

ASOCIACION MEXICANA DE TANATOLOGIA, A.C.

VOLUNTAD ANTICIPADA

T E S I N A

PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN

T A N A T O L O G Í A

PRESENTA:

ADRIANA CASTRO PULIDO

ASESORA:

LIC.MARIA DEL CARMEN ALONSO Y CORONADO.

Asociación Mexicana de Educación Continua.

México D.F., Agosto 2013.



Dr. Felipe Martínez Arronte
Presidente de la Asociación
Mexicana de Tanatología, A.C.

P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que revisé y aprobé la tesina
que presentó:

Adriana Castro Pulido.

El nombre de la Tesina es:

VOLUNTAD ANTICIPADA

Atentamente

Directora de tesina

Lic. María Carmen Alonso Y Coronado.

Plegaria indígena

No te acerques a mi tumba sollozando

No estoy allí. No duermo ahí

Soy como mil vientos soplando,

Soy como un diamante en la nieve, brillando

Soy la luz del sol sobre un grano dorado.

Soy la lluvia gentil del otoño esperado

Cuando despiertas en la tranquila mañana,

Soy la bandada de pájaros que trina

Soy también las estrellas que titilan,

Mientras cae la noche en tu ventana

Por eso, no te acerques a mí tumba sollozando

No estoy allí.

Yo no morí...



DEDICATORIA

CON TODO MI AMOR

GRACIAS

A Dios por bendecirme y darme mucho amor...

LALO, VANE Y ALEJANDRA

Son el ancla que ata mi vida

Gracias por estar siempre iluminandome

y llenandome de amor cuando mas lo necesito.

A MI MAMI por darme la oportunidad de vivir y

Apoyarme en cada momento.

EDUARDO gracias por tu comprensión y sobretodo

Por tu apoyo.

A mis maestros por todo el aprendizaje y por su amistad....

A LA VIDA, POR EL APRENDIZAJE COTIDIANO

A LA MUERTE, POR ENSEÑARME A SER MÁS HUMANO.

ÍNDICE

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

Concepto holístico del hombre.....10

La filosofía holística.....11

CAPÍTULO II

Aspectos biológicos.....13

Aspectos psicológicos.....14

Aspectos sociales.....16

Aspectos espirituales.....17

CAPÍTULO III

Eutanasia.....18

Distanasia.....19

Ortotanasia.....20

El medico ante la muerte.....21

CAPÍTULO IV

Definición de cuidados paliativos.....23

Calidad de vida en cuidados paliativos sufrimientos.....25

Sufrimiento.....26

CAPÍTULO V

Voluntad anticipada.....	28
Precedentes.....	29
Derechos del paciente terminales.....	31
Suscripción al programa de voluntad anticipada	33
Atención domiciliaria.....	34
Voluntades anticipadas.....	35

CAPÍTULO VI

Morir con dignidad.....	37
Elementos para toma de decisiones.....	39

CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS WEB

JUSTIFICACIÓN

A la primera verdad absolutamente cierta que es nuestra propia existencia, debemos añadir lo inevitable de nuestra propia muerte.

Los cuestionamientos sobre nuestra propia muerte con lleva necesaria e indefinidamente a revelarse sobre el dominio de nuestra propia vida.

Las preguntas de cómo, cuándo y porqué, vernos morir depende mucho de la forma de como se ha vivido la propia vida. Para saber morir, antes, debemos saber vivir; para afrontar la muerte, primero debemos de afrontar la vida...



OBJETIVOS

- Con la elaboración de este trabajo, se busca:
- Aceptar el reconocimiento de la muerte.
- La autonomía del enfermo y sus derechos.
- También ofrecer a las personas implicadas la oportunidad de compartir sentimientos y prepararse para la despedida.
- Tener el derecho de lo que queremos para el evento más importante de nuestra vida, nuestra muerte.
- Tener un control y un valor sobre tu vida y muerte.



INTRODUCCIÓN

Se entiende por voluntad anticipada, la declaración unilateral de la voluntad efectuada por una persona mayor o emancipada, con plena capacidad de goce y ejercicio mediante la cual privilegiando el principio de autonomía, señala de manera anticipada que es lo que desea para sí en relación a él o los tratamientos y cuidados de salud, particularmente en caso de encontrarse en una situación de enfermedad terminal derivada de un proceso natural o como consecuencia de un accidente fortuito.

En ese orden de ideas de 2008 entro en vigor la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y tal como lo indica su primer artículo, la misma tiene por objeto establecer y regular normas y requisitos, y formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones medicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea posible mantener su vida de manera natural.

Esta ley lo que en realidad respalda, es el derecho de los enfermos a rechazar tratamientos que prolonguen su vida y obliga a los médicos a respetar su decisión , al mismo tiempo que da confianza a estos últimos de que no serán acusados de homicidio si el paciente muere.

CONCEPTO HOLÍSTICO DEL HOMBRE

En salud se considera al hombre como una unidad biofisiológica y energética, psicológica, social y espiritual, que interacciona consigo mismo y también con un medio ambiente siempre cambiante. La salud es un estado dinámico en que el individuo se adapta a los cambios del medio interno y externo para mantener un estado de bienestar. Cuando la interacción del hombre con su medio ambiente se encuentra en desequilibrio se genera una necesidad. Este estado de carencia, tensión o molestia que desea superar es una inquietud sentida que lleva implícito un tono afectivo desagradable, y que al ser satisfecha produce bienestar.

Continuando con el concepto holístico del hombre, Virginia Henderson (1960) Modelo Conceptual, define los siguientes elementos que constituyen la base de su modelo y la lógica que elige para describir y definir las necesidades del hombre en nuestro contexto socio-cultural actual.

- **Persona:** Ser constituido por unos componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisibles y por tanto la persona se dice que es un ser integral.
- **Salud:** Independencia de la persona en la satisfacción de las necesidades fundamentales. (respirar,dormir,bañarse,comer.etc)
- **Entorno:** Factores externos, que tienen un efecto positivo o negativo sobre la persona. El entorno es de naturaleza dinámica.
- **Cuidado:** Está dirigido a suplir los déficits de autonomía del sujeto poder actuar de modo independiente en la satisfacción de sus necesidades
- **Necesidad:** Debe considerarse en términos de requisito y no de requerimiento. Para Henderson la necesidad es antes que el problema, por tanto, el problema es tal porque partimos del requisito que marcan las necesidades.(respirar,dormir,bañarse,comer.etc)
- **Independencia:** Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con la edad, el sexo, la etapa de desarrollo en la que se encuentre cada persona. No hay que confundirlo con autonomía (capacidad física e intelectual que permite a la persona satisfacer sus necesidades mediante acciones que ella misma lleva a cabo).

