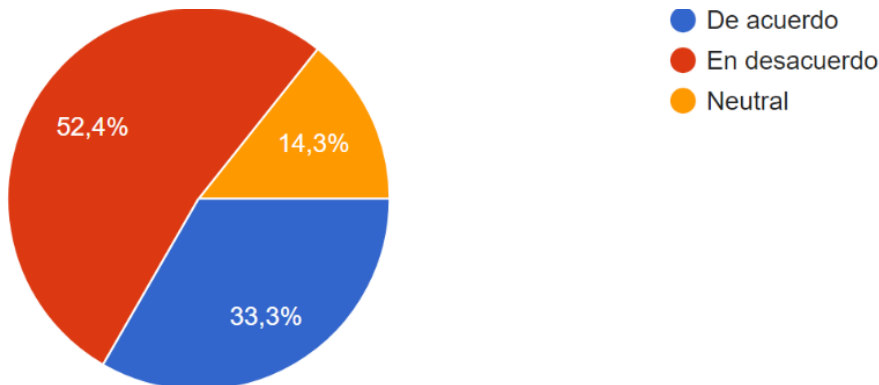
Gráfica 30. Me cuesta empatizar con los pacientes próximos a fallecer



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

En la gráfica se puede observar que el 78% de los estudiantes está en desacuerdo al afirmar que les cuesta empatizar con los pacientes próximos a fallecer, mientras el 13% está de acuerdo y el 9% se mantiene neutral. En la formación académica en la que se encuentran los estudiantes expresan sentir empatía con pacientes próximos a fallecer, lo que permite la apertura de futuras investigaciones para indagar cómo expresan la empatía y a partir de donde la construyen.

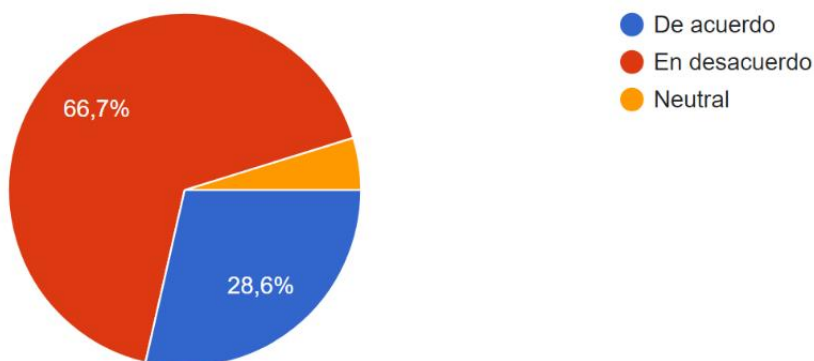
Gráfica 31. Siento culpa o remordimiento cuando un paciente muere



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

En la gráfica se puede observar que el 53% de los estudiantes está en desacuerdo ya que no sienten culpa o remordimiento cuando muere un paciente mientras que el 33% afirma que la siente y el 14% se mantiene neutral.

Gráfica 32. Mi religión o mis creencias personales impedirían que acepte algún medio para morir dignamente

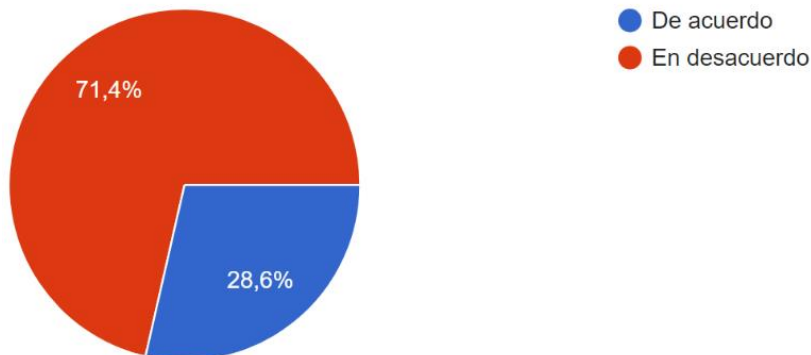


A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

La gráfica muestra que para el 67% de los estudiantes su religión o creencias personales no les impedirían que acepten algún medio para morir dignamente, mientras que para el

28% sí sería un impedimento y el 5% se mantiene neutral. Esta tendencia se corresponde con la gráfica 26, y nos brinda elementos para sostener que la representación social de la muerte digna de nuestros sujetos de investigación no se halla del todo asociada con la religión.

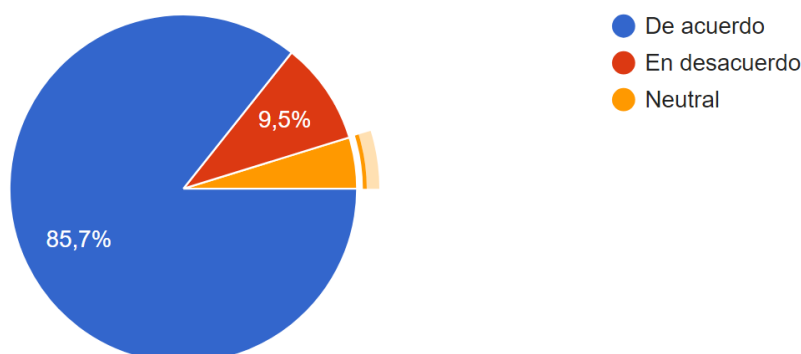
Gráfica 33. Mi religión o mis creencias personales impedirían que le ayude a un paciente a morir dignamente



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

La gráfica muestra que para 71% de los estudiantes su religión o creencias no le impedirían ayudar a un paciente a morir dignamente y el 29% acepta que sus creencias o religión sí serían un impedimento, en esta ocasión ningún alumno se mantuvo neutral, la mayoría de los participantes, manifiestan separar sus creencias religiosas de sus deberes profesionales. Ello refuerza los hallazgos descritos en la gráfica anterior.

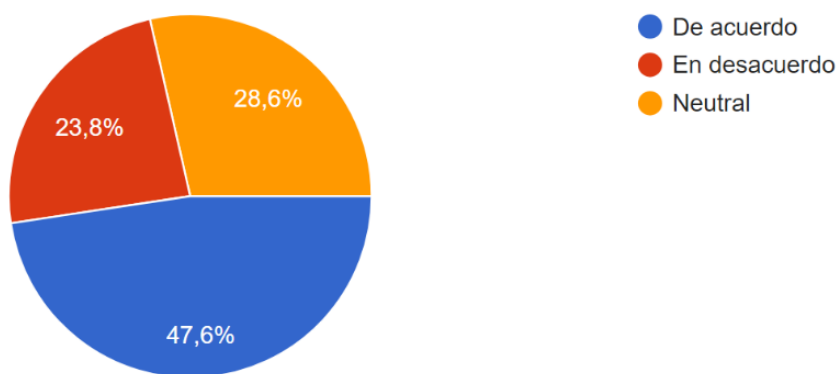
Gráfica 34. La muerte digna puede ser una opción para las personas que padecen una enfermedad o una condición terminal



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

La gráfica muestra que el 86% de los estudiantes están de acuerdo en que la muerte digna sea una opción para las personas que padecen una enfermedad o una condición terminal, mientras que el 9% está en desacuerdo con la elección y el 5% se mantiene neutral. En otras palabras, la representación social de la muerte digna se asocia fuertemente con las ideas de enfermedad y/o condición terminal. Aunque en este estudio no se examinó a detalle qué entienden los participantes como enfermedad o condición terminal, se puede deducir que se tiene una actitud favorable a la muerte digna cuando se piensa que ya no hay cura ante una enfermedad o cuando ya no es posible sostener la vida por medios naturales.

