

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	1 de 57

**EUTANASIA: UN ASPECTO CONTROVERSIAL EN LA SOCIEDAD A NIVEL
MUNDIAL**

ISABELA ARISTIZÁBAL BUITRAGO

TRABAJO DE GRADO

ASESOR

JORGE ELIECER RODRÍGUEZ MARIN

ENFERMERO ESPECIALISTA EN CUIDADO CRITICO

DOCENTE DEL PROGRAMA DE ENFERMERIA DE LA

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES

GRUPO DE INVESTIGACION GRIEN - SEMILLERO LUMINARES

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

MANIZALES

2021

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	2 de 57

TABLA DE CONTENIDOS

	Pg.
1. RESUMEN.....	5
1.1 <i>PALABRAS CLAVES</i>	
2. ABSTRACT.....	7
2.1 <i>KEY WORDS</i>	
3. INTRODUCCIÓN	8
4. OBJETIVOS	10
4.1 <i>OBJETIVO GENERAL</i>	
4.2 <i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	
5. ANTECEDENTES.....	11
6. METODOLOGIA	14
7. RESULTADOS	17
7.1 <i>RESULTADOS BIBLIOMÉTRICO</i>	
8 RESULTADOS NARRATIVOS	22
8.1 <i>EUTANASIA</i>	
8.2 <i>LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO</i>	
8.3 <i>OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA</i>	
8.4 <i>OBJECCIÓN DE CONCIENCIA</i>	
9. DISCUSIÓN	43
10. CONCLUSIONES	46
11. RECOMENDACIONES	49
12. REFERENCIAS	50

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	3 de 57

LISTA DE FIGURAS

NOMBRE	Pg.
Figura 1. Metodología.....	14

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F – 10
		Versión	2
		Página	4 de 57

LISTA DE TABLAS

NOMBRE	Pg.
Tabla 1. Cantidad de artículos por año.....	17
Tabla 2. Cantidad de artículos por país.....	18
Tabla 3. Cantidad de artículos con indexación internacional.....	18
Tabla 4. Cantidad de artículos con indexación nacional.....	19
Tabla 5. Cantidad de artículos por enfoque.....	19
Tabla 6. Cantidad de artículos por nivel de evidencia.....	19
Tabla 7. Cantidad de artículos por índice H.....	20

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	5 de 57

RESUMEN

Introducción La eutanasia trae implícito el hecho de que se tome una conducta con el fin de lograr la muerte para evitar que continúe el sufrimiento, aunque no ha sido el tema principal para el debate, sino también las raíces ligadas al término, que son la obstinación terapéutica que se define como “el empleo de todos los medios posibles, sean proporcionados o no, para prolongar artificialmente la vida y por tanto retrasar el advenimiento de la muerte” y por otra parte se tiene la limitación del esfuerzo terapéutico que se define como “intento de promover la despedida de la persona en condiciones de confort, equilibrio y seguridad, conservándole la dignidad hasta los últimos momentos de su existencia”. **Objetivo** Desarrollar una revisión temática alrededor de los conceptos que generan controversia frente a la eutanasia. **Metodología** Se realizó una revisión bibliométrica y temática, se incluyeron 44 artículos en los cuales se indagó sobre el estado del arte de la eutanasia, la identificación de los conceptos y la relación controversial entre los términos. **Resultados** La aceptación de la eutanasia por la sociedad actualmente sigue generando controversias a nivel cultural, ético y religioso, debido a la multiculturalidad y el libre albedrío, es por ello que en la actualidad la comunidad es abierta en adoptar y respetar la opinión del otro; no obstante, se hace importante la justificación de un argumento en el que se esclarece si se está a favor o en contra del acto eutanásico. Los términos eutanasia, limitación del esfuerzo terapéutico y obstinación terapéutica aún son confundidos repetitivamente tanto por el talento en salud como por los usuarios, estos últimos no tienen claro que en su proceso de muerte tienen total autonomía para decidir morir sin sufrimiento ni dolor. **Conclusiones** Se sigue desconociendo un significado que describa la etiología de dichos conceptos, si bien se conoce que la eutanasia la abarcan diferentes tipos de características, y a su vez es la base de los conceptos que se derivan, como la limitación del esfuerzo terapéutico y la obstinación terapéutica, mediante las cuales recaen normas y resoluciones que, a nivel mundial aún son cuestionadas y llevadas ante congresos y tribunales para corroborar su veracidad en la práctica clínica. La relación controversial entre dichos términos radica en que todos buscan el mismo fin,

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	6 de 57

que es dar por concluida la vida de una persona de la forma más ética, legal, humana e indolora posible

Palabras Clave: Eutanasia, conciencia, muerte, derecho a morir, suicidio asistido, legislación.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	7 de 57

ABSTRACT

Introduction Euthanasia implies the fact that a behavior is taken in order to achieve death to prevent the suffering from continuing, although it has not been the main topic for debate, but also the roots linked to the term, which are stubbornness therapy that is defined as "the use of all possible means, whether provided or not, to artificially prolong life and therefore delay the onset of death" and on the other hand, there is the limitation of the therapeutic effort that is defined as "attempt to promote the farewell of the person in conditions of comfort, balance and security, preserving their dignity until the last moments of their existence ". **Objective** To develop a thematic review around the concepts that generate controversy regarding euthanasia. **Methodology** A bibliometric and thematic review was carried out, 44 articles were included in which the state of the art of euthanasia was investigated, the identification of the concepts and the controversial relationship between the terms. **Results** The acceptance of euthanasia by society currently continues to generate controversies at a cultural, ethical and religious level, due to multiculturalism and free will, which is why the community is currently open in adopting and respecting the opinion of the other; However, the justification of an argument in which it is clarified whether one is in favor or against the euthanasian act becomes important. The terms euthanasia, limitation of therapeutic effort and therapeutic obstinacy are still repeatedly confused by both health talent and users, the latter are not clear that in their death process they have total autonomy to decide to die without suffering or pain. **Conclusions** A meaning that describes the etiology of these concepts is still unknown, although it is known that euthanasia is encompassed by different types of characteristics, and in turn is the basis of the concepts that are derived, such as limitation of therapeutic effort and obstinacy therapeutic, through which fall rules and resolutions that, worldwide are still questioned and brought before congresses and courts to corroborate their veracity in clinical practice. The controversial relationship between these terms is that they all seek the same end, which is to end the life of a person in the most ethical, legal, humane and painless way possible.

Keywords: Euthanasia, conscience, death, right to die, assisted suicide, legislation.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	8 de 57

INTRODUCCIÓN

El término de eutanasia se empleó por primera vez por Francis Bacon en el siglo XVII. Proviene del griego eu (bien) y thanatos (muerte) y significa buena muerte, sin sufrimientos; trae implícito el hecho de que se tome una conducta con el fin de lograr la muerte para evitar que continúe el sufrimiento, por piedad, sin intereses mezquinos o económicos (1), sin embargo, este concepto es un aspecto de gran importancia y que al cabo de los años ha generado controversias en la sociedad, tanto éticos como morales debido que son temas de opinión personal y de interés común. La existencia de varios planteamientos y concepciones constituyen un desafío social, y cultural al decidir aceptar o rechazar las condiciones en las cuales se quiere seguir viviendo. Es importante indagar por qué este acto tiene sus críticas a favor y en contra a nivel mundial; es claro que, en la mayoría de países desarrollados como Alemania o Australia, el tema es propiamente ilegal, mientras que en Colombia que es un país tercermundista es totalmente lícito.

La eutanasia no ha sido el tema principal para el debate, sino también las raíces ligadas al término, que son la obstinación terapéutica que se define como el empleo de todos los medios posibles, sean proporcionados o no, para prolongar artificialmente la vida y por tanto retrasar el advenimiento de la muerte y por otra parte se tiene la limitación del esfuerzo terapéutico que se define como intento de promover la despedida de la persona en condiciones de confort, equilibrio y seguridad, conservándole la dignidad hasta los últimos momentos de su existencia (2), de esta manera conceptos como voluntad anticipada y objeción de conciencia no se hacen ajenos a la discusión.

Cabe resaltar que estos conceptos tienen una gran relevancia, ya que van unidos directamente al cuidado integral de la persona, generando cambios en su longevidad y a su vez pone a prueba las decisiones del personal de salud ya que, esto implica una doble moral dado que estos al ser defensores de vida también tienen como responsabilidad la determinación de finalizarla.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	9 de 57

El equipo multidisciplinar al momento de captar la solicitud del paciente que cursa por ese dolor inalienable, entra a analizar la situación de cuidado y el contexto en que se desarrolla; cada disciplina que hace parte del proceso eutanásico debe evaluar desde su criterio la acción correspondiente. La enfermería reglamentada en su ejercicio profesional, se hace participe en los procesos de cuidado de las personas en todas las etapas del ciclo de vida.

Es por ello, que al hablar de eutanasia en enfermería se evidencia que el vínculo creado entre la persona solicitante, familiares, médico y el equipo asistencial es indispensable porque el alcance del cuidado es transversal a cualquier parte del final de vida, desde la etapa previa de la petición, como las acciones aplicadas después de la muerte del paciente. La profesión de enfermería basa su actuar orientado en la persona sujeto de cuidado desde una mirada holística y brinda manejo del dolor, bienestar y apoyo psicoemocional en el proceso. De la misma manera al ser parte del equipo multidisciplinar debemos conocer todos aquellos aspectos emocionales, personales y culturales que pueden intervenir al momento de motivarse a adoptar conocimientos, evaluar sus actitudes y tomar la decisión de participar.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	10 de 57

OBJETIVOS

Objetivo General

Desarrollar una revisión temática alrededor de los conceptos que generan controversia frente a la eutanasia.

Objetivos Específicos

- Describir la bibliometría y el estado del arte del concepto eutanasia.
- Identificar cuáles son los términos relacionados con eutanasia.
- Detallar la relación controversial entre eutanasia y los conceptos identificados.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	11 de 57

ANTECEDENTES

A través de la literatura se evidencia una amplia gama de definiciones, puntos a favor y en contra sobre homicidio por piedad, eutanasia, obstinación terapéutica, limitación terapéutica, objeción de conciencia, autonomía y dignidad humana. Sin embargo, estos conceptos vienen desde hace varias décadas, y han trascendido a lo largo del tiempo adaptando su definición a cada época por la que ha cursado la humanidad; de acuerdo a esto se encuentra que en diferentes apartados.