- **Dependencia:** Estado en el cual un sujeto no tiene desarrollado suficiente o inadecuadamente, el potencial del que dispone para satisfacer las necesidades básicas. (respirar,dormir,bañarse,comer.etc)

LA FILOSOFÍA HOLÍSTICA

- La palabra “holística” deriva del vocablo griego “holos” que significa “completo, entero”. La “holística” es una filosofía, una manera de mirar al ser humano según una determinada escala de valores que consiste en entenderlo como una unidad de cuerpo, mente, energía, espíritu, vínculos, medio ambiente, cultura, historia personal y todo aquello que lo conforma tal cual “es”.
- El holismo es una filosofía que motiva el tratamiento del organismo como un todo más que como partes individuales.
- La mirada holística de la salud intenta promover en las personas el reequilibrio de las dimensiones emocionales, sociales, físicas y espirituales y entiende al abordaje terapéutico como un estímulo del propio proceso de curación. Resalta, también, la importancia del registro personal en lo que es el propio bienestar y la salud.
- La medicina tradicional, desde una mirada causal, da importancia a los factores patológicos en el origen de la enfermedad. La medicina holística, en cambio, observa las variables biológicas, personales, culturales, sociales y ambientales implicadas en los procesos de salud- enfermedad. Considera a la enfermedad como un desequilibrio en el que intervienen todos los factores mencionados. Ve a los síntomas como emergentes de relaciones poco eficaces entre el organismo, la historia personal, el estilo de vida, la carga genética, la escala de valores, las creencias y postura ante la vida en general y las relaciones con el contexto.
- Desde una postura de prevención en salud, este abordaje intenta promover el reequilibrio de los diferentes planos en el individuo y establecer y mantener un balance entre éste y el entorno.
- Todo abordaje terapéutico se organiza en base a las ideas que lo sostienen y le dan estructura. Estas ideas constituyen su marco teórico. La idea de hombre que un determinado modelo posea determinará su organización, la creación y desarrollo de sus técnicas y las formas de intervención en la clínica. El modelo holístico que propongo sienta sus bases en el humanismo existencial que entiende al hombre como una unidad de

cuerpo, mente y espíritu en interacción con su medio ambiente y entorno social. Esta teoría de la condición humana le reconoce al hombre las siguientes cualidades:

- Ser libre, capaz de elegir y tomar sus propias decisiones.
- Ser responsable de sus actos.
- Poseer capacidad de cambio.
- Tener potenciales a desarrollar.
- Con posibilidades de evolucionar hacia estadios de mayor integración de sus aspectos internos entre sí y con relación al entorno.
- Inmerso en un proceso de evolución por etapas que alternan el equilibrio, el desequilibrio y su resolución. Ofreciendo cada ciclo una oportunidad para el crecimiento personal.
- Con sabiduría, disponible para la conciencia, acerca de sí mismo.
- Con posibilidad de auto curarse.
- Los desequilibrios que afectan al hombre estarían relacionados con obstáculos para ejercer plenamente estas cualidades esenciales.



“No hay errores, ni coincidencias, todos los eventos son bendiciones dadas a nosotros para aprender. “

Elisabeth Kubler Ross.

ASPECTOS BIOLÓGICOS

Cuando el ser humano se enfrenta tan solo a la idea de la muerte sobreviene un conflicto de ideas y planteos, en que nada es suficiente para poder resistirla... “convencimiento es que ante el hecho de la muerte, común y universal, cada pueblo va generando unas prácticas y unas acciones que, a su vez, van gestando su cultura.”

Pero, solo una visión científica puede ser capaz de dar alivio al menos, ya que permite comprender que todo es un proceso más de la vida; como el nacer, crecer, envejecer y luego solo, un final. No es tarea fácil; resta comprender “como” sobreviene, ya que no todos los seres vivos comparten de la misma manera esta última etapa.

El hombre con la capacidad de observación y la evolución de su inteligencia se ha permitido desarrollar el pensamiento y por ende dar inicio e impulso a la ciencia, con lo cual dio respuesta a grandes cuestionamientos y hasta aquellos que durante siglos representaron un misterio. Mientras el tiempo también puede representar un enigma filosófico, encuadrarlos en la biología nos acerca, a saber con cierto detalle, que algunos procesos de la vida dan cuenta de la presencia de un reloj que marca un tiempo, y desentrañar las complejidades de los procesos pareciera que provocaría la posibilidad de intervenir, quizás porque permitiría frenar ese final inexorable o al menos posibilitar que ciertos pasos sean lo suficientemente alterados para que ese instante, al menos, sea diferente al que pueda plantear la naturaleza, o prevenir ciertos eventos que provocan una muerte temprana; o acaso solo sea para encontrar “respuestas”

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

El hombre en la actualidad conoce muchas y variadas cosas acerca del mundo exterior, la credibilidad científica de nuestro tiempo no tiene límites; de hecho se aceptan los pronósticos más aventurados que se encuentran por parte de todo público el cual está predispuesto a aceptar como perfectamente naturales más increíbles hazañas de la técnica moderna.

Sin embargo ocurre como si la fe de las novedosas técnicas y la constante preocupación por la conquista de un mundo de éxito, aleja cada día más al hombre de sí mismo y a la par lo aparta de su amplio conocimiento personal, la Psicología actual no permanece ajena al giro de la sensibilidad humana.

La Psicología moderna no solo trata del estudio del alma, sino que en forma deliberada acentúa la dimensión consiente hacia el estudio del comportamiento humano a un motivo más profundo y más razonable para inscribirlo adecuadamente en el auténtico hecho de su conciencia en sus no menos seguras bases biológicas y naturaleza social.

En el orden social todo procede de un algo, ya que nada es hecho sin motivo alguno que lo determine, porque todo, absolutamente todo, tiene una causa, factor por el cual se originan la totalidad de los aspectos psicológicos, los cuales no escapan al dictado de la dura ley a la que están sometidos la realidad entera, razón para que nuestros propósitos queden bien claros, que no pueden entenderse a sí mismos. Es importante e increíble por fuer...pero en el interior de cada quien, el ser humano es capaz de averiguar por sus propias vivencias y de comprenderse en cierto modo a sí mismo por la vía de su conocimiento interior, cabe por supuesto que observe y describa en una forma bastante amplia, las leyes de su conducta ajena. Pero ambas son a todas luces insuficientes, si no se logran inscribir previamente en el marco biológico en que el hombre tiene forzosamente que llegar a

comprenderse y a superarse mucho más de lo que se conoce y de lo que es hoy en la actualidad.

Pretendo desde luego con estos profundos conocimientos y estudios dar a conocer lo complicado de un largo proceso evolutivo en el que a través de ello se han originado los aspectos psicológicos. Por lo tanto iniciare por exponer con toda brevedad una exacta y clara representación del largo y muy complicado camino, por el cual la vida ha tenido que seguir para producir en la actualidad, el comportamiento tanto interior y exterior, así como el anterior y actual del hombre, en sus diferentes aspectos psicológicos.



ASPECTOS SOCIALES

Está comprobada la notable influencia del apoyo social en la salud individual y familiar. Se define el apoyo social como el Apoyo accesible a un sujeto a través de los lados sociales de otros sujetos, grupos y comunidad global; Información verbal y no verbal, ayuda tangible o acción prestada por niños o inferida de su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor.

La existencia de relaciones sociales

No implica la provisión de apoyo social, ya que este se trata más bien de un aspecto de calidad de estas. Su Importancia es mayor en las situaciones de crisis familiar en las que el apoyo puede determinar la superación de la situación estresante.