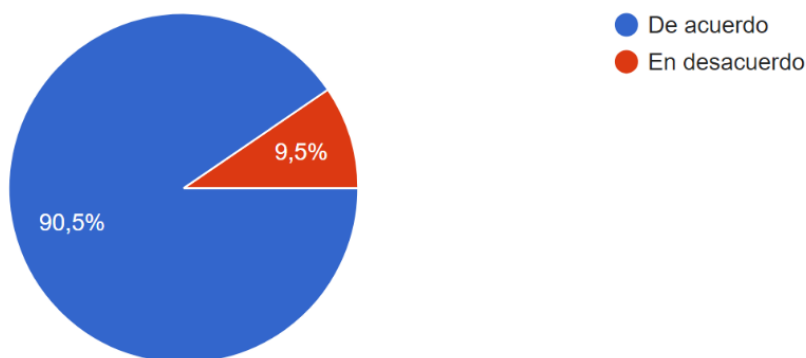
Gráfica 35. El más alto sentido de mi labor es salvar la vida de un paciente, independientemente de los deseos del mismo paciente o de sus familiares



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

La gráfica muestra que el 48% de los estudiantes está de acuerdo en que el más alto sentido de su labor es salvar la vida de un paciente, independientemente de los deseos del mismo paciente o de sus familiares, mientras que el 24% está en desacuerdo y el 28% se mantiene neutral. Este dato difiere con lo anterior. Si bien el impedimento para brindar una muerte digna no es tan palpablemente religioso, pero sí podría ser la base deontológica de la medicina y la enfermería la que podría interferir en el actuar a favor de los deseos de un paciente.

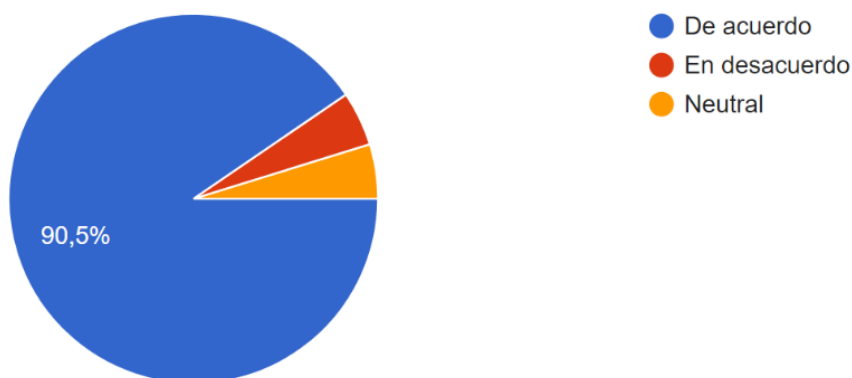
Gráfica 36. Está bien decidir cómo deseamos morir, si es posible tener la opción



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

En la gráfica se puede observar que la mayoría de los participantes de ambas licenciaturas están de acuerdo en tener la opción mientras que solo el 10% estuvo en desacuerdo, como bien se ha dicho, en algunos estudiantes la dimensión deontológica de la medicina y enfermería les impedirían acceder a una opción para poder morir, mientras que los demás alumnos estarían de acuerdo.

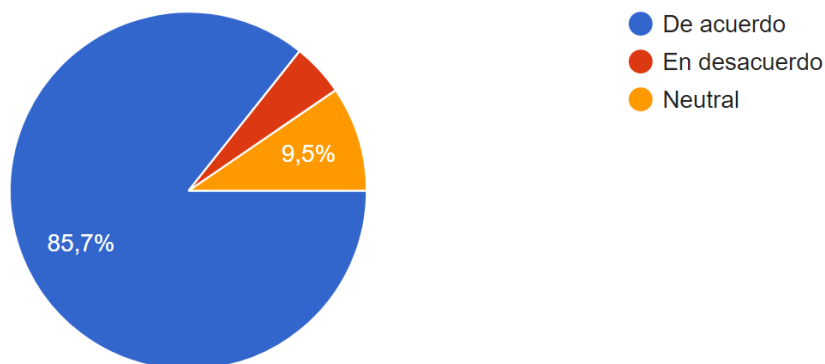
Gráfica 37. Para algunos pacientes, la muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

Al preguntar esto en primera persona a los estudiantes en su mayoría su actitud la siguen manteniendo positiva para que los pacientes puedan liberarse del dolor y sufrimiento, mientras que un 5% están en desacuerdo y otro 5% permanece neutral.

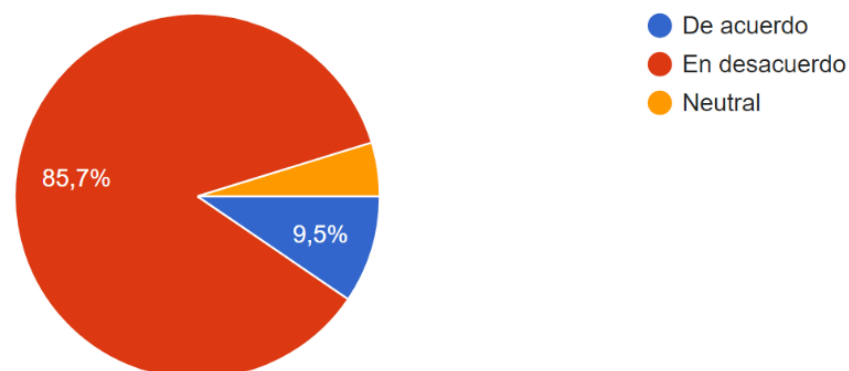
Gráfica 38. La muerte no es buena ni mala



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

En la gráfica se presenta que el 86% de los alumnos está de acuerdo en que la muerte no es buena ni mala solo es el final del ciclo de vida, el 5% estuvo en desacuerdo y el 9% esta neutral.

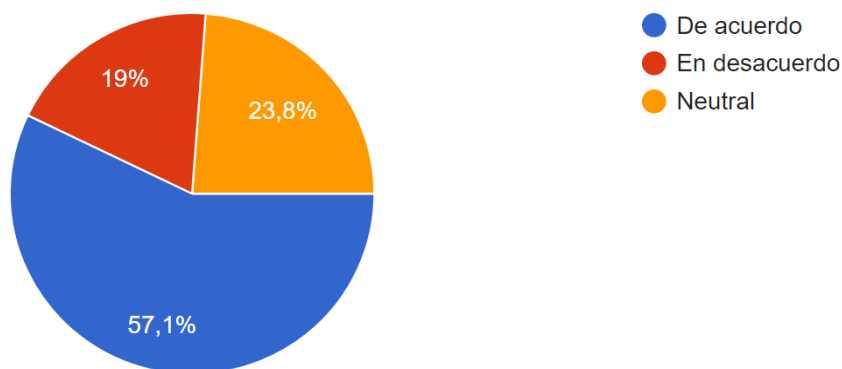
Gráfica 39. Ningún paciente debería tener la opción de adelantar su muerte, porque la vida es sagrada



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

En esta gráfica se puede apreciar que el 86% se encuentra en desacuerdo con la afirmación y aunque nuestro estudio no sea representativo, muestra al menos la actitud de los estudiantes al rechazo a detener a los pacientes para poder morir cuando ellos lo decidan y una pequeña minoría que se encuentra neutral y de acuerdo.

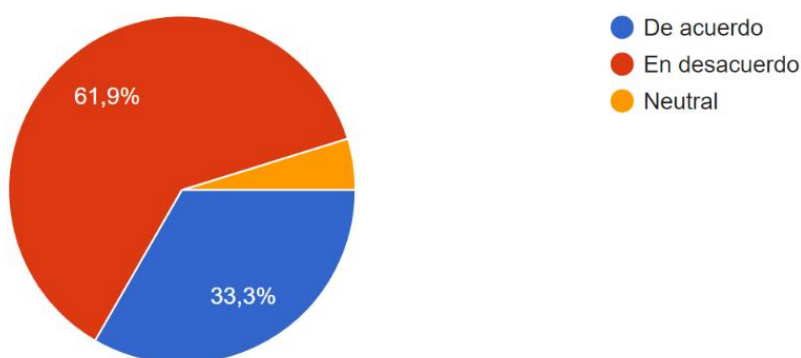
Gráfica 40. Estaría de acuerdo en aplicar directamente medicamento letal a un paciente terminal, sólo si él me lo solicita



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

A pesar de que los estudiantes están de acuerdo en que el paciente escoja cuando morir, solo el 57% estaría de acuerdo en aplicar directamente el medicamento en un paciente si lo solicitara (Eutanasia), el 24% se mantiene en una actitud neutral en donde sea esta u otra forma lo harían y el 19% no estuvo de acuerdo, sin embargo, es la más aceptada como se podrá notar en las siguientes gráficas.

