

Percepción y actitudes de los enfermeros y las enfermeras del SSPA sobre la legalización de la eutanasia y la objeción de conciencia.



Grupo de Investigación “Bioética y humanización de los cuidados”
Informe de Investigación. 2022



PERCEPCIÓN Y ACTITUDES DE LOS ENFERMEROS Y LAS ENFERMERAS DEL SSPA SOBRE LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA y LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

INFORME DE INVESTIGACIÓN

AÑO 2022



**PERCEPCIÓN Y ACTITUDES DE LOS ENFERMEROS Y
LAS ENFERMERAS DEL SSPA SOBRE LA LEGALIZACIÓN
DE LA EUTANASIA Y LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA**

Elaborado por:

Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC).

Asociación de Enfermeras de Hospitales de Andalucía (ASENHOA).

Ángela María Ortega Galán. Departamento de Enfermería. Universidad de Huelva.

María Dolores Ruiz Fernández. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina. Universidad de Almería.

Grupo de Bioética y Humanización de los Cuidados del SSPA (BIOHU-2018).

Colaboración:

Colegios Profesionales de Enfermería de Andalucía.

Maquetación y diseño:

Paulino López Campos. ASANEC

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcialmente, por cualquier medio, electrónico o mecánico, ni por fotocopia u otro sistema de reproducción de información sin el permiso por escrito de los autores.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro más sincero agradecimiento a todas aquellas instituciones que han contribuido a la realización de este informe. En primer lugar, a los Colegios Oficiales de Enfermería de cada una de las provincias de Andalucía. Gracias a su difusión e implicación ha sido posible que el estudio llegara a gran parte de las enfermeras andaluzas. En segundo lugar, a todos los socios y socias de ASANEC y ASENHOA por su compromiso con este proyecto y el apoyo recibido. Y, por último, a todas las enfermeras del Sistema Sanitario Público de Andalucía que han colaborado de manera desinteresada.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	5
1.-INTRODUCCIÓN:	7
2.- OBJETIVOS:	11
3.-METODOLOGÍA:	12
4.-ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN:.....	17
5.-RESULTADOS	18
6.-LIMITACIONES.....	37
7.-CONCLUSIONES:	38
8.-BIBLIOGRAFÍA.....	43
9. ANEXOS.....	53

1.-INTRODUCCIÓN:

Desde hace varios años, el tema de la eutanasia ha generado un debate en la población española y en otros países (Brovko, Simakova, Komarnitskyi, Sabadash, & Shpenova, 2020). No solo se plantea como una cuestión social que afecta a los profesionales sanitarios, sino que también produce discusión dentro de las esferas políticas, jurídicas y éticas (De Lima et al., 2017; Radbruch et al., 2016).

Existen diversos países dentro de la Unión Europea como diferentes estados en EE.UU que han legalizado la eutanasia (Emanuel, Onwuteaka-Philipsen, Urwin, & Cohen, 2016). A nivel europeo en 2002, Holanda fue el primer país que legalizó la eutanasia y el suicidio asistido, seguidamente de Bélgica que, además, fue pionero en legalizar la eutanasia infantil sin límite de edad (Abarshi, Onwuteaka-Philipsen, & van der Wal, 2009; Roest, Trappenburg, & Leget, 2019; Smets, Bilsen, Cohen, Rurup, & Deliens, 2010). Posteriormente, Luxemburgo se acogió a esta en 2009 y Suiza legaliza el suicidio asistido en personas no residentes en Suiza (Dierickx et al., 2020; Kelly, 2017).

Fuera de Europa, en los EE.UU el primer estado en legislar fue Oregón en 1994 y luego fue seguido por Oregón en 1994, Washington en 2008, Montana en 2009, Vermont en 2013, Colorado y Washington DC en 2016, California en 2016, Hawai en 2018, Nueva Jersey y Maine en 2019. En Canadá se legisló en 2016. (Velasco Bernal & Trejo-Gabriel-Galan, 2022)

En toda América Latina, es Colombia es el único país que permite la muerte asistida. Aunque en 1997 el Tribunal Constitucional colombiano despenalizó el "homicidio por piedad", no fue hasta abril de 2015 que el Ministerio de Salud especificó mediante un protocolo cómo debería procederse (Marcela Torres, Rodrigo Pardo, 2015).

Actualmente, España se ha sumado al elenco de países que legalizan la eutanasia (Onieva-Zafra, Fernández-Muñoz, Parra-Fernandez, Romero-Blanco, & Fernández-Martínez, 2020), si bien, Andalucía fue la comunidad pionera en introducir una ley que regule el proceso de morir bien, cuando en el año 2010 aparece la Ley 2/2010, del 8 de abril, de "Derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte", o más conocida como Ley Andaluza de muerte digna a esta ley Andaluza le siguieron

Navarra y Aragón en 2011, Galicia, Canarias y Baleares en 2015, y Asturias en 2017. Sin embargo, ninguna de ellas regulaba la eutanasia.

La regulación de la eutanasia se ha materializado en España en la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en España, publicada en 2020 determina “el derecho que corresponde a toda persona que cumple las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir en el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse” (BOE, 2020). De esta manera, se introduce en el marco legal español un derecho individual nuevo, como es la eutanasia (Pestinger et al., 2015). Esta ley define la eutanasia etiológicamente como “buena muerte”, proveniente del griego *eu*, bien o bueno, y *thanatos*, muerte (BOE, 2020). Hace referencia al “acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objetivo de evitar un sufrimiento” (Albert Márquez, 2020).

Los puntos fuertes identificados por diferentes autores de la ley española respecto a otras normas son que es una ley que establece muchas garantías, que reconoce ampliamente el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales y que se hace hincapié en ella en la atención integral previa a la persona que solicita la eutanasia. En cuanto a sus carencias, la ley no diferencia bien entre eutanasia y SAF; apenas asigna un papel al equipo sanitario en su conjunto (similar a otras normativas); no aclara las funciones de los distintos profesionales implicados (Velasco Sanz, Pinto Pastor, Moreno-Milán, Mower Hanlon, & Herreros, 2021). De hecho, no sólo en la Ley, sino que en la mayoría los debates éticos sobre la eutanasia, la atención se centra a menudo exclusivamente en la participación de los médicos y rara vez se presta atención a la participación de las enfermeras. Sin embargo, las enfermeras ocupan una posición central en la atención de pacientes terminales, donde enfrentarse a una solicitud de eutanasia es una posibilidad siempre presente (De Beer, Gastman, & de Casterle, 2004).

En cuanto a las enfermeras, existen estudios que muestran los distintos factores que inciden en la percepción que tienen los profesionales enfermeras/os ante la eutanasia. Uno de los más es la religiosidad (Green, 2021) la visión del equipo ante situaciones desesperadas de diferente índole, que generan en la solicitud de la eutanasia. La mayoría de los profesionales y estudiantes de Grado en Enfermería están a favor de aceptar las peticiones de eutanasia, en diferentes contextos asistenciales Aunque si que se han encontrado diferencias significativas entre las actitudes de las enfermeras y estudiantes

de enfermería hacia la eutanasia teniendo en cuenta que las nuevas generaciones de enfermeras y enfermeros son más proclives a ver la legalización de forma positiva (Khatony, Fallahi, Rezaei, & Mahdavi, 2021), (Green et al., 2020)

Creemos que es de gran interés conocer la visión, las actitudes y las percepciones sobre la eutanasia de los enfermeros y enfermeras de Andalucía, ya que son actores finalistas en el escenario eutanásico en la administración medicamentosa y tienen un papel fundamental en el acompañamiento a las personas en el proceso de solicitud.

2.- OBJETIVOS:

Objetivo general

Conocer las actitudes de los enfermeros y las enfermeras respecto a la legalización de la eutanasia y su posicionamiento respecto a esta.

Objetivos específicos

1. Conocer las actitudes de los profesionales de enfermería ante los distintos aspectos relacionados con la fase final de vida.
2. Valorar las percepciones ante la eutanasia y su legalización de las enfermeras/os.
3. Conocer la intención de realizar la objeción de conciencia y sus causas de los profesionales de enfermería en Andalucía.

3.-METODOLOGÍA:

- *Tipo de estudio*

Estudio cuantitativo transversal descriptivo.

- *Población y sujetos*

El universo muestral lo constituyeron 21544 enfermeras de SSPA de Andalucía según los datos obtenidos de la Estrategia de Cuidados de Andalucía, en el año 2016. Por tanto, teniendo en cuenta este dato con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 4, la muestra necesaria era de 377 participantes.

Se realizó un tipo de muestreo no probabilístico y por conveniencia. En esta fase, se procuró llegar al mayor número de enfermeras posibles utilizando distintas redes sociales, sociedades científicas y colegios profesionales. Este tipo de muestreo fue elegido en este trabajo debido a la necesidad de obtener información de forma rápida y masiva de los profesionales de enfermería. Al final, participaron en la investigación 523 enfermeras con una media de edad de 44,98 (DT=11.99).

- *Criterios inclusión y exclusión*

-Criterios de Inclusión: profesionales que se encontraban en situación activa, en servicios asistenciales que permitían el contacto directo con enfermos.

-Criterios de Exclusión: Se excluyeron a los profesionales que se encontraban en situación de ILT, en situaciones de liberación sindical o comisión de servicios o aquellos que ejercían funciones de gestión en la administración sanitaria.

- *Procedimiento*

La recogida de datos del muestreo por conveniencia se realizó en el segundo trimestre del 2021. Se diseñó un cuestionario en formato online (ANEXO I) para facilitar su recogida

y difusión, además de reducir el formato papel al mínimo en este momento de crisis sanitaria. La captación de los profesionales fue realizada por los vocales de la Asociación de Enfermería Comunitaria (ASANEC) y de la Asociación de la Enfermería de Hospitales de Andalucía (ASENHOA), así como a través de las redes sociales.

Estos cuestionarios, se les hicieron llegar a los profesionales de forma virtual, mediante un enlace a un cuestionario on-line. Se solicitó la participación voluntaria y se invitó a cumplimentar el Consentimiento Informado. Los cuestionarios fueron autoadministrados y se facilitó un contacto para la resolución de dudas, respecto al manejo del cuestionario. Dichos vocales fueron entrenados en el uso del cuestionario y las posibles dudas existentes respecto al cuestionario. El tiempo estimado de cumplimentación por profesional fue de 15 minutos.

- *Variables/instrumentos del estudio*

El cuaderno de recogida de datos incluyó las siguientes variables:

Variables Sociodemográficas.

- *Edad*: Variable cuantitativa continua (años).
- *Sexo*: Variable cualitativa dicotómica (mujer-hombre).
- *Estado civil*: Variable cualitativa policotómica (soltero/a, casado/a, viudo/a, separado/a, divorciado/a).
- *Situación laboral*: Variable cualitativa policotómica (contrato, interino vacante, interino sustituto, plaza en propiedad, otros). Consideramos óptima la situación laboral de plaza en propiedad.
- *Experiencia laboral*: Variable cuantitativa continua (años).