Es conveniente distinguir entre las distintas dimensiones del apoyo social: apoyo emocional o afectivo referente a la disponibilidad de personas que pueden proporcionar amor, estima, cariño y empatía; apoyo confidencial en referencia a la posibilidad de contar con personas a las que se puedan comunicar problemas; apoyo información incluye los contactos sociales a través de los cuales se recibe información o consejo

La enfermedad produce una crisis que somete a reajustes A los miembros de la red social del paciente, Produciéndose la especialización de cada miembro de la red en la provisión de uno u otro tipo de apoyo: la familia cercana es la más capacitada para el apoyo afectivo y emocional y el equipo de salud debe asumir el apoyo proporcionando la información adecuada.

ASPECTOS ESPIRITUALES

Normalmente los pacientes en procesos de enfermedad terminal no expresan abiertamente los deseos de apoyo espiritual. Quizás lo tienen más sencillo los creyentes católicos. Los no creyentes o los ateos no suelen hablar de lo que hay más allá. A nivel profesional creo que se debería ofrecer el espacio para que los usuarios pudieran expresar libremente sus sentimientos espirituales, aunque todavía es como un tabú que nadie se atreve a franquear.

Lo que suele abundar son enfermos no practicantes, pero sí creyentes. Traen sus estampas de la Virgen o los santos de su devoción. Con pocos se puede hablar de forma directa de su proceso y su pronóstico por el estado avanzado de su enfermedad. En los casos que están mejor, si el tema de la muerte sale por casualidad, tratamos de forma genérica de la finitud de la vida, y esto usando toda la prudencia que cada caso requiere y respetando hasta donde el enfermo quiere saber. Sin embargo tenemos la experiencia en bastantes casos y siempre de acuerdo con la familia que cuando les proponemos si quieren que recemos con ellos y reciban la unción de los enfermos, suelen asentir afirmativamente. En la mayoría de estos casos la familia se sorprende y agradece el hecho y se alegran, pues para ellos supone paz interior. Hay otros casos, por los miedos que tiene la familia, prefieren que se administre la unción cuando estén inconscientes por la sedación.

Proponer mejoras en la formación de los profesionales en este campo que incluya instrumentos para la exploración y evaluación de los aspectos espirituales en la historia clínica del paciente, la comunicación efectiva y compasiva con el paciente sobre su sufrimiento, creencias, esperanzas y, finalmente, la exploración de los sistemas de creencias del propio profesional y cómo estas creencias pueden afectar en la manera como este cuida y acompaña al paciente.

EUTANASIA

El término eutanasia proviene del griego: eu (bueno) y thanatos (muerte) y pretende significar buena muerte o bien morir.

La O.M.S. la define como aquella “acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente”. Son características esenciales de la eutanasia ser provocada por personal sanitario y la existencia de una intencionalidad supuestamente compasiva o liberadora.

Por los medios empleados, se divide en eutanasia activa (acción deliberada encaminada a dar la muerte) y eutanasia pasiva. En ésta se causa la muerte omitiendo los medios proporcionados necesarios para sostener la vida -p.ej. la hidratación-, con el fin de provocar la muerte.

Desde otro punto de vista, se puede clasificar también la eutanasia en voluntaria e involuntaria, en el caso de que lo pida o no el enfermo.

Aunque sea con el consentimiento de la víctima, la eutanasia es siempre provocada por otras personas, es un homicidio con unas características determinadas. Si es uno mismo el que se provoca intencionadamente la muerte se habla de suicidio, y cuando es el médico quien proporciona un fármaco letal al enfermo, pero es éste quien se lo administra así mismo, se denomina suicidio asistido.

DISTANASIA

La distanasia (del griego "dis", mal, algo mal hecho) es, etimológicamente, lo contrario de la eutanasia. Consiste en retrasar la muerte todo lo posible, por todos los medios disponibles, aunque no haya esperanza alguna de curación,

Y eso signifique infligir al moribundo unos sufrimientos añadidos a los que ya padece, y que, obviamente, no lograrán esquivar la muerte inevitable, sino sólo aplazarla unas horas o unos días en unas condiciones lamentables para el enfermo.

Llamada también ensañamiento y encarnizamiento terapéutico, entre otras acepciones, aunque sería más preciso denominarla obstinación terapéutica, que es la aplicación de intervenciones quirúrgicas y/o medidas de resucitación u otros procedimientos no habituales a enfermos terminales, cuyo fallecimiento por inminente y/o consumado se retarda por todos los medios.

Las medidas ordinarias proporcionadas o útiles son aquellas medidas de diagnóstico y tratamiento indicadas para la recuperación o curación de un paciente.

Las medidas extraordinarias o desproporcionadas, son aquellas que al aplicarlas a un paciente sin posibilidad de recuperación solo consiguen prolongar el proceso de morir y generalmente demandan equipos de alta tecnología, poco abundantes y excesivamente costosos.

El uso de terapias ordinarias es en principio éticamente obligatorio, mientras que el de terapias extraordinarias es opcional.

ORTOTANASIA

Vocablo nuevo de la tanatología, acuñado en la última década. Consiste en todas las medidas encaminadas a mejorar la calidad de vida de los enfermos a quienes se pronostica la muerte a corto plazo; se evita el encarnizamiento terapéutico al retirar todas las medidas desproporcionadas que en nada benefician al enfermo; se continúa con las medidas proporcionadas que disminuyen o suprimen el dolor y otras molestias; se procura que el paciente esté cómodo, movilizándolo, alimentándolo, realizando el aseo y las curaciones que sean necesarias; se administran sedantes y analgésicos con la frecuencia y a la dosis que se requiera, pero lo más importante es la comunicación y el diálogo del enfermo con su médico, sus familiares, amigos y, en su caso, con el ministro de su religión, quienes proporcionan apoyo psíquico, moral y espiritual.

A diferencia de los anteriores procedimientos que ayudan a morir, la ortotanasia ayuda en el morir. La ortotanasia no enfrenta reparos éticos. Tiende a conocer y respetar el momento natural de la muerte de cada hombre y sus circunstancias concretas, sin querer adelantarlo para no incidir en la eutanasia reprobable, ni tampoco prolongar artificialmente la vida con medios improporcionados para caer en el extremo, en distanasia.

Para obtener buenos resultados, es necesario establecer un programa de organización y capacitación de las personas encargadas de la atención del enfermo. Comprende a los médicos, a las enfermeras que están más tiempo en contacto con el paciente, estudiantes, familiares y amigos. Se debe integrar un grupo multidisciplinario que pueda atender al enfermo próximo a morir en el lugar más apropiado para cada paciente, el que puede ser el hospital, el hospicio o el propio domicilio del paciente.

El conocimiento sobre estos aspectos entre el personal de salud es poco, tal como lo demuestran los estudios de Fernando Bandrés (2008) *biomedicina y derecho sanitario*, que realizó una encuesta para conocer las actitudes de los médicos residentes ante el paciente con enfermedad terminal, y encontró que ante un paciente con enfermedad crónica terminal, se inclinó un 52% por la distanasia y 46% por la ortotanasia; así mismo se encontró que ninguno supo explicar la eutanasia, la mitad ofreció un concepto de distanasia y apenas un tercio de la ortotanasia.