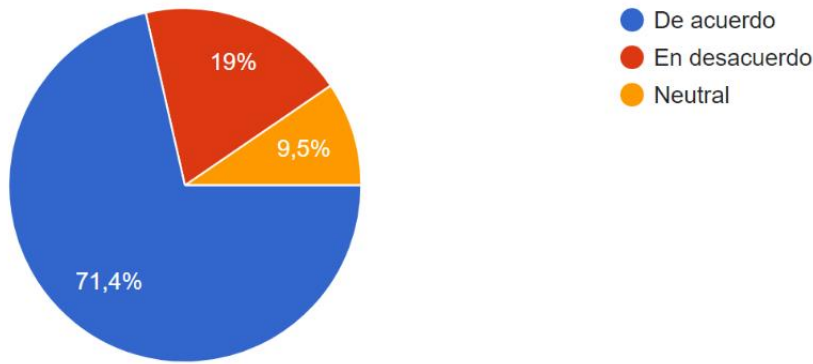
Gráfica 41. Estaría de acuerdo en proporcionarle a un paciente medicamento letal para que él mismo lo suministre cuando decida acabar con su sufrimiento



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

En la gráfica N40 el 57% estuvo de acuerdo en una dosis directa, pero en esta ocasión no apoyaron la MMA, ya que estuvieron en desacuerdo en brindar el medicamento para que el paciente se lo suministre él mismo, aunque el 33% y 4% no se negaron a proporcionarlo.

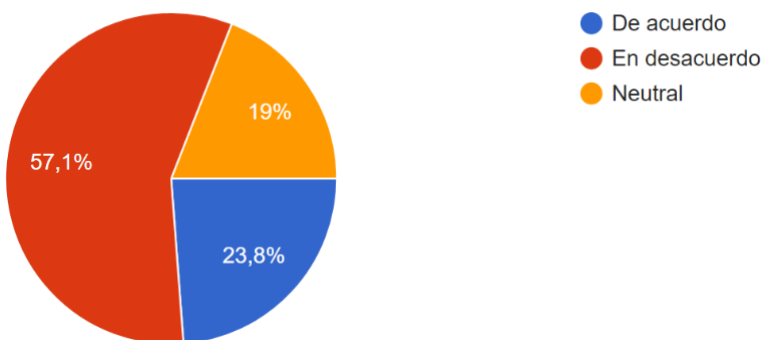
Gráfica 42. Si el paciente ya no está en posibilidades de decidir y la familia solicita una muerte digna, les proporcionaría mi ayuda para que muera dignamente



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

En la gráfica 71% de los estudiantes estarían de acuerdo en proporcionar la ayuda si la piden los familiares y no el paciente, mientras que el 10% se sigue manteniendo neutral y el 19% no estaría de acuerdo dado que se pondrían en una posición difícil o con diferentes intereses al de los familiares o alguna presión por los médicos o enfermeros inclusive el mismo hospital para poder utilizar los recursos en otras personas.

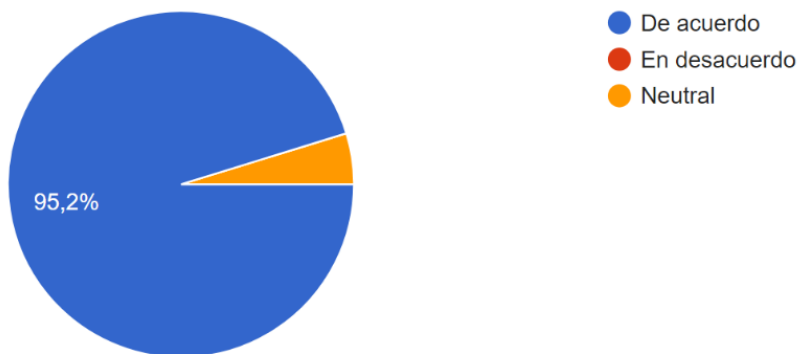
Gráfica 43. Bajo ninguna circunstancia estaría de acuerdo en ayudar a un paciente a adelantar su muerte, pues existen medios para mitigar el dolor y el sufrimiento hasta que la muerte ocurra naturalmente



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

En la gráfica se presenta que el 24% no ayudaría al paciente a adelantar la muerte si existen medios para mitigar el dolor, 57% no se identifican con la frase ya que sí ayudarían a adelantar la muerte, aunque existan medios para mitigar el dolor y 19% se mantiene neutral.

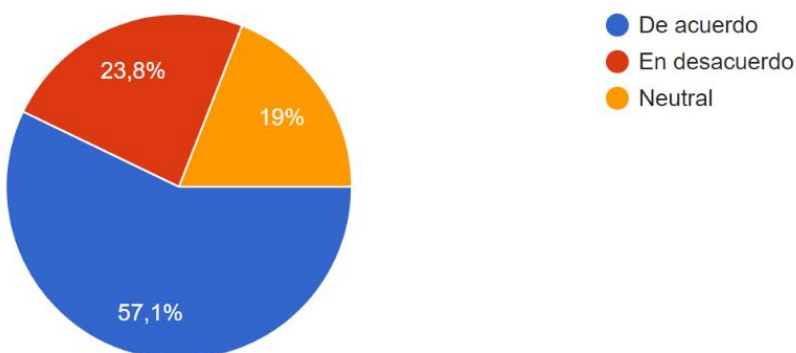
Gráfica 44. Estaría de acuerdo en que los pacientes accedan a una muerte digna, sólo si se legalizan los criterios y las condiciones para hacerlo



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

Aunque algunos estudiantes no hayan estado de acuerdo en algunas formas para morir dignamente, se muestra que el 95% está de acuerdo en que si hay una correcta legalización estarían de acuerdo con que los pacientes que lo solicitaran accedan a una muerte digna, mientras que solo un estudiante estuvo en desacuerdo. Esto es muy relevante, pues podríamos afirmar que la representación social de la muerte digna se muestra muy relacionada con la legalización de los procedimientos.

Gráfica 45. Considero que estoy suficientemente preparado (a) para hablar sobre muerte digna con los pacientes



A partir de los datos del cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna, 2023.

La gráfica muestra que el 57% de los estudiantes están preparados para hablar sobre muerte digna con los pacientes, el 24% está en desacuerdo y el 19% se mantiene neutral.

Recapitulación de los resultados

La elección de los estudiantes de acuerdo con los enunciados que tenían que elegir eran si estaban de acuerdo, en desacuerdo o neutral en temas relacionados directamente con la muerte digna, en la cual los estudiantes mencionaron estar de acuerdo con que un paciente podía tener la elección para morir dignamente aunque esto no los incluía a todos, pero la mayoría estuvo de acuerdo; los estudiantes estuvieron de acuerdo en que los enfermeros también puedan intervenir en el proceso de la muerte digna y no solo los médicos aunque no fue una decisión unánime hubo quienes no les era relevante quien hacia el proceso, sin embargo, hubo estudiantes de medicina que se mantuvieron en una posición negativa, esto se puede interpretar dado que en el sistema de salud hay una jerarquización y esto da pauta a que los médicos prefieran ser ellos los que apliquen el medio para morir y no un enfermero, en el análisis de sus planes de estudio es observable que los estudiantes de medicina ven temas más relacionados con la muerte y la muerte digna que los de enfermería, pero, no hay que olvidar que los que tienen mayor relación con los pacientes son los enfermeros que de cierto modo si ellos llegan a aplicar el procedimiento pueden llegar a sufrir psicológicamente por sus pacientes precisamente por la cercanía que llegaran a tener, esto puede tener una desventaja que sería el daño psicológico del enfermero y la ventaja es la empatía con el paciente la cual podría animar a que este mismo simpatice y apoye a proporcionar el medio para morir sin dolor, también se les enunció que lo mejor para los pacientes era morir dignamente en casa, la mayoría estuvo de acuerdo mientras que un 33% se mantuvo en desacuerdo o neutral, posiblemente sea porque no son los mismos cuidados en el hogar que en el hospital en cuanto a medicamentos, ya que para tener todo lo necesario hay que tener una buena solvencia económica para poder ofrecer una muerte en casa “con la mejor atención posible” y desgraciadamente muchas familias mexicanas no cuentan con la solvencia adecuada, sin embargo, los estudiantes que estuvieron de acuerdo también mencionaban que la muerte debería ser un proceso sin miedo y en paz y esto se lograría no muriendo solo y es que desafortunadamente muchos pacientes mueren solos dado que no hay familiares que los puedan acompañar en las instancias y también hay horarios para poder estar con los pacientes, lo que hace de cierta manera muy difícil morir acompañado en una institución pública y también es muy complejo poder darle la atención adecuada a un paciente en casa; esto nos puede llevar a que los estudiantes se puedan sentir identificados como un fracaso profesional por la pérdida de la vida de un paciente y

