



## EL DISCURSO DE LOS MÉDICOS SOBRE LA MUERTE DIGNA Y LA REGULACIÓN DE LA MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA: UN ESTUDIO CUALITATIVO

PHYSICIANS DISCOURSE ABOUT DEATH WITH DIGNITY AND THE REGULATION OF MEDICALLY ASSISTED DEATH: A QUALITATIVE STUDY

Norma Alicia Ordóñez Vázquez<sup>1</sup>, Gustavo Ortiz Millán<sup>2</sup>

### Resumen

**Introducción:** La visión de los profesionales de la salud sobre la muerte médicamente asistida es fundamental para determinar las bases legales para una muerte digna, sin dolor ni sufrimiento. **Objetivo:** Conocer y analizar el discurso de los profesionales de la salud sobre la muerte digna, la eutanasia y el suicidio médicamente asistido para visibilizar la necesidad de la regulación de la muerte digna. **Método:** Se realizó una investigación cualitativa que se inserta dentro del paradigma del construccionismo social. Se realizaron entrevistas usando una guía semiestructurada. Se utilizó el análisis del discurso para encontrar convergencias y diferencias en los discursos. **Resultados:** Se entrevistaron 11 profesionales de la salud, siete médicos, tres enfermeras y un enfermero de diversas entidades de país. Se encontró que los discursos concurren en que la muerte digna se considera una muerte sin dolor ni sufrimiento; la aceptación de legalizar la eutanasia y el suicidio asistido, encontrándose discrepancia entre las mujeres que apoyan la muerte asistida y llevar a cabo esta práctica. El discurso está orientado hacia la convergencia de que deben existir bases legales, respeto a las decisiones, creación de comités y atención integral al enfermo. **Discusión y conclusiones:** Los profesionales de la salud consideran que para una muerte digna es necesario el respeto a la autonomía, contar con cuidados integrales y evitar el dolor y sufrimiento. Respecto a la muerte médicamente asistida, es fundamental contar con bases legales y capacitación continua.

**Palabras clave:** Muerte digna, eutanasia, suicidio médicamente asistido, autonomía, análisis del discurso.

<sup>1</sup> Doctora y maestra en Ciencias de la Salud en el campo de estudios principal de Salud Mental Pública por el posgrado de la Facultad de Medicina y Licenciada en Psicología por la Facultad de Psicología, ambas de la UNAM

<sup>2</sup> Investigador en el Instituto de Investigaciones Filosóficas, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y miembro del Sistema Nacional de Investigadores del CONACYT. Es doctor en filosofía por Columbia University en Nueva York.

Correspondencia:

Dirección postal: Calle Querétaro No. 56 Colonia La Esperanza Alcaldía Iztapalapa C.P. 09910.

Dirección electrónica: camel1806@yahoo.com.mx

## **Abstract**

**Introduction:** The vision of health professionals on medically assisted death is essential to determine the legal bases for a death with dignity, without pain or suffering. **Objective:** Know and analyze the discourse of health professionals on death with dignity, euthanasia and medically assisted suicide to make visible the need for the regulation of death with dignity. **Method:** Qualitative research was carried out that is inserted within the paradigm of social constructionism. Interviews were conducted using a semi-structured guide. Discourse analysis was used to find convergences and differences in the discourses. **Results:** 11 health professionals were interviewed, seven doctors, three nurses and one male nurse from various entities in the country. It was found that the discourses agree that a death with dignity is considered a death without pain or suffering; the acceptance of legalizing<sup>3</sup> euthanasia and assisted suicide, finding discrepancy between women who support assisted death and carry out this practice. The discourse is oriented towards the convergence that there must be legal bases, respect for decisions, and creation of committees and comprehensive care for the patient. **Discussion and conclusions:** Health professionals consider that for a death with dignity it is necessary to respect autonomy, have comprehensive care and avoid pain and suffering. Regarding medically assisted death, it is essential to have legal bases and continuous training integrating bioethics.

**Keywords:** death with dignity, euthanasia, medically assisted suicide, autonomy, and discourse analysis.

## **Introducción**

La muerte digna se refiere al respeto a la autonomía y toma de decisiones de los enfermos sobre lo que han determinado respecto a su muerte. Es el derecho que tiene un enfermo para que se respeten sus decisiones, valores y creencia, y así tener el menor sufrimiento posible. Ya sea que haya emitido sus preferencias a partir de sus voluntades anticipadas o que sus representantes legales expresen sus deseos de cómo morir. Lo más importante de la muerte digna es evitar el dolor y sufrimiento en los últimos días de vida, garantizando cubrir todas las necesidades de manera integral.

Entonces para que se dé una muerte digna deben presentarse condiciones necesarias como imponer límites a terceros, sean familiares o médicos, recibir información y



cuidados paliativos. Estas acciones en conjunto contribuirán a que el enfermo se encuentre lo mejor atendido, y de esta forma se produzca una muerte digna.

Es relevantes destacar que este derecho a morir dignamente y la muerte médicamente asistida, es decir, eutanasia y suicidio médicamente asistido (SMA), no son conceptos similares, sino que la muerte médicamente asistida es un elemento para garantizar la muerte digna.

La actuación del médico siempre ha estado dirigida a preservar la vida, por lo que considerar su participación en la muerte médicamente asistida causa cierto desconcierto. De esta forma, como señala Pérez (2003) el concepto popular de que la función del médico se limita a luchar contra la muerte, aparte de no ser correcto, lo coloca en la incómoda posición de perdedor obligado, porque en última instancia la muerte siempre saldrá ganando.

Es así que la actuación del médico al final de la vida ha ido cambiando, el paternalismo que prevaleció hasta mediados del siglo XX se abocó a no tomar en cuenta las decisiones del paciente, debido a que era considerado el médico una autoridad a la que se le tenía completa confianza en la capacidad técnica y en la integridad moral. Era el único responsable del destino de los enfermos y sus diagnósticos y tratamientos no se ponían en discusión porque eran emitidos por un profesional con independencia, autoridad y sabiduría (Aguilar, 2017).

Con la llegada del autonomismo, se comienza a dar una mayor importancia y respeto a las decisiones del paciente. Es fundamental que el médico establezca una buena comunicación con el paciente, de esta forma éste puede participar en la toma de decisiones en torno a su salud. El paradigma de autonomía cambia la forma en la que el paciente actúa ante las diversas opciones que le proporciona el médico, ya no es un sujeto pasivo, con base en la información comprensible decide la mejor opción para su salud o el final de su vida.

Es así que la práctica médica ha tenido que cambiar y visualizar al paciente como un ser con derechos que merece ser tomado con consideración y aliviar el dolor y el sufrimiento al final de su vida, esto implica no causar daño ni perjuicio. De esta forma la Ley General

de Salud en su artículo 166 Bis 18 especifica que, en la fase final de la vida por una enfermedad terminal, el médico no deberá aplicar tratamientos o medidas consideradas como obstinación terapéutica, esto con el fin de garantizar una vida de calidad y respeto a su dignidad (Ley General de Salud, 2022).

Como se comentó, una muerte digna depende de las decisiones del enfermo y de las condiciones en las cuales se encuentre, las cuales implican rechazar tratamientos, o solicitar la muerte médicamente asistida. En México la eutanasia y el suicidio médicamente asistido no son legales, sin embargo, existe aceptación de estas prácticas médicas por parte de la población general, así como de la comunidad médica. Algunos estudios han mostrado tanto la aceptación como el rechazo de los médicos hacia este tipo de prácticas.

Por ejemplo, en un estudio realizado en Perú con jueces, fiscales y médicos, se encontró el interés por la aplicación de la eutanasia, para respetar la autonomía personal y la dignidad de aquellos enfermos incurables que se encuentran en una situación irreversible y que el uso de medios artificiales alargue su agonía (Flores y Padilla, 2009).

En una encuesta sobre la legalización del suicidio asistido llevada a cabo en siete países europeos que incluían 21,531 médicos, el 47% de los médicos británicos respondió estar de acuerdo con la legalización, en contraste con el 33% que se obtuvo en el año 2010, lo cual muestra que ha habido un avance en la consideración de la muerte digna en los médicos (Medscape, 2014).

En otra encuesta llevada a cabo por el Colegio de Médicos de Chile (2019), el 46% de los médicos indica no estar de acuerdo en auxiliar a un paciente en el suicidio, entregándole o recetándole una droga letal para que se la autoadministre, pero sí está de acuerdo en que sea el profesional de salud el que administre los medicamentos, es decir, con el SMA.

En España, se observa que entre la comunidad médica la aceptación de la eutanasia ha pasado del 66% en el año 1992 al 83% en el año 2019. Este respaldo a la eutanasia tiene mucho que ver con el avance en los derechos del paciente, los argumentos relacionados



con la autonomía y la libertad del individuo, en la toma informada de decisiones sobre el final de su vida bajo determinadas circunstancias (Bernal, 2020).

En México, se han realizado algunos estudios en los que se puede ver la opinión que los médicos tienen respecto a la eutanasia y el suicidio asistido. En el Informe del estudio de opinión de los médicos sobre el derecho a morir con dignidad, llevado a cabo por Investigación en Salud y Demografía (Insad, 2015), se entrevistaron a médicos en la Ciudad de México y en Puebla. Entre algunos de sus resultados sobresale lo siguiente: Los médicos que están a favor de la eutanasia y el SMA creen que los pacientes terminales tienen el derecho a decidir acortar su vida. La mayoría lo justifica porque es para acabar con el sufrimiento emocional y físico del moribundo para que tenga una muerte digna, así como para evitar el desgaste de la familia. La condición es que sea la decisión del paciente en pleno uso de sus facultades mentales.

Los resultados de estos trabajos pueden dar cuenta de la postura de los médicos ante la eutanasia y el suicidio asistido, que han mostrado una tendencia favorable hacia este tipo prácticas médicas, principalmente para acabar con el dolor y sufrimiento de los enfermos en fase terminal.

En nuestro país la relación de la bioética con las decisiones al final de la vida ha sido clave importante para llevar a cabo estudios y propuestas muy relacionadas con la regulación de la muerte digna, sin llegar a impulsar un cambio en este aspecto.

Aún no se cuenta con la regulación de la muerte digna, a pesar de los intentos que se han llevado a cabo. Es por esta razón que en este trabajo se trata de conocer el conocimiento compartido que tienen los profesionales de la salud de la muerte digna y de la muerte médicamente asistida, para contar con elementos que contribuyan a la visibilización de una posible legalización. Se tiene que recordar que el significado y sentido de la muerte se construyen colectivamente, es decir, de la construcción social que se realiza, ya que se ha determinado que vivimos inmersos en actividades o acciones sociales, en las que el lenguaje es parte de ellas, de tal forma que impregna la totalidad de la actividad social y posibilita la construcción de acciones conjuntas entre quienes comparten contextos específicos, y estas acciones tienen significados para quienes

intervienen en ellas y las comprenden (Agudelo y Estrada, 2012). De esta forma, lo que se intenta a partir de las entrevistas es analizar el discurso que ha sido elaborado desde la interacción social (que señala el construccionismo social) de los profesionales de la salud de diferentes estados de la República, cuál es su opinión respecto a lo que consideran es una muerte digna y si están de acuerdo con la regulación de la muerte digna. Esta información puede ayudar a conocer los acuerdos y divergencias respecto a la muerte médicamente asistida en el área de la salud.

Es importante mencionar que a lo largo del escrito cuando se mencione profesionales de la salud, se hará referencia tanto a médicos como a enfermeras o enfermeros.

## **Metodología**

### **Tipo de estudio**

Es una investigación descriptiva transversal que se inserta dentro del paradigma del construccionismo social. A partir de este paradigma se plantea comprender, describir y analizar la realidad social que se va elaborando a partir de la interacción con los demás (McNamee en Souza, Santos, Corradi-Webster, Guanaes, Moscheta, 2010). De esta forma, las opiniones de los profesionales de la salud acerca de la muerte asistida son elaboradas y compartidas entre los sujetos, lo cual permite conocer a partir del discurso de éstos los conocimientos que surgen del intercambio e interacción con los otros respecto a este tema, y que pueden ser analizados desde el discurso como una práctica social, una de las formas más productivas de abordar la praxis social, cultural, histórica y política (Haidar, 1998).

### **Objetivo general**

Conocer y analizar el discurso de los profesionales de la salud sobre la muerte digna, la eutanasia y el SMA para visibilizar la necesidad de la regulación de la muerte digna.

### **Participantes**



Se entrevistaron once profesionales de la salud, tres enfermeras, un enfermero y siete médicos, de diversas entidades, el rango de edad va de los 27 a los 61 años. Se utilizó el muestreo bola de nieve para contactar a los participantes. Es una técnica para encontrar al objeto de investigación, en la cual un sujeto le da al investigador el nombre de otro, que a su vez proporciona el nombre de un tercero, y así sucesivamente (Atkinson & Flint, 2001).

**Tabla 1.** Características de los participantes

Participantes	Edad	Especialidad	Estado
Lalo	32	Medicina Familiar	Guadalajara
Susana	27	Médico general	Guadalajara
María	37	Enfermera pediátrica oncológica	Tabasco
Ana	31	Medicina interna	Ciudad de México
Daniela	31	Licenciatura en enfermería	Ciudad de México
Ignacio	32	Oncólogo Pediatra	Guanajuato
Gerardo	30	Licenciatura en Medicina	Puebla
Alma	31	Médico general	Torreón
Orlando	38	Licenciatura en enfermería	Jalisco
Javier	61	Médico general y ortopedista	Morelos
Karla	31	Enfermera oncológica	Ciudad de México

Nota: Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas a profesionales de la salud.

## **Instrumento**

Se elaboró una guía de entrevista semiestructurada que abarcó las siguientes temáticas:

- Rol del médico
- Muerte digna
- Regulación de la muerte digna

La información para el análisis en este trabajo se toma de los temas de la guía de entrevista de muerte digna y regulación de la muerte médicamente asistida.

## **Procedimiento**

Para contactar a los participantes se estableció comunicación con un médico que a su vez contactó con otro profesional de la salud y así sucesivamente se obtuvo la muestra para este estudio. Es importante resaltar que se realizaron once entrevistas debido a que se consideró que se alcanzó la saturación teórica.

Una vez que se tuvo contacto con los participantes, se procedió a explicar el objetivo del estudio y se solicitó el consentimiento informado y el permiso para audiograbar la conversación. La duración aproximada de las entrevistas fue de 30 a 40 minutos. Una vez que se audiograbaron las entrevistas se procedió a realizar las transcripciones, y se comenzó a realizar el análisis de la información mediante el análisis del discurso.