EL MEDICO ANTE LA MUERTE

Los médicos, como cualquier ser humano, presentan conflictos existenciales, que ante situaciones límite pueden hacer evidente su falta de resolución. La muerte y el sufrimiento provocan en cualquier persona sentimientos encontrados. El médico no solamente puede encontrarse afectado por la realidad del dolor y la muerte, sino que al no haber resuelto su propio conflicto, y tratando de sobreponerse a su miedo, reacciona, en vez de razonar, con actitudes de superioridad, como en el caso del ensañamiento, o de evasión y huida, como en el de abandono del paciente.

La actitud es evidente en el paso de la visita médica y el dictado de las indicaciones, entre las frases “se hará todo lo que se pueda...” y el “no tiene caso hacer nada...” se encuentran encubiertos temores ocultos que buscan liberar angustia.

Una de las alternativas de reacción ante el miedo es el ataque, por eso, se pretende utilizar toda la tecnología al alcance, ya que la muerte del paciente representaría un fracaso personal, así como el enfrentamiento con la posibilidad de la muerte propia, a la cual se teme. “Nadie debe morir, pues si existe la muerte, yo moriré también” podría ser el pensamiento inconsciente que anima esta actitud. El modo prepotente de actuación con frecuencia trata de encubrir el temor.

Otra alternativa psicológica es la huida, el pretender que ese paciente no existe ya bajo nuestro cuidado, en rehuir su presencia. Se trata de un mecanismo de evasión. También esta actitud habla de un conflicto no resuelto ante la muerte. “No sé confortar, ni ayudar emocionalmente, el sufrimiento del paciente, es demasiado para mí, me hace sufrir, y yo no quiero sufrir”. Nuevamente es el pensamiento inconsciente que alienta esta forma de conducta.



DEFINICIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó, en un documento clave para el desarrollo de los cuidados paliativos publicado en 1990, la definición propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos como el “cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial”. Destacaba que los cuidados paliativos no debían limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias.

Posteriormente, la OMS ha ampliado la definición de cuidados paliativos: “Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”.

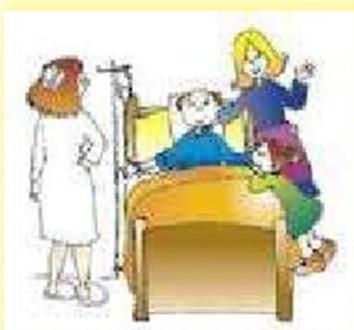
La definición se completa con los siguientes principios sobre los cuidados paliativos:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.
 - Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte
 - No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.

Integran los aspectos espirituales del cuidado del paciente.

- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.

- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y después en el duelo.
- Utilizan un equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado
- Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.
- Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.



CALIDAD DE VIDA EN CUIDADOS PALIATIVOS

La calidad de vida es un concepto multidimensional, dinámico y subjetivo para el que no existe un patrón de referencia y que, en consecuencia, resulta difícil de definir y medir.

La calidad de vida se centra en diversos aspectos del paciente como la capacidad física o mental, la capacidad de llevar una vida normal y una vida social satisfactoria, el logro de los objetivos personales, los sentimientos de felicidad y de satisfacción, así como la dimensión existencial o espiritual. De esta manera, en la calidad de vida pueden identificarse cuatro dominios: bienestar físico, psicológico, social y espiritual.

Gill y Feinstein (1994) *Calidad de Vida y Salud*, tras realizar una revisión de la literatura acerca de los instrumentos de medida de la calidad de vida, concluyeron que el enfoque de estos instrumentos no era el más adecuado. Propusieron algunas recomendaciones: utilizar dos valoraciones globales del paciente (una sobre la calidad de vida global y otra sobre la calidad de vida relacionada con la salud), medir la gravedad y la importancia de los distintos problemas, e incluir preguntas abiertas cuando se utilice alguno de los instrumentos disponibles.

El paciente es quien puede valorar de forma más apropiada su calidad de vida. Cuando el paciente no es capaz de proporcionar la información requerida, los familiares y los allegados o los profesionales sanitarios pueden suministrar información útil, particularmente en aspectos concretos y objetivos.

Sufrimiento

El encuentro con la enfermedad terminal es una causa de sufrimiento tanto para el paciente como para sus familiares y para los profesionales sanitarios que les atienden. La formulación de una respuesta terapéutica requiere la comprensión del fenómeno del sufrimiento y de los factores que contribuyen al mismo. No resulta extraño que los profesionales sanitarios vinculen los síntomas físicos al sufrimiento y, aunque la presencia de dichos síntomas suele ser un antecedente importante, no son la única fuente de sufrimiento. El fracaso en la valoración del sufrimiento puede ocasionar confusiones en las estrategias terapéuticas.

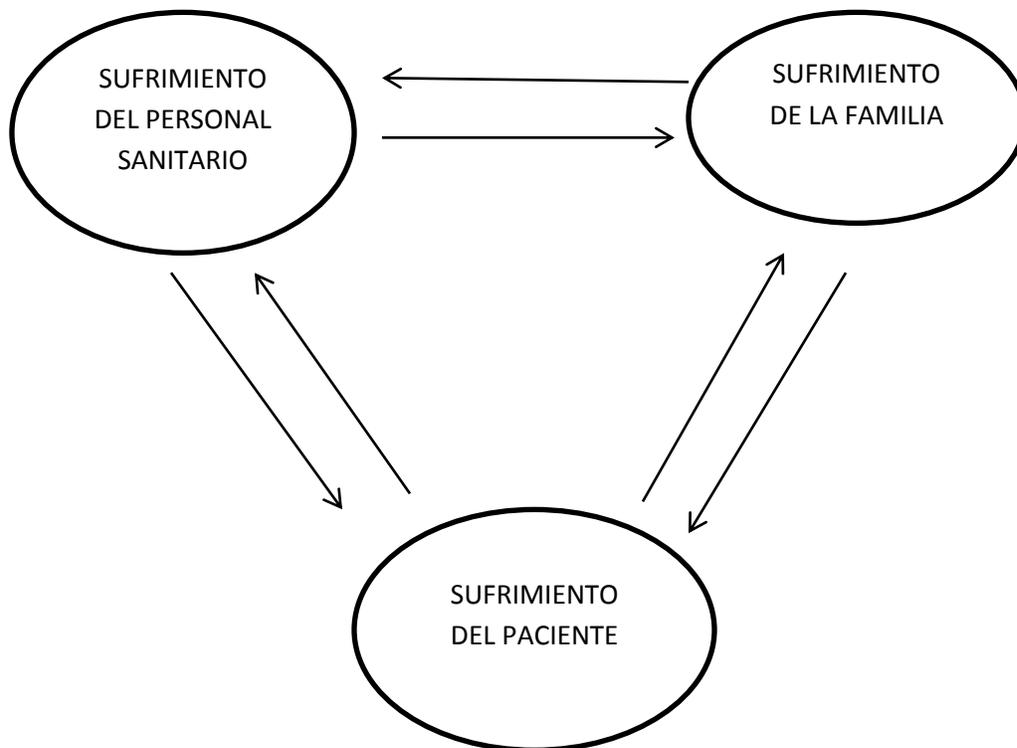
El sufrimiento ha sido definido por Chapman y Gavrin (1993) *Definición del Sufrimiento*, como un complejo estado afectivo y cognitivo negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla.

Los elementos interrelacionados del sufrimiento en la enfermedad terminal (enfermos, familiares y cuidadores sanitarios) han sido conceptualizados a través del modelo triangular del sufrimiento. De acuerdo con este modelo, el sufrimiento de cada uno de ellos puede amplificar el sufrimiento de los otros. Son fuente de sufrimiento:

- En el paciente: los síntomas físicos (como el dolor), los síntomas psicológicos y el sufrimiento existencial (la desesperanza, el sin sentido, la decepción, el remordimiento, la ansiedad ante la muerte y la alteración de la identidad personal), el sufrimiento de los familiares y de los amigos, así como la percepción de ser una carga para sí mismo y para los demás.
- En la familia, amigos y cuidadores: los factores psicosociales, la tensión emocional, la incertidumbre, el sentimiento de impotencia, el miedo a la

muerte del enfermo, la alteración de los roles y estilos de vida, los problemas económicos, la percepción de que los servicios son inadecuados, la pena y el pesar por el deterioro del enfermo (anticipación de la pérdida), la carga de los cuidadores (trabajo físico, carga emocional, cansancio), el esfuerzo económico que se debe realizar por los costes que genera el cuidado del enfermo, y los conflictos que pueden crearse en los cuidadores (entre el deseo de proveer unos cuidados adecuados y al mismo tiempo el deseo de que se acelere la muerte).

- En los profesionales sanitarios: la exposición constante al sufrimiento y a la pérdida, la frustración, la impotencia y el sentimiento de fracaso, la excesiva presión laboral con la percepción de carencia de recursos (materiales, humanos, tiempo), la dificultad en la toma de decisiones terapéuticas, las dificultades en la comunicación y en la relación con el enfermo y con sus familiares, las altas expectativas de éstos.



VOLUNTAD ANTICIPADA

La voluntad anticipada es el conjunto de preferencias que una persona tiene respecto del cuidado futuro de su salud, de su cuerpo y de su vida, y que decide cuando está en pleno uso de sus facultades mentales, en anticipación a la posibilidad de que en algún momento en el futuro se encuentre incapacitada para expresar esas preferencias y tomar decisiones por sí misma. La voluntad anticipada contiene no sólo las preferencias sino también los valores de la persona, su entorno cultural y sus creencias religiosas.

La voluntad anticipada tiene algunas semejanzas con un testamento, y las razones para elaborarla son también similares. En un testamento, una persona indica su deseo de cómo ha de disponerse de sus bienes cuando haya fallecido. En una voluntad anticipada, una persona indica cómo quiere que se disponga de sus bienes más preciados: su salud, su cuerpo y su vida, en un momento cercano a la muerte en el que ya no sea capaz de decidir por sí misma.

Por lo general, se hace referencia a la voluntad anticipada en el contexto de una enfermedad terminal, un estado de coma o un estado de sufrimiento irreversible, que son situaciones en que la persona pierde la capacidad de expresar sus deseos y decidir por sí misma. En estas circunstancias, el conocer la voluntad anticipada de una persona puede facilitar la toma de decisiones tales como: cuáles tratamientos médicos han de aplicarse y cuáles han de evitarse, cuáles síntomas han de tratarse y cuáles síntomas pueden permitirse, qué hacer en caso de que la persona pierda la capacidad de alimentarse por sí misma, qué hacer en caso de que los tratamientos médicos ya no sean útiles y la muerte sea inevitable, qué hacer en caso de que ocurra un paro cardiorrespiratorio o decidir si el fallecimiento ha de ocurrir en casa o en el hospital. Más aún, el conocer la voluntad anticipada de una persona permite que su dignidad sea respetada hasta el último momento, lo cual maximiza la calidad de vida.

Cuando una persona pierde la capacidad de expresar sus preferencias y decidir por sí misma, la responsabilidad de decisiones sobre su salud, su cuerpo y su vida recae en su representante legal, que casi siempre es un familiar cercano. Tomar estas decisiones es sumamente difícil y con frecuencia implica una gran carga emocional y social para el responsable. El conocer la voluntad anticipada de la persona en cuestión facilita la toma de decisiones y alivia importantemente esa carga. Por eso es importante que toda persona, pero especialmente aquéllas afectadas por cualquier enfermedad, se tomen el tiempo necesario para reflexionar sobre sus preferencias, valores y creencias para definir su voluntad anticipada, y la comuniquen a sus familiares, amigos o a su representante legal. En el Distrito Federal, desde el año 2008 existe el procedimiento jurídico para que una persona elabore su voluntad anticipada en un documento con validez legal. Este procedimiento está dispuesto en la Ley de Voluntad Anticipada.

Precedentes

Lo cierto es que la disposición ha servido de precedente y orientación para que otras entidades hicieran lo propio e instrumentaran sus propias legislaciones en la materia.

Fue así que el 18 de Julio de 2008, Coahuila decidió promulgar la Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal, que otorga el Documento de disposición previsoras como una garantía para decidir al respecto al tratamiento médico que desea o no recibir en el supuesto de padecer una enfermedad terminal.

El 6 de Abril de 2009 Aguascalientes publicó en el periódico oficial del estado la Ley de Voluntad Anticipada, que instituye y regula las condiciones y las formas de la declaración de voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, emitida libremente, respecto a la negatividad a someterse a

medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar la agonía del enfermo terminal.

Dos meses después, San Luis Potosí aprobó la ley estatal aprobó la ley estatal de Derechos de las personas en fase terminal. La cual fue publicada el 7 de julio de 2009 y que tiene como objeto el garantizar y defender una muerte digna mediante los cuidados y atenciones médicas necesarias para ello, respetando el principio de dignidad de todo paciente en fase terminal a decidir someterse o no a tratamientos médicos.

Ese mismo año el 21 de septiembre de 2009 Michoacán aprobó su ley en la materia; ésta incluso fue respaldada por la propia Iglesia católica al considerar que esta no inducía a la muerte, si no ayudaba a no prologar una vida artificial.

Lo que esa ley señala es el derecho que tiene una persona enferma a decidir sobre el tipo de atenciones médicas que desea recibir en el caso de padecer una enfermedad terminal, otorgándose únicamente cuidados paliativos, esto es aquellos que incluyen el control del dolor, el manejo de los síntomas así como terapias psicológica, social y espiritual. De acuerdo con la Secretaria de Salud capitalina, hasta Octubre del 2009 pasado 725 personas se habían acogido a la ley de Voluntad Anticipada, de los cuales el 5% ya habían hecho valido el poder legal.



DERECHOS DE LOS PACIENTES TERMINALES

En México, los derechos de los pacientes enfermos en situación terminal están contenidos en la Ley General de Salud y buscan salvaguardar la dignidad de estos pacientes durante el final de su vida y permitir que mantengan una calidad de vida aceptable durante este trance.

Los derechos que tienen estos pacientes en específico son los siguientes:

Recibir atención médica integral.

- 1).Ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica.
- 2).Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables.
- 3).Recibir un trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida.
- 4).Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca.
- 5).Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida.
- 6) Solicitar al médico que le administre medicamentos que mitiguen el dolor.
- 7) Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario.
- 8) Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular.
- 9) .Designar, a algún familiar, representante legal o a una personal de su confianza, para el caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación.
- 10).A recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza.

Quizá convertirse en paciente terminal no es algo que nadie tenga planeado, mucho menos que lo desee, pero es de vital importancia saber que existen derechos que deben ser respetados en estos casos y sobre todo reflexionar si usted estuviera en esta situación.



“EL DOLOR ES INEVITABLE, EL SUFRIMIENTO ES SOLAMENTE UNA OPCION”

VICTOR FRANKL.

SUSCRIPCION AL PROGRAMA

DE VOLUNTAD ANTICIPADA:

- 1) Ante notario público. Cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, puede manifestar la petición libre, consciente y reiterada de no someterse a medios, tratamientos o procedimientos médicos que propicien la obstinación terapéutica cuando se encuentre en la etapa terminal de alguna enfermedad incurable.
- 2) Ante el personal de salud de un hospital de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Un enfermo que se encuentra en etapa terminal de alguna enfermedad incurable puede manifestar su voluntad anticipada, para lo cual debe contestar el formato oficial que proporciona la Secretaría de Salud del Distrito Federal.
- 3) Ante el personal de cualquier institución de Salud privada del Distrito Federal, mediante el formato oficial.
- 4) Cuando el enfermo se encuentra impedido de manifestar su voluntad, la solicitud puede presentarla el familiar o la persona legamente responsable, de acuerdo con el orden de prelación que señala la ley.

El médico tratante de las unidades médicas hospitalarias e institucionales privadas de salud deberá establecer con claridad la información mediante la justificación del diagnóstico.

Presentación al comité de ética hospitalaria

El médico tratante deberá presentar el caso ante el Comité de Ética Hospitalaria; dicho comité es quien decidirá si el suscriptor cumple con los criterios de paciente en etapa terminal y puede suscribirse a la ley y al programa.

Atención domiciliaria

Un equipo de salud conformado por médico, enfermera y trabajadora social proporcionara atención medica domiciliaria y de considerarse necesario, apoyo psicológico y tanatológico.

En el Distrito Federal se ejerce una ley que establece el derecho gratuito al servicio médico y los medicamentos para los habitantes que no tienen seguridad social.

En caso de defunción, el médico visitador elabora tal certificado.



Voluntades Anticipadas

Existen 3 clases:

1. Las Voluntades que dan instrucciones, expresan las preferencias de las personas. La amplitud y el alcance de las mismas varía.
2. Las Voluntad Anticipadas que designan un representante.
3. Documentos mixtos en que se dejan por escrito instrucciones y se designa un representante.

Principios éticos:

- Beneficencia
- No maleficencia
- Autonomía
- Justicia

¿Por qué surgen la Voluntad Anticipada?

La declaración de voluntades anticipadas surge como respuesta a una nueva dinámica en la atención sanitaria, donde el eje es el paciente, convirtiéndose en el protagonista principal de la cadena asistencial, la ley no ampara ni justifica la eutanasia, ya que el objetivo de la norma es poder tener una vida digna hasta el final y esto no supone ayudar a nadie morir, sino garantizar una vida digna.

En la ley se regula el derecho de cada persona para dejar por escrito en un documento, con las garantías jurídicas suficientes, sus instrucciones sobre el cuidado y el tratamiento que desea recibir o no en aquellas situaciones de enfermedad irreversible en la que se vea incapacitado para manifestar su voluntad al equipo sanitario que le atiende o a sus familiares, siempre que esas instrucciones no contravengan el ordenamiento jurídico o la buena práctica médica.

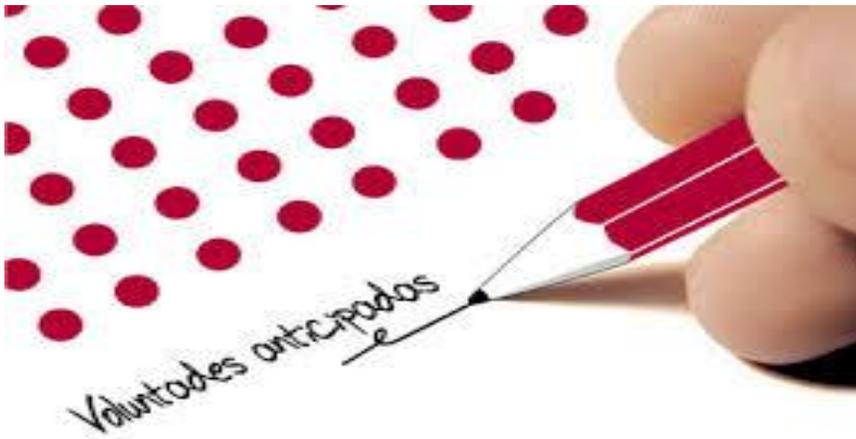
Regula un acto positivo compatible con la dignidad humana, un acto razonable, pensado y meditado por una persona que se sitúa ante su enfermedad y trata de ponerse de acuerdo consigo mismo.

OBJETIVOS:

- ❖ La no medicalización en el proceso de morir.
- ❖ El no encarnizamiento en el tratamiento de enfermos terminales.
- ❖ El cambio del modelo de la relación médico paciente: del paternalismo a la AUTONOMÍA del paciente.
- ❖ Los médicos no conocen los deseos reales de sus pacientes.

LIMITES:

Como cualquier declaración personal el testamento vital tiene validez en cuanto a lo que se declara, pero hay que advertir que puede chocar con la legislación vigente en un determinado lugar o momento. Es por ello que las distintas leyes sobre la materia establecen, en su mayoría, ciertos límites para el testamento vital, como es que la voluntad descrita no implique una acción médica contra las buenas prácticas establecidas o contra el ordenamiento jurídico, que la situación que se presenta no sea la prevista y que nos haga dudar si, en ese caso concreto, el enfermo mantendría el contenido del documento.



Morir con dignidad

La fórmula morir con dignidad implica que hay maneras más o menos dignas de morir. Si las peticiones a favor de una muerte digna están aumentando, es porque cada vez hay más gente que ve cómo mueren de un modo menos digno y temen que les ocurra lo mismo a ellos o a sus seres queridos.

Ante lo dicho anteriormente cabe la siguiente pregunta: ¿Realmente los moribundos desean morir antes? La verdad es rara vez piden la eutanasia, si no más bien tiempo para vivir, en particular si tanto ellos como sus familiares reciben apoyo de carácter integral. Actuar con la intención de quitar la vida del paciente a partir de su requerimiento, no es ético y se califica en el código penal como homicidio, porque es un acto de matar. Y por lo tanto moralmente equivocado y demasiado peligrosos para tenerlo legalmente establecido. De todos modos, cuando el paciente sí solicita la eutanasia, hay que discernir lo que en realidad ésta solicitando: apoyo ayuda a un trato humano por parte del personal sanitario.

El médico debe aprender, por fin, que la muerte es algo natural. Cuando el médico rechaza la muerte, termina por abandonar al enfermo; cuando la niega y se niega a dejar morir a su enfermo, caerá en el encarnizamiento o furor terapéutico (intento curativo persistente). Solamente cuando es capaz de aceptarla como algo natural y, antes o después, inevitable, se dedicará a cuidar a su enfermo hasta el final y sin sensación de fracaso. La muerte es el precio que paga todo ser pluricelular desde el mismo momento de su nacimiento.

Pero debemos saber que además del Derecho a la Salud, tenemos también el derecho a una Muerte Digna. En este sentido los profesionales que forman parte de los equipos de Cuidados Paliativos son los encargados de transmitir y concientizar a nuestra ciudadanía de este olvidado y casi desconocido derecho.

El tema de la muerte es un tabú en nuestra sociedad occidental. Está instalado entre nosotros la idea de que el médico ha estudiado para curar olvidándose de un antiguo principio hipocrático como es “Curar: algunas veces; aliviar: frecuentemente; cuidar y acompañar: siempre”.

Por otro lado el avance de la medicina y la tecnología han reforzado y priorizado el concepto de la cantidad de vida por sobre calidad de vida.

Muchos de los pacientes con enfermedades incurables, avanzadas y progresivas, pueden verse enfrentados a varias alternativas en su proceso terminal. Así pues debemos recordar:

- El abandono del paciente a su suerte sin que se le brinde ningún tipo de asistencia a su dolor ni tampoco respuestas al sufrimiento emocional y espiritual que la enfermedad conlleva (mistanasia).
- Pacientes dependientes de la aparatología médica, con medidas inútiles e innecesarias que no proporcionan el beneficio que se pretende lograr. (Distanasia) prolongándose así la agonía con medidas que llevan a lo que se conoce como “encarnizamiento terapéutico” Eutanasia activa o voluntaria. Esto ocurre cuando el médico realiza un acto orientado a ponerle fin a la vida del paciente a requerimiento de este último y debido a la inviabilidad del tratamiento del dolor y de su enfermedad de base.
- El suicidio asistido. Sucede cuando se le procura a los pacientes los medios sugeridos o proporcionados por un médico para provocar la muerte.

Por último y como alternativa que prioriza la calidad de vida del paciente y el respeto por su dignidad como persona, surgen los Cuidados Paliativos. Esta es una modalidad de asistencia para personas con enfermedad incurable en etapa avanzada, con el fin de responder a sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales, tanto del paciente como de sus familiares y brindada por un equipo interdisciplinario de médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadoras sociales y muchas veces un sacerdote o religioso.

Elementos para toma de decisiones

1. Determinación de la situación biológica, psicológica, socio sanitaria y familiar del enfermo.
2. Evaluación de los tratamientos en base a la evidencia científica disponible, con los criterios de proporcionalidad, futilidad y calidad de vida.
3. Consideración de que la toma de decisiones es un proceso gradual y continuo para el que debe contarse con la participación del enfermo o de sus representantes.
4. Garantía de que el proceso de comunicación es el adecuado.
5. Suministro de una información completa, que incluya las opciones terapéuticas disponibles, sus beneficios, y los riesgos e inconvenientes esperados.
6. Evaluación de la competencia del enfermo.
7. En el caso del paciente competente, confirmación de sus deseos y sus preferencias; es recomendable compartir la información y la decisión con la familia.
8. En el caso del paciente no competente para tomar una determinada decisión, deberían considerarse las siguientes opciones, en el orden indicado:
 - a) Directrices previas en caso de que las hubiera, consultando con el Registro Nacional de Instrucciones Previas o con los registros de la comunidad autónoma en la que resida el enfermo.
 - b) Deseos previamente expresados por el paciente y recogidos en su historia clínica por el médico de cabecera o los médicos especialistas hospitalarios, en el caso de que los hubiera.
 - c) Representante legal.
 - d) Familiares a cargo más próximos.

9. En el caso de que al profesional sanitario se le planteen dudas relacionadas con la decisión a tomar (idoneidad de las opciones que se proponen, competencia del enfermo, discrepancias con el representante, etc.), se recomienda la valoración por otros profesionales expertos o por comités de ética asistencial.

10. Información de la decisión al equipo sanitario.

11. Registro del proceso de la toma de decisiones en la historia clínica.

12. Marco normativo

Las personas implicadas en la relación sanitaria para tomar decisiones en la Voluntad Anticipada deben tener en consideración tanto la situación psicológica y biológica del paciente como los deseos del enfermo correctamente informado. Ambos aspectos están interrelacionados y se ven influidos por la situación social y familiar.

El nivel de dependencia física o psíquica del enfermo, su situación económica, la calidad y cantidad de apoyo que presta la red formal o informal, y la vivencia de la enfermedad por el propio enfermo y su familia pueden condicionar tanto la situación biológica como los deseos del enfermo

El equipo deberá plantearse la idoneidad de profundizar en las técnicas diagnósticas o en terapias invasivas cardiopulmonar, soporte avanzado de constantes vitales, cirugía, quimioterapia, radioterapia, nutrición artificial, etc.). Esta valoración debería atender a los siguientes criterios: la proporcionalidad (balance entre efectos positivos y negativos de la intervención), la futilidad (característica atribuida a un tratamiento médico que se considera inútil porque su objetivo para proveer un beneficio al paciente tiene altas probabilidades de fracasar) y la calidad de vida del paciente.

En ocasiones, sólo la aplicación de los tratamientos durante un periodo de tiempo razonable y su posterior evaluación permitirán reconocer si el enfermo responde razonablemente a los mismos. Otro aspecto que resulta

básico para poder reconocer los deseos del enfermo es la determinación de su competencia para tomar decisiones, que se centra normalmente en la capacidad mental del paciente, sobre todo en las habilidades psicológicas necesarias para tomar una decisión médica concreta.

Los profesionales deberían comprobar si el enfermo ha comprendido lo que se le ha explicado y si puede tomar una decisión sobre el tratamiento basándose en la información que se le ha suministrado. El consentimiento debe ser entendido como un proceso gradual y continuado mediante el cual un paciente capaz y adecuadamente informado, en función de sus propios valores, acepta o rechaza someterse a determinados procedimientos diagnósticos y terapéuticos. El conocimiento de los valores que han conformado la vida del paciente permite evaluar la coherencia de sus decisiones.

Puesto que esta valoración no puede hacerse desde un conocimiento puntual del enfermo, la continuidad en su atención o la aportación de información por parte del médico de familia o de la propia familia proporcionan los datos necesarios.

Cuando el paciente sea incompetente, la ley estipula que, además de informarle de un modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, se deberá informar a su representante legal. En nuestra práctica habitual, esa función suele corresponder a un miembro de la familia.

A través de un documento firmado (ante notario, ante un funcionario público, o ante tres testigos no vinculados con la persona por matrimonio, unión libre o pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado o relación patrimonial), las personas dejan constancia de los tratamientos que les gustaría recibir o no, y designan un representante, que será el interlocutor válido con el equipo sanitario y que estará facultado para interpretar sus valores e instrucciones. La Voluntad Anticipada se puede modificar, sustituir o revocar en cualquier momento. Cuando se trata de enfermos sin familia y de los que no se dispone de ningún documento de Voluntad Anticipada o de ninguna directriz oral previa, el criterio que se adopta para tomar las

decisiones en el paciente incompetente es el denominado mejor interés, que viene determinado por el resultado de analizar riesgos y beneficios, según los criterios de buena práctica clínica de la comunidad científica médica y lo que la sociedad considera que es lo mejor en ese momento.



Si puedes curar, cura.

Si no puedes curar, alivia.

Y si no puedes aliviar, consuela.

ANONIMO.

CONCLUSIONES

Toda persona tiene derecho a una muerte humana. La muerte es el último acontecimiento importante de la vida, y nadie puede privar de él al hombre, sino más bien debe ayudarlo en dicho momento. Esto significa, ante todo, aliviar los sufrimientos del enfermo, eventualmente incluso con el suministro de analgésicos, de forma que pueda superar humanamente la última fase de su vida. Ello significa que es necesario darle la mejor asistencia posible. Y esta no consiste solamente en los cuidados médicos sino, sobre todo, en prestar atención a los aspectos humanos de la asistencia, a fin de crear en torno al moribundo una atmósfera de confianza y de calor humano en los que él sienta el reconocimiento y la alta consideración hacia su humana existencia.

Forma parte de esta asistencia también el que al enfermo no se le deje solo en su necesidad espiritual. Justamente en el momento de la muerte resulta más urgente la necesidad de encontrar una respuesta al problema del origen y del fin de la vida, ya que son estos los últimos problemas religiosos que no se pueden eliminar ni rechazar. En tales momentos, la fe constituye una ayuda eficaz para resistir y hasta para superar el temor a la muerte, ya que da al moribundo una sólida esperanza, La fe da también un sentido al sufrimiento

El derecho a una muerte humana no debe significar, sin embargo, que se busquen todos los medios a disposición de la medicina, si con ellos se obtiene como único resultado el de retrasar artificialmente la muerte. Esto se refiere al caso en el que por una intervención de carácter médico, una operación, por ejemplo, la vida se prolonga realmente poco y con duros sufrimientos, hasta tal punto que el enfermo, en breve período de la propia vida, se encuentre sometido, a pesar de la operación o justamente como resultado de la misma, a graves trastornos físicos o psicológicos. En semejante situación, una decisión eventual del enfermo de no someterse a la operación debe ser respetada bajo el punto de vista moral.

Existen hoy, además, posibilidades técnicas de la medicina que nos sitúan ante problemas nuevos. ¿Podemos justificar ante nuestra conciencia moral el uso prolongado de un pulmón artificial, por ejemplo, para mantener con vida a un paciente?

Desde el momento en que se pueda vislumbrar que, con este tratamiento, el enfermo grave puede curar de nuevo, es nuestro deber utilizar semejantes medios, y es cometido de un Estado de carácter social obrar de suerte que aparatos y medios, incluso costosos, sean puestos a disposición de los que los necesitan.

Pero es distinto el caso en el que eliminada toda esperanza de mejoría, el empleo de particulares técnicas médicas no sirve para otra cosa sino para retrasar la muerte a costa de ulteriores sufrimientos. Si el paciente, sus parientes y el médico, tras haber sopesado todas las circunstancias, renuncian al empleo de medicinas y de medidas excepcionales, no se les puede imputar el atribuirse un derecho ilícito a disponer de la vida humana. Para el médico, esto presupone naturalmente, el consentimiento del paciente y cuando este ya no sea posible, el de un pariente suyo. En tal caso, se respeta el derecho de que la vida termina con la muerte.



**Ya que todos
vamos a morir,
preservar la vida
no debería
contemplarse
como un ideal más
elevado que
contribuir a una
muerte en paz”.**



Callagan

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Kubler Ross E. (1975) Sobre la Muerte y los Moribundos. Barcelona: Mandorin.
2. Bayes R. (2001) Psicología del Sufrimiento y de la Muerte. Edimburgo: Roca.
3. Arranz Barrero J, Bayés R. (2003) Intervención Emocional en cuidados paliativos: modelos y protocolos. Barcelona: Ariel.
4. Chapman R C, Gravin j. (1993) Definición del Sufrimiento. España: Lancet.
5. Barreto M, Soler S. (2007). Muerte y Duelo Madrid, España: Síntesis.
6. Levinstein R. (2005). Cuando alguien se va. D. F., México: Panorama Editorial.
7. Saunders C. (2003) Velad Conmigo, Houston: Gràfics Soler.
8. Tamayo A (2001) Necesidades Espirituales en la Terminalidad, San Sebastián: W Astudillo.
9. Wilson A., Mendinueta C. y Casado A. (2007) Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa. España: Sociedad Vasca de cuidados paliativos.
10. Gómez Sancho M, Grau Abalo J (2006) Dolor y Sufrimiento al Final de la Vida. Madrid: Arán.

REFERENCIAS WEB

Morir con dignidad.

http://books.google.es/books/about/Morir_con_dignidad.html?hl=es&id=vSLE4cGPJbUC

Guía de cuidados paliativos.

<http://www.secpal.com/guiacp/>

Cuidados paliativos.

http://www.areasaludbadajoz.com/datos/elibros/guia_cuidados_paliativos.pdf

Voluntad Anticipada.

http://www.almageriatria.info/pdf_files/panama/grupos_3/Voluntad%20Anticipadaversao3.pdf

Análisis de la ley de Voluntad Anticipada, el Financiero.

<http://www.elfinanciero.com.mx/component/content/article/53-nuestras-historias/8974-la-ley-de-voluntad-anticipada-no-es-comprar-la-muerte.html>

Ley de voluntad anticipada para Distrito Federal.

<http://cgservicios.df.gob.mx/prontuario/vigente/r171201.htm>

Análisis de la ley de voluntad anticipada.

http://www.medicare.com.uy/files/articulos-cientificos/analisis_de_la_ley_de_voluntad_anticipada.pdf

Artículo de opinión del La ley “Bien Morir”.

http://www.medicare.com.uy/files/articulos-cientificos/analisis_de_la_ley_de_voluntad_anticipada.pdf

Eutanasia.

<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/facdermx/cont/242/art/art6.pdf>

Eutanasia en México.

<http://html.rincondelvago.com/eutanasia-en-mexico.html>

Distanasia.

<http://contralaapostasia.com/2011/04/28/la-distanasia-una-muerte-digna/>

Ley de voluntad anticipada: ¿Eutanasia, Distanasia, Ortotanasia?

<http://www.elsiglodedurango.com.mx/noticia/318531.ley-de-voluntad-anticipada-eutanasia-distanas.html>

Cuidados Paliativos.

<http://www.who.int/cancer/palliative/es/>

Historia de los cuidados paliativos.

http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/abr_art23.pdf

Ética, Bioética y Legalidad en los Cuidados Paliativos; Competencia de Enfermería.

<http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1294868609.pdf>

Ley de voluntad anticipada México y España.

<http://biblio.juridicas.unam.mx/revista/pdf/derechocomparado/131/art/art8.pdf>

La espiritualidad en el ser humano.

<http://www.cedehc.org/?action=alumnos&page=detalleArticulo&id=112&sec=AA>

Revista de la sociedad Española de Tanatología.

<http://tanatologia.org/seit/revista.html>

Concepto holístico.

<http://www.micirculoaleph.com/2011/01/el-concepto-holistico.html>