desafortunadamente están de acuerdo en sentir la muerte de un paciente como un fracaso profesional y es bastante desalentador ya que dependiendo a la rama que escojan se encontraran todo el tiempo con la muerte y con el tiempo tendrán que aprender a ir lidiando con ella, mientras que un mínimo porcentaje mencionó estar en desacuerdo, dado que mencionan que la muerte es inevitable en pacientes que ya se encuentran en algún estado crítico o con alguna enfermedad terminal, lo que nos llevó a preguntar a los estudiantes si estarían de acuerdo en ayudar a un familiar propio a morir dignamente si el familiar lo solicitara, más de la mitad de los estudiantes dijo que aceptaría hacerlo probablemente porque ya existen los lazos afectivos con los familiares por lo que ver a un familiar en circunstancias deplorables se puede convertir en algo intolerable para cualquier persona y ellos sin duda estarían de acuerdo con proporcionar la muerte a su familiar, mientras que algunos estudiantes mostraban mantenerse neutrales y los demás estuvieron en desacuerdo, su elección la interpretamos a partir de diferentes factores que pueden influir en sus decisiones como la religión, los lazos afectivos, por la negación a perder a ese ser amado, etc. pero también existe el conflicto con los demás familiares que no estén de acuerdo e inclusive puedan tratar de homicida al estudiante por lo que posiblemente también los mantiene neutrales respecto a las decisiones de los familiares.

Se les dio a elegir a los estudiantes que si llegaban a padecer una enfermedad o condición terminal, utilizarían algún medio para morir dignamente el 90% estuvo de acuerdo en utilizar un medio para morir, ya que hay una mayor apertura de sus conocimientos y pueden decidir sobre su propia vida, ya que reconocen su resistencia física, la cual les indican cuando es suficiente y saben los resultados que puede conllevar un sobre esfuerzo terapéutico y es más “fácil” para ellos el poder decir suficiente y utilizar algún medio para poder morir sin sufrimiento, aunque no todos estuvieron de acuerdo en utilizar algún medio, sin embargo, en otro enunciado se les dio a escoger si se negarían a ayudar a un paciente a adelantar su muerte, aunque esto fuera ilegal y/o moralmente reprobable y los estudiantes estuvieron de acuerdo en negar la ayuda en términos de ilegalidad o inmoralidad, las personas tienden a expresarse en contra de la muerte asistida, probablemente por las consecuencias que ello implica (despido, consecuencias legales y hasta que les retiren la cédula profesional) por otro lado el 33% está en desacuerdo ya que aceptan que los pacientes sean libres de decidir cuándo morir y se ve reflejado en la mayoría de las respuestas de los estudiantes en las gráficas que están

relacionadas con la elección y por otra parte los estudiantes que se mantienen neutrales que realmente nos dan la interpretación de que si es ilegal no ayudarían pero si solo es por asuntos morales ayudarían al paciente, y esto lo podemos comprobar con el siguiente enunciado en el cual los estudiantes eligieron estar de acuerdo en que el contacto con la muerte les ha permitido verla como algo natural y apoyar a los pacientes si es necesario, la moralidad no sería una intervención pero si la ley; Menos de la mitad estuvo de acuerdo en elegir que no se acostumbraban a ver morir pacientes, aunque diariamente se enfrentan a la muerte, los demás optaron por mantenerse neutrales o estuvieron en desacuerdo, por lo que contestaron en la gráfica N6 en la que se pregunta que se encuentran realizando para su aprendizaje y en su mayoría aun no realizan sus prácticas profesionales que podría ser el campo más cercano a un ambiente hospitalario forzosamente en el cual tendrían que lidiar posiblemente más con la muerte y esto nos lleva a ver qué tan empáticos pueden llegar a ser con los pacientes próximos a fallecer, sin embargo, la mayoría de los estudiantes mencionan tener culpa cuando fallece un paciente esto constata la empatía que tienen los estudiantes hacia los pacientes y es claro aunque no sea un familiar es alguien a quien intentaste salvar y claro que es doloroso ver que tu intento no funcione y más si eres un estudiante comenzando.

En los tiempos de COVID-19 la revista mexicana de Urología aportó un artículo sobre los riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención en pacientes con COVID-19¹¹⁶ en la cual fueron involucrados estudiantes y becarios, los cuales detectaron que estaban experimentando ansiedad intensa, incertidumbre y pérdidas considerables y anticipadas: pérdida de rutinas y tradiciones, experiencias, oportunidades educativas, conexiones sociales y muchos son testigos de pérdidas frecuentes, la mayoría de los estudiantes y becarios estaban más preocupados por todas las pérdidas por venir, esto no solo nos aclara que los estudiantes tengan o no empatía, si no, todo el daño psicológico por vivir situaciones tan lamentables.

Los estudiantes mencionan que su religión o creencias personales no impedirían que acepten un medio para morir dignamente, la muerte digna puede ser una buena opción

¹¹⁶ De Revisión Revista Mexicana De Urología, A. (2020). Mental health risks and damage in healthcare personnel due to treating patients with COVID-19 Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19 Correspondencia. *Mex. Urol*, 80(3), 1–9. <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2020/ur203i.pdf> Pagina 4

para las personas enfermas o que padecen una condición terminal, no todos los estudiantes estuvieron de acuerdo con la afirmación, sin embargo, gracias a las gráficas anteriores nos podemos dar cuenta que los estudiantes dicen tener comprensión del suceso y el apoyo al paciente.

Para la mayoría de los estudiantes la muerte no es buena ni mala, solo es el proceso natural de la vida y todo paciente tiene derecho a solicitar la opción para morir si es la única forma para no sufrir; la mayoría de los estudiantes está de acuerdo en proporcionar el medicamento letal al paciente solo si este mismo lo solicita, por el contrario, se manifiestan en contra de solo proporcionarlo para que el mismo paciente lo autoadministre, pero si el paciente ya no está en condiciones de solicitarla por su estado, la mayoría de los estudiantes está de acuerdo en proporcionar la ayuda a los familiares para que el paciente tenga una muerte digna aunque este mismo no la haya solicitado directamente, los estudiantes apoyan en proporcionar una muerte digna aun si hay medios para mitigar el dolor y el sufrimiento hasta que la muerte ocurra, los estudiantes estarían aun más de acuerdo en acceder a una muerte digna si se legalizaran los criterios y la condiciones para hacerlo, la experiencia y aprendizaje en el aula o servicio les ha permitido a más de la mayoría sentirse lo suficientemente preparados para poder hablar sobre la muerte digna.

X. Conclusiones

Esta investigación se desarrolló con el interés de identificar las representaciones sociales de médicos y enfermeras en cuanto al tema de muerte digna dado que es vital saber qué opinan y el sentir de las nuevas generaciones del personal en salud que podrían atender esta demanda, a parte en México la Cámara de Diputados ya le toma más importancia a discutir en torno al acceso a una muerte sin dolor basando sus posturas sobre que estamos obligados a pensar en una muerte digna, legalizarla en México no implicaría sencillamente permitirle sino también contar con leyes y límites para cuidar a los pacientes y evitar posibles abusos, así como también exponer que existen diferentes formas para acceder a esta, reflexionar algún medio para morir dignamente no se significa aceptarla, pero es ineludible hablar sobre ella basados a el incremento de las enfermedades crónico degenerativas, la esperanza de vida y los avances tecnológicos,

este tema por lo común no se habla ni se reflexiona porque no se tiene relevancia en “salud” mientras que en enfermedad comienza a ser un tema a reflexionar y considerar. Así como también se menciona que la muerte es un lujo en el que países del primer mundo ceden a aceptarla y proporcionarla aun contando con mejores condiciones de vida, en cambio en México es complejo por la saturación en hospitales y a que la población está dividida en creyentes y gente que desea que se establezca una ley y que precisamente son personas que se encuentran en un estado de salud delicado, sin embargo, en la conferencia magistral la Directora del PUB (Programa Universitario de Bioética) Weber¹¹⁷ dijo “En México somos laicos, lo que significa que cada quien tiene la religión que quiere. Se otorga libertad de religión y significa que no se incluyen las religiones en la legislación. [...] así que no pueden imponerse creencias a la ley sobre todo algunas como la que dicen que mi vida no me pertenece”.