- *Instrumentos y resto de variables*

- *Cuestionario de Actitudes ante la fase final de la vida* (Ortiz-Gonçalves, Albarrán Juan, Labajo González, Santiago-Sáez, & Perea-Pérez, 2018). Cuestionario autoadministrado en el que se estudian 42 variables, entre las que destacan como principales: estado de salud, experiencia de acompañamiento a un ser querido (módulo 1); calificar el cuidado prestado a un familiar en cuidados paliativos, deseo de recibir cuidados paliativos (módulo 2); considerar, solicitar y legalizar la eutanasia y el suicidio asistido (módulo 3); conocimiento, realización y registro de las instrucciones previas (módulo 4); y considerar y solicitar el acompañamiento espiritual y la práctica habitual de creencia (módulo 5). Las variables secundarias son: dónde le gustaría llegar al término de su vida y quiénes desearía que le rodeasen en ese momento (módulo 1); dónde ha recibido su familiar los cuidados paliativos, y si estuviera consciente/inconsciente dónde preferiría ser cuidado (módulo 2); quiénes desearía que le acompañasen en su final (módulo 5); y sexo, estado civil, nivel de estudios y edad en intervalos (módulo 6).

- *Escala de Ansiedad ante la muerte.*

Escala evaluada por Templer (1970) “Death Anxiety Scale” (DAS), traducida al castellano y validada por Ramos (1982). Esta escala consta de 15 ítems, a los que los sujetos han de responder verdadero o falso, según estén o no de acuerdo con las afirmaciones que se les presentan. La escala se compone de 15 reactivos, 6 de ellos en dirección negativa y 9 en dirección positiva. Es una escala dicotómica de falso y verdadero. El puntaje más bajo que se puede obtener es 0 y el más alto es 15, en donde altas puntuaciones indican altos niveles de ansiedad.

- *Escala de Actitudes ante la Eutanasia (EAS).*

Escala elaborada por Todella y Neutens en 1979 en los Estados Unidos, traducida al castellano y validada por Onieva-Zafra en 2019. La EAS es una escala que

consta de 21 ítems con cuatro dominios: consideraciones éticas (11 ítems), consideraciones prácticas (cuatro ítems), atesorar la vida (cuatro ítems) y creencias naturalistas (dos ítems). Las respuestas se puntuaron con base en una escala tipo Likert de 5 puntos donde 5 es totalmente de acuerdo, 4 es de acuerdo, 3 es ni de acuerdo ni en desacuerdo, 2 es en desacuerdo, y 1 es muy en desacuerdo. El rango de puntuación fue de 21 a 105, y las puntuaciones más altas representan actitudes más positivas hacia la eutanasia.

- *Preguntas sobre la Objeción de conciencia:*

A estos cuestionarios se sumaron dos preguntas, una abierta y una cerrada, sobre el tema de la objeción de conciencia con respecto a la Ley de Eutanasia, que fueron las siguientes:

- 1.-Tras la legalización de la Eutanasia y el suicidio asistido en Andalucía: ¿tienes pensado hacerte objetor/a de conciencia?
- 2.-Sea cual sea la respuesta anterior, ¿podrías explicarnos los motivos para ello?

• *Análisis estadístico*

Se realizó un análisis descriptivo de las variables recogidas en el estudio. Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Se comprobó la normalidad de las variables con la prueba de Shapiro-Wilks. Se obtuvo intervalos de confianza al 95%, tanto para medias como para proporciones. Para el contraste de hipótesis de igualdad de medias en cuanto a las variables principales cuantitativas se utilizó la prueba de la *t* de Student para muestras independientes o análisis de la varianza con la prueba de ANOVA. La correlación entre las variables cuantitativas se realizó con la prueba de correlación de Pearson. Se han utilizado pruebas de post hoc o de comparaciones múltiples. El nivel de

significación considerado para todos los contrastes fue de .05. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS versión 25.

4.-ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN:

El estudio obtuvo el informe favorable del CEI Provincial de Huelva (ENF-EU-2021), con fecha 13/4/2021 (ANEXO II). La participación ha sido voluntaria y los participantes han ofrecido el consentimiento para participar en el estudio. Cada individuo recibió la información adecuada y concisa acerca del estudio. Además, fueron informados de su derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias académicas, ni de ningún tipo. El estudio se realizó en base a los principios éticos establecido en la Declaración de Helsinki Se aplicará la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, no utilizándose dichos datos con otros fines diferentes a los recogidos en los objetivos y los fines específicos de este estudio.

5.-RESULTADOS

Participaron 523 enfermeras con una edad media de 44,98 (DT=11,99) años y una experiencia laboral de 21,09 (DT=12,52) años. El 84,7% de la muestra fueron mujeres con un estado civil casado o pareja de hecho (70,2%) y una situación laboral estable o fija (52,6%). Un 31,4% trabajaba en atención primaria y un 27,2% en servicios de hospitalización. El resto de los profesionales lo hacían en unidades de críticos, servicios de urgencias y otros servicios específicos (véase tabla 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas y laborales (n = 523)

Características	N (%)	Media (DT)	Recorrido	Mediana
Edad		44,98 (11.99)	22-69	48
Experiencia laboral		21,09 (12,52)	1-43	42
Sexo				
Varones	80 (15,3)			
Mujeres	443 (84,7)			
Estado Civil				
Soltero/a	113 (21,6)			
Casado/a - pareja de hecho	367 (70,2)			
Separado/a o Viudo/a	43 (8,2)			
Situación laboral				
Eventual / sustituto / no estable	248 (47,4)			
Estable / fijo	275 (52,6)			
Servicios de trabajo				
Hospitalización	142 (27,2)			
Servicios de apoyo	14 (2,7)			
Médico-Quirúrgico	28 (5,4)			
Salud Mental	8 (1,5)			

Atención primaria	164 (31,4)
Consultas externas	7 (1,3)
Unidades de Críticos	51 (9,8)
Servicios de urgencias	36 (6,9)
Otros	73 (14)

DT = Desviación estándar

Cuestionario de Actitudes ante la fase Final de la Vida

Módulo I: estado de salud y experiencias de acompañamiento a un ser querido

Podemos observar en la tabla 2 que el estado de salud de los participantes de la muestra fue de una puntuación media de 8,2 (DT=1,28) con un rango de puntuación de 2 a 10. Por tanto, nos indica que el estado de salud fue superior a la media y fue considerado un estado de salud bueno (figura 1). El 57,7% no seguía un tratamiento médico convencional y 89,5% no recibía un tratamiento médico complementario.

Un 96,7% de la muestra les gustaría decidir personalmente cuando llegase ese momento, siendo el 89,89% de la muestra los que habían pensado como les gustaría llegar al término de su vida. Un 53,7% les gustaría dormirse y no despertarse, el 82,2% les gustaría que fuera en casa y un 82,4% acompañado por sus familiares y amigos. Un 72,1% de los profesionales de la muestra habían acompañado a algún ser querido en los últimos momentos de su vida y consideraron ese acompañamiento como muy positivo (40.3%), con una media de 7,34 (DT=2,24). Se aprecia una correlación positiva significativa entre la edad y la valoración del acompañamiento, es decir a mayor edad, la valoración de acompañamiento es más positiva ($r=207$; $p < .01$). Por otra parte, existen diferencias significativas en los diferentes estados civiles, siendo en los viudos ($M=8,89$; $DT=1,16$)

las puntuaciones medias superiores en valoración de la experiencia recibida en relación con el resto de estados civiles ($F=2,781; p, 041$).

Tabla 2. Decisiones a tomar al final de la vida: Salud y Toma de Decisiones (módulo I)

Salud y toma de decisiones	N (%)	Media (DT)	Recorrido	Mediana
Estado de salud actual		8,20 (1,28)	2-10	8
Tratamiento médico convencional				
Si	219 (41,9)			
No	302 (57,7)			
No sabe/ no contesta	2 (0,4)			
Tratamiento médico complementario				
Si	55 (10,5)			
No	468 (89,5)			
¿Le gustaría decidir personalmente cuando llegue ese momento?				
Si	506 (96,7)			
No	4 (0,8)			
No sabe/no contesta	13(2,5)			
Ha pensado ¿Cómo le gustaría llegar al término de su vida?				
Si	470 (89,9)			
No	44 (8,4)			
No sabe/no contesta	9 (1,7)			
¿Cómo le gustaría que fuese ese momento?				
De repente	46 (8,8)			
Dándose cuenta	115 (22)			
Dormirse y no despertarse	281 (53,7)			
Indiferente	16 (3,1)			

Otra forma	16 (3,1)		
No me gustaría saberlo	48 (9,2)		
<hr/>			
¿Dónde le gustaría que transcurrieran los últimos momentos de su vida?			
Casa	430 (82,2)		
Hospital/residencia	15 (2,9)		
Indiferente	32 (6,1)		
No sabe	42 (8)		
Otro lugar	4 (0,8)		
<hr/>			
¿Qué personas les gustaría que le acompañaran?			
Familia/amigos	431 (82,4)		
Equipo médico	80 (15,3)		
Solo	6 (1,1)		
No sabe	5 (1)		
Otras personas	1 (0,2)		
<hr/>			
¿Ha acompañado a algún ser querido en los últimos momentos de su vida?			
Si	377 (72,1)		
No	143 (27,39)		
No sabe	2 (0,4)		
No responde	1 (0,2)		
<hr/>			
¿Cómo recuerda esa experiencia de acompañamiento?		7,34 (2,24)	1-10 8
<hr/>			
Muy negativa	17 (3,3)		
<hr/>			
Negativa	65 (12,4)		
<hr/>			
Positiva	93 (17,8)		
<hr/>			
Muy positiva	211 (40,3)		
<hr/>			

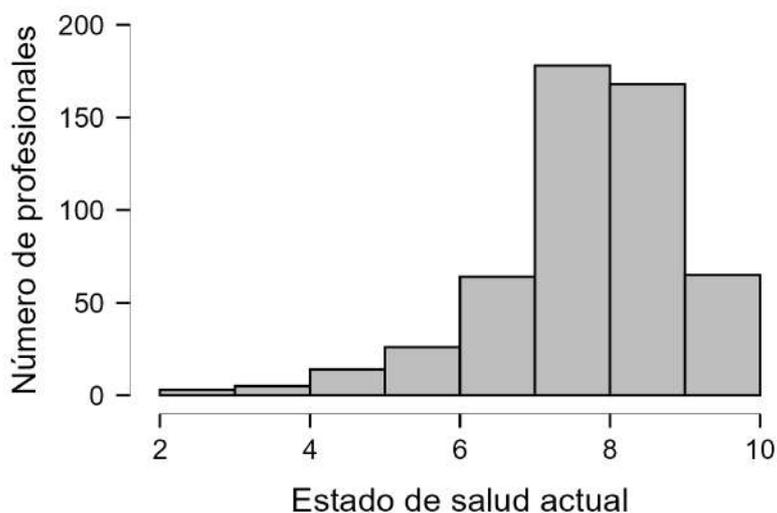


Figura 1. Estado de salud actual

Módulo II: Conocimiento Estrategia de Cuidados Paliativos

En lo referente al conocimiento de los servicios de Cuidados Paliativos el 70,4% de la muestra conocía este servicio, un 62,7% indicaba que un familiar o allegado había recibido la atención de este servicio, en casa (37,3%). La atención recibida de los servicios de Cuidados Paliativos fue valorada con una puntuación media de 7,96 (DT=1,93), tal y como puede observarse en la figura 2. Se observó una correlación positiva y significativa entre la edad y la valoración realizada a este servicio ($r=232$; $p < .01$), al igual que entre la experiencia laboral y la valoración realizada ($r=203$; $p < .01$). Estos datos nos indicaron que a mayor experiencia laboral y edad la valoración realizada de los servicios de Cuidados Paliativos fue más destacada. A su vez, existieron diferencias significativas entre los diferentes grupos de estado civil y la valoración realizada a los servicios de Cuidados Paliativos ($F= 3,39$; $p < 0,01$), destacando puntuaciones medias superiores en los viudos ($M=8,78$; $DT=1,56$). Sin embargo, en las comparaciones múltiples entre los

diferentes grupos de estado civil se observaron puntuaciones medias superiores significativas en los casados (8,08; DT=1,82) con respecto a los solteros (7,48; DT=2,22). Ante una enfermedad avanzada e incurable estuvieron muy de acuerdo en recibir atención de cuidados paliativos el 94,3% de la muestra, preferentemente en casa (91%), tanto si estuviera en situación consciente (91%) e inconsciente (52,2%) (tabla 3).

Tabla 3. Decisiones a tomar al final de la vida: Conocimientos en Cuidados Paliativos

Conocimientos Estrategia Cuidados Paliativos	N (%)	Media (DT)	Recorrido	Mediana
¿Conoce los servicios de Cuidados Paliativos?				
Si	368 (70,4)			
No	13 (2,5)			
No sabe	64 (12,2)			
No contesta	78 (14,9)			
¿Algún familiar o allegado suyo han recibido Cuidados Paliativos?				
Si	328 (62,7)			
No	187 (35,8)			
No sabe/ No contesta	7 (1,3)			
¿Dónde ha recibido su familiar o allegado Cuidados Paliativos?				
Casa	195 (37,3)			
Hospital	126 (24,1)			
Residencia	9 (1,7)			
No sabe	8 (1,5)			
No han recibido	185 (35,3)			
¿Cómo calificaría la atención recibida?		7,96 (1,93)	1-10	10

Si tuviera una enfermedad avanzada e incurable ¿desearía recibir Cuidados Paliativos?

Muy en desacuerdo	5 (1,1)
En desacuerdo	11 (2,1)
Acuerdo	14 (2,7)
Muy acuerdo	493 (94,3)

Si estuviera consciente ¿dónde preferiría recibir los Cuidados Paliativos?

Casa	476 (91)
Hospital	14 (2,7)
Residencia	1 (0,2)
No sabe	18,34 (8)
Otro lugar	13 (2,5)

Si estuviera inconsciente ¿dónde preferiría recibir los Cuidados Paliativos

Casa	273 (52,2)
Hospital	154 (29,4)
Residencia	13 (2,5)
No sabe	59 (11,3)
Otro lugar	24 (4,6)

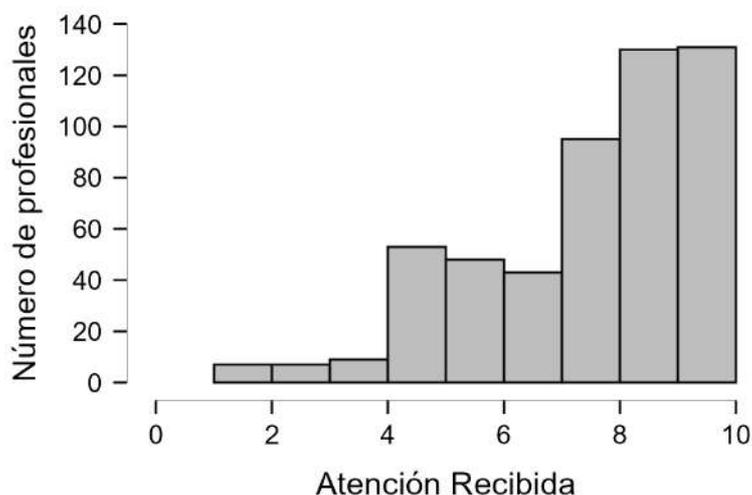


Figura 2. Atención recibida por los servicios de Cuidados Paliativos

Módulo III: considerar, solicitar y legalizar la eutanasia y el suicidio asistido

Los participantes estuvieron de acuerdo en que la eutanasia y el suicidio deberían legalizarse, sería moralmente aceptable y lo solicitarían. Hay que destacar que la eutanasia debería de legalizarse para los participantes con una puntuación media de 8,01 (DT= 3,19) (tabla 4). Si categorizamos este dato podemos observar como el 74,8% (391) de los participantes del estudio estaban a favor de la legalización, en oposición al 14,7%(77) de la muestra (figura 3).

Tabla 4. Decisiones a tomar al final de la vida: Eutanasia y Suicidio Asistido

Eutanasia y Suicidio Asistido	Media (DT)	Recorrido	Mediana
¿Considera que la eutanasia es moralmente aceptable?	7,87 (3,05)	1-10	10
¿Solicitaría la eutanasia?	7,79 (3,16)	1-10	10
¿Considera que en un futuro debería legalizarse la eutanasia?	8,01 (3,19)	1-10	10
¿Considera que el suicidio es moralmente aceptable?	7,23 (3,41)	1-10	9
¿Solicitaría suicidio asistido?	7,21 (3,39)	1-10	9
¿Considera que en un futuro debería legalizarse el suicidio asistido?	7,26 (3,42)	1-10	8

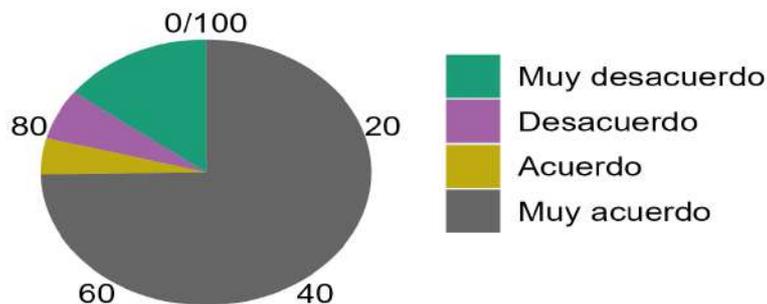


Figura 3. Legalización de la Eutanasia

Con la prueba de Correlación de Pearson se ha observado una correlación negativa significativa de la edad y la experiencia laboral con todas las variables relacionadas con la Eutanasia y Suicidio Asistido. Este dato nos indica que a mayor edad y experiencia laboral de los participantes hay menos acuerdo con la aceptación y la solicitud de suicidio asistido y eutanasia, tal y como queda reflejado en la tabla 5.

Tabla 5. Correlaciones : Edad, Experiencia laboral, Eutanasia y Suicidio Asistido (N=523)

Variabes	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Edad	1	-,93**	-,15**	-,17**	-,17**	-,11**	-,13**	-,12**
2.Experiencia laboral			-,15**	-,19**	-,17**	-,12**	-,15**	-,13**
3.Eutanasia moralmente aceptable				,84**	,91**	,84**	,78**	,81**
4.Solicitud eutanasia					,87**	,79**	,84**	,79**
5.Legalización eutanasia						,85**	,80**	,94**
6.Suicidio moralmente aceptable							,89**	,92**
7.Solicitud suicidio asistido								
8. Legalización suicidio asistido								
¿Considera que en un futuro debería legalizarse el suicidio asistido?	7,26 (3,42)	1-10	8					

**Correlación bilateral significativa a un nivel de ,01

Por otra parte, si analizamos si existen relación entre las variables de eutanasia y suicidio asistido y el servicio de trabajo podemos observar estas diferencias en la solicitud de eutanasia ($F=1,67$; $p<,01$), en la aceptación moral del suicidio asistido ($F=1,45$; $p<,05$), en la solicitud de suicidio asistido ($F=2,68$; $p<,01$) y en la legislación de este ($F=2,08$; $p<,05$). En todas estas variables las puntuaciones medias son significativamente superiores en atención hospitalaria que en atención primaria.

Módulo 5: Conocimiento acerca de las instrucciones previas

El 98,5% conocía que era posible hacer las Voluntades Vitales Anticipadas (VVA), así como el 88,5% tenía constancia de su registro. Sin embargo, un 89,3% no tenía registrada sus VVA y el 73,2% estaría interesado en su registro. Un 88,5% no tenía registrada su Planificación Anticipada de Decisiones, aunque el 67,3% estaría interesado en realizar este registro. El 65,6% de los participantes de la muestra habría transmitido sus decisiones a sus familiares o allegados y el 86,2% habría transmitido su decisión a un sanitario, en el momento de atenderlo. El 93,3% no pertenecía a ninguna asociación o entidad pública (tabla 6).

Tabla 6. Decisiones a tomar al final de la vida: Instrucciones Previas

Instrucciones Previas	N (%)
¿Conoce que existe la posibilidad de hacer Voluntades Vitales Anticipadas (VVA)?	
Si	515 (98,5)
No	5 (1)
No sabe/ no contesta	3 (0,6)
¿Conoce la existencia del registro de VVA?	
Si	463(88,5)
No	45 (8,6)
No sabe/no contesta	15 (2,9)

¿Tiene registrada su Planificación Anticipada de Decisiones?	
Si	52 (9,9)
No	463 (88,5)
No sabe/no contesta	6 (1,2)
Si contesta no ¿estaría interesado en realizar su PAD?	
Si	352 (67,3)
No	39 (7,5)
No sabe/no contesta	72 (25,2)
¿Tiene registrada sus VVA?	
Si	50 (9,6)
No	467 (89,3)
No sabe/no contesta	6 (1,2)
¿Estaría interesado en realizar sus VVA?	
Si	383 (73,2)
No	42 (8)
No sabe/no contesta	98 (18,7)
¿Sus familiares o allegados conocen su voluntad en el momento final de su vida?	
Si	343 (65,6)
No	123 (23,5)
No sabe/no contesta	57 (10,9)
¿Informará a su médico de familia o a los médicos que le atiendan, de su voluntad para el momento final de su vida?	
Si	451 (86,2)
No	14 (2,7)
No sabe/no contesta	58 (11)
¿Pertenece a alguna asociación que defienda las últimas voluntades del paciente?	
Si	24 (4,6)
No	488 (93,3)
No sabe/no contesta	11 (2,1)

Módulo 6: Dimensión espiritual al final de la vida

En la tabla 7 se expresa la dimensión espiritual al final de la vida. Los participantes estaban de acuerdo que el acompañamiento y la ayuda espiritual les sería de ayuda, con una puntuación media de 8,8 (DT=2,06) (figura 4). El 59,1% solicitaría el acompañamiento espiritual, principalmente de familiares y amigos (48,3%) y de representantes religiosos (23,51%). Las puntuaciones medias en la valoración de acompañamiento fueron significativamente mayores en las mujeres, con respecto a los hombres ($t=5,94$; $p=,05$).

En cuanto a la frecuencia con la que los practicaban los participantes sus creencias, la puntuación obtenida fue de 5,22 (DT=2,9). Un 27,7% de los participantes practicaban habitualmente creencias y un 27% no lo hacían nunca. Por otra parte, se ha observado una correlación significativa y positiva entre la edad y la frecuencia de practicar creencias ($r=,01$; $p=<,05$) y la experiencia laboral y la frecuencia de prácticas religiosas ($r=,12$; $p=<,01$). Estos datos nos indican que cuanto mayor es la experiencia laboral y la edad de los participantes, mayor es la frecuencia en cuanto a la práctica de creencias.

Tabla 7. Decisiones a tomar al final de la vida: Espiritualidad

Espiritualidad	N (%)	Media (DT)	Recorrido	Mediana
¿El acompañamiento y la ayuda espiritual le serían de ayuda?		8,8 (2,06)	1-10	10
¿Solicitaría acompañamiento espiritual al final de la vida?				
Si	309(59,1)			
No	101 (21,6)			
No sabe/ No contesta	113 (19,6)			

¿Qué personas desearían que le acompañaran espiritualmente?

Familia/amigos	253 (48,3)
Psicólogo	80 (15,3)
Representantes religioso	123 (23,51)
Equipo médico	58 (11,08)
Otros	9 (1,72)

Evalúe la frecuencia con la que usted practica creencias

Casi nunca	141 (27)	5,22 (2,9)	1-10	6
Algunas veces	119 (22,8)			
Frecuentemente	118 (22,6)			
Habitualmente	145 (27,7)			

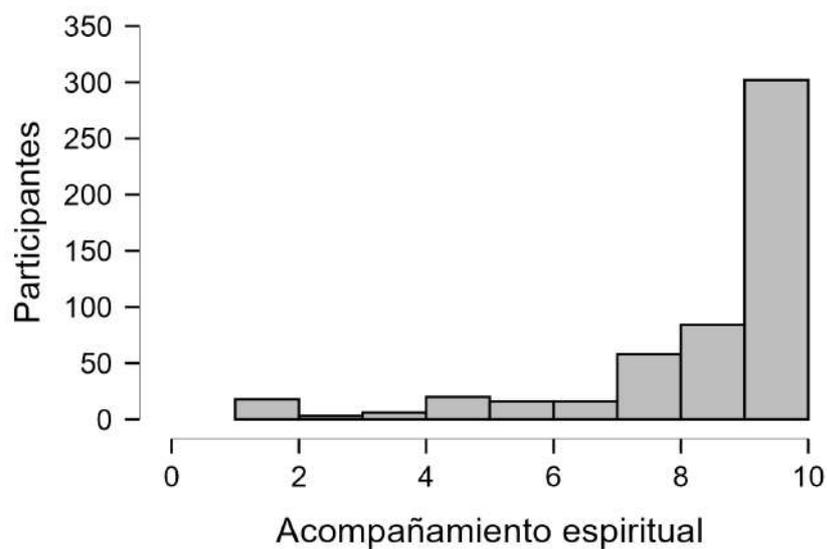


Figura 4. Grado de acuerdo con el acompañamiento espiritual.

Objeción de conciencia

En la tabla 8 se analiza la perspectiva de acogerse a la objeción de conciencia. El 52,6% de los participantes no se acogerían a la objeción de conciencia y el 26,2% contestaron que “no sabe o no contesta”.

Tabla 8. Perspectiva de acogerse a objeción de conciencia

Objeción de conciencia	N	%
Si	90	17,2
No	294	56,2
No sabe/no contesta	137	26,2

En cuanto a la pregunta sobre los motivos tanto para la Objeción o la No Objeción de conciencia, los participantes manifestaron por escrito sus argumentos. Esta información ha sido analizada de forma independiente por 2 investigadores que posteriormente han tenido una sesión para poner en común los hallazgos identificados y consensuar el informe de los resultados en el que se recogen por categorías en uno y otro sentido los motivos formulados. Dichos resultados se recogen en la siguiente tabla (Tabla 9).

Tabla 9. Motivos para la Objeción y para la no Objeción expresados.

MOTIVOS PARA SER OBJETOR DE CONCIENCIA	MOTIVOS PARA NO SER OBJETOR DE CONCIENCIA
Considerar que puede dar lugar a situaciones de abuso.	Considerar que esta ley dificulta los abusos, ya que es el individuo quien decide y deja constancia a través de dos solicitudes.
Creer que se deben promover los Cuidados Paliativos accesibles y de calidad, ya que entonces, las personas no recurrirían a la eutanasia.	Piensen que no llevar la eutanasia a cabo en los casos enmarcados por la Ley es igual a un encarnizamiento terapéutico por preservar la vida.
Pensar que la función de la enfermera es curar y acompañar hasta el final de los días, ayudando, por tanto, a bien morir y no a acabar con la vida, ni acelerar el proceso.	Pensar que la función de la enfermera, entre otras, es aliviar el sufrimiento físico y/o emocional, asistir a los pacientes y ayudar a bien morir, entre otras.

No querer ser quien acabe con la vida de otra persona ya sea por no encontrarse preparado emocionalmente o por considerar que se trata de un homicidio.	Entender que nuestro papel como enfermeras es apoyar al paciente en la toma de decisiones y aceptar estas mismas. Por ello, debemos respetar el derecho que tiene cada persona a elegir como y cuando quiere morir, siempre que se den los requisitos legales establecidos por la LORE.
Querer acogerse al derecho de la Objeción de Conciencia de todo trabajador sanitario.	Considerar que el ser un trabajador del Sistema Sanitario Público es incompatible con la objeción de conciencia de cualquier intervención en salud que esté reconocida.
Considerar que se trata de una decisión económica y política, ya que, de esta forma, el sistema no gasta dinero en mantenernos el tiempo que sea necesario en los Cuidados Paliativos.	Por experiencias personales previas en las que se ha experimentado grandes niveles de sufrimiento incluso a pesar de los Cuidados Paliativos, no entienden que existan razones para no ayudar a morir a una persona.
Por ir en contra sus creencias, sus valores y los principios éticos y morales.	No tener conflictos personales, éticos, religiosos ni morales acerca de esta práctica.
Pensar que no disponen de la suficiente formación para llevar a cabo el proceso de eutanasia adecuadamente en su cometido como enfermera.	Estar de acuerdo con la eutanasia, aunque creen que no tienen los suficientes conocimientos, por lo que piensan que se debería implementar una formación para poder administrarla.

En la tabla 10, se presenta la relación significativa entre la situación laboral de los profesionales y la solicitud de objeción de conciencia (χ^2 ; $p < ,01$). Ante la pregunta “Si se acogerían a la objeción de conciencia” la mayoría de los participantes no lo harían, siendo estos participantes el personal que se encuentra en situación estable/fija y en menor proporción personal eventual/sustituto o no estable.

Tabla 10. Objeción de conciencia y situación laboral

Situación laboral		Objeción de Conciencia			Total
		si	no	no sabe/no contesta	
Eventual/sustituto/no estable	N	32	137	79	248.000
	%	35.55 %	46.59 %	57.66 %	47.60 %
Estable/fijo	N	58	157	58	273
	%	64.44%	53.40 %	42.33 %	52.39 %
Total	N	90	294	137	521
	%	100%	100 %	100 %	100%

Ansiedad ante la muerte y Actitudes ante la Eutanasia

La puntuación media en la escala de ansiedad ante la muerte (DAS) fue de 6,8 (DT=1,69) y en cuanto a la actitud ante la eutanasia fue de 63,10 (DT=6,58), siendo la subdimensión de “Consideraciones éticas” la que obtuvo mayores puntuaciones medias obtuvo, seguida de las consideraciones prácticas. La correlación fue positiva y significativa entre la ansiedad ante la muerte y las consideraciones éticas hacia la eutanasia ($p < .05$). Por otra parte, se observó una correlación positiva significativa entre las “Consideraciones éticas” hacia la eutanasia, las “Consideraciones prácticas”, las “Creencias espirituales” y la puntuación total en las “Actitudes hacia la eutanasia”. La correlación fue negativa y significativa entre las “Consideraciones éticas y Atesorar la vida” ($p < .01$). Es decir, a mayores “Consideraciones éticas” el grado de reconocimiento de momentos o valores valiosos en la vida es menor (tabla 11).

Tabla 11. Descriptivos y correlaciones entre las variables del estudio

Variables	N	Media (DT)	1	2	3	4	5	6
1. Ansiedad ante la muerte (DAS)	521	6,8 (1,69)	-	.090*	-.006	.009	.003	.082
2. Consideraciones Éticas (EAS)	521	40,6 (6,09)			.546**	-.416**	.111*	.790**
3. Consideraciones Prácticas (EAS)	521	11,45 (2,2)				-.291*	.140**	.656**
4. Atesorar la Vida (EAS)	521	9,46 (3,56)					.069	.082
5. Creencias Espirituales (EAS)	521	6,61 (1,7)						.049**
6. Actitudes ante la Eutanasia (EAS total)	521	63,10 (6,58)						

** $p < .01$; * $p < .05$

En la tabla 12 se describen las correlaciones y las diferencias de medias entre las variables sociodemográficas y laborales, y las puntuaciones de los diferentes cuestionarios utilizados. Se observó una correlación significativa y negativa de las variables edad y experiencia laboral, con las puntuaciones de las subdimensiones “Consideraciones éticas y Consideraciones prácticas” del cuestionario de Actitudes hacia la eutanasia. Estas correlaciones fueron significativas y positivas de la edad, además de la experiencia laboral con las subdimensiones “Atesorar la vida y Creencias espirituales”. Las puntuaciones medias en consideraciones éticas en los varones fueron significativamente mayores que en las mujeres. En lo referente a la situación laboral, aquellos profesionales que tenían una situación no estable obtuvieron puntuaciones medias significativamente superiores en “Consideraciones éticas”, con respecto a los que tenían una situación estable. Por otra parte, los que tenían una situación estable obtuvieron puntuaciones medias

significativamente superiores a los que mantuvieron una situación no estable, en las dimensiones “Atesorar la vida y Creencias espirituales”.

Tabla 12. Descriptivos, correlaciones y diferencias de medias entre las variables del estudio

Características	Ansiedad ante la muerte		Consideraciones Éticas		Consideraciones Prácticas		Atesorar la Vida		Creencias Espirituales		Actitudes ante la Eutanasia	
	M (DT)	E	M (DT)	E	M (DT)	E	M (DT)	E	M (DT)	E	M (DT)	E
Edad	6,08 (1,69)	,05 ^a	40,60 (6,09)	-,15 ^{a**}	11,45 (2,20)	-,15 ^{a**}	9,4 (3,56)	,17 ^{a**}	6,61 (1,7)	,14 ^{a**}	63,10 (6,55)	-,05 ^a
Experiencia laboral	6,08 (1,69)	,02 ^a	40,60 (6,09)	-,16 ^{a**}	11,45 (2,20)	-,17 ^{a**}	9,4 (3,56)	,16 ^{a**}	6,61 (1,7)	,14 ^{a**}	63,10 (6,55)	-,07 ^a
Sexo												
Varones	6,82 (1,69)		40,61 (5,59)		11,46 (2,20)		9,37 (3,53)		6,58 (1,74)		63,02 (6,46)	
Mujeres	6,68 (1,71)	,65 ^b	40,53 (6,84)	,11 ^{b*}	11,36 (2,25)	,39 ^b	9,96 (3,69)	-1,35 ^b	6,75 (1,43)	-,79 ^b	63,57 (7)	-,69 ^b
Estado Civil												
Soltero/a	6,64 (1,43)		41,74 (5,58)		11,88 (2,17)		8,77 (3,18)		6,29 (1,67)		63,53 (6,15)	
Casado/a - pareja de hecho	6,82 (1,76)	,94 ^c	40,23 (6,07)	2,71 ^c	11,33 (2,21)	2,78 ^c	9,62 (3,59)	2,86 ^c	6,68 (1,92)	2,64 ^c	62,90 (6,47)	,57 ^c
Separado/a o Viudo/a	7,04 (1,64)		40,74 (7,22)		11,35 (2,09)		9,95 (4,27)		6,8 (1,92)		63,69 (8,12)	
Situación laboral												
Eventual / sustituto / no estable	6,78 (1,56)	-,19 ^b	41,23 (5,71)	2,25 ^{b*}	1,64 (2,16)	-1,94 ^b	9,12 (3,38)	-2,11 ^{b*}	6,41 (1,7)	-2,45 ^{b*}	63,37 (6,14)	,85 ^b
Estable / fijo	6,81 (1,79)		40,03 (6,37)		1,27 (2,23)		9,78 (3,70)		6,78 (1,67)		62,87 (6,9)	
Servicios de trabajo												
Hospitalización	6,76 (1,73)		41,64 (5,68)		11,66 (2,08)		8,97 (3,4)		6,63 (1,61)		63,77 (6,30)	
Servicios de apoyo	6,71 (1,77)	,65 ^c	41,07 (5,51)	1,94 ^c	11,14 (2,71)	,72 ^c	10,14 (4,65)	1,23 ^c	6,92 (1,63)	,51 ^c	64,35 (6,74)	,86 ^c