Con las transcripciones se dio el primer acercamiento a la información, tratando de categorizar e ir marcando cada uno de los párrafos en donde existían argumentos que coincidían o expresaran propuestas divergentes. Después de este primer tratamiento de los datos, que es más exploratorio y descriptivo, se procedió a realizar un análisis más profundo a partir del análisis del discurso (AD), el cual permite realizar una interpretación de la problemática que se está estudiando. El AD emerge de las ciencias sociales y aborda el lenguaje como un evento comunicativo dentro de un contexto social en donde se sitúan las interacciones humanas. De este modo, el AD explora las relaciones entre los textos y la realidad haciendo visibles los discursos, sus puntos de origen, como ellos fluyen, y qué los acompañan. El AD es un fértil campo metodológico para investigadores de las ciencias de la salud dado por las prácticas discursivas



específicas en las cuales el lenguaje se manifiesta dentro de los contextos institucionales de salud en la sociedad (Amezcuca y Gálvez, 2002).

## Resultados

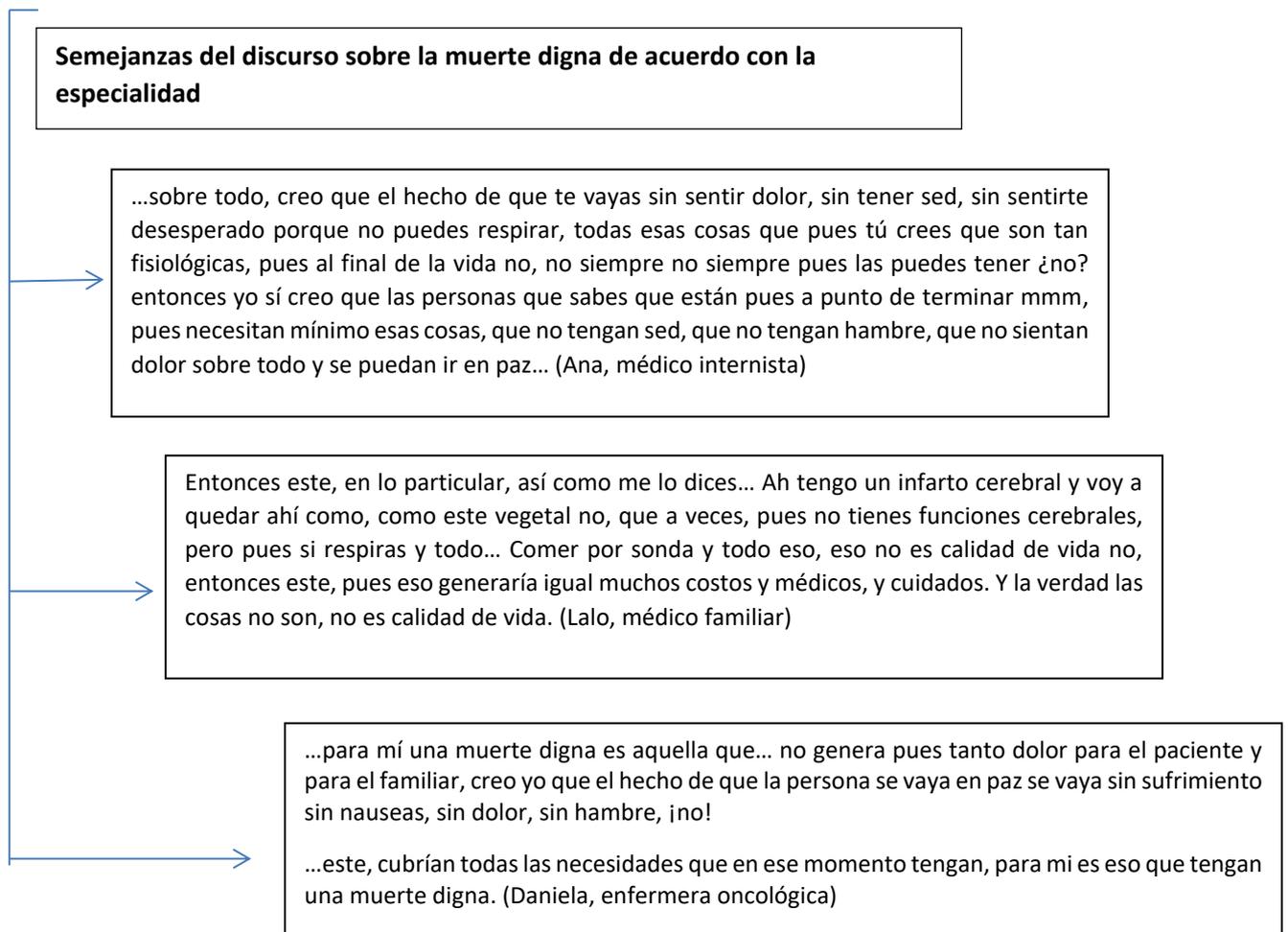
En las entrevistas que se realizaron a profesionales de la salud de diferentes estados del país respecto a su opinión sobre qué es la muerte digna, se encontraron comentarios que versan sobre una muerte sin dolor, sin soledad, con atención a las necesidades, acompañado y rodeado de familiares. Se puede observar que la elaboración de sus discursos coincide y está orientada hacia lo que consideran la muerte digna, relacionado con el morir sin dolor, de forma tranquila y con el menor sufrimiento posible.

*Pues de igual manera, este, con familia y el menor dolor posible. Sí, lo más tranquilo. Este y sí en dado caso, pues este las personas, la mayor de las veces lo que le temen es al dolor y es a la soledad. Entonces yo creo que una muerte digna sería un poquito más enfocada hacia eso, pero pues cada paciente es, es un mundo, pues... (Lalo, médico familiar)*

*...estar... con mis familiares más queridos y disfrutarlos a ellos, sobre todo estar con ellos en esos momentos y más... decirles que la muerte es un proceso por el que todos, todos, todos tenemos que pasar. (María, enfermera)*

De acuerdo con diferentes especialidades, también se puede observar que reflexionan y construyen sus discursos de forma coincidente sobre la forma en que se puede producir la muerte, es decir, dejan visible la calidad de vida, la manera en la que los enfermos puedan estar lo mejor atendidos en todas sus necesidades en los días finales de su vida. Esto puede interpretarse porque han experimentado acontecimientos

cercanos con la muerte, o bien a lo largo de su experiencia laboral pudieron vivenciar estos acontecimientos.



Es importante señalar que en sus discursos prevalece el respeto de las decisiones del paciente, así como de morir en el hospital o en sus casas. Es decir, que a lo largo de su discurso se puede identificar el respeto a la autonomía del paciente, para que así éste pueda tener una muerte con menos dolor y sufrimiento.



*...una muerte digna para mi... eh pues creo que los términos que decide el paciente una muerte de la mejor manera, creo que... si evidentemente pues depende de los deseos de cada persona, ¿no? (Susana, médico general)*

*Ehhh, yo creo yo creo que la muerte digna la muerte es que tú como paciente terminal o paciente, se escucha mal desahuciado, pero a veces solemos*

*desahuciar a la gente por por mil situaciones no, no, que es la muerte que el paciente pues sí, decide de cómo terminar con su vida o sea desde el hecho de que deciden hacerlo en un hospital, o hacerlo en su casa, con quién quiere estar por qué no es lo mismo estar rodeado de enfermeros o que ni cuentas se den que falleciste, a que estés en tu casa y estés con su familia ¿no? (Ana, médico internista).*

En el caso del siguiente discurso, sobresale el principio bioético de beneficencia y no maleficencia al comentar que se deben respetar los derechos de los pacientes y de sus familias al final de la vida:

*Ayudar a las personas a cumplir con su ciclo de vida, de una manera en que se respeten sus derechos y se respeten sus ideologías, ayudándole a no sufrir y no lastimarlo a él, ni a la familia. (Gerardo, médico general)*

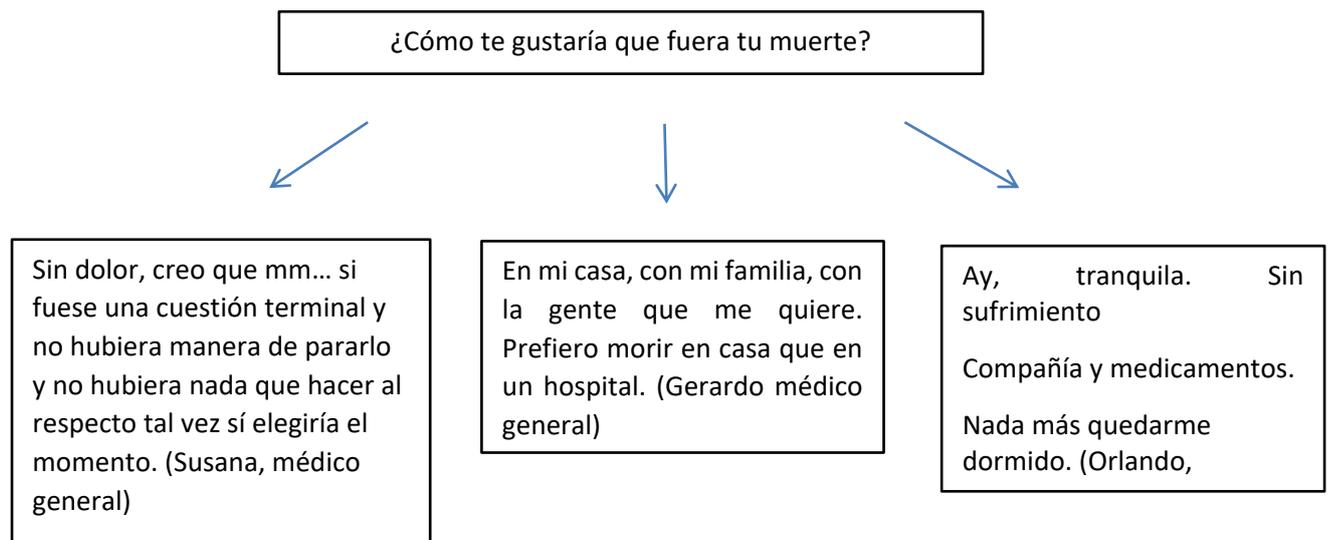
También se puede ver que experiencias previas de muerte de algún familiar o amigo, orientan el discurso hacia la reflexión de qué es la muerte digna y cómo debe llevarse a acabo.

Experiencias previas sobre la muerte		
<p>Sí, o sea, de igual manera, es lo que digo este ehm, es muy doloroso a veces... este... tener algo terminal o el cuidar a las personas. Si uno lo hace de mil amores, pero hasta que no lo vives... este... pues te vas desgastando y desgastando, desgastando...</p> <p>Ya a veces que este o que incluso que ni te volteas a ver, de lo que estás haciendo, te das cuenta que tu calidad y tu integridad hay veces que también se ve afectada. (Lalo, médico familiar)</p>	<p>Pero yo sí le dije a mi doctora que iba a ser... pues... mi jefa, que iba a ser la que trataría en caso de llegar, sí, yo sí le dije que en cuanto yo empezara a saturar a 85% que me entubaran y que sólo 2 semanas me dejaran el ventilador que si en dos semanas no podían extubarme (risa nerviosa) o sea eso lo dije como de la manera fea ¿no? yo le dije que me que me pusiera algo para que tuviera un paro cardiorrespiratorio.</p> <p>...pero pues o sea al final del día yo no quiero pasarme meses en un ventilador, que me hagan una traqueotomía, o sea no, yo sí le dije si llegas como dos semanas y se acabó, entonces no hice como tal un documento ni nada, ni me fui al hospital, pero, yo como médico si llego a estar en ese punto yo sí planeo dejar una voluntad anticipada o algo para manejar el cómo quiero morir (Ana, médico internista)</p>	<p>...le comentaba a mamá "Sabes que este yo si decidía ir a cuidados paliativos desde un principio, palear mis síntomas hasta que, o sea, hasta que se pueda"... este... y ya la verdad es que yo le decía a mi mamá "Sabes que yo no voy a aceptar ningún tratamiento y a vivirlo". Incluso hubo una compañera enfermera que su mamá tenía cáncer, y ella decidió no darle... bueno, ella junto con su mamá decidieron que no querían tratamiento la, la señora y le dio cuidados paliativos entonces yo vi lo que poco o mucho que vivió la... la señora, este... estuvo muy tranquila, viajó paseó, comió, todo lo que quiso hacer... (Daniela enfermera oncológica)</p>

Al indagar sobre cómo desean que fuera su muerte, todos los discursos se alinean hacia evitar el dolor, el sufrimiento y morir en casa rodeados de sus seres queridos. Esto es lo que opinan independientemente de la profesión, ya sean médicos o enfermeras, lo que



puede indicar que está en el imaginario colectivo, así como en la construcción y elaboración cotidiana dentro de sus contextos, lo que es la muerte digna. Para ellos, una muerte digna que se orienta principalmente a estas condiciones; quizás por experiencias que han tenido en su ámbito profesional, lo que ha ayudado a reflexionar y elaborar sus discursos sobre estas preferencias.



Al cuestionar a los participantes sobre la regulación de la muerte digna, específicamente de si están a favor de legalizar la eutanasia o el suicidio asistido, acciones que se dirigen a ayudar a los enfermos a la muerte médicamente asistida y que se lleva a cabo en otros países, la mayoría de los comentarios se dirigen hacia estar de acuerdo con esta acción; sin embargo, se pueden observar perspectivas discursivas diferentes.

De esta forma, estar de acuerdo con la regulación de la eutanasia o suicidio asistido, la opinión es elaborada de forma muy distinta según la posición discursiva de la que se hable. Así, se puede comentar que están de acuerdo con estas medidas, pero cambia su posición discursiva al estar de acuerdo en apoyar a morir a las personas que lo solicitan, bien por estar ante un dilema, por no estar seguro de hacerlo por convicciones propias o porque los pacientes no tienen la suficiente madurez para tomar estas decisiones y prefiere optar por la objeción de conciencia. Entonces, la posición que toman de no participar en aplicar la eutanasia o proporcionar medicamentos para el SMA, muestra

que también se necesita capacitar adecuadamente sobre este tema a los profesionales de la salud.

**Posiciones discursivas respecto a la legalización de la eutanasia y el suicidio**

**Posición A (Susana, médica general)**

Estaría a favor... creo que sí tendría que pensarlo en su momento. Evidentemente son cuestiones ya personales y además de cada profesional de la salud creo que tal vez lo haría, sin embargo, no es un sí rotundo.

**Posición B (Ana, médica internista)**

Sí, yo sí estaría a favor... Si sólo es por el hecho de que ya no mhm... pues sí ellos creen que ya no hay nada más por hacer, y no intentan, bueno, no es que no intenten, pero si ya no ven que no hay más posibilidades, ahí sí sería como mi dilema...

**Posición C (Diana, enfermera oncológica)**

¡Este... hójole! Pues, este... es muy complicado... no yo creo que no, yo creo que no más bien pasaría así la banderita, este paciente y demás, con todo respeto lo decidió, así pues, quien esté a favor o quiera apoyar... pues paso.

**Posición D (Alma, médica general)**

Votaría a favor... no me gustaría en un momento dado yo tener que hacerlo.

Es interesante resaltar que en estas perspectivas discursivas diferentes se presenta una discrepancia en mujeres de diferentes especialidades de la salud, que convergen en no ayudar a los pacientes, una vez legalizada la muerte asistida, y si llegaran a solicitar la muerte médicamente asistida, aunque están a favor de estas prácticas. Esto quizás pueda deberse al rol de cuidadoras que tradicionalmente se les ha atribuido a las mujeres dentro de la sociedad, por lo que aún están inseguras de apoyar con estas medidas, pero sí en ayudar y seguir tratando a los pacientes.

También se puede ver que existen diferencias internas en las posiciones discursivas. Hay algunos grados de unanimidad en la que los participantes concuerdan en que es necesario implementar la muerte asistida (eutanasia y suicidio asistido) fundamentada en la ley para que de esta forma puedan actuar los profesionales de la salud, así como



en el respeto de las decisiones de los pacientes, incluso con una visión más orientada a la bioética.

La muerte médicamente asistida tiene que estar fundamentada en una ley:

*Sería bueno ya contar con esa ley. Se disminuiría mucho el sufrimiento en los pacientes terminales. Que ya sabemos que ya no se puede hacer nada. Entonces yo creo que se eliminaría. Obviamente, pues que ellos estuvieran de acuerdo, ¿verdad? Sí no, o sea, obviamente que esté bien requisitado, bien fundada y motivada la ley, este, y yo creo que disminuirles el sufrimiento cuando en realidad el paciente ya es un... es terminal, ya no se le puede hacer nada, ya se agotaron todas las instancias, sería bueno implementar la ley. (Orlando, enfermero)*

Respeto de las decisiones de los pacientes y existencia de comités:

*Y te hace sentir que aún puedes decidir sobre ti, digo, la mayoría de los viejitos en nuestros país, pierden ese derecho de decidir, porque terminan siendo los hijos de sus hijos ¿no?, entonces a veces los médicos hacemos mucho por un paciente, por lo que te pide la familia, no tanto por lo que tu paciente quiera, entonces, sí, sí es ... ahhhh ayyy jme da mucho sentimiento! Sí tenemos que respetar tanto la voluntad, como la autonomía de nuestros pacientes. (Ana, médica internista)*

*Si por ejemplo, tenemos un paciente que solo quiere morir por algún padecimiento, que no sea terminal, no tomaría la responsabilidad, se tendría que acudir a un consejo médico, para poder definir y actuar con diferentes puntos de vista. (Gerardo, médico general)*

Es importante destacar que comparten varios médicos el discurso fundado en que es importante la sensibilización y educación tanto del personal de salud como de la población en general para conocer y aceptar la muerte médicamente asistida.

*No todas las personas saben en qué consiste o que es, o sea, casi casi que cuál es el perfil de una persona para esta posibilidad, entonces este... yo sé que tienes que pasar por psicólogos, psiquiatras, por muchas situaciones para poder considerarse apto para este tipo de situaciones. Entonces, sí creo que sea*

*pertinente que se regule en todo el país, pero tenemos que ser antes educados el gremio médico y después la población en general, porque también si tú como médico le propones eso a tu paciente tú no sabes cómo lo va a tomar. (Ana, médico internista)*

Por último, se puede comentar que solamente un médico planteó en su discurso estar en contra de la muerte médicamente asistida (tanto eutanasia como suicidio asistido), esto debido a que considera que es mejor proporcionar cuidados paliativos hasta el final de la vida, utilizando la ortotanasia y así evitar sufrimiento. Es interesante ver que su discurso está bien fundamentado y claro en los conceptos que utiliza, además de que es el profesional con mayor edad (61 años) ya que el resto tiene alrededor de 31 años. Quizás el proceso generacional pueda estar relacionado con la forma de elaborar su discurso.

*No, la eutanasia no estoy de acuerdo, cómo, ¿cómo te diré?... La eutanasia en su etimología significa el buen morir... creo que en su práctica no, es una forma de llevar alguien a la muerte, de alguna manera "acabar con su sufrimiento", según creo que es la teoría que se maneja... pero para mí no es una... es una muerte intencional, acabar con alguien intencionalmente, incluso creo que no domino bien, pero la Asociación Médica Mundial tiene una definición clara como si es un acto deliberado, de dar fin a la vida. No, yo no estoy de acuerdo con la eutanasia, ni con la distanasia, tengo bien claro los conceptos que maneja la bioética, pero sólo estoy de acuerdo con la ortotanasia. (Javier, médico general)*

Como se observa a lo largo de este análisis del discurso se puede ver la diversidad en la forma en la que los profesionales de la salud expresan su discurso sobre la muerte digna, así como la regulación de la muerte médicamente asistida. Aunque si bien están de acuerdo en que se implemente, no todos tendrían la convicción de ayudar a morir, tal es el caso de las mujeres. También se puede visibilizar las coincidencias y diferencias desde sus perspectivas para que se regule la muerte médicamente asistida.

## **Discusión**



En este trabajo se encontraron discursos similares entre los profesionales de la salud respecto a la muerte digna. Todos estos discursos convergen en que una muerte digna es aquella en la que se respetan las decisiones de los enfermos, se evita el dolor y el sufrimiento. Además, al cuestionar sobre la propia muerte, coinciden en afirmar lo mismo, una muerte sin dolor, acompañados de sus seres queridos y estar en casa.

Es evidente, a partir de la revisión de la bibliografía, que los profesionales de la salud en otros estudios tienen una opinión similar sobre la muerte digna. De esta forma, en un estudio cualitativo llevado a cabo por Investigación en Salud y Demografía (2015) (Insad), para los médicos el significado de morir con dignidad es que el paciente terminal sin posibilidad de mejora tenga el derecho a decidir cómo quiere que sean sus últimos días y elegir si desea recibir o no tratamientos e intervenciones médicas, independientemente de la opinión o el deseo de médicos y familiares, como se muestra en la siguiente viñeta:

*“Una buena muerte” o “calidad de muerte” consiste en que el paciente muera sin dolor y sin sufrimiento en un ambiente de tranquilidad, acompañado de sus seres queridos.*

*“Morir sin dolor o sin asfixia, rodeado de tu familia, en paz.”*

La concordancia en el discurso que se presenta en los médicos respecto a la muerte digna indica que hay un significado compartido que se ha elaborado colectivamente y que puede estar influenciado por la cultura y la sociedad. En este caso, puede ser la educación recibida, o la práctica médica que ha sido compartida en las instituciones de salud.

También, se encontró que los médicos refieren que la muerte digna está muy relacionada con la calidad de vida y la atención que deben recibir los enfermos en etapa terminal, al tratar sus necesidades como las de hambre, sed, dolor y soledad.

Es así que Flórez (2003) al respecto señala que el concepto de muerte digna para los médicos, no es solamente limitar los tratamientos y permitir así la muerte de pacientes terminales; se trata de seguir respondiendo a las necesidades desde el

cuidado del enfermo, aliviar el dolor, disminuir el sufrimiento psíquico, otorgar todo el apoyo afectivo y emocional, cubrir las demandas espirituales y religiosas y, simplemente, estar ahí con el paciente, participando en su proceso de muerte y encontrando todo el sentido trascendental.

También los médicos en este estudio comentan que la muerte digna está muy relacionada con el respeto a la autonomía, es decir, las decisiones que toman al final de su vida, así como la empatía que puede surgir con los pacientes que se encuentran en la fase terminal de una enfermedad.

Respecto al respeto a la autonomía, es importante mencionar lo que una médica comentó en su discurso sobre las decisiones de los adultos mayores, coincidiendo con algunos estudios que demostraron que la discriminación por edad, los estereotipos y los prejuicios negativos contra los adultos mayores aún existen, y estos son frecuentemente objeto de abuso. Pueden ser tratados de “manera condescendiente”, por ejemplo, mediante el uso de un lenguaje infantil. A veces esto ocurre “excluyéndolos por completo de las conversaciones de tratamiento” o simplemente ignorando sus deseos (Tauber-Gilmore, et al., 2018, Naderi, et al., 2019).

Es relevante comentar que, en otros estudios sobre la dignidad, los médicos han identificado otros aspectos importantes de tomar en cuenta en el enfermo en fase terminal. De esta forma, Peicius, et al. (2022) realizaron una encuesta anónima a 168 profesionales de la salud, que tuvo como objetivo evaluar las asociaciones entre los comportamientos que violan la dignidad de los pacientes en fase terminal y las barreras que impiden garantizar la dignidad en los entornos de atención de la salud desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Se encontró que la deshumanización, la humillación, la falta de atención, el control, y la manipulación se identificaron como las principales formas de conducta que violan la dignidad.

Aunque los médicos indiquen en su discurso el respeto y empatía ante el enfermo en fase terminal, es importante destacar que existen ciertas conductas que tienen que atenderse para evitar la violación a la dignidad, ya que existe un discurso ideal de la



atención del enfermo, pero existen ciertas conductas no adecuadas en la atención al enfermo en fase terminal que prevalecen y deben identificarse.

En el discurso de los médicos, en este estudio, destaca la importancia que le dieron a las experiencias previas de la muerte para reflexionar acerca de la muerte digna. En este caso, en algunos estudios como en el de Cotto de Almeida, Cordeiro, Feitosa y Procopio (2021), se encontró que docentes de medicina al cuestionarles sobre sus sentimientos en cuanto a la muerte de sus pacientes, cinco docentes (22,72%) manifestaron dolor/tristeza, tres (13,63%) declararon impotencia, tres (13,63%) afirmaron sentir calma/alivio/tranquilidad, mientras que dos (9,09%) relataron que no tienen contacto y dos (9,09%) afirmaron que nunca vivenciaron dicha experiencia, lo cual indica que estas emociones pueden jugar un papel importante en la reflexión ante la muerte.

En esta misma secuencia de ideas, Elaskar, Rivas, Salomon y Carena (2016) indican en un trabajo que realizaron con médicos, que ante la experiencia de pérdida de un paciente, manifestaron sentirse muy impactados ante la muerte de pacientes jóvenes, diagnósticos terminales recientes o fallecimientos inesperados, principalmente acompañado de impotencia ante dichos escenarios, que varían no solo con el paciente, sino también en relación con la historia de vida del médico y sus creencias o espiritualidad, experiencias y vivencias personales.

El discurso de los médicos respecto a cómo desean que sea su muerte es muy similar a lo que consideran sobre una muerte digna. De esta forma, desean morir rodeados de sus seres queridos en su casa, tranquila y sin dolor.

Nuevamente, se puede apreciar en el estudio cualitativo llevado a cabo por Investigación en Salud y Demografía (2015) (Insad), que para algunos médicos tanto a nivel personal, como pensando en sus pacientes, lo ideal sería que la muerte ocurriera en el hogar, porque estaría en su ambiente con sus seres queridos y sin las incomodidades propias de un hospital.

*“Mi opinión personal sería mejor que falleciera en su casa un paciente y yo desearía eso para mi propia muerte y para la muerte mis cercanos.”*

Es relevante mencionar que, en el estudio de Morais, Nunes, Cavalcanti, Silva y Gouveia (2016), al aplicar una Escala de Percepción de Muerte Digna, se encontró que los médicos prefieren morir en el hospital (74%) y los estudiantes de medicina en sus casas (74%). Ante estos resultados, llegan a la conclusión de que el contacto con la muerte durante el ejercicio profesional tal vez justifique esa diferencia, dado que la muerte puede haberse naturalizado, es decir, haber pasado a ser algo cotidiano tratado técnicamente, lo que caracteriza el “curtimiento” emocional de los profesionales.

Este cambio en la percepción de la forma de morir de los médicos puede deberse a diversos factores culturales e incluso ideológicos que pueden influir en la forma de pensar en la muerte, ya sea de sí mismo o de los otros. En nuestro país, el mayor apego a la familia, la falta de empatía médico paciente, y la carencia de servicios de calidad pueden ser algunos de los principales factores que se relacionan con una muerte en casa.

Respecto al discurso de los profesionales de la salud sobre estar a favor de legalizar la muerte médicamente asistida, referida a la eutanasia y el SMA, señalaron estar a favor, sin embargo, cuando se les cuestionó si participarían en estas acciones cuando un paciente lo solicitara, algunos indicaron tener dudas o no estarían dispuestos a hacerlo. En algunos estudios que se han llevado a cabo en otros países, se ha encontrado esta misma tendencia en cuanto a estar a favor de la muerte asistida, pero realizarla les causa ciertos conflictos o rechazo.

Young et al. (2017) entrevistaron a enfermos, cuidadores, médicos y la población general sobre las actitudes hacia las intervenciones al final de la vida encontrando lo siguiente: el 98.9% de los médicos estaban a favor de la eutanasia pasiva que los demás grupos de la población, y tenían una actitud más negativa hacia el final activo de la vida (eutanasia activa, SMA). Los participantes que preferían la eutanasia pasiva tenían más probabilidades de tener niveles más altos de educación e ingresos. La educación se asoció con una actitud positiva hacia la eutanasia activa, mientras que haber tenido un rol de cuidador se asoció negativamente. Un mayor nivel educativo y ausencia de la religión se asoció con la aprobación del SMA.



Un estudio realizado por Lionel et al. (2015) tuvo como objetivo explorar en una muestra de médicos franceses los posibles determinantes de una opinión favorable sobre la eutanasia en general y ante una situación específica, encontrando que menos de la mitad de la población estaba a favor de la eutanasia; los médicos internos se mostraron significativamente más favorables a la eutanasia que los especialistas en cuidados paliativos; los individuos que creían en Dios y eran médicos internos tuvieron una opinión favorable sobre la eutanasia en general.

Hetzler et al. (2019) llevaron a cabo una encuesta a 188 médicos involucrados en la atención al final de la vida. El objetivo de este trabajo fue evaluar las creencias de los médicos estadounidenses sobre la legalización nacional del SMA. Los resultados de la encuesta muestran que el 60% (112) de los médicos pensaban que el SMA debería ser legal. De ese 60%, el 13% (14) respondió “sí” cuando se les preguntó si realizarían la práctica si fuera legal.

Un estudio realizado por Hetzler y Dugdale (2016) encontró que el 63% de los médicos pensaban que el SMA debería ser legal, pero solo el 22% de ese porcentaje estaría dispuesto a participar en la práctica.

Esta discrepancia entre el porcentaje de médicos que creen que el SMA debería legalizarse y el porcentaje que realmente estaría dispuesto a practicarlo si fuera legal es consistente con los hallazgos en la literatura y los datos de encuestas anteriores (Hetzler y Dugdale, 2016; Essinger, 2003). Essinger concluyó que las actitudes estaban influenciadas por tres factores principales: la ética, la religión y el papel del médico para aliviar el dolor y el sufrimiento.

En los resultados de este trabajo se puede observar que las mujeres integran en su discurso el estar a favor de la muerte asistida pero no participar en ésta. Retomando lo que indica Essinger, un factor muy ligado a esta postura es la religión y el papel del médico.

Respecto al género en la práctica médica, Bertakis (2009) y Sandhu et al. (2009) encontraron que el género y el conocimiento de los cuidados paliativos son los dos factores estadísticamente más significativos que influyen en el tema de la vida y la

muerte, sugiriendo que los médicos del género femenino tienen mayor conocimiento de los cuidados paliativos y pueden tener menos dificultades en el tema de la vida y la muerte. En cuanto a los resultados de que las médicas tienen menos dilemas, se especula que la razón puede estar en los estilos de comunicación que son diferente entre géneros. Estudios previos respaldan que las médicas tienen un estilo de comunicación más alentador (tanto verbal como no verbal), se centran más en el paciente y brindan consultas más prolongadas que sus contrapartes masculinas.

Sin embargo, como podemos ver en este trabajo, las mujeres son las que tienen más dilemas para participar en la muerte asistida, esto puede deberse, como se señaló, a la religión, convicciones personales o al papel de cuidadoras que se ha interiorizado culturalmente en el país.

El discurso de los médicos con relación a la muerte médicamente asistida está muy ligado a considerar la existencia de bases legales, acuerdos realizado en comités, descartar enfermedad mental para que así se pueda llevar a cabo.

Al respecto, Hetzler et al. (2019) encontró en su estudio que los médicos llevarían a cabo la muerte asistida si existiera capacitación constante ya que está fuera del alcance de su práctica, bases legales claras, indicaciones precisas en los centros hospitalarios, y apoyo al paciente con atención integral. Asimismo, la mayoría de los médicos no estuvo de acuerdo en que los pacientes de nivel socioeconómico más bajo, minorías raciales o étnicas y aquellos con discapacidades mentales o físicas se sentirían presionados para terminar con sus vidas a través de SMA. Estas opiniones están respaldadas por al menos un estudio, que encontró que no había un mayor riesgo de abuso del SMA en poblaciones según la raza/origen étnico, ingresos y discapacidades (Battin et al., 2007).

Finalmente, de entre todos los discursos sobre la muerte médicamente asistida, solamente un participante argumentó estar en contra tanto de la eutanasia como del SMA, indicando que lo ideal es el uso de los cuidados paliativos. Es importante destacar, que es el participante que presenta mayor edad, por lo que un factor importante en la aceptación de la muerte médicamente asistida es la edad. De esta forma, Lionel et al. (2015) exploraron en una muestra de médicos franceses los posibles determinantes de



una opinión favorable sobre la eutanasia, encontrando que los médicos más jóvenes, los médicos solteros, los que no tenían hijos, los que no habían cuidado de alguien que se acercaba al final de la vida y los especialistas en medicina general eran más favorables a la eutanasia.

Lo que se puede observar a lo largo de este trabajo es que los discursos de los profesionales de la salud concuerdan con lo que se ha encontrado en la literatura. Sin embargo, es importante señalar que estos discursos se han construido socialmente, es decir, que el significado de la muerte se ha construido colectivamente; por lo que lo social y lo cultural están presentes en esta visión de la muerte digna.

### **Conclusiones**

La muerte digna es una condición necesaria que se tiene que considerar al final de la vida. Consiste en el respeto de las decisiones, intereses y planes del enfermo en cuanto al proceso final de su vida. No debe confundirse la muerte digna con la muerte médicamente asistida, pues existen varias concepciones de la muerte digna por lo que no pueden equipararse. Para algunas personas la muerte digna equivale a recibir cuidados paliativos o que la muerte se dé de forma natural, para otros puede ser la eutanasia o el SMA.

Realizada esta diferencia, se puede visualizar en este estudio que los discursos de los profesionales de la salud coinciden con lo que se ha encontrado en la literatura. La muerte digna es considerada una muerte tranquila, en paz, con todos los cuidados necesarios, pero también se ha encontrado otra cara de la moneda, no tratada en este trabajo pero que es importante mencionarlo, en la que la violación a la dignidad de los enfermos existe, es un realidad que debe de atenderse, ya que entre los factores que la fomentan están la deshumanización, la humillación, la falta de atención, el control, y la manipulación que se identifican como las principales formas de conducta. Por lo que, de una manera romántica, por así decirlo, se visualiza la muerte digna, pero no es descartable pensar en que los servicios de salud del país aún existen algunas de estas conductas hacia los enfermos en el final de sus vidas.

El discurso de los participantes siempre se dirigió hacia la aceptación de la legalización de la eutanasia y el SMA, sin embargo, en lo que respecta a la discordancia entre la aceptación de la eutanasia y el SMA con la negación a llevar a cabo estas prácticas se pueden observar varios factores que se relacionan, como son la religión, la ética y el papel del médico para aliviar el dolor y el sufrimiento; siendo las mujeres las que dudan en llevarlas a cabo. Esto nos puede indicar que para las mujeres es aún más difícil tomar esta decisión, quizás por su rol de cuidadoras que ha prevalecido culturalmente en la sociedad de nuestro país.

No obstante, en general, los profesionales de la salud tienen la convicción de ayudar y evitar dolor y sufrimiento en los enfermos en situación terminal, por lo que es fundamental contar con leyes que respalden la actuación de los médicos, mayor capacitación y entrenamiento, educación a la población en general y atención integral a los enfermos.

Las experiencias previas de muerte han sido un pilar muy importante para la sensibilización, ya que a partir de sus discursos se refleja el sufrimiento y desolación que experimentaron los profesionales de la salud al enfrentarse con la muerte, ya sea de un paciente, un ser querido o una vivencia propia. Las experiencias de muerte pueden estar muy asociadas con una mayor empatía hacia el dolor y sufrimiento de los enfermos, lo cual conduce a reflexionar más sobre ésta y aceptar la regulación de la muerte médicamente asistida en el país.

Las nuevas generaciones muestran una mejor tendencia hacia la aceptación de la eutanasia y el SMA. La visión que se tienen de la muerte médicamente asistida se ha elaborado social y culturalmente, en un entorno en el que la comunicación y los conocimientos son construidos socialmente. De esta forma, las generaciones han ido cambiando su forma de pensar y de expresarse respecto a lo que es la eutanasia y el suicidio asistido, los médicos de la vieja escuela, como algunos participantes los llamaron, están en desacuerdo con estas prácticas principalmente por los riesgos legales a los que se pueden enfrentar, mientras que las nuevas generaciones se encuentran más abiertas a un cambio paradigma de atención al enfermo en fase terminal.



De acuerdo con todo lo anterior, es indispensable mejorar la enseñanza tanto de los médicos como se las enfermeras en el trato a los enfermos en fases terminales, con cursos de bioética a lo largo de la formación, utilizando una didáctica de espacios de intercambio, de discusión y constante retroalimentación de las experiencias de profesores y alumnos. Además, algo relevante es hacer visibles las limitaciones de la medicina, para así contar con elementos para detener tratamientos en el momento adecuado, y con esto contribuir a que los enfermos tengan una muerte digna. Además, es indispensable contar con la visión y el apoyo de médicos y enfermeras para así plantear políticas de salud centradas en la muerte digna y la legalización de la muerte médicamente asistida.

## Referencias

Agudelo, B. M. y Estrada, A. P. (2012). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e intervención social*, (17) ,353-378. [en línea]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=574261387015> [Consulta: 3 de mayo 2022].

Aguilar, F. B. (2017). Las edades de la medicina. La medicina burocrática. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 32(2), 114-120. [en línea]. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-04202017000200114&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202017000200114&lng=es&tlng=es) [Consulta: 14 de mayo 2022].

Amezcuca, M., y Gálvez, T. A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*, 76: 423-436.

Atkinson, R. y Flint, J. (2001). Accessing hidden and hard-to-reach populations: Snowball research strategies. *Social Research Update*, 33: 1-5.

Battin, M. P, van der Heide, A., Ganzini, L., van der Wal, G., Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2007). Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in "vulnerable" groups. *J Med Ethics*, 33(10), 591-597.

Bernal, C. I. (2020). La eutanasia, tendencias y opiniones en España. *Rev Esp Sanid Penit*, 22 (3), 119-123. [en línea]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.18176/resp.00020> [Consulta: 1 de mayo 2022].

Bertakis, K. D. (2009). The influence of gender on the doctorpatient interaction. *Patient Educ Couns*, 76, 356-360.

Colegio Médico de Chile, A. G. (2019). Encuesta de opinión acerca de la muerte asistida médicamente. <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/04/PPT-Encuesta-Eutanasia.pdf>.

Cota de Almeida, N. P., Cordeiro, L. P., Feitosa, V. R, y Procopio, M. A. (2021). La ortotanasia en la formación médica: tabúes y desvelos. *Revista Bioética*, 29(4), 782-790. [en línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294511> [Consulta: 5 de mayo 2022].

Elaskar, M. A., Rivas, M. D., Salomon, S., Carena, J. A. (2016). Reflexión sobre la experiencia de la muerte del paciente en mi ejercicio profesional. *Revista Médica Universitaria*. Facultad de Ciencias Médicas, 12 (2).

Essinger, D. (2003). Attitudes of Tennessee physicians toward euthanasia and assisted death. *South Med J*, 96(5):427-35.

Flores, V. M. y Padilla, Y. S. (2009). "La no punibilidad de la conducta del médico que realiza el Homicidio a Petición en nuestro ordenamiento jurídico". [Tesis de Licenciatura en Derecho, Universidad Nacional de la Amazonía peruana].

Floréz, L. J. (2003). La importancia de una muerte digna: consideraciones éticas. *Medicina Integral*, 41 (2), 57-60.

Haidar, J. (1998) "Análisis del Discurso" en Galindo, Jesús (coord.) (1998). Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación. CONACULTA, pp.117-164.

Hetzler, P.T., y Dugdale, L.S. (2016). Academic Physician Perspectives on the Legalization and Practice of Physician-Assisted Suicide. *Connecticut medicine*, 80 9, 559-561.

Hetzler, P.T., Nie, J., Zhou, A.G., & Dugdale, L.S. (2019). A Report of Physicians' Beliefs about Physician-Assisted Suicide: A National Study. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 92, 575 - 585.

Investigación en Salud y Demografía (Insad) (2015). Informe del estudio de opinión de los médicos sobre el derecho a morir con dignidad. Derecho a Morir con Dignidad. <https://dmd.org.mx/wp-content/uploads/2017/09/2015.pdf>.

Ley General de Salud. (2018). México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. [en línea]. CAPÍTULO IV, De los Derechos, Facultades y Obligaciones de los Médicos y Personal Sanitario, Artículo 166 Bis 18. [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142\\_121115.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_121115.pdf).

Lionel, D., Baumstarck, K., Dudoit, D., Duffaud, F., Auquier, P., et al. (2015). Determinants of favourable opinions about euthanasia in a sample of French physicians. *BMC Palliative Care, BioMed Central*, 14 (1), pp.59. [en línea]. Disponible en: [ff10.1186/s12904-015-0055-6ff](https://doi.org/10.1186/s12904-015-0055-6ff) [Consulta: 10 de mayo 2022].

Medscape. (2014). Medscape Ethics Report 2014, Part 1: Life, Death, and Pain. <https://www.medscape.com/features/slideshow/public/ethics2014-part1>.

Motta de Morais, I., Nunes, R., Calvancati, T., Silva, S.A, y Gouveia, V.V. (2016). Percepciones de estudiantes y médicos sobre la "muerte digna". *Revista Bioética*, 24(1), 108-117. [en línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241112>. [Consulta: 8 de mayo 2022].

Naderi, Z., Gholamzadeh, S., Zarshenas, L., Ebadi, A. (2019). Hospitalized elder abuse in Iran: A qualitative study. *BMC Geriatr*, 19, 1–13.

Peičius, E., Urbonas, G., Harrison, W. D., Urbonienė, A., Kuznecovienė, J., Butkevičienė, R., Astromskė, K., & Kalėdienė, R. (2022). Dignity Violations and Barriers to Dignity Assurance for Terminally Ill Patients at the End of Life: A Cross-Sectional Analysis. *Medicina (Kaunas)*,



Lithuania), 58(2), 294. [en línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/medicina58020294> [Consulta: 5 de mayo 2022].

Pérez Tamayo, R. (2003). El médico y la muerte. Conferencia magistral. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.  
<http://www.acervo.gaceta.unam.mx/index.php/gum00/article/view/50782>.

Sandhu, H., Adams, A., Singleton, L., Clark-Carter, D., Kidd, J. (2009). The impact of gender dyads on doctor-patient communication: a systematic review. *Patient Educ Couns*, 76, 348-355.

Souza, L., Santos, M., Corradi-Webster, C., Guanaes, C., Moscheta, M. (2010). Construcción Social y Salud: Una entrevista con Sheila McNamee. *Revista Javeriana*, 9 (2). [en línea]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64716832022> [Consulta: 7 de mayo 2022].

Tauber-Gilmore, M., Addis, G., Zahran, Z., Black, S., Baillie, L., Procter, S., & Norton, C. (2018). The views of older people and health professionals about dignity in acute hospital care. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), 223–234. [en línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.13877> [Consulta: 8 de mayo 2022].

Yun, Y. H., Kim, K. N., Sim, J. A., Yoo, S. H., Kim, M., Kim, Y. A., Kang, B. D., Shim, H. J., Song, E. K., Kang, J. H., Kwon, J. H., Lee, J. L., Nam, E. M., Maeng, C. H., Kang, E. J., Do, Y. R., Choi, Y. S., & Jung, K. H. (2018). 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 multicentred cross-sectional survey of Korean patients with cancer, their family caregivers, physicians and the general Korean population. *BMJ open*, 8(9), e020519. [en línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020519> [Consulta: 9 de mayo 2022].