Acompañar al paciente debe ser difícil tanto para el médico como para los familiares cuando el paciente ha tomado la decisión de finalizar con su sufrimiento, así como lo menciona Kraus¹¹⁸ “Cuando se entiende que tanto la medicina como la vida tiene límites y cuando en lugar de prolongar la vida se prolonga la muerte, pacientes, familiares y médicos tienen la posibilidad de armarse y decir adiós cobijados por manos amigas que abren puertas y que permiten acciones como el suicidio médicamente asistido” ; por lo que en la cámara se recalcó la importancia a la invitación de reflexión primordialmente en el respeto de las decisiones ya que el acceso a una muerte digna es un acto opcional y no obligatorio.

Las representaciones sociales formadas a partir del sentido común de los estudiantes de medicina y enfermería que participaron en este estudio son concebidas a través de sus conversaciones, conocimientos, su cultura y la comunicación social, las concepciones que pueden tener pueden ser dogmas o pueden cambiar con el tiempo y adoptar nuevas conductas que pueden beneficiar a cierto sector de la sociedad. El fenómeno social de la muerte digna es importante ya que involucra tanto a médicos como a enfermeros que se encuentren en contacto directo con pacientes en fases terminales, y esto puede generar choque de ideologías y/o valores morales entre el mismo personal de salud.

¹¹⁷ L. Suárez, Gaceta UNAM

¹¹⁸ L. García, Gaceta UNAM

La muerte digna ha sido una gran problemática, pues se busca aprobar o hacer más viable un medio para morir dignamente y que sea regulado y avalado por la ley, y justo el sentido de la muerte que tienen los estudiantes no es lo suficientemente amplio y profundo para que ellos puedan elegir de qué lado estar y a veces siguen posicionándose de manera neutral en las decisiones en torno a la muerte; como se presentó en el estudio, los estudiantes hablan a partir de lo que han podido vivir, es diferente un estudiante que ya tuvo una pérdida significativa en la cual vio el dolor en el familiar y posiblemente acepte algún medio para morir, en cambio el estudiante que no ha pasado por ello posiblemente se mantenga neutral o esté en contra o posiblemente sus creencias no le permitan aceptar un medio para adelantar una muerte por que lo ven moralmente incorrecto y se verían a sí mismos como asesinos e inclusive ir en contra de su juramento hipocrático.

Es por ello por lo que la convivencia social con sus compañeros u otras personas les permite abrir el panorama y romper los dogmas establecidos que tienen y así al compartir los saberes, sentimientos, creencias, les permita conocer más perspectivas a través del tiempo o seguir con las mismas creencias, pero respetando las diferencias culturales y sociales que se tengan respecto al tema de la muerte digna.

Es por ello por lo que fue de utilidad escoger el tema de las representaciones sociales en sus tres dimensiones, la actitud, la información y el campo de las representaciones. La actitud nos permitió observar que los estudiantes tienen una orientación positiva acerca de la muerte digna a pesar de que no conozcan todos los vínculos, su reacción emocional la relacionan de forma empática, ya que ellos están dispuestos a ayudar a alguien a morir y ellos mismos utilizarían algún medio para morir si no hubiera solución y fuera la única manera de mitigar el dolor.

A pesar de que había estudiantes que practicaban alguna creencia separaron su pensamiento y lo deconstruyeron ellos mismos para construir su realidad rompiendo dogmas, ya que es importante actualizar las reglas de algunas creencias, hace tiempo la gente moría en el hogar rodeado de sus seres amados y ahora es institucionalizado, por lo que sí es muy importante que supieran separar sus creencias por pensar en el otro como en ellos mismos.

La información nos permitió ver que, aunque ellos ya tuvieran un conocimiento de la muerte a partir de casa, fueron dándole otro significado, particularmente en lo que respecta a la concepción de la muerte digna a partir de su formación como universitarios.

Martínez¹¹⁹ menciona que el conocimiento es una construcción social y que su mantenimiento depende de la sociedad a la que pertenecen los sujetos; los médicos y enfermeras en su desarrollo académico adquieren una construcción social nueva sobre la muerte y comienzan a interiorizarla porque permanecerán en el ámbito de salud y mantendrán el conocimiento en calidad y cantidad, gracias a esto la actitud de los estudiantes ante algún medio para morir debería ser lo más esclarecedora posible para poder transmitir la idea o aceptación de la aprobación ante la ley; el campo de la representación es la ordenación y jerarquización de las actitudes, opiniones, etc. y gracias a él es que se confiere mayor peso a lo creído o aceptado y el significado que le dan, y de este modo establecer que la representación social implica determinar la información que se tiene sobre la muerte digna, cómo la interpretan los estudiantes, de qué manera la pueden organizar conforme a ellos les acomode para internalizar y aceptar que van a poder ayudar a terminar un sufrimiento pero también una vida.

El estudio nos permite visualizar que aunque no sea una muestra representativa, las respuestas de los sujetos participantes nos dan una aproximación a una realidad cruda pero necesaria de ver, dado que es importante que cualquier persona del sector en salud sea capaz de hablar y orientar las decisiones al final de la vida, dado que en México la esperanza de vida ha incrementado pero con ella las enfermedades crónico degenerativas, lo que nos lleva a pacientes que en un estado avanzado de la enfermedad puedan estar sufriendo y el acceso a los cuidados paliativos es difícil ya que se necesitan requisitos específicos para poder acceder a ellos y es mejor poder tomar decisiones cuando hay una lucidez cognitiva, por lo que anticiparnos a la muerte ya no suena tan mal si buscamos morir de la mejor forma posible y sin dolor, es necesario que incorporemos la muerte a la vida y dejar de considerar la medicina como algo que consiste en evitar que la gente muera¹²⁰.

Es vital la capacitación y orientación en el personal de sector salud para hablar y orientar de estas decisiones a los pacientes por más cruda que sea la realidad se debe hablar de las posibilidades y lo que se puede ofrecer en las peores circunstancias, es por ello que la promoción de la salud juega un papel muy importante en las decisiones al final de la vida,

¹¹⁹ Martínez Romero Pedro, Representaciones sociales sobre la muerte desde la perspectiva de las familias de un paciente en estado terminal o que fallecieron en el último año. Pp. 08

¹²⁰ Jacinto Bátiz Cantera, *Mientras llega la muerte. Reflexiones en torno al final de la vida. Fundación San Juan de Dios*. Pág. 29

porque si la gente conociera las diferentes formas para morir de acuerdo a lo que son y no a solo creencias o mala información, las decisiones podrían ser otras, las promotoras y promotores aprendemos en el transcurso de la licenciatura a tener la empatía y el tacto para poder hablar con las personas y poderles explicar por qué si es necesario dejar una voluntad anticipada y esto no se significa que firmaran una muerte pronta, si no, que avale las decisiones de ese paciente cuando llegue el momento de utilizarlas y la promoción de la salud lo que busca es que la población tenga una calidad de vida digna y así como promocionamos una buena vida podemos promocionar una buena muerte y gracias a las materias de promoción y comunitarias las promotoras pueden hacer uso de los diferentes recursos para poder informar, sensibilizar, reflexionar para que se permita mejorar las prácticas y significados alrededor de la muerte digna, podría ser desde el uso de un tríptico hasta el uso de los medios digitales, ya que hoy en día las redes sociales pueden permitir un mayor alcance para poder informar sobre la muerte digna y así como hay campañas de salud reproductiva pueden existir campañas para promover al menos en este tiempo la voluntad anticipada y una breve introducción a lo que podrían ser las diferentes formas de morir dignamente y que el tema no pase por desapercibido ahora que le han dado relevancia en la cámara de diputados, así como también planificar pláticas con el personal de salud para informar acerca de la muerte y el cómo podrían ser ellos ayudados si desean apoyar la ley o no.