El inicio de la construcción del término eutanasia viene soportado en prácticas de tipo hitleriano conocido como homicidio eugenésico según lo define el autor Adrián Rentería Díaz se pasa por la “eliminación” de enfermos incurables, inválidos, ancianos, con finalidades puramente económicas de ahorro en el costo social (3) y además de ello con fines experimentales, criminales, profilácticos y sólidos, por consiguiente el mismo autor nos expresa el acto seguido en la etiología que se conoce como homicidio por piedad caracterizado por la misericordia y compasión implícito en la nobleza y en el altruismo del gesto eutanásico con el cual se desea aliviar los intolerantes sufrimientos de un enfermo sin esperanzas de curación (3). Por ende, dichos homicidios no iban a tener la misma penalización ya que la piedad se refiere ayudar a morir al otro con dignidad y la eugenesia hace referencia al mejoramiento de la raza humana.

Por consiguiente, según las legislaciones y los cambios transformativos en la sociedad a lo largo del tiempo, la Asociación Médica Mundial define el término eutanasia como la realización de forma intencional y con conocimiento de un acto con la clara intención de poner término a la vida de otra persona, siempre y cuando esta sea competente, se encuentre informada del estado incurable de su enfermedad y haya pedido voluntariamente terminar con su vida (4). El proceso eutanásico necesita de un sujeto pasivo (*paciente*) el cual debía padecer una enfermedad terminal y un sujeto activo (*médico*) con la intención de realizar una acción u omisión para acabar con los intensos dolores. Además, debe producirse por petición expresa, reiterada e informada del individuo.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F – 10
		Versión	2
		Página	12 de 57

Por otra parte, se dan definiciones precisas sobre las clases de eutanasia, comenzando con la eutanasia activa o positiva, aplicada cuando existe un despliegue médico para producir la muerte de una persona, como suministrar algún fármaco o intervención que busquen la muerte del paciente; en segundo lugar, está la eutanasia pasiva o negativa, referida a la omisión realizada por el cuerpo médico con la intención de no emplear tratamientos, medicamentos o terapias que alarguen la vida del paciente, es decir, la actuación del médico es de “no hacer”. Asimismo, existe la eutanasia directa, en la cual existe una provocación directa del médico para ocasionar la muerte del paciente y; por último, la eutanasia indirecta, realizada sin la intención de generar la muerte, pero, según algunos doctrinantes, no puede ser considerada como eutanasia al no ser una muerte provocada con intención.

En consecuencia, este ultima tipo de eutanasia ha llevado a la Corte Constitucional a hablar de eutanasia voluntaria cuando el paciente manifiesta su voluntad, y eutanasia involuntaria que, a pesar de poderla consentir, se realiza el procedimiento sin obtenerla y, no voluntaria al no poder averiguar la voluntad de quien muere, por la imposibilidad de expresarla; todas estas basadas en la voluntad del paciente. Por consiguiente, a raíz del término eutanasia se traen a colación otras definiciones como lo es la obstinación terapéutica.

La obstinación terapéutica consiste en retrasar el acontecimiento de la muerte todo lo posible, aunque no exista esperanza alguna de curación, sin tomar en cuenta la calidad de vida del enfermo; es decir, se trata de la prolongación de la agonía, el sufrimiento y la muerte de un paciente (4). El hecho de aplicar una obstinación terapéutica o ensañamiento terapéutico lleva a emplear medidas desproporcionadas e inútiles que solo alargan la vida del paciente en condiciones de insoportable dolor. De modo contrario, la limitación del esfuerzo terapéutico hace alusión a posibilitar que la muerte ocurra en su tiempo cierto, es decir cuando deba ocurrir, en efecto el personal de salud debe tener los conocimientos basados en la evidencia para brindar al paciente los cuidados y tratamientos que ayuden a disminuir el padecimiento del curso enfermedad-muerte.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F – 10
		Versión	2
		Página	13 de 57

A partir de las controversias generadas por los diferentes dilemas bioéticos surge la objeción de conciencia la cual se define como el legítimo derecho de los profesionales de salud en rechazar las prácticas o acciones que violan sus principios éticos y morales (5). Según Edgar Alonso Vanegas, la objeción de conciencia a la eutanasia como el derecho que tiene un profesional de salud de negarse a realizar la eutanasia a un paciente que la solicita conforme a la ley (6), porque considera que dicho acto está en contra de sus más profundas convicciones éticas, morales, filosóficas y religiosas, y actuar de ese modo dañaría de manera importante su conciencia y su integridad moral.

Ligado al concepto anteriormente mencionado encontramos el principio de la autonomía mediado por los diferentes dilemas bioéticos que surgen alrededor de estos términos; donde la autonomía se define como el deber de respetar la autodeterminación del otro y se entiende como la capacidad de autogobernarse. A su vez este término tiene una estrecha relación con la eutanasia dado que según el autor Adrián Rentería Díaz no se entiende la razón por la cual una persona puede tomar válidamente decisiones autónomas acerca de su vida, pero se le prohíbe hacer lo mismo en el acto último de su existencia (3). Por lo cual el valor de la calidad de vida física y mental del paciente puede verse afectada por la disminución de la capacidad vital, como la movilidad o la independencia de suplir las necesidades básicas para la toma de decisiones mediado por el proceso de sufrimiento y dolor, por consiguiente, la persona puede considerar que su vida no tiene el mismo significado, afectando claramente su dignidad.

De acuerdo a lo anterior, la dignidad humana es un derecho fundamental e intangible que posee cada ser humano por el simple hecho de ser persona, por otro lado, la dignidad humana del enfermo terminal consiste en el derecho a elegir de manera libre el momento de su muerte (4).

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	14 de 57

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Revisión bibliográfica

Estrategias de búsqueda: Se indagaron las palabras claves en descriptor Decs y se hallaron las siguientes: Eutanasia, conciencia, muerte, derecho a morir, suicidio asistido, legislación. De acuerdo a lo anterior se desarrolló una búsqueda en las bases de datos PubMed, Scielo, Scopus, ProQuest, Science Direct, Elsevier, Hinary, Ovid, Google Scholar. En la primera búsqueda se hallaron 150 artículos a los cuales se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión, finalmente para realizar la revisión de tema se seleccionaron 44 artículos.

Criterios de inclusión:

- Años de publicación no mayor a 5 años.
- Idioma del artículo en inglés, español y portugués.
- Descripción de los términos de eutanasia, obstinación terapéutica, limitación del esfuerzo terapéutico y objeción de conciencia.
- Artículos de revisión y originales.

Criterios de exclusión:

- Relacionados con eutanasia en niños, niñas y adolescentes
- Cartas al editor y reflexiones

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	15 de 57

Análisis de los datos:

Los resultados bibliométricos se analizaron por medio de una matriz realizada en Excel, en la cual se plasmó la siguiente información de cada artículo: citación en norma Vancouver, título, año de publicación, país, revista en la que fue publicado, indexación nacional (Publindex) e internacional (Scimago), índice H, enfoque, tipo de estudio, nivel de evidencia, y principales resultados. para realizar el análisis bibliométrico.

Para el análisis temático se realizó una síntesis de información basada en los conceptos que generan controversia alrededor de la eutanasia, tras realizar la síntesis se encontraron los siguientes términos relacionados:

- Eutanasia
- Limitación del esfuerzo terapéutico
- Obstinación terapéutica
- Objeción de conciencia

En el siguiente flujograma se encuentra el resumen del proceso realizado:

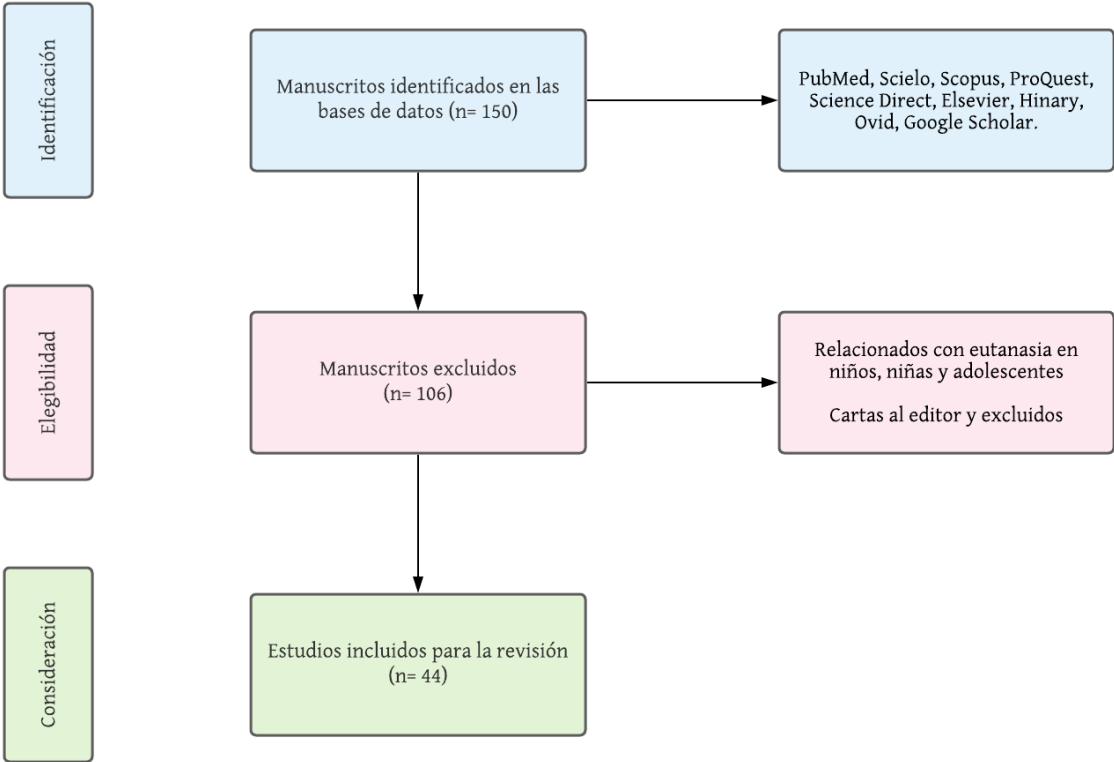


Figura 1. Metodología

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F – 10
		Versión	2
		Página	17 de 57

RESULTADOS

Resultados Bibliométricos

El año de mayor número de publicaciones fue el 2017 con el 29,5%, el país con mayor número de estudios fue Colombia con el 27,2% seguido de Brasil con un 18,2%, de manera agrupada en Latinoamérica se han realizado 72,7% de las publicaciones. De la misma manera, al realizar la revisión de indexación internacional el 52,2% de los artículos se publicaron en una revista con dicha característica y el 47,8% no contaban con este criterio, según la indexación nacional el 13,6% detalló tener este tipo de indexación, y el 86,4% se excluye del mismo. Solo el 13,6% de los artículos tenían un enfoque cuantitativo, el 81,8% eran de carácter cualitativo y 4,5% son mixtos, el nivel de evidencia en un 36,5% fue bajo, el 54,5% es medio, solo el 4,5% fue de nivel alto y el 4,5% de los artículos sugerían no tener nivel de evidencia, dado su origen. Las publicaciones en su gran mayoría contaban con índice H con un 52,2% del total de artículos, que oscila entre 0-654, solo el 47,8% no contaban con un índice H. **Ver tabla 1 a 7.**

Tabla 1. Cantidad de artículos por año

Año	F	%
2015	4	9%
2016	6	13,7%
2017	13	29,5%
2018	8	18,1%
2019	9	20,4%
2020	3	6,9%
2021	1	2,2%

F: Frecuencia, **%:** Porcentaje.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	18 de 57

Tabla 2. Cantidad de artículos por país

País	F	%
Colombia	12	27,2%
México	3	6,9%
Argentina	3	6,9%
España	7	16%
Cuba	4	9%
Paraguay	1	2,3%
Brasil	8	18,2%
Chile	1	2,3%
Canadá	2	4,5%
Perú	2	4,5%
Reino Unido	1	2,3%

F: Frecuencia, **%:** Porcentaje.

Tabla 3. Cantidad de artículos con indexación internacional

Indexación Internacional	F	%
	23	52,3%

F: Frecuencia, **%:** Porcentaje.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	19 de 57

Tabla 4. Cantidad de artículos con indexación nacional

Indexación Nacional	F	%
	6	13,7%

F: Frecuencia, %: Porcentaje.

Tabla 5. Cantidad de artículos por enfoque

Enfoque	F	%
Cualitativo	36	81,9%
Cuantitativo	6	13,7%
Mixto	2	4,5%

F: Frecuencia, %: Porcentaje.

Tabla 6. Cantidad de artículos por nivel de evidencia

Nivel de evidencia	F	%
Bajo	16	36,3%
Medio	24	54,5%
Alto	2	4,5%

F: Frecuencia, %: Porcentaje.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	20 de 57

Tabla 7. Cantidad de artículos con índice H.

	F	%
Sin índice H	21	47,8%
0 - 40	18	41%
54 - 103	3	6,9%
145 - 654	2	4,5%

F: Frecuencia, **%:** Porcentaje.

Se realizó una búsqueda bibliográfica desde el año 2015 hasta el 2021, mediante la cual se evidencian los años con más estudios encontrados que corresponde a el 2017 con un 29.5%, seguido del año 2019 con un 20.4%, siendo estos los más representativos en la muestra. Posteriormente, al analizar los países donde se desarrollaron los estudios se encontraron en continentes como Europa, América del norte y américa del sur donde predominó la región Latinoamérica con un 72,7%, en el cual se incluyen países como Colombia, Argentina, Brasil, México, Chile, Perú, entre otros; seguido de Europa con un 18.1%. A su vez se logra evidenciar una baja indexación nacional con tan solo el 13.6% que cumplía este criterio, mientras que el 86.4% no pertenecía a este tipo de indexación. Con respecto a lo anterior se cuenta con la participación del 52.2% de revistas con indexación internacional, lo cual permite respaldar la información obtenida de manera confiable, donde el porcentaje de las revistas que no cumplían con el criterio fue de un 47.8%.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	21 de 57

Con base en la información obtenida, los estudios que predominaron fueron los cualitativos con un 81.8%, mientras que los cuantitativos un 13.6% y el restante fueron estudios mixtos con un 4.5%. Durante las observaciones de resultados, se obtuvo un nivel de evidencia de los estudios, los cuales contaron con un nivel de evidencia bajo del 36.5%, medio del 54.5%, un nivel alto del 4.5% y un 4.5% no contenían niveles de evidencia dado el origen del estudio. De la misma manera, en los artículos encontrados, se pudo apreciar que un 47.8% no están clasificados con un índice H, mientras que un 52.2% si están clasificados con dicho índice. Esto medido en un total de artículos que oscila entre 0 y 654.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	22 de 57

Resultados Narrativos

Eutanasia

Se define como la administración de un fármaco para producir la muerte de un paciente que lo ha solicitado de forma voluntaria y reiterada, por padecer una enfermedad incurable que ha afectado su calidad de vida y/o que presenta un dolor no controlado a pesar de los tratamientos instaurados. La palabra eutanasia significa buena muerte, es decir, una manera adecuada de morir; La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera como la acción voluntaria que realiza una persona con la intención de provocar la muerte sin dolor a otra, este acto médico requiere entonces, dos elementos principales: La petición expresa del enfermo y padecimiento físico o psíquico insoportable para el mismo (7).

Durante la adaptación del término, las sociedades científicas han incorporado el uso de una gama de palabras que abarcan diferentes aspectos relacionados con el entorno referente a la eutanasia como son: suicidio asistido, sedación paliativa, limitación del esfuerzo terapéutico y obstinación terapéutica, las cuales son usadas en entornos donde se ve reflejado la vulnerabilidad de la salud. Dado que, la aplicación de los anteriores términos presenta limitaciones sociales, culturales, políticas y legislativas, donde se debe tener presente que no en todos los países existentes es legal este procedimiento (8). Por ende, se hace necesario el conocer cómo ha evolucionado la legislación y su adaptación a la terminología actual.

Desde mediados del siglo XX la muerte se volvió un gran problema, la aparición de medicina táctica y el resultado de múltiples enfermedades degenerativas acompañado del complejo mundo de los hospitales y nuevas tecnologías en salud, que han causado polémica a nivel social y cultural, donde la muerte tiene riesgo de quedar aplazada, suspendida e incluso olvidada, por esto, se hace alusión a la frase de Antaño *mors certa*, es decir, “hora incerta”, recordar la finitud y necesidad de estar preparados para un final digno que ha tomado otro rumbo (9).

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	23 de 57

Sin embargo, ha surgido el principio de autonomía, el cual habla del derecho a decidir el morir dignamente, siempre y cuando sea bajo los términos de acceder de manera voluntaria, la cual se conoce actualmente como eutanasia. Este concepto ha traído discusiones sobre los aspectos éticos, jurídicos, políticos, económicos e incluso culturales, por lo que, a nivel legislativo actualmente solo cinco países permiten la eutanasia, como Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Canadá y Colombia (9).

En Colombia, mediante la sentencia C239 de 1997 fue el primer país que habló de eutanasia conocido anteriormente como homicidio por piedad, en la cual se hizo una diferenciación entre el homicidio por piedad y el homicidio eugenésico donde no tendrían la misma penalización. (9) (10) (11). Por otra parte, la Corte Constitucional apeló al artículo 16 de la Constitución, que enfatiza en el principio bioético de respeto por la autonomía todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico, según este artículo los ciudadanos tienen derecho a tomar decisiones relativas a su vida y sus cuerpos. (12)

Por otro lado, Bélgica fue el primer país en aprobar la eutanasia en el año 2002, la cual establece que los ciudadanos belgas que padezcan una enfermedad terminal o que simplemente estén cansados de la vida, puedan acceder al derecho a morir dignamente. Del mismo modo, Holanda en el mismo año aprobó la eutanasia solo a pacientes que sufren una enfermedad irreversible o que se encuentren en una fase terminal con un padecimiento insoportable (9) (10).

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	24 de 57

Poco tiempo después, en el año 2009 se aprueba la eutanasia en Luxemburgo y finalmente en Colombia, en el año 2015 se reglamenta el derecho a morir dignamente (9) (10) (11). Respecto a la edad en que se puede acoger la ley, en Bélgica, Holanda y Colombia tal procedimiento está abierto a niños, niñas y adolescentes, siendo Colombia quien lo permite a más temprana edad, es decir de 6 a 17 años, mientras que Holanda establece el límite a los 12 años y Bélgica, sin poner edad exige que el joven se encuentre emancipado, es decir, la libertad que tiene cada persona de decidir qué hacer con su vida; y para todos los casos se debe al menos informar al adulto que tenga la patria potestad, independientemente de la edad del niño (9)(11)(12).

Finalmente, en el 2015 se evaluó la condición de solicitud para menores de edad y con la Resolución 825/2018, dada por el Ministerio de Salud y Protección Social se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes. Es importante mencionar que la protección de los derechos de los niños es una obligación primaria del estado y, por ello, es este el encargado de brindar una vida y muerte digna a aquel niño que se encuentre en un estado de sufrimiento por problemas de salud y que por medio de su voluntad el sujeto tiene derechos donde pueda protegerse su dignidad y garantizar el procedimiento eutanásico.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	25 de 57

Este tema tan controversial y llamado a la discusión, desde lo social hasta lo político hace que encuestas realizadas en diversos espacios, se conviertan en bases de apoyo, para que desde las diferentes posturas se apalanque la solidificación del término en zonas del mundo donde es absolutamente prohibido mencionarlo. Según este estudio realizado en España en una investigación pre-doctoral sobre la evolución de la opinión pública y de los médicos frente a la eutanasia en un tiempo determinado, arrojó resultados de estudios a gran escala realizados en diferentes partes del mundo, como el que se menciona en 2015 por una empresa llamada Ipsos, que se encarga de investigar fenómenos como la eutanasia. En dicho año a 14 países del mundo incluyendo España se realizó un total de 2.112 entrevistas a personas entre los 16 y 65 años, generando resultados positivos con más de un 65% de participantes a favor de regular el acto eutanásico en dichos espacios del mundo. Las encuestas como instrumento de estudio se han transformado en un apoyo para que las diferentes partes sociales, académicas y políticas viren sus miradas hacía la legalización del término (13).

Todo esto implica la posibilidad de poner fin a la vida, como se menciona por parte de los textos filosóficos, que darle un giro de medicalización a la eutanasia sería inadecuado, pero, ¿A qué se le llama medicalización? Es cuando quienes deciden brindar servicios de salud abusan de sus conocimientos con el pretexto de curar; dado que la intervención del médico debe ser mejorar la salud del paciente ante cualquier adversidad, pero así mismo el fin de la vida debe plantear formas de terminar con el sufrimiento, como un camino hacía la conducta correcta (14). El derecho a la salud es un balance de esos elementos, para proteger la vida de los individuos y procurar su buena salud.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	26 de 57

En relación con los textos filosóficos más significativos sobre la atención de los pacientes, es el juramento hipocrático, el cual resalta en sus líneas el no administrar medicamentos que causen la muerte, pero el contexto es abstracto debido a que no especifica a que término se refiere si eutanasia, suicidio asistido, homicidio por piedad entre otras (15). Es por ello que, actualmente la legislación es la base de apoyo para la toma de decisiones de dichos profesionales que apoyan el acto de la eutanasia y a pesar de que en muchas regiones del mundo aún no sea válido estar a favor de dicho término, se lucha por continuar la búsqueda de los consensos y leyes que amparen de manera justa a profesionales, pacientes, familiares y sociedades.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	27 de 57

Limitación del esfuerzo terapéutico

Anteriormente, la ortotanasia se definía como un proceso natural inevitable, respetando el derecho de la persona de morir con dignidad, amparada por los cuidados al final de la vida (16). La limitación del esfuerzo terapéutico hoy es una práctica que busca el respeto de la dignidad humana a través de una muerte digna, como mecanismo de reducción del sufrimiento y el dolor de los pacientes con enfermedades terminales (17), este concepto se asocia a la humanización de la atención al paciente, ya que se acepta que las personas tienen un curso de vida propio, enfocado en mantener una calidad de vida óptima sin padecer sufrimientos.

La evolución del concepto a través del tiempo ha tenido variaciones, inicialmente se hacía referencia como ortotanasia y actualmente, el gremio de salud hace referencia a limitación del esfuerzo terapéutico, este último término abarca un contexto más amplio dentro del curso de la enfermedad del paciente, ya que le permite establecer un límite en el cuál pueden llegar a retirar o no instaurar un tratamiento, donde el pronóstico de vida es nulo.

En un estudio de Batista y Santana, los enfermeros de unidades de cuidado intensivo (UCI) tenían como concepto de limitación del esfuerzo terapéutico que el morir con dignidad incluía prevenir la iatrogenia, respetar las creencias religiosas, aportar tranquilidad, tener sensibilidad y disposición de escucha con el paciente y la familia. La limitación del tratamiento de soporte vital debe ser muy bien comprendida por la familia, ya que cuando se percibe que la situación de los pacientes tiene un punto de no retorno, la familia consentirá en que se cesen las medidas curativas y se inicien los cuidados adecuados; aunque no es solo un proceso de aceptación por parte de los familiares sino también por parte de los profesionales del área de la salud que están atendiendo al paciente (17), pues la muerte pone al profesional de salud frente a su propia decisión, generando un conflicto de dudas sobre la eficacia, los objetivos y la importancia que tienen los cuidados, puesto que, este acentúa la visión holística del ser humano, dado que, contempla todas sus necesidades y contribuye en la medida de lo posible a mejorar su calidad de vida (17).

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F – 10
		Versión	2
		Página	28 de 57

Durante el desarrollo de la medicina, en áreas como la Oncología, Hematología, Cardiología, Nefrología entre otras; permiten el aumento de los años de vida secundario a las prácticas intervencionistas que se llevan a cabo, la persona en su curso de vida y a pesar de contar con estos procedimientos evolucionan llegando a una situación de fase terminal donde la enfermedad puede generar diversos síntomas entre ellos el dolor crónico, la apatía, la desesperanza. A partir de este proceso juega un papel relevante la limitación del esfuerzo terapéutico, puesto que estas medidas buscan mantener el bienestar de la persona y controlar el dolor durante su proceso de fin de vida (18).

Los cuidados paliativos son priorizados con el fin de dar más calidad al tiempo de vida del paciente, con medidas para promover comodidad emocional, social y espiritual. Por lo tanto, en el caso de pacientes críticamente enfermos, incluso aquellos que ya están en el UCI, la integración de los cuidados paliativos es de primordial importancia y aporta numerosos beneficios (19), por lo que, desde el análisis ético del artículo, los pacientes que son candidatos de incluirse en una de las limitaciones de tratamiento de soporte vital pueden clasificarse así: Soporte vital salvo RCP, soporte vital limitado y muerte encefálica.

Respecto a esta clasificación un estudio cubano encontró que la mayoría (77%) de los encuestados conocen los términos y 23% no están a favor de la aplicación de dicho procedimiento. Sin embargo, existen razones para limitar el esfuerzo terapéutico, los médicos deben evaluar muy bien el contexto de cada persona con el fin de abstenerse de tratar intensivamente con terapias desproporcionadas e inútiles, generando gastos carentes de razonabilidad y buen juicio clínico, dónde el sufrimiento es inevitable y desproporcionado al beneficio esperado (20) (21).

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	29 de 57

La falta de conocimiento relacionado con los cuidados al final de la vida han sido reportados como un problema fundamental, Pinheiro reportó que en un programa de medicina su currículo de formación del pregrado no contaba con asignaturas propiamente dichas para abordar cuidados terminales, de esta manera el 83% de los alumnos no recibieron informaciones sobre cuidados a pacientes con enfermedades terminales, el 63% no tuvo acceso a ninguna temática sobre “cómo dar malas noticias” y el 76% afirmó desconocer los criterios clínicos para optimizar el tratamiento del dolor (22). En otro estudio relacionado con la enseñanza de cómo dar malas noticias se evidenció que los estudiantes de la carrera de medicina creen que el momento correcto para aprender sobre comunicación es el tercer año (última etapa de formación) y en otra revisión el entrenamiento fue por medio de métodos digitales, clases virtuales, juego de roles, diagnóstico de casos entre otros (23).

Otra parte fundamental del proceso de atención es el rol del profesional de enfermería, quien busca mantener la dignidad de la persona, realizando acciones que brinden confort al paciente, además de los cuidados básicos (17). Estos profesionales han comprendido que el conocimiento de las necesidades de la persona a cargo es prioritario y de acuerdo a esto se orientan las acciones de cuidado, desde organizar un espacio tranquilo, hasta mejorar su grado de dolor y sufrimiento de la enfermedad. Si bien es inevitable la presencia de dolor en el proceso de fin de vida, el reto que tiene la profesión de enfermería respecto a la formación en el manejo del dolor, con el objetivo de generar experiencias de bienestar que intervengan para lograr una mejora en la calidad de vida y un buen morir (24), Implica mejoras a raíz de la formación del pregrado y el compromiso de una educación continuada por parte del profesional orientada al manejo del paciente con limitaciones de soporte de tratamiento vital que le permita cubrir las necesidades biológicas, emocionales y psíquicas tanto de la persona como de su familia.

Respecto a lo anterior, el equipo de salud puede tener comportamientos dicotómicos ya que conocen los conceptos, se encuentran a favor de ellos y por el contrario no participan en la implementación de los mismos, derivado de dificultades psicoemocionales, educativas y culturales, a continuación, se describen:

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F – 10
		Versión	2
		Página	30 de 57

- **Dificultades psicoemocionales:** El personal de salud adopta cierto distanciamiento emocional con el paciente como principal estrategia de afrontamiento, de esta manera cree poder tomar decisiones de manera imparcial; la carga laboral es otra limitante para establecer una adecuada relación enfermero-paciente basada en la comunicación asertiva y de confianza, con los tiempos de interacción entre enfermero-paciente el poder generar este vínculo es difícil ya que se ha reportado que los tiempos de interacción son demasiado limitados, en un artículo mexicano se realizó una revisión temática entre los cuales se encontraron hallazgos identificados sobre la baja comunicación que existe entre algunos enfermeros con el paciente y que esto afecta directamente en la recuperación y los días de estancia que tenían, además de esto los pacientes reportaron frustración por las barreras en la comunicación (25). De este modo se consigue limitar la implicación con el paciente y su familia, además de tener enfrentamientos respecto a las creencias de los familiares o del paciente (27).
- **Dificultades académicas-culturales:** Todas las situaciones nacen de la dificultad en la toma de decisiones respecto a los cuidados al final de la vida de los pacientes, derivadas de los conflictos bioéticos relacionados con el morir. Existen múltiples variables que pueden afectar la toma de decisiones, desde la cultura, el proceso que implica morir, las posturas religiosas, las competencias y habilidades individuales de cada uno de los miembros del equipo de salud que atiende, la voluntad del paciente y de su familia y la política institucional. Todos estos aspectos son elementos esenciales al momento de tomar la decisión de incluir o no a una persona en el proceso de limitación de tratamientos de medidas de soporte vital o cuidados al final de la vida. La primera medida que se puede adoptar es la implementación de políticas institucionales claras que se encuentren acorde a la legislación frente al tema, esto disminuye el aspecto subjetivo de cada individuo que labora en la institución, como se demostró en una investigación, en la cual, el 90% del personal de salud tenía conocimiento de términos relacionados con el final de vida, esto facilita las decisiones en situaciones críticas y el manejo es más integral (19)

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F – 10
		Versión	2
		Página	31 de 57

Puesto que, la decisión de limitación de tratamientos de soporte vital se debe contextualizar y darle la importancia necesaria ya que, es un elemento primordial para el abordaje del contexto de dicha limitación, debido a la situación en la cual se encuentra el enfermo, la toma de decisiones de la familia y el porcentaje que presenta la misma persona de sobrevivir para tener este tipo de determinación como lo muestra un estudio realizado en un Hospital de Brasil en el cual se calculó la frecuencia con la que se dio límite al criterio de iniciar soporte vital avanzado a pacientes clínicamente irrecuperables, se llegó a diversos puntos importantes en los cuales se resalta el incluir en las decisiones a los miembros de la familia y al equipo interdisciplinar que atiende al paciente, se comprobó que la comunicación eficaz y la relación en el proceso de atención a la enfermedad es benéfica porque, libera la responsabilidad al equipo profesional en la toma de decisiones, una vez el paciente es admitido a tratamientos bajo estas características (18).

Otro punto importante, es la reducción del tiempo entre iniciar soporte vital avanzado y suspenderlo, ya sea por decisión de los acompañantes o por parte del equipo multidisciplinar, dentro del estudio se destacó que al dialogar desde el primer día sobre el tratamiento a seguir hizo eficiente el manejo y no se retrasó de 4 a 7 días como era lo previsto en escenarios anteriores. A pesar de que los individuos tuviesen un mal pronóstico frente a su vida, el obtener un cambio de tratamiento dirigido a reducir el dolor y poder estar en un espacio, acompañados de sus familiares hizo que la muerte se viera desde una mirada humanista y digna, así lo refiere el autor (18).

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	32 de 57

Por consiguiente, al hablar de limitación del tratamiento de soporte vital se tiene en cuenta diferentes criterios para su aprobación:

Los criterios en los cuales se da la limitación del tratamiento de soporte vital son:

- **Decisión basada en la evidencia científica** es decir ajustarla al conocimiento que se tiene actualmente en la medicina
- **Decisión multidisciplinar:** el debate entre todos los miembros del equipo asistencial que se pueda lograr el mayor consenso o unánime
- **Documento de instrucciones previas:** indagando sobre las decisiones que quiere tomar el paciente
- **Representante legal:** siempre se debe contar con un representante legal o un familiar a la hora de tomar las decisiones
- **Comité de ética asistencial:** aplica cuando existe desacuerdo entre los profesionales de la salud y la familia o en el caso que se cuente con un representante legal
- **Cuidados paliativos:** se debe instaurar siempre el abordaje paliativo
- **Registro de la orden:** las decisiones y las medidas deben ser registradas en historia clínica (27).

Finalmente, la limitación del esfuerzo terapéutico hace parte fundamental en el manejo del paciente en condiciones críticas, ya sea por decisión de la persona, de la familia o por decisión del equipo multidisciplinar; son acciones intermedias que reforman la atención del paciente dándole un morir tranquilo y digno.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	33 de 57

Obstinación terapéutica

La muerte, además de ser un hecho biológico, posee una dimensión social y cultural. En la sociedad occidental se ha producido un fenómeno llamativo, ya que se ha trasladado la vivencia de la muerte, de los hogares a los hospitales, considerados como lugares fríos y deshumanizados (28). La obstinación terapéutica se define como los actos médicos aplicados a un enfermo clínicamente ineficaces, que no mejora en el pronóstico, es decir no tienen un impacto en el estado de salud de la persona (28).

Gonzáles en su investigación sobre eutanasia y encarnizamiento: obstinación terapéutica a través del siguiente relato: “Basta con imaginar la vida de un paciente terminal en la unidad de cuidados intensivos, unido un ventilador mecánico artificial, acceso venoso central, administración de fármacos 3 veces o más al día que no muestran mejoría y con la opción de seguir sumando procedimientos invasivos o tratamiento farmacológico, esperando que las condiciones cambien, sin evidencia a través del tiempo” (29). Nos quiere ilustrar uno de los escenarios en los cuales es muy importante determinar el alcance del manejo terapéutico y la obstinación terapéutica, estos componentes se deben enlazar de manera clara con el fin de no cometer errores en el manejo del paciente crítico recuperable, pero teniendo claro el punto en el cual la obstinación y la recuperación puede que no tengan un efecto positivo sobre el individuo y la comunicación es el medio esencial.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	34 de 57

El mantener comunicación e información a la familia es un punto fundamental en el proceso, ya que en algunas ocasiones la persona encargada de tomar la decisión frente a un tratamiento es su familiar, debido a que, el paciente no se encuentra en condiciones físicas y/o mentales para hacerlo; de esta manera, los familiares quedan a cargo y pueden coincidir o no con las voluntades anticipadas de la persona enferma; conservar una relación entre profesionales y familiares, les ayuda a comprender el pronóstico del paciente y a su vez, realizar un afrontamiento, además de evitar que se realicen intervenciones fútiles, considerando, que la futilidad es aquella cualidad del acto médico cuya aplicación a un enfermo está desaconsejada porque es clínicamente ineficaz, no mejora el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes, o porque previsiblemente produce perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, desproporcionados al beneficio esperado (30).

Existen tres tipos de futilidad:

1. **Futilidad por diagnóstico**, donde se determina la imposibilidad de que el tratamiento restaure la función fisiológica perdida.
2. **Futilidad cuantitativa**, cuando la intervención realizada para proporcionar un beneficio tiene una alta probabilidad científica de fracaso, es decir, suele determinarse supervivencia menor a 5%.
3. **Futilidad cualitativa**, percepción de los profesionales que realizan la intervención, donde tiene escasas posibilidades de alcanzar una recuperación funcional y de calidad de vida que puedan ser percibidos por el enfermero como beneficio, aun en el remoto caso de supervivencia.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	35 de 57

Por otro lado, un estudio realizado por Peñasco llevado a cabo en la UCI de un Hospital Universitario Público de tercer nivel, buscó conocer la valoración ética, el conocimiento y la información sobre la obstinación terapéutica que tenía el personal encuestado, demostró que el 98% se manifestó estar a favor y que un 28% de las respuestas se consideraba como un tipo de suicidio asistido. El 77% de la muestra en el estudio, creían que no existe relación en negar el inicio de un nuevo tratamiento, o retirarlo durante el proceso (31).

El encarnizamiento terapéutico aceptado y comprendido por el personal de salud genera una barrera en la transición al morir, así como una carga emocional, cultural y económica a nivel intrahospitalario, sin embargo, a lo largo de la historia el tema se ha convertido en un aspecto controversial, puesto que se ha venido debatiendo sobre cuál es la mejor decisión, cuando un paciente cruza por una enfermedad grave y su pronóstico de vida no sea favorable (32). El proceso de llevar a cabo una obstinación terapéutica garantiza la necesidad de asegurar que se han proporcionado al paciente todas las medidas terapéuticas útiles disponibles, por otro lado, se vuelve egoísta el hecho de querer mantener con vida a una persona que por cuestiones naturales no tiene una esperanza de sobrevivir (32).

Anteriormente, no se tenía en cuenta la proporcionalidad de iniciar tratamientos heroicos fútiles con el fin de prolongar la vida de un paciente que estuviese pasando por una enfermedad terminal, y que innecesariamente necesitará dicho tratamiento, convirtiéndose así el fin de un proceso lento y penoso (33). Esto podría ser secundario a que los profesiones en salud realizan un juramento en el cual buscan la defensa y promoción del bienestar integral de la persona respetando su curso de vida (34); sin embargo existen algunos pacientes que en su curso de vida a pesar de la implementación de todos los tratamientos de manera óptima no van a lograr la recuperación, en estos casos es importante que el personal de salud genere un diálogo con el paciente y la familia que le permita entender cuáles son las necesidades y expectativas frente a su condición.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	36 de 57

El punto de partida de la obstinación terapéutica reside en la falta de claridad de los criterios para la toma de decisiones, en muchas ocasiones los propios valores del médico son los que marcan las decisiones de la obstinación terapéutica, esto resulta incorrecto al menos desde el punto de vista ético y de la calidad de la asistencia (31), por ello, debe ser de manera multidisciplinar dicha decisión y esto significa también hacer partícipes a los miembros de la familia del sujeto de cuidado, su aporte debe ser claro en la limitación del tratamiento como nos nombra el filósofo Daniel Callahan, aceptar el hecho de que una enfermedad no puede controlarse a pesar de haber hecho un esfuerzo para ello y suspender un tratamiento es moralmente tan aceptable como decidir previamente que la enfermedad no puede ser controlada eficazmente y no iniciar medidas de soporte vital (34).

En España, se investigó sobre la postura que tenían médicos y enfermeros en cuanto a las decisiones que se toman respecto a la vida de los pacientes, obteniendo diferencias entre conocimientos, actitudes y posturas; dando como resultado un inadecuado trabajo en equipo (35). La obstinación terapéutica implica grandes responsabilidades, tanto para los profesionales de salud como para familiares y acompañantes del individuo. Tomar la decisión de iniciar o suspender soportes que prolongan el sufrimiento del paciente y de las personas que lo rodean afecta los principios éticos, religiosos y morales, pero aun así el ser humano aprecia su vida y teme a la muerte mediado por diferentes factores como el dolor, por lo anterior, es fundamental el acompañamiento y la comunicación asertiva para brindar la tranquilidad al momento de la toma de decisiones, con el fin único de analizar adecuadamente la situación y que la opción que se tome sea acertada y beneficie la transición al proceso de fin de vida del paciente.

No obstante, es fundamental en estos casos, la opinión manifiesta del paciente o en su defecto familiares más cercanos sobre la decisión de poner fin a la vida o en continuar con las medidas fútiles, esto se define a través de las voluntades anticipadas que se definen como la manifestación que se hace una persona de manera unilateral, autónoma y libre sobre lo que quiere en caso de encontrarse en una determinada condición clínico-patológica, en la cual, no pueda ejercer su autonomía, afectando la forma de expresar su consentimiento (36).

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F – 10
		Versión	2
		Página	37 de 57

Diversos documentos surgieron en Estados Unidos para actuar de la mejor manera ante problemas en la toma de decisiones entre el paciente y los profesionales de la salud (37), la creación de los documentos de voluntades anticipadas en el ámbito de la salud fue originalmente denominada como “*living will*” o testamento vital, la primera directiva anticipada fue propuesta por la Euthanasia Society of America (ESA) en 1967, y se relaciona con el hecho de que un paciente no puede ser sometido a tratamiento sin su consentimiento. De esta manera, las voluntades anticipadas en salud tienen como objetivo que la persona exprese de manera previa su voluntad sobre los tratamientos y los cuidados de su salud, lo cual, permite expresar personalmente sus preferencias y ejercer la autonomía (11).

El origen de la voluntad anticipada dentro de la práctica médica se relaciona directamente, al desarrollo del consentimiento informado en razón de la autonomía y al temor que se genera en torno a la obstinación terapéutica y a la prolongación del sufrimiento; de allí surge la necesidad de crear un instrumento jurídico para determinar la voluntad del paciente con respecto a las condiciones de la fase terminal de su vida.

En la actualidad los pacientes tienen el derecho a recibir información acerca de su estado de salud, durante este proceso, el equipo de salud tiene la responsabilidad de informar sobre todas las recomendaciones clínicas, beneficios, efectos adversos y los costos, para brindar mayores herramientas al paciente en una toma de decisión informada, así como el paciente en aceptar o no un tratamiento oportuno y/o cuidado al final de su vida, expresar quién puede acceder a su expediente clínico o quién representará su voluntad ante el proceso de su muerte, con el objetivo de respetar su derecho de autonomía al realizar su voluntad anticipada acorde a sus valores morales, creencias religiosas, normas jurídicas, ética y contexto sociocultural (11).

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	38 de 57

Este tipo de documento, se debe aplicar previo al ingreso de un paciente a unidades de atención especializada a la hospitalización, cuando la persona se encuentra con plenas funciones mentales y de manera voluntaria puede determinar que tratamientos acepta y cuáles rechaza, por consiguiente, la voluntad anticipada tiene como beneficio el respeto a la autonomía ante la decisión del sujeto de cuidado, fomentando su independencia y participación activa dentro del tratamiento electivo para su proceso de enfermedad, de manera indirecta los cuidadores no cargan con esta responsabilidad, además los profesionales de enfermería se benefician de un diseño más unificado para los cuidados desde el confort hasta el manejo del dolor (38).

En un estudio realizado en Brasil, se encontró que uno de 55 pacientes con enfermedades terminales había registrado su directiva anticipada y, tres de ellos, después de dialogar con la investigadora, manifestaron interés en formalizarla. Los demás declararon que no habían tenido la oportunidad de conversar sobre el tema (39); lo que quiere decir que, esta falencia puede ocurrir también por la falta de información en el paciente y más cuando este se encuentra pasando por una enfermedad; el mismo personal de salud es el encargado de informar acerca de las evoluciones previsibles de la misma, de manera que, pueda iniciar un proceso de reflexión personal en el paciente y la de su familia. De esta forma, se puede decidir, que al final de este proceso, se deje constancia expresa de sus deseos, acerca del tiempo que quiere dure el tratamiento de su enfermedad, conocido como voluntades anticipadas.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	39 de 57

En otro estudio mexicano que determinaba el nivel de conocimiento en la población respecto a la ley de voluntad anticipada, solo el 21,2 % de la población, sabía la existencia de la Ley de Voluntad Anticipada. Al realizar el cruce de variables se encontró que este desconocimiento tenía una relación con significancia estadística con la escolaridad (25). Para concluir las voluntades anticipadas son un aspecto relevante que, si bien no determina la realización de eutanasia, respeta la autonomía de la persona y en algunos aspectos puede orientar a que se genere una adecuada limitación del esfuerzo terapéutico y se prevenga la obstinación terapéutica, sin embargo, falta mayor peso jurídico de este documento ya que tanto familiares como profesionales de la salud en ocasiones van en contravía de lo plasmado en las voluntades anticipadas sin tener efectos legales.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	40 de 57

Objeción de conciencia

Es un derecho del profesional de salud en oponerse a la realización de un procedimiento o intervención dispuesto legal o administrativamente, debido a que ello atenta contra sus convicciones filosóficas o religiosas (40), el Dr. Castaño define la objeción de conciencia en relación a la eutanasia como: “Un derecho que tiene el personal de salud en negarse a realizar la práctica a un paciente que la solicita conforme a la ley como la sentencia C-239 de 1997, T-970 de 2014 y la Resolución 1216 de 2015” (5).

En 1991 aprovechando el cambio de la Constitución Política de Colombia, durante la Asamblea Nacional Constituyente, el Colectivo por la Objeción de Conciencia y el programa Objetores por la Paz de la Iglesia Menonita, se movilizaron y desarrollaron una campaña para que el tema de la objeción de conciencia fuera incluido en las mesas de trabajo; en 1994 ocurrió un hecho significativo: donde un joven fue encarcelado y sometido a la clandestinidad hasta que la amnistía internacional lo acogió como preso de conciencia y efectuó acciones frente al gobierno, hecho que tuvo incidencia internacional al presentar su declaración pública como objetor de conciencia y finalmente Colombia participó en el primer Encuentro Latinoamericano de Objetores de Conciencia en Paraguay, y fue sede del 9º Encuentro Internacional de Objetores de Conciencia, que contó con la participación de todos los continentes, evento que logró llamar la atención de los medios y ampliar la trascendencia del mismo (41).

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	41 de 57

Las indicaciones para objetar conciencia varían según el país por ejemplo en México se encuentra regulada únicamente en dos entidades: el Distrito Federal y Jalisco, mientras que en Uruguay se aplica la objeción de conciencia para aquellos médicos que, por cualquier motivo, rechazan exclusivamente la práctica del aborto, a diferencia de Colombia la cual aplica cuando la única forma de proteger integralmente la libertad de conciencia de quien la objeta, sea demostrando que las creencias, motivaciones o razones que configuran la objeción sean fijas, profundas, sinceras y respondan a fines constitucionales y legalmente admisibles (41); de esta manera la objeción de conciencia viene dando una trascendencia al ámbito clínico donde se deja constancia explícita de su aplicabilidad. Por otra parte, está la fidelidad de cada profesional a su *lex artis* es decir a sus normas o criterios valorativos que permiten al médico o profesional de salud actuar en forma correcta y que integre tanto lo ético como lo profesional ya que es garantía de la calidad de la atención (42).

En un estudio realizado en Madrid indagaron sobre las opiniones de las enfermeras de la objeción de conciencia donde el 66.6% concluyeron que las creencias religiosas son importantes en este tipo de situaciones que van contra su ética y su moral, entre el mismo instrumento creado existían preguntas como cumplir con las instrucciones sobre la eliminación de los sistemas de soporte vital donde el 74,8 % respondieron no hacer partícipe de esto (43). Por lo tanto, la persona que ejerce su derecho a la objeción de conciencia debe tener claro que implica un conflicto entre el deber de obediencia a la norma y el deber de obediencia a la propia conciencia, independientemente de la motivación que lo preceda, teniendo definitivamente que optar por obedecer a la conciencia, asumiendo las consecuencias que de ello se derivan (5).

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	42 de 57

Finalmente, se debe tener en cuenta que la objeción de conciencia es un derecho por y para el personal de salud que resguarda sus principios éticos y morales, por lo tanto, se debe sostener que el aplicar la objeción de conciencia es un derecho si este se sustenta de una manera adecuada, demostrando que va contra los principios de cada persona y como nos mencionan en el artículo 18 de la Constitución Política de Colombia, se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia (45).

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	43 de 57

DISCUSIÓN

Los profesionales de la salud al enfrentarse a la eutanasia, la limitación del esfuerzo terapéutico y la obstinación terapéutica deben tener estos conceptos claros ya que, permite una mejor toma de decisiones en los momentos más críticos, es por esto que a raíz de esta revisión temática podemos evidenciar que los términos eutanasia, limitación del esfuerzo terapéutico y obstinación terapéutica aún son confundidos repetitivamente tanto por el talento en salud como por los usuarios, estos últimos no tienen claro que en su proceso de muerte tienen total autonomía para decidir morir sin sufrimiento ni dolor.

Investigaciones realizadas como la de Young Ho Yun nos revelan que la persona tiene miedo a morir por la sensación de dolor que podría generar, favorecer activamente la decisión del uso de analgesia durante este periodo se relaciona con una “buena muerte” que es lo que etiológicamente traduce la palabra eutanasia; por otra parte diferentes pacientes y familiares describieron que la sedación no favorecía el acompañamiento familiar ya que la instalación de sedación nubla el deseo del paciente de ver a su familia al momento de morir. Así mismo, hay individuos que no quieren ser una carga para sus familias, así que optan por acelerar su muerte solicitando el proceso de eutanasia y sedación (46).

La aceptación de la eutanasia por la sociedad actualmente sigue generando controversias a nivel cultural, ético y religioso, debido a la multiculturalidad y el libre albedrío, es por ello que en la actualidad la comunidad es abierta en adoptar y respetar la opinión del otro; no obstante, se hace importante la justificación de un argumento en el que se esclarece si se está a favor o en contra del acto eutanásico. En Colombia, aún se mantiene la búsqueda por el aval y la aceptación para instaurar en definitiva el proyecto de ley que abre paso a la reglamentación de la eutanasia para los pacientes que cursen por una enfermedad incurable y un dolor insoportable; respetando su derecho a morir dignamente concedido hace 18 años por la Corte Constitucional.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	44 de 57

Ante los entes legales los trabajadores de la salud deben determinar a través de un documento si es objetor o no de conciencia, esto con el fin de no generar barreras que se traduzcan en la pérdida al acceso de este derecho por parte de los pacientes, sino por el contrario se fortalezcan las acciones de obstinación o futilidad terapéutica. Por otra parte, las instituciones de salud deben diseñar protocolos que permitan establecer las diferencias para la aplicación de intervenciones de soporte de vida con medidas intrahospitalarias como ventilación mecánica, soporte vasopresor, inotrópico entre otros, y la limitación de tratamientos de soporte terapéutico que busca una muerte libre de dolor y en un ambiente tranquilo planeado por el paciente previo a su muerte.

Las limitaciones de tratamientos de soporte terapéutico son fundamentales en la atención del paciente dado que optimiza los recursos y cumple con la voluntad de la persona y su familia; aunque desde la revisión bibliográfica es notoria la escasa formación del profesional para manejar esta etapa clínica, los resultados de diferentes investigaciones reflejan que falta formación en brindar malas noticias, cuidados al final de la vida, manejo del dolor y acompañamiento emocional. Es por esto que, es relevante tener en cuenta los criterios para iniciar medidas de soporte vital y así poder llegar a un manejo adecuado y no apresurado del paciente que esté cursando por esta situación.

En un estudio realizado a enfermeras de Madrid en hospitales y centros de salud sobre las opiniones frente a la objeción de conciencia indicándoles diferentes situaciones entre ellas la eutanasia y al concluir el análisis se halló que las creencias religiosas toman parte importante en la decisión de actuar, bajo el referente de los valores y creencias personales infundidas desde la crianza; y otro punto importante fue el formular un cuestionamiento frente a ¿cómo encajar la objeción de conciencia dentro del sistema de salud sin obstaculizar dicho tratamiento de la enfermedad?. Para dar respuesta a dicha pregunta hay que tener en cuenta que la población de enfermeras madrileñas encuestadas tiene un porcentaje de 55,6% las cuales son creyentes religiosas, por ende, la objeción de conciencia está estrechamente relacionada como conflicto ético causado por el peso en la moralidad.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	45 de 57

El cumplir con las intervenciones ordenadas genera angustia moral en las enfermeras, así como preocupación o intenso malestar debido a un sentimiento de inconformidad; es por ello que la objeción de conciencia ayuda a reducir la angustia y permite que el profesional decida libremente de acuerdo a su formación en principios y valores (47).

Finalmente, en la vía del proceso eutanásico se debe evaluar si los ordenamientos éticos, jurídicos y morales existentes protegen la vida desde una mirada de un ser social- familiar- biológico o la vida meramente biológica del individuo, este es un buen punto de partida para que la eutanasia tenga una mirada holística del personal de salud, familiares y del paciente; según lo anterior, se debe tener en cuenta que también existe la obstinación terapéutica y la limitación del esfuerzo terapéutico, que abren la posibilidad de elegir el curso al final de la vida; además se cuenta con el soporte ante la voluntad expresa del paciente o voluntad anticipada que abarca la autonomía y determina como herramienta jurídica la verdadera acción pautada, y las directrices que se deben seguir.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	46 de 57

CONCLUSIONES

A pesar de que la eutanasia es un concepto que genera grandes controversias en las sociedades a nivel mundial, se logra identificar que desde el 2017 las publicaciones sobre estos conceptos disminuyen progresivamente hasta la actualidad, siendo dominante un nivel de evidencia bajo, pero con un índice H de mayor porcentaje. Se demostró que Latinoamérica abarca un porcentaje del 72,7% de publicaciones relacionadas, y por consiguiente todo esto se relaciona a la vulnerabilidad y la baja aplicabilidad de los términos, la ambigüedad que se hace notoria en la legislación y la jurisprudencia.

En relación con el estado del arte del término eutanasia se expresa que es una práctica que lleva años desarrollándose en la sociedad y es evidente que ha cambiado a lo largo de la historia, sin embargo, sigue siendo un tema complejo ya que abarca una serie de pensamientos individuales y colectivos, enlazados en lo ético, moral, judicial, cultural entre otros. A pesar de que se han realizado grandes avances en la protección de los derechos humanos y la dignidad de la persona que cursa por un padecimiento insoportable, no se ha establecido de manera clara un límite que permita conocer hasta qué punto se debe generar un tratamiento terapéutico, además cuál es el momento exacto en el que se limita el esfuerzo y cuáles acciones se convierten en fútiles para la persona.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	47 de 57

A raíz de esta revisión se sigue desconociendo un significado que describa la etiología de dichos conceptos, si bien se conoce que la eutanasia la abarcan diferentes tipos de características, y a su vez es la base de los conceptos que se derivan, como la limitación del esfuerzo terapéutico y la obstinación terapéutica, mediante las cuales recaen normas y resoluciones que, a nivel mundial aún son cuestionadas y llevadas ante congresos y tribunales para corroborar su veracidad en la práctica clínica. No obstante, un aspecto relevante que se ha venido incluyendo al hablar de estos términos es el concepto de “calidad de vida” en los pacientes, el cual se efectúa de manera subjetiva, ya que este se interpone desde una condición individual, y es por ello que se funda la decisión de un tratamiento bajo este concepto y es éticamente más problemático, con implicaciones legales que ponen en tela de juicio al personal de salud.

La relación controversial entre dichos términos radica en que todos buscan el mismo fin, que es dar por concluida la vida de una persona de la forma más ética, legal, humana e indolora posible, pero no todas han sido estudiadas a profundidad, lo cual causa que se incurra en una vulnerabilidad de los términos y su aplicabilidad en la población, derivado de esto, es que las leyes de regulación de la muerte digna estén estigmatizadas, ambiguas y hasta inconcluyentes en cada país. Esta situación va arraigada desde los mismos profesionales de la salud, quienes son en realidad promotores de información clara y objetiva, pero estos, tampoco comprenden los términos y las facultades de salud desde los pregrados no se interesan en fomentar profesionales idóneos para situaciones complejas como la decisión de la muerte de un paciente; siendo esta la principal causa de desconocimiento de la población sobre el que hacer antes y durante el desarrollo de su padecimiento, como es el caso de que se puede dejar una “voluntad anticipada” que es un instrumento legal que tiene por objeto expresar de manera previa la voluntad sobre los tratamientos y los cuidados de la salud, para dar fin a su vida.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	48 de 57

El alcance al proceso eutanásico desde la disciplina de enfermería en cuanto a material de investigación es bajo, a través de la cantidad de artículos hallados para esta revisión temática, únicamente 6 artículos (13,6%) se basan en investigaciones realizadas desde esta profesión, lo cual indica la necesidad inherente de investigación desde el campo de la enfermería, fortaleciendo las publicaciones y su posterior comprensión de los temas relacionados con eutanasia, permitiendo de esta forma un actuar más activo del profesional en la toma de decisiones articuladas con las demás áreas interdisciplinarias que describen, categorizan y aplican todas aquellas prácticas del cuidado al final de la vida. La enfermería se posiciona dentro de la neutralidad al hablar del proceso eutanásico, dado que, busca el cuidado y bienestar humano en cualquier etapa del ciclo de vida, porque desde la definición del que hacer se debe promover la vida y a su vez aliviar el sufrimiento.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	49 de 57

RECOMENDACIONES

Aumentar el número de publicaciones, dado que desde el 2017 existe un decrecimiento en cuanto a la búsqueda de bibliográfica respecto a eutanasia y los conceptos que la rodean.

Ampliar la definición de los términos, debido a la baja cantidad de claridad en la definición, genera vulnerabilidad y mínimo uso por parte de la población. Por ende, se hace necesario fortalecer la investigación ante esta temática.

Las comunidades actualmente son más abiertas a la opinión y más críticos ante las nuevas prácticas, fomentar un nuevo estudio que evalué el comportamiento de estudiantes y profesionales del área de la salud ante las nuevas publicaciones y criterios sobre el proceso de eutanasia.

Consolidar y verificar las temáticas dictadas en la formación del pregrado para las carreras direccionadas al área de salud, para comprobar que se esté dando el aprendizaje en **cuidados al final de la vida**.

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F – 10
		Versión	2
		Página	50 de 57

REFERENCIAS

1. Collado M, Piñón G, Ibarra R, et al. Eutanasia y valor absoluto de la vida. Rev. Cuba Hig Epi [Internet]. 2011. (Citado 9 de mayo 2021); 49(3): 450-458. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300012&lng=es.
2. Tinoco HL. Ortotanasia: “Permitir morir” no significa sencillamente “dejar morir”. Der Cam Soc. [Internet]. 2017. (Citado 29 de julio 2021); 1(1): 1-13. Disponible en: <https://www.derechocambiosocial.com/revista047/ORTOTANASIA.pdf>
3. Rentería A. Eutanasia y derecho hacía una ética de la autonomía. Rev Fal Der Mex [Internet]. 2016. (Citado 22 noviembre 2021); 56(246): 325-354. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2229009>
4. Dubón M, Bustamante L. Entre la enfermedad y la muerte: “eutanasia”. Cir Cir [Internet]. 2020. (Citado 22 noviembre 2021); 88(4): 519-525. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/cicr/v88n4/0009-7411-cir-88-4-519.pdf>
5. Távara L. Objeción de conciencia. Rev Peru Gineco Obstet [Internet]. 2017. (Citado el 14 marzo 2021); 63(4): 581-590. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400010
6. Vanegas E, Zuleta G. Objeción de conciencia a la eutanasia: un análisis bioético personalista para el caso colombiano. Rev Las Inv [Internet]. 2018. (Citado 22 de noviembre 2021); 15(1): 159-165. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/695/69559148016/html/>
7. Ríos C, Benedictis G, Córdova G, et al. Conocimiento y percepción sobre eutanasia en estudiantes de medicina de diecisiete países latinoamericanos. Rev. Mem Inst Investig Cien Salud [Internet]. 2018. (Citado 15 de enero 2021). 16(3):58-65. Disponible

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	51 de 57

en: https://www.researchgate.net/publication/330206677_Conocimiento_y_percepcion_sobre_eutanasia_en_estudiantes_de_medicina_de_diecisiete_paises_latinoamericanos_2017

8. Ezekiel J, Bregje D, John W, et al. Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada and Europe. JAMA [Internet]. 2016. (Citado 8 de mayo 2021); 316(1): 79-90. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2532018>

9. Díaz E. La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas. Rev. Bio y Der. [Internet]. 2017. (Citado 15 ene 2021); 40: 125-140. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000200010

10. Sarmiento P. García D. Garzón C. et al. Medios de comunicación y eutanasia en Colombia. Análisis de contenido y categorización argumentativa. Rev. Fac Med. [Internet]. (Citado 15 ene 2021); 67(2): 209-15. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/68645>

11. Marín F. La eutanasia: un derecho del siglo XXI. Rev. G Mod. [Internet].2017.(Citado 15 ene 2021); 1(1): 2-3.Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-la-eutanasia-un-derecho-del-articulo-S0213911118300694>

12. Posada N. Eutanasia: Conceptos de la fundación colombiana de ética y bioética FUCEB, dirigidos a la Corte Constitucional (sentencia t-721-17) y al Ministerio de Salud y Protección Social (borrador de resolución sobre sentencia t-544-2017 de eutanasia infantil). Rev. Biot. [Internet]. 2018. (Citado 10 de mayo 2021); 1(1)148-157. Disponible en: <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/9046>

13. Carcelen BI. Euthanasia: Trends and opinions in Spain. Rev. Esp Sanid Penit [Internet]. 2020. (Citado el 9 mayo 2021); 22(3):112-115. Disponible en:

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	52 de 57

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33300934/>

14. Galati, E. La eutanasia y la medicalización de la muerte desde una perspectiva jurídica compleja. Rev. Latina Bio [Internet].2018. (Citado el 9 mayo 2021);18(1):68-86. Disponible en: <https://doi.org/10.18359/rlbi.1833>

15. Merino S, Arunanno E. The prohibition of euthanasia and medical oaths of Hippocratic stemma. Rev. Acta bioeti [Internet]. 2017. (Citado el 10 mayo 2021); 23(1): 171-178. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v23n1/1726-569X-abioeth-23-01-00171.pdf>

16. Cano C, Cavenagui A, Freire A. Finitud de la vida: Comprensión conceptual de la eutanasia, distanasia y ortotanasia. Rev. Biot [Internet]. 2020. (Citado el 25 abril 2021); 28(2). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/QBMbKWk6rxKYLXbYb4DwWvh/?format=pdf&lang=es>

17. Batista J, Santana B, Machado J. Ortotanasia en las unidades de cuidados intensivos: percepciones de los enfermos. Rev. Biot [Internet] 2017. (Citado 25 abril 2021); 25(1). Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422017000100158&script=sci_arttext&tlng=es

18. Velarde GF, Gonzales RA. Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermería. Gac Sanit [Internet]. 2017. (Citado 09 mayo 2021); 31(4):299-304. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/gv/v31n4/0213-9111-gs-31-04-00299.pdf>

19. Gonzaga R, Mazutti. Limitation to Advanced Life Support in patients admitted to intensive care unit with integrated palliative care. Rev. Bras Ter Intensiva [Internet] 2016. (Citado 10 de mayo 2021); 28(3):294-300. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27626949/>

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	53 de 57

20. Barzaga SM, Estrada BG, Sánchez HJ, et al. Conocimiento y actitudes de los médicos sobre limitación de esfuerzo terapéutico. Rev. Med Granma [Internet].2019. (Citado 09 abril 2021); 23(1):135-151. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2019/mul191k.pdf>

21. Meneses SM. O papel da seda ão paliativa no fim da vida: Aspectos médicos e éticos revisão. Rev. Bras Anestes [Internet].2019. (Citado 09 mayo 2021); 69(1):72-77. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034709417303380>

22. Pessini L. Siqueira J. Reflexiones sobre los cuidados brindados a pacientes críticos en el final de la vida. Rev. Biot. [Internet]. 2019. (citado 15 el enero 2021); 27(1): 29-37. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/ZR5CdVSMkp4jwzF6GtYHcrb/?format=pdf&lang=es>

23. Cavalari N, Brietzke E, Mucci S. La enseñanza de cómo dar malas noticias: Una revisión sistemática. Rev. Biot [Internet]. 2019. (Citado el 25 abril 2021); 27(2). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/GmHzf35H3z8tHBnCr8dQNHF/?format=pdf&lang=es>

24. Duque PA, Tovar SA, Luna DA, Rodríguez JE. Revisión sistemática del cuidado al final de la vida. Med Paliat [Internet]. 2019 (Citado 19 ene 2021);26(2):156-162. Disponible en: <https://medes.com/publication/145588>

25. Müggenburg MC. Interacción enfermera-paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario Parte I. Rev. Enf Univ. [Internet]. 2012. (Citado 5 de octubre 2021); 9 (1). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v9n1/v9n1a5.pdf>

26. Carrasco A, Olivares A. Nivel de conocimiento de “la ley de voluntad anticipada” en población geriátrica en México. Rev. Cuba [Internet]. 2019.(Citado el 14 marzo 2021); 35(1): 1-

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	54 de 57

14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2019/cmi191c.pdf>

27. Facultad de Enfermería-PUJ. Sesión 1, IV Curso Internacional Virtual: Rol del Profesional de Enfermería [Video de internet]. YouTube. 1 de septiembre 2021. [Citado 15 de octubre 2021]. Disponible en: <https://youtu.be/3qa6X-CF2Ew>

28. Colmenares F, Parodi J, Pérez C. Las personas con enfermedad terminal y la necesidad de cuidados paliativos: una deuda pendiente de los servicios de salud. Acta Med. [Internet]. 2019. (Citado el 25 de abril 2021); 36(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000200010

29. Vallés-Fructuoso O, et al. Perspectiva de los profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos sobre la limitación del tratamiento de soporte vital. Rev. Enferm Intensiva. [Internet]. 2016. (Citado el 22 mar 2021). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2016.06.002>

30. Gonzáles FP, Guzmán GC. Eutanasia, distanasia, adistanasia y encarnizamiento terapéutico. Multi Hea Rese [Internet]. 2016. (Citado 25 de abril 2021); 1(1). Disponible en: <http://ri.ujat.mx/bitstream/20.500.12107/2476/1/351-1387-A.pdf>

31. Grinberg AR, Tripodoro VA. Futilidad médica y obstinación familiar en terapia intensiva ¿Hasta cuándo seguir y cuándo parar? Rev. Med [Internet]. 2017. (Citado el 9 mayo 2021); 77(1): 491-496. Disponible en: <https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2010-a-2017/volumen-77-ano-2017-no-6-indice/futilidad-medica-y-obstinacion-familiar-en-terapia-intensiva-hasta-cuando-seguir-y-cuando-parar/>

32. González A, Azcune O, Peñasco Y. Opinión de los profesionales de una unidad de cuidados intensivos sobre la limitación del esfuerzo terapéutico. Rev. Cal Asis [Internet]. 2016. (Citado el 25 abril 2021). 35(5): 262-266. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad->

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	55 de 57

[asistencial-256-articulo-opinion-los-profesionales-una-unidad-S1134282X16000300](#)

33. Diniz R. Pontes R. Tinoco E. et al. A obstinação terapêutica e o prolongamento da vida para além da dor. Rev. transformar [Internet]. 2018. (Citado 15 ene 2021); 1(12): 197-213. Disponible en: <http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/160>

34. Betancourt BJ, Lázaro BJ. Muerte digna y adecuación del esfuerzo terapéutico. Rev. Cien Med Haban [Internet]. 2017. (Citado 9 de mayo 2021); 24(1): 53-56. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=74245>

35. Betancourt G. Limitación del esfuerzo terapéutico: Aspectos religiosos y culturales. Rev. Hum Med. [Internet].2015. (citado 15 de enero 2021).15(1): 145-162. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57925>

36. Martínez ML, Herrera JM, Burallo MN. Decisiones en los cuidados al final de la vida. ¿Jugamos en el mismo equipo? Rev. Enf Intens. 2017. (Citado 10 mayo 2021); 1(1): 1-10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130239918300518?via%3Dihub>

37. Gómez A. Voluntades anticipadas al final de la vida. Una aproximación desde la regulación colombiana y en el derecho comparado. Rev. Lat. Biot [Internet]. 2015. (Citado el 14 marzo 2021); 16(1), 128-153. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v16n1/v16n1a08.pdf>

38. Grimaldo P. Voluntad anticipada procedimiento legal para una muerte digna. Univ. Rosar [Internet].2019. (Citado 14 marzo de 2021). Disponible en: <https://www.urosario.edu.co/UCD/Voluntades-anticipadas-decisiones-de-cara-a-la-mu/>

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	56 de 57

39. Delgado E. Eutanasia en Colombia: Una mirada hacia la nueva legislación. Rev. Just. [Internet]. 2016. (Citado 15 ene 2021); 31, 226-239. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/just/n31/0124-7441-just-31-00226.pdf>

40. Duarte R. Derecho de los pacientes a las directivas anticipadas de voluntad. Rev. Biot. [Internet]. 2018. (Citado 14 mar 2021). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/rp7hBkqsmCdjyZZHrBncy8N/?lang=es&format=pdf>

41. Vanegas E. León G. Objeción de conciencia a la eutanasia: Un análisis bioético personalista para el caso colombiano. Rev. Lellalista. [Internet]. 2018. (Citado el 15 enero 2021); 1(15): 59-165. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlsi/v15n1/1794-4449-rlsi-15-01-159.pdf>

42. Internacional de Resistentes a la Guerra. Antecedentes de la objeción de conciencia en Colombia. [Internet]. (Citado el 14 mar 2021). Disponible en: <https://wri-irg.org/es/story/2007/antecedentes-de-la-objecion-de-conciencia-en-colombia#:~:text=En%20Colombia%20se%20empez%C3%B3%20a,servicio%20militar%20obligatorio%20para%20j%C3%B3venes>.

43. Echeverría C. Serani A. Arriagada A. et al. Objeción de conciencia y acciones de salud. Rev. Med Chile. [Internet]. 2020 (citado el 15 enero 2021); 1(148): 252-257. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v148n2/0717-6163-rmc-148-02-0252.pdf>

44. Flórez TR, Braco PA, Gonzales HM, et al. Opinions of nurses regarding conscientious objection. Rev. Nurs Ethic [Internet]. 2017. (Citado el 9 mayo 2021). 20(2): 1-14. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733017731915>

45. Constitución política de Colombia. 1991. Disponible en: <https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>

 Universidad Católica de Manizales	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN	Código	INV – F –10
		Versión	2
		Página	57 de 57

46. Young H, Kyoung N, Jin A. Comparison of attitudes towards five end-of-life care interventions (active pain control, withdrawal of futile life sustaining treatment, passive euthanasia, active euthanasia and physician-assisted suicide): A multicenter cross-sectional survey of Korean patients with cancer, their family caregivers, physicians and the general Korean population. Rev Open access [Internet]. 2018. (Citado 10 mayo 2021); 20(1): 5-19. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1136%2Fbmjopen-2017-020519>

47. Lamb C, Evans M, Babenko Y. Nurses’ use of conscientious objection and the implications for conscience. J Adv Nurs [Internet]. 2018. (Citado 8 de mayo 2021); 75(3): 594-602. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30328136/>