Médico-Quirúrgico	7,17 (1,54)	39,54 (7,87)	11,85 (2,12)	9,89 (3,69)	6,10 (1,61)	62,32 (8,23)
Salud Mental	6,5 (,92)	38,88 (5,76)	11,5 (1,51)	9,37 (3,66)	7 (1,51)	62,50 (8,68)
Atención primaria	6,88 (1,64)	40 (6,32)	11,34 (2,22)	10 (3,72)	6,65 (1,72)	63,04 (6,57)
Consultas externas	6,57 (1,39)	43,43 (5,62)	11,14 (2,54)	8 (2,23)	6,57 (1,13)	63,42 (6,07)
Unidades de Críticos	6,84 (1,65)	41,76 (4,68)	11,41 (2,10)	8,90 (3,41)	6,43 (1,53)	63,49 (5,03)
Servicios de urgencias	7 (1,41)	41,03 (6,18)	11,75 (2,27)	9,27 (3,96)	6,63 (2,07)	63,58 (6,77)
Otros	6,49 (1,98)	39,08 (6,23)	11,08 (2,39)	9,56 (3,63)	6,66 (1,83)	61,54 (6,88)

^a= correlación de Pearson; ^b= *t* de Student; ^c= *F* de Anova; ***p*< .01; **p*< .05

6.-LIMITACIONES

Esta investigación tiene algunas limitaciones. La más relevante que es necesaria tener en cuenta a la hora de valorar los resultados es el sesgo de selección que se da en investigaciones realizadas de forma abierta, con un muestreo aleatorio no controlado. Es un factor que considerar como limitante en este tipo de investigaciones con encuestas online. Este procedimiento ha facilitado la labor investigadora de este trabajo, que de otra manera hubiese sido imposible de acceder al campo con este número muestral, y es por ello que se emplean en actuales investigaciones, aunque es necesario reflejarlo como una limitación del estudio.

7.-CONCLUSIONES:

- La mayor parte de los y las participantes son mujeres (84,7%) lo que es bastante congruente con el porcentaje actual de las enfermas de Andalucía. El estado de salud percibido es bueno/muy bueno con una puntuación media de 8 sobre 10. En torno a la mitad de la muestra no tienen un tratamiento médico convencional y una gran mayoría no tienen tratamiento complementario.
- Es de resaltar es que una gran mayoría de las enfermeras participantes, se han planteado como les gustaría que fuese el final de su vida, cuestión que se distingue en gran medida de la población en general. El ejercicio del cuidado enfrenta a los profesionales a la impermanencia de la vida y en este proceso surge la necesidad de realizarse un planteamiento personal al respecto. De hecho, las enfermeras y los enfermeros desean, en prácticamente la totalidad elegir personalmente como quieren que sea este momento.
- Esto es poco congruente, sin embargo, con el deseo de más de la mitad de los participantes de no percibir la muerte, ya que preferirían que fuese de repente o durmiéndose y no despertando. Estas preferencias concuerdan sin embargo con los que tienen la población en general sobre cómo les desearía morir. Lo diferenciador es que aproximadamente un cuarto de la muestra quisiera darse cuenta del proceso pudiendo vivirlo en plenitud. Otra de las preferencias mayoritarias es morir en el domicilio y acompañados/as por sus familiares.
- En cuanto al acompañamiento, un 72% dice haber acompañado a algún familiar en el proceso de la muerte y califican esta experiencia como positiva, cuestión que es relevante, ya que no supone un trauma o un elemento de desgaste, sino que lo

perciben como una experiencia enriquecedora incluso cuando se refieren al acompañamiento a sus seres queridos.

- En cuanto a los Cuidados Paliativos, es reseñable que existe aproximadamente un cuarto de la muestra que no han señalado la opción de que conocían este servicio. Esta cuestión es reseñable, ya que está en la cartera de servicios del Sistema Público de Salud de Andalucía desde 2011. Sin embargo, tienen claro que les gustaría ser atendidos por estos equipos si estuvieran en situación de final de vida.
- Por otra parte, hay que señalar la diferencia de las preferencias del lugar donde querrían ser atendidos por estos equipos, ya que está muy influido por la consciencia, de tal manera que, si estuvieran conscientes, en la mayor parte quisieran ser atendidos en casa. Esta cifra coincide con la elección previa del lugar elegido para morir. Sin embargo, al incluir en el cuestionamiento la situación de inconsciencia este porcentaje disminuye prácticamente a la mitad, aumentando la preferencia de ser acompañado por los servicios de Cuidados Paliativos de los Hospitales. Es posible que exista la creencia de que esta situación de inconsciencia es más dura para la familia en domicilio, o la idea de que en el hospital se controla mejor este tipo de situaciones, en las que por el motivo que sea ya la persona no percibe, al menos en su mayor parte, aquello que sucede.
- Por último, respecto al tema del lugar de elección para morir, la Residencia es el menos elegido tanto en situación de consciencia (0,2%), como en situación de inconsciencia (2,5%). Se puede concluir que las residencias de mayores no son percibidas por las enfermeras del estudio como un buen lugar para morir.
- Respecto a la expresión anticipada de las decisiones ya sea en forma de Planificación Anticipada de Decisiones o ya sea en forma de Voluntades Vitales Anticipadas registradas, una gran mayoría de los participantes las conocen y están

interesados en su realización y registro correspondiente. Sin embargo, es minoritario el porcentaje de profesionales que las tienen realizadas en cualquiera de sus formas. Esto puede relacionarse con la idea cultural de ver la muerte, como una cuestión que les ocurre a los demás, pero que al menos todavía no nos va a ocurrir a nosotros mismos. Esto hace que el momento de expresar sus voluntades y planificar el final se deje para más adelante, debido a una falsa idea de inmortalidad que subyace en la sociedad actual, incluso a pesar de la situación sociosanitaria vivida con el COVID-19, en la que se ha vivido la constatación de que globalmente nadie, ni nada está fuera del margen de la enfermedad y de la muerte.

- Por otra parte, respecto a la dimensión espiritual en el proceso de la muerte, los profesionales de enfermería valoran muy positivamente el acompañamiento espiritual en las personas en procesos de fin de vida. Una valoración de 8,8 sobre 10, hace pensar que ha este respecto ha habido una evolución en cuanto a la consideración de esta dimensión de los seres humanos como una de las más importantes en el proceso de morir. Por otro lado, respecto a las personas de las que desearían tener este acompañamiento, son los familiares, amigos en primer lugar y en segundo lugar los líderes religiosos. Se puede observar que los profesionales del equipo sanitario son menos valorados para el acompañamiento espiritual por parte de los participantes, por lo que habría que preguntarse si esta situación se da porque no existe la percepción de que este tipo de acompañamiento se puede esperar de la mano de los/las profesionales del equipo sanitario o incluso si esto se debe a que los profesionales no tienen integrada esta tarea como propia.
- En cuanto a las actitudes ante la Eutanasia, lo que podemos concluir es que la actitud es más positiva hacia ella en las personas más jóvenes y con menor

experiencia laboral. Sin embargo, son las enfermeras y los enfermeros con más antigüedad, experiencia y estabilidad los que puntúan más alto en las dimensiones atesorar la vida y cuestiones espirituales, por lo que la edad y la experiencia, en este momento se identifica con una mayor consideración de la vida como valor en sí misma (sin depender este valor de las circunstancias que se viven) y la responsabilidad de los profesionales de proteger y conservar la vida como un elemento fundamental del cuidado.

Esto está íntimamente en relación con el desarrollo histórico, cultural y moral de nuestro entorno, en donde se está pasando a una consideración más utilitarista en cuestiones como el valor de la vida y la orientación moral de la profesión en cuanto a la protección de esta por encima de otros planteamientos.

- En cualquier caso, en cuanto a la valoración hacia la eutanasia y el suicidio asistido, las enfermeras y enfermeros de Andalucía los consideran moralmente aceptables y valoran positivamente su legalización. Es más, respecto a la cuestión sobre a si en el caso de estar en situación de solicitarían la eutanasia, la valoración del 1 al 10 del cuestionario está en 7,70, por lo que la idea de su solicitud no está desdeñada en el colectivo, sino todo lo contrario. Se deduce pues, en gran parte, los profesionales de enfermería están dispuestos a gestionar y colaborar en el desarrollo de los procesos de solicitud de muerte anticipada en relación a sus competencias profesionales. Lo que, por otra parte, colisiona irremediamente con el desempeño insignificante que se les reconoce en la LORE. Podría ser estratégico, que conociendo esta orientación y respetando, como es lógico a aquellos profesionales que quieran adscribirse a la objeción de conciencia, los profesionales de enfermería tuvieran un mayor nivel de responsabilidad y autonomía en la gestión de los procesos de demanda anticipada de muerte.

- A este respecto sólo un porcentaje de un 17,2% expresan que se acogerían a la objeción de conciencia. Más de la mitad de los profesionales declaran que no lo harán con seguridad y el resto están en una situación de indecisión, por lo que desde las instituciones se podría ayudar a realizar un ejercicio de reflexión y prudencia en función de la valoración ética y moral que realicen respecto a la legalización de la eutanasia y suicidio asistido que recoge la LORE.
- En cuanto a los motivos argumentados por los participantes, son variados y de distinta consideración. Es lógico que ante una cuestión tan compleja sea diversos e incluso contrapuestos. Lo que si es de tener en cuenta que tanto los que se acogerían a la OC como los que no lo harían argumentan que no sienten que tengan formación suficiente para participar, realizar y en resumen para cuidar a las personas en situación de solicitud de eutanasia. Es un dato para reflexionar por parte de las Instituciones educativas y asistenciales y si es necesario, establecer estrategias formativas acordes con los nuevos conflictos éticos de una sociedad como la nuestra.

8.-BIBLIOGRAFÍA

- Abarshi, E., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & van der Wal, G. (2009). Euthanasia requests and cancer types in the Netherlands: Is there a relationship? *Health Policy*, 89(2), 168–173. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.05.014>
- Albert Márquez, M. (2020). Lo que la pandemia puede enseñarnos sobre el “derecho” a morir. *Apuntes de Bioética*, 3(1), 98–110. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v3i1.393>
- Boletín Oficial de las Cortes Generales (BOE). 122/000020 Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia (2020).
- Brovko, N., Simakova, S., Komarnitskyi, V., Sabadash, I., & Shpenova, P. (2020). Euthanasia as a way to realize the human right to the death with dignity. *Georgian Medical News*, (309), 167–172.
- De Beer, T., Gastman, C., & de Casterle, B.). (2004). Involvement of nurses in euthanasia: a review of the literature T De Beer, C Gastmans, B Dierckx de Casterlé. *J Med Ethics*, 30, 494–498. <https://doi.org/10.1136/jme.2003.004028>
- De Lima, L., Woodruff, R., Pettus, K., Downing, J., Buitrago, R., Munyoro, E., ... Radbruch, L. (2017). International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *Journal of Palliative Medicine*, 20(1), 8–14. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0290>
- Dierickx, S., Onwuteaka-Philipsen, B., Penders, Y., Cohen, J., van der Heide, A., Puhan, M. A., ... Chambaere, K. (2020). Commonalities and differences in legal euthanasia and physician-assisted suicide in three countries: a population-level comparison. *International Journal of Public Health*, 65(1), 65–73. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01281-6>
- Emanuel, E. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Urwin, J. W., & Cohen, J. (2016). Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 316(1), 79–90. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8499>
- Green, G. (2021). Examining the religiosity of nursing caregivers and their attitudes toward voluntary and involuntary euthanasia. *International Journal of Palliative*

- Nursing*, 27(6), 317–325. <https://doi.org/10.12968/IJPN.2021.27.6.317>
- Green, G., Reicher, S., Herman, M., Raspaolo, A., Spero, T., & Blau, A. (2020). Attitudes toward euthanasia—dual view: Nursing students and nurses. *Death Studies*. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1716887>
- Kelly, B. D. (2017, October). Invited commentary on ... When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*. NLM (Medline). <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.199695>
- Khatony, A., Fallahi, M., Rezaei, M., & Mahdavian, S. (2021). Comparison of attitude of nurses and nursing students toward euthanasia. *Nursing Ethics*, 969733021999751. <https://doi.org/10.1177/0969733021999751>
- Marcela Torres, Rodrigo Pardo, C. P. (2015). Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en colombia 2015. *Minsalud*, 7–75. Retrieved from <http://web.uchile.cl/publicaciones/anales/8/estudios4.htm>
- Onieva-Zafra, M. D., Fernández-Muñoz, J. J., Parra-Fernandez, M. L., Romero-Blanco, C., & Fernández-Martínez, E. (2020). Adaptation and validation of the Euthanasia Attitude Scale into Spanish. *Nursing Ethics*, 27(5), 1201–1212. <https://doi.org/10.1177/0969733019864162>
- Pestinger, M., Stiel, S., Elsner, F., Widdershoven, G., Voltz, R., Nauck, F., & Radbruch, L. (2015). The desire to hasten death: Using Grounded Theory for a better understanding “when perception of time tends to be a slippery slope.” *Palliative Medicine*, 29(8), 711–719. <https://doi.org/10.1177/0269216315577748>
- Radbruch, L., Leget, C., Bahr, P., Müller-Busch, C., Ellershaw, J., De Conno, F., & Vanden Berghe, P. (2016, February). Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/0269216315616524>
- Roest, B., Trappenburg, M., & Leget, C. (2019). The involvement of family in the Dutch practice of euthanasia and physician assisted suicide: a systematic mixed studies review. *BMC Medical Ethics*, 20(1), 1–21. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0361-2>

- Smets, T., Bilsen, J., Cohen, J., Rurup, M. L., & Deliens, L. (2010). Legal Euthanasia in Belgium: Characteristics of all reported Euthanasia cases. *Medical Care*, *48*(2), 187–192. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181bd4dde>
- Velasco Bernal, C., & Trejo-Gabriel-Galan, J. M. (2022). Euthanasia laws in Spain and in the world: Medical aspects. *Atencion Primaria*, *54*(1), 102170. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102170>
- Velasco Sanz, T. R., Pinto Pastor, P., Moreno-Milán, B., Mower Hanlon, L. F., & Herreros, B. (2021). Spanish regulation of euthanasia and physician-assisted suicide. *Journal of Medical Ethics*, 1–7. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107523>
- Abarshi, E., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & van der Wal, G. (2009). Euthanasia requests and cancer types in the Netherlands: Is there a relationship? *Health Policy*, *89*(2), 168–173. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.05.014>
- Albert Márquez, M. (2020). Lo que la pandemia puede enseñarnos sobre el “derecho” a morir. *Apuntes de Bioética*, *3*(1), 98–110. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v3i1.393>
- Boletín Oficial de las Cortes Generales (BOE). 122/000020 Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia (2020).
- Brovko, N., Simakova, S., Komarnitskyi, V., Sabadash, I., & Shpenova, P. (2020). Euthanasia as a way to realize the human right to the death with dignity. *Georgian Medical News*, (309), 167–172.
- De Beer, T., Gastman, C., & de Casterle, B.). (2004). Involvement of nurses in euthanasia: a review of the literature T De Beer, C Gastmans, B Dierckx de Casterlé. *J Med Ethics*, *30*, 494–498. <https://doi.org/10.1136/jme.2003.004028>
- De Lima, L., Woodruff, R., Pettus, K., Downing, J., Buitrago, R., Munyoro, E., ... Radbruch, L. (2017). International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *Journal of Palliative Medicine*, *20*(1), 8–14. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0290>
- Dierickx, S., Onwuteaka-Philipsen, B., Penders, Y., Cohen, J., van der Heide, A., Puhan, M. A., ... Chambaere, K. (2020). Commonalities and differences in legal euthanasia and physician-assisted suicide in three countries: a population-level comparison.

International Journal of Public Health, 65(1), 65–73.
<https://doi.org/10.1007/s00038-019-01281-6>

Emanuel, E. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Urwin, J. W., & Cohen, J. (2016). Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 316(1), 79–90. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8499>

Green, G. (2021). Examining the religiosity of nursing caregivers and their attitudes toward voluntary and involuntary euthanasia. *International Journal of Palliative Nursing*, 27(6), 317–325. <https://doi.org/10.12968/IJPN.2021.27.6.317>

Green, G., Reicher, S., Herman, M., Raspaolo, A., Spero, T., & Blau, A. (2020). Attitudes toward euthanasia—dual view: Nursing students and nurses. *Death Studies*. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1716887>

Kelly, B. D. (2017, October). Invited commentary on ... When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*. NLM (Medline). <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.199695>

Khatony, A., Fallahi, M., Rezaei, M., & Mahdavian, S. (2021). Comparison of attitude of nurses and nursing students toward euthanasia. *Nursing Ethics*, 969733021999751. <https://doi.org/10.1177/0969733021999751>

Marcela Torres, Rodrigo Pardo, C. P. (2015). Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en colombia 2015. *Minsalud*, 7–75. Retrieved from <http://web.uchile.cl/publicaciones/anales/8/estudios4.htm>

Onieva-Zafra, M. D., Fernández-Muñoz, J. J., Parra-Fernandez, M. L., Romero-Blanco, C., & Fernández-Martínez, E. (2020). Adaptation and validation of the Euthanasia Attitude Scale into Spanish. *Nursing Ethics*, 27(5), 1201–1212. <https://doi.org/10.1177/0969733019864162>

Pestinger, M., Stiel, S., Elsner, F., Widdershoven, G., Voltz, R., Nauck, F., & Radbruch, L. (2015). The desire to hasten death: Using Grounded Theory for a better understanding “when perception of time tends to be a slippery slope.” *Palliative Medicine*, 29(8), 711–719. <https://doi.org/10.1177/0269216315577748>

- Radbruch, L., Leget, C., Bahr, P., Müller-Busch, C., Ellershaw, J., De Conno, F., & Vanden Berghe, P. (2016, February). Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/0269216315616524>
- Roest, B., Trappenburg, M., & Leget, C. (2019). The involvement of family in the Dutch practice of euthanasia and physician assisted suicide: a systematic mixed studies review. *BMC Medical Ethics*, 20(1), 1–21. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0361-2>
- Smets, T., Bilsen, J., Cohen, J., Rurup, M. L., & Deliens, L. (2010). Legal Euthanasia in Belgium: Characteristics of all reported Euthanasia cases. *Medical Care*, 48(2), 187–192. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181bd4dde>
- Velasco Bernal, C., & Trejo-Gabriel-Galan, J. M. (2022). Euthanasia laws in Spain and in the world: Medical aspects. *Atencion Primaria*, 54(1), 102170. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102170>
- Velasco Sanz, T. R., Pinto Pastor, P., Moreno-Milán, B., Mower Hanlon, L. F., & Herreros, B. (2021). Spanish regulation of euthanasia and physician-assisted suicide. *Journal of Medical Ethics*, 1–7. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107523>
- Abarshi, E., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & van der Wal, G. (2009). Euthanasia requests and cancer types in the Netherlands: Is there a relationship? *Health Policy*, 89(2), 168–173. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.05.014>
- Albert Márquez, M. (2020). Lo que la pandemia puede enseñarnos sobre el “derecho” a morir. *Apuntes de Bioética*, 3(1), 98–110. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v3i1.393>
- Boletín Oficial de las Cortes Generales (BOE). 122/000020 Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia (2020).
- Brovko, N., Simakova, S., Komarnitskyi, V., Sabadash, I., & Shpenova, P. (2020). Euthanasia as a way to realize the human right to the death with dignity. *Georgian Medical News*, (309), 167–172.
- De Beer, T., Gastman, C., & de Casterle, B.). (2004). Involvement of nurses in euthanasia: a review of the literature T De Beer, C Gastmans, B Dierckx de Casterlé.

J Med Ethics, 30, 494–498. <https://doi.org/10.1136/jme.2003.004028>

- De Lima, L., Woodruff, R., Pettus, K., Downing, J., Buitrago, R., Munyoro, E., ... Radbruch, L. (2017). International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *Journal of Palliative Medicine*, 20(1), 8–14. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0290>
- Dierickx, S., Onwuteaka-Philipsen, B., Penders, Y., Cohen, J., van der Heide, A., Puhan, M. A., ... Chambaere, K. (2020). Commonalities and differences in legal euthanasia and physician-assisted suicide in three countries: a population-level comparison. *International Journal of Public Health*, 65(1), 65–73. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01281-6>
- Emanuel, E. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Urwin, J. W., & Cohen, J. (2016). Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 316(1), 79–90. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8499>
- Green, G. (2021). Examining the religiosity of nursing caregivers and their attitudes toward voluntary and involuntary euthanasia. *International Journal of Palliative Nursing*, 27(6), 317–325. <https://doi.org/10.12968/IJPN.2021.27.6.317>
- Green, G., Reicher, S., Herman, M., Raspaolo, A., Spero, T., & Blau, A. (2020). Attitudes toward euthanasia—dual view: Nursing students and nurses. *Death Studies*. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1716887>
- Kelly, B. D. (2017, October). Invited commentary on ... When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. NLM (Medline). <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.199695>
- Khatony, A., Fallahi, M., Rezaei, M., & Mahdavian, S. (2021). Comparison of attitude of nurses and nursing students toward euthanasia. *Nursing Ethics*, 969733021999751. <https://doi.org/10.1177/0969733021999751>
- Marcela Torres, Rodrigo Pardo, C. P. (2015). Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en colombia 2015. *Minsalud*, 7–75. Retrieved from <http://web.uchile.cl/publicaciones/anales/8/estudios4.htm>

- Onieva-Zafra, M. D., Fernández-Muñoz, J. J., Parra-Fernandez, M. L., Romero-Blanco, C., & Fernández-Martínez, E. (2020). Adaptation and validation of the Euthanasia Attitude Scale into Spanish. *Nursing Ethics*, 27(5), 1201–1212. <https://doi.org/10.1177/0969733019864162>
- Pestinger, M., Stiel, S., Elsner, F., Widdershoven, G., Voltz, R., Nauck, F., & Radbruch, L. (2015). The desire to hasten death: Using Grounded Theory for a better understanding “when perception of time tends to be a slippery slope.” *Palliative Medicine*, 29(8), 711–719. <https://doi.org/10.1177/0269216315577748>
- Radbruch, L., Leget, C., Bahr, P., Müller-Busch, C., Ellershaw, J., De Conno, F., & Vanden Berghe, P. (2016, February). Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/0269216315616524>
- Roest, B., Trappenburg, M., & Leget, C. (2019). The involvement of family in the Dutch practice of euthanasia and physician assisted suicide: a systematic mixed studies review. *BMC Medical Ethics*, 20(1), 1–21. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0361-2>
- Smets, T., Bilsen, J., Cohen, J., Rurup, M. L., & Deliens, L. (2010). Legal Euthanasia in Belgium: Characteristics of all reported Euthanasia cases. *Medical Care*, 48(2), 187–192. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181bd4dde>
- Velasco Bernal, C., & Trejo-Gabriel-Galan, J. M. (2022). Euthanasia laws in Spain and in the world: Medical aspects. *Atencion Primaria*, 54(1), 102170. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102170>
- Velasco Sanz, T. R., Pinto Pastor, P., Moreno-Milán, B., Mower Hanlon, L. F., & Herreros, B. (2021). Spanish regulation of euthanasia and physician-assisted suicide. *Journal of Medical Ethics*, 1–7. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107523>
- Abarshi, E., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & van der Wal, G. (2009). Euthanasia requests and cancer types in the Netherlands: Is there a relationship? *Health Policy*, 89(2), 168–173. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.05.014>
- Albert Márquez, M. (2020). Lo que la pandemia puede enseñarnos sobre el “derecho” a morir. *Apuntes de Bioética*, 3(1), 98–110. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v3i1.393>

- Boletín Oficial de las Cortes Generales (BOE). 122/000020 Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia (2020).
- Brovko, N., Simakova, S., Komarnitskyi, V., Sabadash, I., & Shpenova, P. (2020). Euthanasia as a way to realize the human right to the death with dignity. *Georgian Medical News*, (309), 167–172.
- De Beer, T., Gastman, C., & de Casterle, B.). (2004). Involvement of nurses in euthanasia: a review of the literature T De Beer, C Gastmans, B Dierckx de Casterlé. *J Med Ethics*, 30, 494–498. <https://doi.org/10.1136/jme.2003.004028>
- De Lima, L., Woodruff, R., Pettus, K., Downing, J., Buitrago, R., Munyoro, E., ... Radbruch, L. (2017). International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *Journal of Palliative Medicine*, 20(1), 8–14. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0290>
- Dierickx, S., Onwuteaka-Philipsen, B., Penders, Y., Cohen, J., van der Heide, A., Puhan, M. A., ... Chambaere, K. (2020). Commonalities and differences in legal euthanasia and physician-assisted suicide in three countries: a population-level comparison. *International Journal of Public Health*, 65(1), 65–73. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01281-6>
- Emanuel, E. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Urwin, J. W., & Cohen, J. (2016). Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 316(1), 79–90. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8499>
- Green, G. (2021). Examining the religiosity of nursing caregivers and their attitudes toward voluntary and involuntary euthanasia. *International Journal of Palliative Nursing*, 27(6), 317–325. <https://doi.org/10.12968/IJPN.2021.27.6.317>
- Green, G., Reicher, S., Herman, M., Raspaolo, A., Spero, T., & Blau, A. (2020). Attitudes toward euthanasia—dual view: Nursing students and nurses. *Death Studies*. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1716887>
- Kelly, B. D. (2017, October). Invited commentary on ... When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*. NLM (Medline).

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.199695>

- Khatony, A., Fallahi, M., Rezaei, M., & Mahdavian, S. (2021). Comparison of attitude of nurses and nursing students toward euthanasia. *Nursing Ethics*, 969733021999751. <https://doi.org/10.1177/0969733021999751>
- Marcela Torres, Rodrigo Pardo, C. P. (2015). Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia 2015. *Minsalud*, 7–75. Retrieved from <http://web.uchile.cl/publicaciones/anales/8/estudios4.htm>
- Onieva-Zafra, M. D., Fernández-Muñoz, J. J., Parra-Fernandez, M. L., Romero-Blanco, C., & Fernández-Martínez, E. (2020). Adaptation and validation of the Euthanasia Attitude Scale into Spanish. *Nursing Ethics*, 27(5), 1201–1212. <https://doi.org/10.1177/0969733019864162>
- Pestinger, M., Stiel, S., Elsner, F., Widdershoven, G., Voltz, R., Nauck, F., & Radbruch, L. (2015). The desire to hasten death: Using Grounded Theory for a better understanding “when perception of time tends to be a slippery slope.” *Palliative Medicine*, 29(8), 711–719. <https://doi.org/10.1177/0269216315577748>
- Radbruch, L., Leget, C., Bahr, P., Müller-Busch, C., Ellershaw, J., De Conno, F., & Vanden Berghe, P. (2016, February). Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/0269216315616524>
- Roest, B., Trappenburg, M., & Leget, C. (2019). The involvement of family in the Dutch practice of euthanasia and physician assisted suicide: a systematic mixed studies review. *BMC Medical Ethics*, 20(1), 1–21. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0361-2>
- Smets, T., Bilsen, J., Cohen, J., Rurup, M. L., & Deliens, L. (2010). Legal Euthanasia in Belgium: Characteristics of all reported Euthanasia cases. *Medical Care*, 48(2), 187–192. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181bd4dde>
- Velasco Bernal, C., & Trejo-Gabriel-Galan, J. M. (2022). Euthanasia laws in Spain and in the world: Medical aspects. *Atencion Primaria*, 54(1), 102170. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102170>

Velasco Sanz, T. R., Pinto Pastor, P., Moreno-Milán, B., Mower Hanlon, L. F., & Herreros, B. (2021). Spanish regulation of euthanasia and physician-assisted suicide. *Journal of Medical Ethics*, 1–7. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107523>.

9. ANEXOS

ANEXO I

“PERCEPCIÓN Y ACTITUDES DE LOS ENFERMEROS Y ENFERMERAS DEL SSPA SOBRE LA LEGISLACIÓN DE LA EUTANASIA Y LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA”. ENF-EU-2021

Desde hace varios años, el tema de la eutanasia ha generado un debate en la población española y a nivel internacional. Actualmente, en nuestro país se está tramitando una Ley de Regulación de la Eutanasia. Los enfermeros y enfermeras se enfrentan a situaciones de elevado sufrimiento, que en ocasiones genera la petición de la eutanasia. Por este motivo, en este estudio de investigación se pretende conocer las actitudes de los enfermeros y enfermeras respecto a la legalización de la eutanasia y su posicionamiento respecto a esta.

Dispone del informe favorable del CEI Provincial de Huelva (ENF-EU-2021), con fecha 13/4/2021.

*Obligatorio

1. Consentimiento informado *

Selecciona todos los que correspondan.

Doy mi consentimiento para participar en el estudio. He sido informado sobre el objetivo del mismo. La participación es totalmente voluntaria y anónima. En cualquier momento, puedo abandonar el estudio y dejar de contestar sin ningún tipo de consecuencia o perjuicio. Los datos obtenidos serán confidenciales y tratados, conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (Ley 3/2008).

2. Sexo: *

Marca solo un óvalo.

- Mujer
- Hombre

3. Edad: *

4. Estado civil: * *Marca solo un óvalo.*

5. Situación laboral: *

Marca solo un óvalo.

6. Experiencia laboral (en años): *

7. Puesto de trabajo/servicio en el que trabajas: *

Marca solo un óvalo.

8. ¿Pertenece a alguna Sociedad Científica, Organismo Oficial, Entidad o Colegio de Enfermería? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

9. En caso afirmativo indique cuál, por favor

ACTITUDES ANTE EL FINAL DE LA VIDA

10. Evalúe como considera su estado de salud actual. *

Marca solo un óvalo.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10

11. Recibe usted tratamiento médico convencional (medicación, rehabilitación, cirugía, etc.). *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No
 No sabe
 No contesta

12. Recibe usted tratamiento médico complementario (medicina natural, acupuntura, etc.). *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No
 No sabe
 No contesta

13. En ocasiones, al final de la vida hay que tomar decisiones respecto al cuidado físico, emocional y espiritual, ¿Le gustaría decidir a usted personalmente, qué hacer cuando llegue ese momento final?. * Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe
- No contesta

14. Si contesta que no a la pregunta anterior, ¿Le gustaría que otras personas decidieran por usted? * Marca solo un óvalo.

-
-
-
-
-
-
- _____

15. Si contesta que sí a la pregunta anterior, ¿Quién le gustaría que decidiera por usted? Puede señalar varias respuestas *

-
-
-
-
- _____

16. Ha pensado alguna vez, ¿Cómo le gustaría a usted llegar al término de su vida? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe
- No contesta

17. Si contesta que sí a la pregunta anterior, ¿Cómo le gustaría que fuese ese momento? *

Marca solo un óvalo.

18. ¿Dónde le gustaría a usted que transcurrieran los últimos momentos de su vida?*

Marca solo un óvalo.

19. ¿Qué personas le gustaría que le acompañaran en el momento final de su vida?

(Puede marcar varias respuestas). *

20. ¿Has acompañado a algún ser querido en los últimos momentos de su vida? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

No sabe

No responde

21. Si responde que sí a la pregunta anterior, ¿Cómo recuerda usted esa experiencia de acompañamiento?

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>									

22. ¿Conoce usted la existencia de los servicios de Cuidados Paliativos? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe
- No contesta

23. ¿Algún familiar o allegado suyo han recibido Cuidados Paliativos? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe
- No contesta

24. Si responde que sí a la pregunta anterior. ¿Dónde han recibido sus familiares o allegados Cuidados Paliativos? * Marca solo un óvalo.

-
-
-
-
-
-

25. Si algún familiar o allegado ha recibido Cuidados Paliativos, ¿Cómo calificaría la atención y el cuidado prestado en estos servicios? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26. Si usted sufriera una enfermedad avanzada e incurable, ¿Desearía recibir Cuidados Paliativos? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

27. Si usted estuviera consciente, ¿Dónde le gustaría recibir los Cuidados Paliativos?*

Marca solo un óvalo.

28. Si usted estuviera inconsciente, ¿Dónde preferiría recibir los Cuidados Paliativos? *

Marca solo un óvalo.

29. **¿Considera que la eutanasia es moralmente aceptable? ***

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>									

30. **Cuando llegue el momento final de su vida, si tuviera una enfermedad irreversible y una experiencia de sufrimiento intolerable, ¿solicitaría la eutanasia?***

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>									

31. **¿Está de acuerdo con la legalización de la eutanasia? ***

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>									

32. **¿Considera que el suicidio asistido es moralmente aceptable? ***

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>									

33. **Cuando llegue el momento final de su vida, si tuviera una enfermedad irreversible y una experiencia de sufrimiento intolerable, ¿solicitaría el suicidio asistido? ***

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>									

34. ¿Está usted de acuerdo con la legalización del suicidio asistido? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="radio"/>									

35. ¿Conoce que existe la posibilidad de hacer Voluntades Vitales Anticipadas (VVA)? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe
- No contesta

36. ¿Conoce la existencia del Registro Nacional de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe
- No contesta

37. ¿Tiene usted realizada su Planificación Anticipadas de Decisiones (PAD)? *

Marca solo un óvalo.

-
-
-
-
-

38. Si contesta que NO a la pregunta anterior: ¿Estaría interesado en realizar su Planificación Anticipada de Decisiones(PAD)?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No
 No sabe
 No contesta

No he contestado "no" a la pregunta anterior

39. ¿Tiene usted registradas sus Voluntades Vitales Anticipadas (VVA)? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No
 No sabe
 No contesta

40. Si contesta que NO a la pregunta anterior: ¿Estaría interesado en realizar sus Voluntades Vitales Anticipadas(VVA)? * *Marca solo un óvalo.*

- Si
 No
 No sabe
 No contesta

41. ¿Sus familiares o allegados conocen su voluntad en el momento final de su vida?

*

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No
 No sabe
 No contesta

42. ¿Informara a su médico de familia o a los médicos que le atiendan, de su voluntad para el momento final de su vida? * *Marca solo un óvalo.*

- Sí
- No
- No sabe
- No contesta

43. ¿Pertenece a alguna asociación que defienda las últimas voluntades del paciente? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe
- No contesta

44. ¿Considera usted que el acompañamiento y la ayuda espiritual en el proceso final de la vida serían de gran apoyo? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="radio"/>									

45. ¿Solicitaría usted acompañamiento espiritual en el proceso final de su vida? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No
- No sabe
- No contesta

46. Si contesta que sí a la anterior pregunta, ¿Qué personas desearía que le acompañaran espiritualmente? (Puede marcar varias respuestas) *

47. Evalúe la frecuencia con la que usted practica sus creencias. *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ansiedad ante la muerte

48. Tengo mucho miedo a morirme *

Marca solo un óvalo.

Verdadero
 Falso

49. Apenas pienso en la muerte *

Marca solo un óvalo.

Verdadero
 Falso

50. No me pone nervioso que la gente hable de la muerte *

Marca solo un óvalo.

Verdadero
 Falso

51. Me asusta pensar que he de pasar por una operación *

Marca solo un óvalo.

Verdadero

Falso

52. No tengo ningún miedo a morirme *

Marca solo un óvalo.

Verdadero

Falso

53. No tengo especialmente miedo a tener un cáncer *

Marca solo un óvalo.

Verdadero

Falso

54. No me molesta nada pensar en la muerte *

Marca solo un óvalo.

Verdadero

Falso

55. A menudo me siento mal cuando el tiempo pasa tan rápidamente *

Marca solo un óvalo.

Verdadero

Falso

56. Me da miedo morir de una muerte dolorosa *

Marca solo un óvalo.

Verdadero

Falso

57. El tema de la vida después de la muerte me preocupa mucho *

Marca solo un óvalo.

Verdadero

Falso

58. Me asusta el que me pueda dar un ataque al corazón *

Marca solo un óvalo.

Verdadero

Falso

59. A menudo pienso que la vida es realmente muy corta *

Marca solo un óvalo.

Verdadero

Falso

60. Me estremezco cuando la gente habla de la Tercera Guerra Mundial *

Marca solo un óvalo.

Verdadero

Falso

61. La visión de un cadáver me horroriza *

Marca solo un óvalo.

Verdadero

Falso

62. Pienso que el futuro no me depara nada que temer *

Marca solo un óvalo.

Verdadero

Falso

63. ¿Has visto alguna vez a una persona en los instantes que preceden y siguen a su muerte? (No tener en cuenta las muertes vistas por TV o cine) * *Marca solo un óvalo.*

Sí
 No

64. En caso afirmativo, ¿Dónde ocurrió? *

Marca solo un óvalo.

En el hospital
 En casa
 En una residencia
 En otro lugar

65. Si tuvieras cáncer, ¿Desearías que te informaran sobre tu enfermedad? *

Marca solo un óvalo.

Sí
 No
 No lo sé

66. ¿Desearías que te informaran sobre tu pronóstico de vida (tiempo que te queda de vida)? *

Marca solo un óvalo.

Sí
 No
 No lo sé

67. ¿Has pensado alguna vez en tu propia muerte? *

Marca solo un óvalo.

Nunca
 Alguna vez
 Bastantes veces
 Muchas veces

68. ¿Has hablado con tus familiares próximos sobre la muerte o el morir? *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Alguna vez
- Bastantes veces
- Muchas veces

69. ¿Has hablado con tus amigos sobre la muerte o el morir? *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Alguna vez
- Bastantes veces
- Muchas veces

70. Si tu pareja tuviera cáncer, ¿desearía que se lo dijeran? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No lo sé

71. ¿Desearías que informaran a tu pareja sobre su pronóstico de vida (tiempo que le queda de vida)? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No lo sé

72. Si pudieras elegir tu muerte, ¿Cómo te gustaría que fuese? *

Marca solo un óvalo.

- Repentina
- Gradual
- Indiferente

73. Si pudieras elegir tu muerte, ¿Cómo te gustaría que fuese? *

Marca solo un óvalo.

- En soleda
- Acompañado/a
- Indiferente

74. Si pudieras elegir tu muerte, ¿Cómo te gustaría que fuese? *

Marca solo un óvalo.

- Con consciencia
- Sin consciencia
- Indiferente

75. Si pudieras elegir tu muerte, ¿Cómo te gustaría que fuese? *

Marca solo un óvalo.

- Durmiendo Despierto
- Indiferente

76. Si pudieras elegir tu muerte, ¿Cómo te gustaría que fuese? *

Marca solo un óvalo.

- En un accidente
- De vejez
- Indiferente

77. Si pudieras elegir tu muerte, ¿Cómo te gustaría que fuese? *

Marca solo un óvalo.

- Con dolor
- Sin dolor
- Indiferente

78. Si pudieras elegir tu muerte, ¿Cómo te gustaría que fuese? *

Marca solo un óvalo.

-
- _____

79. ¿Dónde te gustaría morir? *

Marca solo un óvalo.

-
-
-
-
- _____

80. En tu caso, ¿Crees que aceptarías el suicidio como medio para acabar con tu sufrimiento? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No lo sé

81. ¿Crees en otra vida después de la muerte? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No lo sé

82. ¿Prácticas alguna religión? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

83. En caso afirmativo, ¿Cuál?; Si es negativo escribe "ninguna" *

Conflictos éticos y eutanasia

84. Una persona con enfermedad terminal tiene el derecho de decidir morir. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
 Desacuerdo
 Indeciso
 De acuerdo
 Muy de acuerdo

85. Inducir la muerte por razón de compasión es incorrecto. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
 Desacuerdo
 Indeciso
 De acuerdo
 Muy de acuerdo

86. La eutanasia debe ser aceptada en la sociedad actual. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Desacuerdo Indeciso
-
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

87. Nunca hay casos en los que la eutanasia sea apropiada. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Desacuerdo
- Indeciso
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

88. La eutanasia es útil en el momento y lugar adecuado. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Desacuerdo
- Indeciso
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

89. La eutanasia es un acto humano. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Desacuerdo Indeciso
-
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

90. La eutanasia debe ir contra la ley. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Desacuerdo
- Indeciso
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

91. La eutanasia debe usarse cuando una persona tiene una enfermedad terminal *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Desacuerdo
- Indeciso
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

92. Acabar con vidas humanas es incorrecto sin importar las circunstancias. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Desacuerdo
- Indeciso
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

93. La eutanasia es aceptable en los casos en los que no existe la esperanza de recuperación. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Desacuerdo
- Indeciso
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

94. La eutanasia le da a una persona la oportunidad de morir con dignidad. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
 Desacuerdo
 Indeciso
 De acuerdo
 Muy de acuerdo

95. La eutanasia es aceptable si la persona es mayor. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
 Desacuerdo
 Indeciso
 De acuerdo
 Muy de acuerdo

96. Si una persona con una enfermedad terminal o una lesión está cada vez más preocupada por la carga que su deterioro de la salud ha causado a su familia, apoyaré su solicitud de eutanasia. * *Marca solo un óvalo.*

- Muy en desacuerdo
 Desacuerdo
 Indeciso
 De acuerdo
 Muy de acuerdo

97. La regulación de la eutanasia conducirá a abusos. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
 Desacuerdo
 Indeciso
 De acuerdo
 Muy de acuerdo

98. Tengo fe en el sistema sanitario local para implementar la eutanasia adecuadamente. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Desacuerdo Indeciso
-
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

99. Hay muy pocos casos en los que la eutanasia es aceptable. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Desacuerdo
- Indeciso
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

100. La eutanasia debe practicarse sólo para eliminar el dolor físico y no el dolor emocional.*

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Desacuerdo
- Indeciso
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

101. Mi trabajo es mantener y preservar la vida, no terminar con ella. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Desacuerdo
- Indeciso
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

102. Una clave de la ética profesional de los profesionales sanitarios es prolongar vidas y no acabar con ellas. * *Marca solo un óvalo.*

- Muy en desacuerdo
- Desacuerdo
- Indeciso
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

103. Una persona no debe mantenerse con vida artificialmente a través de máquinas. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Desacuerdo
- Indeciso
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

104. La muerte natural es una cura para el sufrimiento. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Desacuerdo
- Indeciso
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

105. Tras la legalización de la Eutanasia y el suicidio asistido en Andalucía: ¿tienes pensado hacerte objetor/a de conciencia? * *Marca solo un óvalo.*

- Sí
- No
- No sabe
- No contesta

106. Sea cual sea la respuesta anterior, ¿podrías explicarnos los motivos para ello? *

Google Formularios

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

ANEXO II

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

ACUERDO QUE EMITE EL CEI Provincial de Huelva CON RELACIÓN AL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN ENF-EU 2021 EN LA SESIÓN CELEBRADA EL 13/04/2021

Código: ENF-EU 2021
Promotor/a: (No hay promotor/a asociado/a)
Título: PERCEPCIÓN Y ACTITUDES DE LOS ENFERMEROS Y ENFERMERAS DEL SSPA SOBRE LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA y LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA. ENF-EU 2021
Acuerdo:

El Comité CEI Provincial de Huelva y conforme a lo establecido en Ley de Investigación Biomédica 14/2007 de 3 de julio y la Orden SAS/370/2009 de 16 de diciembre por la que se publican directrices sobre estudios postautorización de tipo observacional para medicamentos de uso humano, considera precisa la aportación de información adicional a efectos de autorización y/o evaluación del estudio que a continuación se relaciona:

Tema de lo más actual, este estudio plantea lo necesario que es conocer cuál es la visión sobre la eutanasia de la enfermería en nuestro país. Los investigadores plantean que es de gran interés conocer las actitudes y percepciones de los profesionales de enfermería, tanto más, cuando conocido el contenido de la Ley, la enfermería será uno de los actores finalistas en el escenario eutanásico. La justificación y referencias bibliográficas son suficientes La metodología empleada es correcta, se echa de menos que se hable un poco de los sesgos que acompañan a los estudios elaborados con recogidas de datos online. Debería de adjuntar el protocolo de plan de trabajo previsto, así como el plan de difusión.

En cuanto al Formulario de Consentimiento Informado: Incluir un apartado para consignar el DNI del profesional y del participante.

Huelva , 14/04/2021

El/La Secretario/a del CEI Provincial de Huelva