Como promotora de salud que ha visto el sufrimiento en persona para mi es valioso que se continúen investigaciones sobre el tema ya que hay una infinidad de información y estadísticas que pueden avalar que si hay una buena regulación de la ley no habría conflictos para efectuarla, mi investigación se vio limitada por el tiempo de los estudiantes ya que en un principio se tenía planeada una conversación, sin embargo, tuvo que hacerse un cuestionario, lo que evidencia el poco tiempo que tienen los estudiantes para poder adentrarse en temas que podrían ser de su interés pero que en el momento de su aprendizaje no lo es ya que van con la idea de curar a la gente, por lo que una investigación en estudiantes ya adentrados en hospitales podría cambiar su perspectiva de interés en cuanto al tema de la muerte digna y ver cómo han sido influenciadas las representaciones sociales que han ido formulando en el transcurso de su empleo, mi investigación me permitió ver que en una cantidad no representativa existe el interés y el apoyo a que se cree una ley que permita morir cuando uno lo desee si el caso lo amerita, los comentarios que hicieron a la entrevista mencionaban que era muy interesante hablar

de temas que pueden ser muy delicados pero esenciales ya que uno nunca sabe que puede llegar a suceder y también agradecen el interés por tomar en consideración su opinión y no solo “obligarlos” a efectuar algo que tal vez no harían o aceptaría.

Esta tesis abre paso a que se indague y explore más el análisis a la muerte digna y el apoyo para poder morir sin sufrimiento en compañía de nuestros seres amados y en las mejores condiciones posibles.

XI. Bibliografía

ÁLVAREZ, Asunción, «El derecho a decidir: eutanasia y suicidio asistido», en *Cirujano general*, núm. 02, vol. 35, 2013. México: Medigraphic, 2013, 115-118.

ÁLVAREZ, Asunción, *Aspectos éticos de la eutanasia, temas actuales de justicia penal*. México: UNAM, 2017.

ÁLVAREZ, Asunción, *La muerte asistida en México, una opción más para morir con dignidad*. México: Solar, 2018.

ÁLVAREZ, Asunción., «Eutanasia y suicidio médicamente asistido». *¿Cuál es el problema?* en *revista de investigación clínica*. Núm. 03, vol. 66, 2014. México: UNAM, 2014. 282-287.

ÁLVAREZ, Asunción., et al., *La muerte asistida en México una opción más para morir con dignidad*, México: Solar, 2017.

ÁLVAREZ, Asunción., et al., *Primer coloquio internacional por el derecho a una muerte digna*. Ciudad de México: Por el Derecho a Morir con Dignidad, A.C., 2018.

Álvarez, R. A., Gómez, A. J y González, H. I. (2018). Eutanasia y suicidio asistido: una visión global sobre decidir el final de la vida. Actitudes y políticas en México. En Álvarez, R. A. (Ed.), *La muerte asistida en México una opción más para morir con dignidad* (pp. 33-38). México: Editorial Solar.

AMADO, Luz, «Un puente entre bioética y promoción de la salud: una opción para el cuidado de la vida» en *Revista colombiana de Bioética*. Núm. 02, vol. 05, 2010. Colombia: Universidad del bosque, 2010. 141-149.

ANDORNO, Roberto, *Bioética y dignidad de la persona. Las bases de la Bioética*. España: TECNOS, 2012.

ANTIÑOLO, Fernando., et al., «La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios» en *Gaceta sanitaria*, núm. 04, vol. 35, 2021. España: CEA Sevilla Sur., 2021, 358-360.

ARELLANO, María., et al., *Bioética: teorías y principios. Enseñanza transversal en Bioética y Bioderecho*. México: UNAM, 2019.

ARIÉS, Philippe, *Historia de la muerte en Occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días*. Traducción de Carbajo Francisco y Perrin Richard. Barcelona: El acantilado, 2011.

Barrón, M. F. (2021) *El estado del arte del concepto de muerte digna, sus alcances, límites y contenido: Una revisión en tres países latinoamericanos* (tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de la Ciudad de México, Ciudad de México.

BÁTIZ, Jacinto, *Mientras llega la muerte. Reflexiones en torno al final de la vida*. Madrid: Fundación San Juan de Dios, 2021.

BERIAIN, Miguel, «Consideraciones sobre el concepto de dignidad humana» en *Anuario de filosofía del derecho*, núm. 21, 2004, España:2004, 189-212.

CABEZA, Beatriz, «La bioética ante la posmodernidad», en *Revista científica de la universidad de Mendoza*, núm. 01, 2013. Argentina: Facultad de Ciencias de la Salud, 2013, 01-23.

CALDERÓN, Miguel. «Eutanasia y objeción de conciencia» en *Anuario de derechos humanos. nueva época*. Vol. 09, 2008. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2008, 501-525.

Cámara de diputados. (24 junio 2022). En vivo/conclusión de la Semana Nacional de la Eutanasia.

https://www.youtube.com/watch?v=NJxNTfHDwS8&t=1359s&ab_channel=C%C3%A1mara+de+Diputados

CANO, Fernando., et al., *Eutanasia. Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*. México: UNAM, 2001.

Carta de Ottawa, (1986)., Para la promoción de la salud, Canadá., Pp.17-21 Recuperado 20 de enero del 2022, de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental, *Informe Belmont principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*. Traducción de Bioética web. 2003.

FABRE, Armando, et al., «Muerte digna», en *Enfoques jurídicos*, núm.01, Veracruz: Universidad Veracruzana, 2020, 35-49.

FERREIRA, Márcia, «Teoría de las representaciones sociales y contribuciones para las investigaciones sobre Atención en Salud y en Enfermería» en *Escola Anna Nery*, 02. Rio de janeiro: EEAN.edu.br, 2019. Artículo disponible en:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/wdyxP7y3X3QZLLcZJWqX6mq/?format=pdf&lang=es>

[Consulta: junio, 2023].

Francisconi, F. C. (2007) Eutanasia: una reflexión desde la mirada Bioética, *Revista Latinoamericana de bioética*, volumen (7) Pp. 110-115. Consultado 20 de enero del 2022 en <https://www.redalyc.org/pdf/1270/127020800009.pdf>

FRANCISCONI, Fernando, «Eutanasia: una reflexión desde la mirada Bioética», en *Revista latinoamericana de bioética*, núm.12, vol. 07, 2007, Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada, 2007, 110-115.

GARCÍA, Berti, «Los principios de la bioética» en *biblioteca digital de la universidad católica Argentina*, núm. 79, 2015. Argentina: Prudentia Luris, 2015, 269-280.

GARCIA. Luz., et al., «Términos que facilitan las decisiones de fin de vida. ¿Es necesario prepararse para una buena muerte?» núm. 04, vol. 62, 2017. México: Asociación médica, 2017, 266-270.

HERNÁNDEZ, Mario, «Breve historia de la Bioética» en *Revista médica del Maule*, núm. 33, 2017. Chile: Universidad católica del Maule, facultad de medicina, 2017, 56-68.

Hincapié, S. J. y Medina A. M. (2019) Introducción ¿Qué es la bioética? (Ed). *Bioética: teorías y principios, enseñanza transversal en Bioética y Bioderecho*. (Pp. 4-21). México: rua mx Red universitaria de aprendizaje. Consultado 20 de enero del 2022 <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/13/6006/1.pdf>

HOTTOIS, Gilbert, «Dignidad humana y bioética. Un enfoque filosófico crítico» en *Revista Colombiana de Bioética*, núm. 02, vol. 04, 2009. Colombia: Universidad El Bosque, 2009, 53-83.

IRRAZÁBAL, Gabriela. «Religión y salud: la intervención pública de agentes religiosos católicos formados en bioética en el debate parlamentario sobre la muerte digna en la Argentina» en *salud colectiva*, núm. 03, vol. 11, 2015. Argentina: Universidad nacional de Lanús, 2015, 331-349.

JIMÉNEZ Arroyo, V., & RANGEL Flores, Y.Y. (2017). Las representaciones sociales como marco para comprender las respuestas humanas en el cuidado enfermero. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 21(49). Recuperado de <https://doi.org/10.14198/cuid.2017.49.16>

JODELET, Denise. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología Social II: Pensamiento y vida social* (págs. 469-494). Barcelona, Paidós.

KNAPP, Elisa, «Representación social de la salud humana» en *Revista Cubana de Psicología*. Núm. 2, vol. 20, 2003. Cuba: Universidad de la Habana. 2003, 153-163.

KRENZ, Ronald, «Una perspectiva bioética sobre la muerte» en *Revista internacional trimestral de bioética, deontología y ética médica*, núm. 04. México: Red de universidades Anáhuac, 2016, 443-467.

LANDA, César, «Dignidad de la persona humana» en *Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, núm. 07, 2002. México: UNAM, 2002, 109-138.

MARTINEZ, Koldo, «Medicina y objeción de conciencia» en *Anales del sistema sanitario de navarra*, núm. 02, vol. 30, 2007, Pamplona: Hospital de Navarra. 2017, 215-223.

MARTINEZ, Valeria. «El derecho a una muerte digna, una elección libre» en *revista especializada en investigación jurídica*, núm. 07, vol. 04, 2020. Ciudad Juárez: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, 2020. 100-120.

MATUS, Bárbara., et al., «Aspectos bioéticos de la muerte medicamente asistida y su relación con la medicina legal: revisión bibliográfica», en *Revista de ciencias forenses de Honduras*, núm. 2, vol. 7, 2017. Honduras: 2021, 37-52.

Mayores, I. N. de las P. A. (2019). *Ley de Voluntad Anticipada: El derecho a una muerte digna*. gov.mx. Recuperado 20 de enero de 2022, de <http://www.gob.mx/inapam/articulos/ley-de-voluntad-anticipada-el-derecho-a-una-muerte-digna>

MENDOZA, Erik, «Voluntades anticipadas, reflexiones bioéticas sobre el final de la vida» en *Comisión Nacional de Bioética*, México: 2016, 01-11.

Molina, R. N. (2013). La bioética: sus principios y propósitos, para un mundo tecnocientífico, multicultural y diverso. *Revista colombiana de Bioética*. (8), p.22-28.

MONTEIRO, José., et al., «Concepto de dignidad humana: controversias y posibles soluciones» en *Revista bioética*, núm. 02, vol. 28, 2020. Brasil: 2020, 202-211.

MORA, Martin, «La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici», en *Athenea Digital*, núm. 2. México: Universidad de Guadalajara, 2002. Artículo disponible en: <https://raco.cat/index.php/Athenea/article/view/34106/33945> [Consulta: junio, 2023].

MORENO, Alfredo, «Eutanasia, suicidio asistido y voluntad anticipada: un debate necesario», en *Boletín CONAMED-OPS*, México: CONAMED, 2017, 27- 30.

Moreno, O, A. (2017) *Eutanasia, suicidio asistido y voluntad anticipada: un debate necesario*. Boletín CONAMED – OPS. Consultado 20 de enero del 2022 en <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin10/eutanasia.pdf>

MUJICA, Felipe., et al., «Educar el respeto a la dignidad humana: Un valor fundamental para promover los derechos humanos» en *Revista de educación de Puerto Rico*, núm. 01, vol. 04, 2021, 01-10.

NAVARRO, Alejandro, «El derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir: un debate desde la bioética y el derecho», en *Revista de bioética y derecho perspectivas bioéticas*, núm. 54, 2022. Barcelona: Universidad de Almería España, 2022. 233-250.

Ochoa. U. C. (2017) El derecho a morir con dignidad en Colombia. En por el derecho de morir con dignidad. (Ed.), Primer coloquio internacional por el derecho a una muerte digna (pp. 41). México, Ciudad de México: Sin editorial

OLIVARES, Armando., et al., «Postura de la Academia Nacional de Medicina de México en relación con las decisiones sobre el final de la vida», núm. 154, 2018. México: 2018, 732-736.

OSMART, Elizabeth, «La muerte digna: diálogos entre la ética, la ley, la situación» en *Ética y cine journal*, núm. 03, vol. 02, 2012. Argentina: letra viva, 2012, 17-20.

PERDIGON, Celma., et al., «El proceso de muerte y la enfermería: un enfoque relacional. Reflexiones teóricas entorno a la atención frente a la muerte» en *Revista de Saúde colectiva*, núm. 02, vol. 25, 2015. Brasil: Universidad del Estado de Rio de Janeiro, 2015, 485-500.

RAMIREZ, Nelson, «La bioética: sus principios y propósitos, para un mundo tecnocientífico, multicultural y diverso» en *Revista Colombiana de Bioética*. Núm. 02, vol. 08, 2013. Colombia: Universidad El Bosque, 2013, 18-36.

Reforma (2008). Ley de voluntad anticipada para el distrito federal texto vigente, <https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/f388d1eecb7022661d0cca9cdfd617f517981641.pdf>

Rodríguez, C, R. (2001) Eutanasia: Aspectos éticos controversiales, *Revista Med Hered*, volumen (12) Pp. 32-36. Consultado 20 de enero del 2022 en <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v12n1/v12n1ce2.pdf>

RODRIGUEZ, Rómulo. «Eutanasia: Aspectos éticos controversiales» en *Revista médica Herediana*, núm. 1, vol. 12, 2001. 32-36.

RUGARCÍA, Amparo. *Por el derecho a morir con dignidad, A.C. Encuesta nacional sobre muerte digna*. México: Por el derecho a Morir con Dignidad, A.C. 2016.

RUÍZ, Alma., et al., «Eutanasia y la dignidad humana en el derecho comparado» en *Perfiles de las ciencias sociales*, núm. 08, México: UNAM, 2017, 1-28.

SÁDABA, Javier, «Eutanasia y ética» en *Revista bioética y derecho*, núm. Extra, 2015, Barcelona: Universidad de Barcelona, 2015, 237-246.

SALLES, Arleen., et al., *Bioética: nuevas reflexiones sobre los debates clásicos*. Argentina: Fondo de cultura económica, 2008.

SAMPERIO, César. «La bioética ante la muerte» en *Gaceta médica México*, núm. 03, vol.137, 2001. México: 2001, 269-275.

SEGOVIA, Adriana. *Que opinan los mexicanos de la eutanasia. Encuesta realizada por el derecho a morir con dignidad, A.C.*, México: UNAM, 2018.

SOLARES, Lara., et al., «Clínicas del dolor y cuidados paliativos en México: manejo del estreñimiento inducido por opiáceos. Conclusiones de un grupo de expertos» en *Revista de la sociedad española del dolor*, núm. 08. vol. 16, 2009. España: 2009, 468-481.

TABOADA, Paulina, «El respeto por la persona y su dignidad como fundamento de la bioética» en *Revista, vida y ética*. Núm. 02, vol. 09, 2008. Argentina: Universidad Católica de Argentina, 2008, 76-93.

Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco Programa de estudios licenciatura en medicina. 2018.

Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco Programa de estudios licenciatura en enfermería. 2018.

VALENZUELA, Juliana., et al., *Perspectivas de la bioética. Reflexiones sobre el concepto de dignidad humana y su proyección en el campo de la bioética*. México: UNAM, 2007.

VALLS, Ramón, «El concepto de dignidad humana» en *Revista de bioética y derecho*, número extra, España: Universidad de Barcelona, 2015, 278-285.

VANDA, B. (2017). "Apéndice". En A. Álvarez del Río (coord.). *La muerte asistida en México. Una opción para morir con dignidad*, (pp. 119-125). México: Por el Derecho a Morir con Dignidad, A.C

ZURRIARÁIN, G, R. (2019) Aspectos sociales de la eutanasia, *Cuadernos de bioética*, volumen (30) Pp. 23-34. Consultado 20 de enero del 2022 en <http://aebioetica.org/revistas/2019/30/98/23.pdf>

ZURRIARÁIN, Roberto. «Aspectos sociales de la eutanasia» en *Cuadernos de Bioética*, núm. 30, vol. 98, 2019. España: Universidad de la Rioja, 2019, 23-34.

XII. Anexo

Cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería sobre la muerte digna

Bienvenida

Este cuestionario forma parte de una investigación de tesis sobre representaciones sociales de la muerte digna en profesionales de la salud. La información que nos brindes será utilizada únicamente con fines académicos y todos tus datos serán tratados con la debida confidencialidad. Ningún dato personal será almacenado y la información demográfica que nos brindes (edad, sexo, estado civil, etc.) será recabada solamente para efectos estadísticos.

El cuestionario está diseñado para que lo puedas responder en 20 minutos aproximadamente y se divide en dos secciones. Te pedimos de la manera más atenta que respondas todas las preguntas y que, cuando corresponda contestar una pregunta abierta, lo hagas de la manera más detallada y sincera posible.

Agradecemos mucho tu participación.

En caso de que tengas alguna duda, puedes escribir al correo:

viviana.luna@estudiante.uacm.edu.mx

† Indica que la pregunta es obligatoria

I. He leído los términos de la investigación y acepto participar en ella *

Marca solo un óvalo.

Sí acepto (continuar en la siguiente sección).

No acepto (salir del formulario, gracias).

Instrucciones: Lee con atención las siguientes preguntas y contesta lo que se te solicita. No hay respuestas correctas ni incorrectas, así que solamente te pedimos que respondas con sinceridad. Cuando sea el caso, contesta las preguntas abiertas de forma detallada y con tus propias palabras.

La tesista y la Universidad Autónoma de la Ciudad de México te agradecen mucho tu apoyo y tiempo.

2. Edad *

3. Sexo *

4. Estado civil *

Marca solo un óvalo.

- Soltero
- Casado
- Viudo
- Divorciado
- Union libre

5. Área profesional *

Marca solo un óvalo.

- Medicina
- Enfermería

6. Trimestre lectivo *

7. Actualmente te encuentras realizando *

Marca solo un óvalo.

- Internado
- Servicio social
- Practicas profesionales
- Ninguna de la anteriores

8. Religión *

Marca solo un óvalo.

- Católico
- Cristiano
- Ateo
- Agnóstico
- Otro: _____

9. ¿Cómo suele ser tu relación con los pacientes? *

Marca solo un óvalo.

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

10. ¿Desde tu perspectiva personal o profesional qué es la muerte? *

11. ¿Cómo definirías la dignidad para un paciente? *

12. ¿Para ti, qué significa morir dignamente? *

13. ¿Qué medios conoces para morir dignamente? *

14. En tu familia ¿Qué tan frecuentemente hablan sobre la muerte? *

Marca solo un óvalo.

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Casi nunca
- Nunca

15. En tus clases de la universidad ¿Qué tan frecuentemente hablan sobre la muerte? *

Marca solo un óvalo.

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Casi nunca
- Nunca

16. ¿En tus clases de la universidad, qué tan frecuentemente han hablado sobre la muerte digna? *

Marca solo un óvalo.

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Casi nunca
- Nunca

17. ¿Qué tan frecuentemente hablas con tus amigos y/o compañeros (en la universidad, en el internado, en las prácticas o en el servicio social) sobre la muerte digna?

Marca solo un óvalo.

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Casi nunca
- Nunca

18. ¿Consideras que la universidad te preparó lo suficiente para hablar de la muerte con los pacientes?

Marca solo un óvalo.

- Si
- No
- No lo sé/No estoy seguro(a)

19. De las diferentes formas para morir dignamente ¿Cuál aceptarías que se legalice?

Selecciona todos los que correspondan.

- Eutanasia
- Suicidio asistido
- Muerte medicamente asistida
- Todas
- Ninguna
- Otro: _____

20. ¿Qué **consecuencias positivas o favorables** crees que tendría legalizar los medios para morir dignamente?

21. ¿Qué **consecuencias negativas o desfavorables** crees que tendría legalizar los medios para morir dignamente?

Segunda sección

Instrucciones: Lee con atención cada enunciado y elige la opción que se ajuste mejor a tu criterio

22. Un paciente debería poder elegir cuándo morir dignamente *

Marca solo un óvalo.

De acuerdo

En desacuerdo

23. Enfermería puede intervenir en el proceso de la muerte digna *

Marca solo un óvalo.

De acuerdo

En desacuerdo

24. Lo mejor para los pacientes es morir dignamente en casa *

Marca solo un óvalo.

De acuerdo

En desacuerdo

25. Considero la muerte de un paciente como un fracaso profesional

Marca solo un óvalo.

De acuerdo

En desacuerdo

26. Ayudaría a un familiar mío a morir dignamente si lo solicita *

Marca solo un óvalo.

De acuerdo

En desacuerdo

27. Si llegase a padecer una enfermedad o una condición terminal, utilizaría algún medio para morir dignamente

Marca solo un óvalo.

De acuerdo

En desacuerdo

28. Me negaría a ayudar a un paciente si pide adelantar su muerte, pues es ilegal y/o moralmente reprobable

Marca solo un óvalo.

De acuerdo

En desacuerdo

29. El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural *

Marca solo un óvalo.

De acuerdo

En desacuerdo

30. No me acostumbro a ver morir pacientes, aunque diariamente me enfrento a la muerte

Marca solo un óvalo.

De acuerdo

En desacuerdo

31. Me cuesta empatizar con los pacientes próximos a fallecer *

Marca solo un óvalo.

De acuerdo

En desacuerdo

32. Siento culpa o remordimiento cuando un paciente muere *

Marca solo un óvalo.

De acuerdo

En desacuerdo

33. Mi religión o mis creencias personales impedirían que acepte algún medio para morir dignamente

Marca solo un óvalo.

De acuerdo

En desacuerdo

34. Mi religión o mis creencias personales impedirían que le ayude a un paciente a morir dignamente

Marca solo un óvalo.

De acuerdo

En desacuerdo

35. La muerte digna puede ser una opción para las personas que padecen una enfermedad o una condición terminal

Marca solo un óvalo.

- De acuerdo
 En desacuerdo

36. El más alto sentido de mi labor es salvar la vida de un paciente, independientemente de los deseos del mismo paciente o de sus familiares

Marca solo un óvalo.

- De acuerdo
 En desacuerdo

37. Está bien decidir cómo deseamos morir, si es posible tener la opción *

Marca solo un óvalo.

- De acuerdo
 En desacuerdo

38. Para algunos pacientes, la muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento

Marca solo un óvalo.

- De acuerdo
 En desacuerdo

39. La muerte no es buena ni mala *

Marca solo un óvalo.

De acuerdo

En desacuerdo

40. Ningún paciente debería tener la opción de adelantar su muerte, porque la vida es sagrada

Marca solo un óvalo.

De acuerdo

En desacuerdo

41. Estaría de acuerdo en aplicar directamente medicamento letal a un paciente terminal, sólo si él me lo solicita

Marca solo un óvalo.

De acuerdo

En desacuerdo

42. Estaría de acuerdo en proporcionarle a un paciente medicamento letal para que él mismo lo suministre cuando decida acabar con su sufrimiento

Marca solo un óvalo.

De acuerdo

En desacuerdo

43. Si el paciente ya no está en posibilidades de decidir y la familia solicita una muerte digna, les proporcionaría mi ayuda para que muera dignamente

Marca solo un óvalo.

- De acuerdo
 En desacuerdo

44. Bajo ninguna circunstancia estaría de acuerdo en ayudar a un paciente a adelantar su muerte, pues existen medios para mitigar el dolor y el sufrimiento hasta que la muerte ocurra naturalmente

Marca solo un óvalo.

- De acuerdo
 En desacuerdo

45. Estaría de acuerdo en que los pacientes accedan a una muerte digna, sólo si se legalizan los criterios y las condiciones para hacerlo.

Marca solo un óvalo.

- De acuerdo
 En desacuerdo

46. Considero que estoy suficientemente preparado(a) para hablar sobre muerte digna con los pacientes

Marca solo un óvalo.

- De acuerdo
 En desacuerdo

47. ¿Deseas agregar un comentario?

Agradecemos mucho tu apoyo y el tiempo brindado.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios