



TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL “La eutanasia”

Autor/a:

Ana Campillo de Pablos

Tutor/a:

José Antonio García de Coca

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
CURSO 2015 - 2016

FECHA DE ENTREGA: 17 de Junio de 2016.

Índice

Resumen	4
Introducción.....	5
Justificación.....	6
Método de localización, selección y evaluación de los estudios primarios.....	6
Objetivos.....	6
1. Concepto de eutanasia y diferenciación de otras realidades afines.....	7
1.1. Concepto.....	7
1.2. Diferenciación de otras realidades afines.....	8
2. Evolución histórica y filosófica.....	9
2.1. Grecia.....	9
2.2. Roma.....	9
2.3. Edad Media.....	9
2.4. Renacimiento.....	10
2.5. Siglos XIX y XX.....	10
2.6. Actualidad.....	11
2.6.1. Detractores de la eutanasia y postura de las religiones....	11
2.6.2. Defensores de la eutanasia.....	12
2.6.3. Enfrentamiento entre detractores y defensores de la eutanasia.....	13

3. Marco normativo interno e internacional.....	14
3.1. Normativa internacional: especial atención en los estados con la eutanasia legalizada.....	14
3.2. Normativa española.....	16
3.2.1. Constitución Española.....	16
3.2.2. Ley General de Sanidad.....	16
3.2.3. Código Civil.....	17
3.2.4. Código Penal.....	17
4. Análisis respecto a la realidad de la eutanasia desde los estados en los que es legal.....	18
4.1. Motivo por el que se solicita.....	18
4.2. Influencia de la eutanasia y el suicidio asistido en el número de muertes.....	19
4.3. Cuidados paliativos.....	19
4.4. Eutanasia involuntaria e incumplimiento de la ley.....	20
5.Trabajo social y eutanasia.....	20
6.Resultados.....	25
Conclusiones.....	26
Bibliografía.....	27

Resumen

En la actualidad, hay un gran debate sobre si se debe o no permitir legalmente la práctica de la eutanasia. En medio de este enfrentamiento algunos Estados ya han dado el paso de incluir en su marco normativo su aprobación, y a través de estudios podemos conocer el resultado de la legalización en estos con respecto a la cantidad de muertes, a su influencia en los cuidados paliativos y al cumplimiento de la ley.

Desde el campo del trabajo social, se intenta dar solución a la situación de este colectivo mediante cuidados al final de su vida. Teniendo entre sus principales actuaciones la intervención con ellos y sus familias, así como la coordinación con otros profesionales con los que forman equipos multidisciplinares con el fin de dar una respuesta física y emocional en el usuario. Por otra parte, también tiene gran importancia en esta disciplina, la investigación, con la que se intenta buscar la mejor solución para este colectivo y mejorar la realidad que viven.

Palabras clave: eutanasia, muerte digna, realidad, coordinación.

Introducción

El colectivo de la eutanasia se caracteriza por poseer una situación de bajo bienestar en la que las personas que lo forman tienen la sensación de no tener una vida digna, y como consecuencia, consideran que poner fin a su vida podría ser una buena solución.

Por lo que desde el trabajo social, se tiene la responsabilidad de intentar elevar su calidad de vida e intentar transformar sus problemas. Con esta finalidad, el trabajo social pretende investigar intentando encontrar la mejor respuesta; y educar socialmente desarrollando y potenciando las capacidades de las personas para intentar que se enfrente a sus dificultades con éxito y consiguiendo así resolver sus problemas.

En este trabajo se pretende el acercamiento al fenómeno de la eutanasia con el fin de mejorar su situación, por lo que en primer lugar hemos empezado investigando sobre su significado y la de otras realidades afines a ella, para conocer mejor el tema que se va a trabajar.

En segundo lugar, se va a realizar un recorrido histórico y filosófico en el que observaremos la evolución de la eutanasia desde la antigüedad, para ello es oportuno retroceder al pasado para conocer la práctica que se realizaba en épocas anteriores y ver su trayectoria hasta el momento actual, en el cual existe un gran debate sobre si debería estar permitida su realización.

En tercer lugar, nos vamos a adentrar en la normativa que la rodea, tanto en España donde sus normativas son contrarias a su práctica, como en el marco internacional donde nos podemos encontrar algunos Estados como Holanda, Bélgica, Suiza, Luxemburgo o el Estado de Oregon, que contemplan en sus marcos legales el permiso de la práctica de una muerte digna. Después realizaremos un análisis sobre los efectos que esta legalización ha tenido en dichos Estados.

Y para terminar, nos centraremos en la disciplina del Trabajo social, en sus objetivos como disciplina y recogiendo como intentan hacer frente a las personas que poseen esta problemática con la intención de cambiar su situación y mejorar su calidad de vida.

Justificación

La eutanasia es uno de los temas que conllevan más controversia, ya que hay posiciones muy opuestas con respecto al uso de su práctica y de lo que es una muerte digna.

En la actualidad este debate está abierto, y considero que buscando información sobre las diferentes posturas, las consecuencias que se han producido en los Estados en los que se ha dado el paso de legalizarla; así como de la respuesta del trabajo social ante esta problemática, se puede ayudar a buscar la mejor respuesta para mejorar en un futuro la situación de las personas que se ven afectadas por esta problemática.

Método de localización, selección y evaluación de los estudios primarios.

Este trabajo se ha desarrollado a partir de datos cuantitativos, descriptivos, normativos y ensayos de opinión. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica de 46 fuentes entre manuscritas y electrónicas.

Los recursos electrónicos se han adquirido de los siguientes buscadores, plataformas, web y bases de datos: Dialnet, Google académico y a través de la biblioteca online de la Universidad de Valladolid.

La búsqueda se ha realizado con el uso de las siguientes palabras: eutanasia, Trabajo social, normas, jurisprudencia, principios, historia, cuidados paliativos, dignidad.

Objetivos:

Objetivo principal:

- Conocer la situación de la eutanasia para buscar medidas de cambio para este colectivo desde el Trabajo social.

Objetivos Secundarios:

- Explorar los puntos de vista con respecto a la eutanasia.

- Analizar las consecuencias de la legalización de la eutanasia en otros estados.

- Conocer la práctica del trabajo social con respecto a la eutanasia.

1- Concepto de eutanasia y de otros conceptos afines a ella.

1.1. Concepto de eutanasia.

En primer lugar para poder adentrarnos de manera más profunda en el tema, vamos a definir el significado de la palabra "eutanasia" con el fin de poder entender mejor la problemática que estamos estudiando.

La Eutanasia, etimológicamente proviene del griego. Contiene el prefijo "eú" que significa bien y el sufijo "tanatos" que significa muerte. Por lo que viene a traducirse por buena muerte.

Y es una "Acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin el" y "muerte sin sufrimiento físico"(RAE,2001).

Así pues, lo que se busca con la eutanasia, es "morir con dignidad" buscando que toda persona pueda disponer de libertad para decidir por su cuerpo y su vida, y escoger libre y legalmente el momento y los medios para finalizarla.

En su práctica siempre van a estar involucradas segundas personas, y tiene diferentes clases dependiendo de la finalidad, medios, intenciones o voluntariedad que tenga.

Según los fines:

- *Homicidio piadoso*: si la muerte se busca como medio para privar al enfermo de los dolores, o de una deformación física, o de una ancianidad penosa o, en una palabra, de algo que mueve a "compasión".

-*Eutanasia eugenésica*,_económica o social si la muerte se busca como medio para purificar la raza o para liberar a la familia o a la sociedad de la carga de las llamadas "vidas sin valor".

Según las intenciones:

-*Eutanasia directa*: que sería realizar actos que implican el acontecimiento de la vida para producir intencional y directamente la muerte. Una persona ejecuta directamente a la muerte a otro. Se considera "homicidio" o "asesinato". Es un tipo de eutanasia activa.

-*Eutanasia indirecta*: que consiste en la administración de analgésicos a una persona próxima a la muerte con el objetivo de aliviar sus sufrimientos físicos sin intención de provocar la muerte pero sus efectos secundarios. Es lo que se conoce como "sedación paliativa".

Según los medios:

-*Eutanasia activa*: acción encaminada a dar muerte (esta puede ser directa o indirecta).

-*Eutanasia pasiva*: se causa la muerte omitiendo los medios necesarios para sostener la vida con el fin de provocar la muerte. Ejemplo: suspender la hidratación.

Según su voluntariedad:

- *Eutanasia voluntaria*: la solicita el paciente con su consentimiento.

-*Eutanasia involuntaria*: se aplica al enfermo sin su consentimiento.

1.2.Otros conceptos relacionados con la eutanasia

Con frecuencia hay una gran confusión entre la eutanasia y los términos que voy a analizar a continuación, por lo que es de gran importancia conocer el significado de cada uno y conseguir reconocerlos y diferenciarlos de esta.

- Eutanasia y suicidio .- Evidentemente, y nosotros lo compartimos, en multitud de ocasiones el suicidio no es el acto u omisión voluntaria de poner, inmediatamente fin a la vida. El suicidio, muchas veces, casi siempre, es más una “voluntad de no vivir” que una “voluntad de morir”. Para ello basta con un análisis pormenorizado de los actos previos al acto suicida o la lectura de las cartas del suicida. La única diferencia posible, pues, entre ambas figuras habrá de situarse en la intervención, o no, de una tercera persona en el acto letal.

- Eutanasia y Muerte Digna u Ortotanasia. La ortotanasia se alcanza siempre rechazando el empleo de medios desproporcionados para el mantenimiento de la vida. Consiste en dejar que la muerte llegue en enfermedades incurables y terminales, tratándolas con los máximos tratamientos paliativos para evitar sufrimientos que siempre, recurriendo a medidas razonables. Se distingue de la eutanasia en que la ortotanasia nunca pretende deliberadamente la muerte del paciente. La muerte digna es, en definitiva, la muerte con todos los alivios médicos adecuados y los consuelos humanos posibles. Es la actitud defendida por la mayoría de las religiones y, como veremos, el concepto jurídico legal admitido en España.

- Sedación terminal: es la correcta práctica médica de inducir el sueño del paciente, para que no sienta dolor, en los ya muy raros casos de dolores rebeldes a todo tratamiento; ello, muchas veces, acortará la vida del enfermo.
- La Eutanasia y la Cocotonasia :la segunda consiste en una “eutanasia” que se impone sin el consentimiento del afectado.
- La Eutanasia y la Distanasia : en realidad son términos antagónicos la distanasia procura posponer el momento de la muerte recurriendo a cualquier medio artificial, con el fin de prolongar su vida a toda costa, llegando a la muerte en condiciones inhumanas, aquí se buscan ventajas para los demás, ajenas al verdadero interés del paciente.

- La Eutanasia Eugénica: consiste en causar la muerte de un ciudadano con la finalidad de mantener la salud social y, junto a ella, La Eutanasia Económica que tiene por finalidad la eliminación de enfermos, cuyo mantenimiento de la vida constituye una alta carga económica al erario público.
- Eutanasia y Suicidio Asistido: este segundo consiste en proporcionar en forma intencionada y con su autorización a una persona los medios o procedimientos para suicidarse. No existe una dolencia vital previa y se resume en la ayuda activa en la muerte inminente, de alguien que desea hacerlo.

2-Evolución histórica y filosófica de la eutanasia.

La eutanasia no es una práctica reciente, sino que ha estado presente desde tiempos muy antiguos. Esto se debe a que los asuntos relacionados con la vida y la muerte han generado siempre grandes reflexiones en la conciencia de los pueblos. Por lo que el período histórico contiene varias etapas:

2.1. Grecia.

La civilización griega fue la primera en emplear la palabra euthanasia, para quienes significaba una buena muerte (tahanatos). La misma era aprobada por el estado, ya que los gobernadores contaban con veneno para todo aquel que deseaba morir, otorgándoles a su vez una autorización oficial.

En el 407a.C, Platón dijo que la sociedad tiene que estar formada de hombres sanos, porque consideraba que las personas que no estaban sanas no tenían valor en la sociedad. Grecia era una sociedad que aceptaba la eutanasia como práctica ideada hacia un buen morir, con la finalidad de evitar la mala vida.

2.2.Roma.

En Roma, se creía que un enfermo terminal podía suicidarse porque poseía motivos suficientes y valederos para hacerlo. Por lo que sólo se penalizaba al suicidio ilógico y sin relación al padecimiento de una enfermedad. Entonces la ideología romana era que vivir notablemente significaba por lo tanto morir de la misma manera.

El médico griego Hipócrates (Siglo V a. C) afirma " jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me lo soliciten". Con esta afirmación queda reflejado como en Roma había peticiones de medicación con el fin de acabar con la vida.

2.3. Edad Media

Predominaba el pensamiento cristiano y con la difusión del cristianismo el suicidio dejó de ser una opción. Si una persona padecía alguna enfermedad y su sufrimiento era muy intenso, no se podía pensar en la mínima posibilidad de un alivio piadoso. Es por esto que este rechazo llega a marcar influencia en la esfera de la legislación civil. Suele aceptarse que el cristianismo introdujo las condiciones en el derecho, para que llegara a la consideración de que como somos creación de Dios todos los hombres somos iguales y toda vida humana es sagrada e inviolable independientemente de sus características.

En 1260, para Aquino, el argumento más poderoso contra el suicidio radica en que nuestra vida no nos pertenece. La vida, según Tomás de Aquino nos la da Dios, y si bien tenemos la libertad de finalizarla no nos corresponde a nosotros.

2.4. Renacimiento.

Este dominio de la Iglesia se fue debilitando como producto de un renovado interés por el individualismo, hecho que se dio en el Renacimiento cambiando la concepción del suicidio, tema en cuestión hasta el momento. Esto favoreció a flexibilizar y hizo más complejas todas aquellas decisiones morales referidas a la vida y la muerte.

El filósofo Bacon (1623), acuñó la palabra "eutanasia". Se convirtió en el primero en retomar el tema de la eutanasia. Él ve la eutanasia como el arte del buen morir y le da importancia a que los médicos ayuden a los enfermos a morir.

2.5. Siglos XIX y XX.

En el siglo XIX, Enrico Ferri escribió una monografía sobre el suicidio donde describía que el hombre tiene su derecho a morir y a disponer de su vida, y fue el responsable de que se introdujera el "derecho a morir" en el código penal de la época.

Ya en el siglo XX, en Alemania con la dictadura de Hitler, se practicó la eutanasia con el fin de exterminar a numerosos discapacitados físicos y mentales con la disculpa "piadosa" de que su vida sólo les reportaría un inútil sufrimiento. Fue una etapa dura y de corrupción. Esto se hizo sin tener en cuenta la opinión de los pacientes ni de los familiares. La práctica fue llevada a cabo por médicos sin el consentimiento del paciente basándose en motivos políticos, médicos, culturales, etc...

A partir del siglo XX, la práctica de la eutanasia deja de ser médica para ser responsabilidad de los enfermos terminales y de los profesionales según los Estados que lo permitan, siendo en muchas ocasiones delito según el marco legislativo en el que se contemple.

2.6.Actualidad.

En la actualidad, la problemática de la eutanasia enfrenta diversos posicionamientos relacionados con los derechos humanos. Estas posiciones encontradas entre partidarios y detractores suelen enfocarse como la confrontación entre posturas basadas en la defensa del valor supremo de la vida humana y las que consideran que el ser humano tiene que tener autonomía y responsabilizarse de las decisiones tomadas.

2.6.1.Detractores de la eutanasia y la postura de las distintas religiones con respecto a la eutanasia.

Los detractores se basan en el valor de la vida humana, defendiendo la dignidad independientemente de la voluntad del individuo que está implicado. Los argumentos que utilizan en su defensa son:

- Presión moral sobre los ancianos y enfermos, que sentirían una enorme inseguridad y podrían verse inducidos a pedir su desaparición para no ser molestos, una especie de ensañamiento psicológico, precisamente sobre los más débiles e indefensos.
- Muertes impuestas por otros, que se producirían cuando la voluntariedad no se diera, pero otros, incluso familiares, tuvieran intereses alrededor de esa muerte; por ejemplo, en casos de neonatos defectivos, incapaces, etc.
- Desconfianza en las familias y en las instituciones sanitarias, que, con la legalización de la eutanasia, podría llevar a una situación de auténtico temor en ancianos, enfermos y discapacitados.
- Depreciación institucionalizada de la vida humana, que sería valorada más por su capacidad de hacer o producir que por su mismo ser.
- Interceptación del proceso de aceptación de la propia muerte, proceso psicológico natural del individuo que podría quedar privado en alguna de sus fases por el acto eutanásico.

La principal oposición a la eutanasia viene de las religiones siendo su postura general la defensa de que Dios nos da la vida y que a él le corresponde quitarla, y viendo la eutanasia como y un rechazo a la soberanía de Dios. Aunque la religión sea contraria a esta, las diferentes religiones tienen diferentes enfoques en este tema:

Posición evangélica: La religión evangelista dice que la vida no debe ser prolongada innecesariamente, pero también significa que el ser humano no puede disponer de la vida arbitrariamente, ni al comienzo ni al final. La vida, con sus límites, es un don divino. Por ello se niegan a la eutanasia .

El presidente del Consejo de la iglesia Evangelista , Wolfgang en el año 2005, anotaba que los cristianos con la resurrección de Jesucristo y que la vida no puede ser prolongada innecesariamente y que el ser humano no puede disponer arbitrariamente de la vida.

La postura de la Iglesia Católica según sus creencias la vida humana la ha dado Dios entonces es el único con derecho a quitarla. Por lo que esta religión ve a la eutanasia como un asesinato. Por otra parte, defiende que tampoco se trata de torturar al enfermo para conservar la vida a cualquier precio. Más allá de la responsabilidad que representa una situación así, existe una diferencia esencial entre dejar morir y matar.

El catecismo de la iglesia católica (1986), dice que aunque los cuidados ordinarios a una persona enferma no pueden ser interrumpidos. Que los medicamentos para aliviar los sufrimientos del moribundo, puede ser moralmente conforme a la dignidad humana si la muerte no es pretendida.

La religión islámica: desde su visión, se permite en ciertos casos que se anulen las medidas que prolongan la vida artificialmente, pues no se trata de aferrarse a ella. Cuando la vida llega a su fin, hay que entrar con satisfacción a la muerte. No se debe, por ello, prolongar la vida a toda costa.

Elyas (2005), comentaba que no hay que aferrarse a la vida a toda costa y que el islam permite en algunos casos que se tomen medidas que cesen con las medidas de prolongar la vida artificialmente.

La religión judía: su percepción es que se nace en contra de tu voluntad, por lo que en contra de tu voluntad morirás algún día. Esto significa que el prolongar la vida sería torturar al paciente aún más.

Berger(2005), apuntaba que el judaísmo entiende que al alargar la vida de las personas mediante el avance de la medicina es un acto que provoca un daño físico y psicológico sobre la persona.

5.6.2. Defensores de la eutanasia.

Luchan por la autonomía para decidir sobre su vida. Y los argumentos que utilizan para su defensa son:

-La enfermedad y la muerte son una falla e implican la derrota del ser humano, luego por qué se ha de permitir una mayor pauperización del mismo Ello puede ser evitado con la práctica de la eutanasia

- Dejar morir cuando se está en una situación con un sufrimiento incontrolable es un proceso que conlleva la pérdida de la dignidad del ser humano.
- Los ataques contra la eutanasia que provienen de fuentes de orden religioso deben ser tenidos en cuenta como una opinión más en el marco de una sociedad civil y pluralista y no como el dogma a seguir.
- Cuando una persona solicita la eutanasia, la práctica de este procedimiento es de manera definitiva una garantía solidaria de un buen morir, de un morir que permite el control de los eventos que favorecen un mal morir, de un morir que garantiza un alivio definitivo del sufrimiento, además permite que se cumpla el principio de la autonomía del ser humano.
- La práctica de la eutanasia obedeciendo a una política formal en una sociedad, evita los abusos que se permiten por la práctica secreta de la misma, a la vez que define fronteras y pone seguros en contra de ellos

En la actualidad existen asociaciones pro-eutanasia que luchan por conseguir que cada persona tenga el derecho de disponer con libertad de su cuerpo y de su vida, y el de escoger libre y legalmente el momento y los medios para finalizarla. Con el fin de defender el derecho de los enfermos terminales e irreversibles a elegir una muerte digna y sin sufrimientos.

2.6.3. Enfrentamiento entre detractores y defensores de la eutanasia.

El enfrentamiento consiste en que para cada bando los principios tienen un significado distinto, basando ambos su defensa en la dignidad humana pero entendiéndola de una manera distinta.

Esto se debe a que existen dos grandes corrientes a la hora de interpretar y de dar sentido a la dignidad, e incluso a la noción de derechos humanos: la cristiana y la laica. La primera considera que la vida de un ser humano es sagrada, mientras que la segunda defiende que no hay derecho más importante que el del control y posesión de la propia persona para elegir su destino, considerando que la negación de esta libertad pone en entredicho la dignidad humana.

Dicho enfrentamiento no lleva a ninguna parte, pues para cada uno, los conceptos tienen un significado diferente por lo que es imposible ponerse de acuerdo. En este sentido, Casado (2008), defendía que además de hacer referencia a la autonomía y a la dignidad de la persona, era conveniente completar esa reflexión añadiendo otros principios como: la solidaridad, la compasión y el respeto. Hablar en este sentido de compasión no supone entender este concepto en forma paternalista, si no desde un enfoque solidario de las relaciones de los seres humanos, una visión del problema que acepte aperturas excepcionales para supuestos excepcionales. Mediante ellos podemos encontrar una buena vía para el acuerdo entre posiciones habitualmente enfrentadas, y es preciso recordar que se puede convenir en que una conducta es

correcta aunque se difiera en los motivos que subyacen tras ella. Sólo así es posible ir construyendo acuerdos concretos y puntuales, no consensos genéricos y vacíos.

3- Marco normativo interno e internacional.

3.1. Normativa internacional.

A nivel internacional hay algunos documentos que nos marcan la importancia de algunos valores, estos pueden ser:

- Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, indica en el artículo 1 ,que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y en el artículo 3 que todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.
- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en el artículo 6.1, muestra que el derecho a la vida es inherente a la persona humana, por lo que este derecho estará protegido por la ley y nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente.
- Declaración universal sobre bioética y derechos humanos aprobada en octubre de 2005 por la Conferencia General de la UNESCO , intenta poner solución a los rápidos adelantos de la ciencia y la tecnología, que afectan cada vez más a nuestra concepción de la vida y a la vida propiamente dicha, y que han traído consigo una fuerte demanda para que se dé una respuesta universal a los problemas éticos que plantean esos adelantos.

La eutanasia es vista desde diferentes puntos de vista en cada Estado, algunos adoptan los principios recogidos en estos documentos como favorables para la aprobación de la eutanasia, mientras que otros siguen manteniendo la prohibición de su práctica. Los Estados que tienen una legislación favorable a la eutanasia son:

Holanda: Es el primero que aprobó la eutanasia en el año 2000 entra en vigor la Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, la cual establece los requisitos necesarios para que los facultativos puedan efectuar dicho procedimiento sin que se les aplique el código penal. El paciente debe solicitar la eutanasia, para lo que ha de sufrir un padecimiento insoportable en una enfermedad degenerativa y para la que no haya tratamiento; un médico estudia su caso y envía el informe a otro facultativo independiente; una comisión analiza la situación; se ejecuta la eutanasia por parte de médicos.

Bélgica: Aprobó su ley de eutanasia en 2002 y toda actuación debe realizarse bajo los requisitos que establece la ley belga para la eutanasia y dentro del marco de control de casos, mediante la Comisión Federal de control y de evaluación (CFCE), se permite que los adultos en situación incurable eligieran poner fin a su vida, siempre que los

médicos certificaran que estaban experimentando un sufrimiento insoportable. El Parlamento en el 2014 se votó a favor de aplicar esta ley a menores de edad en estado terminal, con el consentimiento de los padres. Es del estilo de la de Holanda pero algo más restrictiva, tiene que haber testigos que avalen la situación del enfermo y la comisión que supervisa cada caso está formada por 16 personas. En el año 2002 se despenaliza la eutanasia. Vemos que tienen una situación muy parecida a sus vecinos holandeses.

Luxemburgo: En el año 2008 se despenaliza la eutanasia, mediante la *Ley sobre el derecho a una muerte digna*. Dicha ley sigue el ejemplo belga.

Estado de California: en Junio de 2015, se aprobó la ley SB-128 que legaliza la eutanasia en para casos de enfermos terminales con una esperanza de vida inferior a los seis meses fue promulgada por el gobernador de California Jerry Brown en octubre del año pasado. Cualquier paciente con una enfermedad que aparentemente no tiene cura en los próximos seis meses, puede tomar una dosis de medicamentos recetados y acabar con su vida por su propia cuenta.

Colombia: es hasta la fecha el único país de América Latina en aprobar la eutanasia, la normativa fue aprobada en mayo de 2015 y las condiciones para efectuar esta acción son: ser mayor de edad y padecer una enfermedad terminal en la que la persona no se pueda valer por sí misma. Al enfermo que cumple con los requisitos se le aplica una potente sedación.

Pero hay otros países que aunque no tienen reconocida la eutanasia si tienen reconocido el suicidio asistido como:

Suiza: El derecho a decidir morir está ampliamente aceptado pero la eutanasia está prohibida. La ley permite el suicidio asistido, en el que se facilita a los enfermos conscientes y terminales consejo y las sustancias letales para morir, que ingieren por su cuenta. Los pacientes quedan en manos de las ONG's del país, una de ellas, Dignitas, da apoyo a las personas extranjeras que acuden al país para realizar dicho procedimiento.

Algunos estados de Estados Unidos: como el de Oregon, Montana, Vermont y Washington.

- Estado de Oregon USA: En 1997 entró en vigor la Ley de Muerte con Dignidad (Death with Dignity Act), que permite a los médicos prescribir fármacos que provocan la muerte del paciente. Y este se administra directamente el medicamento en el lugar que decida. Para poder obtener la prescripción, los enfermos deben obtener un certificado de dos médicos que indiquen que el paciente sufre una enfermedad incurable y que su expectativa de vida no supera los seis meses. El solicitante debe ser mayor de edad (de 18 o más años), residente en Oregon y con capacidad para tomar y comunicar decisiones sobre su salud.

- Washington: el electorado votó en 2008 a favor de la 'Iniciativa 1000' que legalizaba el suicidio asistido en el Estado.
- Montana: en el año 2008, un juez dictó que los pacientes terminales tenían el derecho al libre manejo de dosis letales de medicamentos recetados por los médicos, sin que pudieran existir consecuencias legales para los profesionales sanitarios. Y en 2009, la Corte Suprema de Montana declaró que el suicidio asistido era legal en el Estado.
- Vermont: se convirtió en mayo del 2013 en el cuarto estado de Estados Unidos en permitir el suicidio asistido por los médicos, permitiendo a los pacientes terminales solicitar dosis de medicina mortal.

3.2. Normativa española

3.2.1. Constitución española

En la Constitución española(1978) no podemos encontrar nada referente a la eutanasia como tal, pero si algunos artículos que pueden estar relacionados. Como:

- El artículo 1, respeto a la libertad del individuo es el pilar básico de una sociedad democrática y un valor superior
- El artículo 10.1 de la Constitución Española de 1978, establece como derecho fundamental, el de libre desarrollo de la personalidad, pues bien esta personalidad se infiere no sólo en el desarrollo vital, sino también en la manera como uno quiera morir. La "dignidad humana" es algo permanente y consustancial al ser humano y, por supuesto, se halla presente en el momento de la muerte.
- El artículo 15 de la misma Constitución se reconoce el derecho a la vida y a la integridad física y moral.
- El artículo 43, reconoce el derecho a la salud.
- El artículo 49, se recoge que "los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos."

3.2.2. La Ley General de Sanidad de 24 de abril de 1986.

En ella se permite la libre elección del paciente a negarse al tratamiento ofrecido por el facultativo, excepto en determinadas circunstancias. Cuando esto ocurra, el enfermo deberá firmar el alta voluntario. De esta forma, el paciente no puede alegar en el tratamiento distinto del impuesto. Si muestra jurisprudencia hubiera sido más progresista en esta situación se podría haber abierto vía eutanásica.

3.2.3. Código Civil.

En los casos de pérdida definitiva de consciencia, e insuperable, con reducción absoluta de sus facultades vitales autónomas los familiares en primer grado, y en su defecto quien ejerza la representación legal con arreglo al Código Civil, podrán realizar del facultativo correspondiente dicha petición de actos necesarios y directos.

3.2.4. Código penal.

La eutanasia está penalizada en el artículo 143 del Código Penal de 1995:

1. " El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo."

Así pues, la ley castiga con carácter general la conducta de auxiliar a otro a quitarse la vida con actos imprescindibles a tal fin, ejecutar la muerte de quien no desea seguir viviendo y la cooperación necesaria a un suicidio "eutánásico" (petición expresa por sufrimiento), con una sanción que oscilaría entre los seis meses y los dos años (suicidio) o un año y seis meses a seis años (eutanasia), respectivamente.

La eutanasia tiene distinta pena según las características. Si es el enfermo el que solicita la muerte se condenará como auxilio ejecutivo al suicidio, pero se da el caso de que no sea en el enfermo el que permite y solicita la eutanasia será castigado como un asesinato. Por lo que si se quiere una regulación de la eutanasia, debería excluirse del delito de ayuda.

Continuando con el Código Penal, el artículo 149 dice:

"El que prestase auxilio o induzca a otra persona para que se suicide, será castigado con la pena de prisión mayor, si se lo prestare hasta el punto de ejecutar al mismo la muerte será castigado con la pena de reclusión mayor".

En nuestro Derecho, es delito el auxilio al suicidio, el homicidio consentido se castiga con la misma pena que cualquier otro homicidio, y el no evitar el un caso de suicidio teniendo la oportunidad de hacerlo es también un delito (delito de omisión del socorro debido).

Según Abdelkader (2012), La penalización de la eutanasia directa se debe a que nuestro Código Penal protege la vida humana como un derecho absoluto y prioritario

de la persona. Pero hay un gran conflicto en el que muchos defienden la eutanasia en determinadas circunstancias, respaldados por el derecho a la libertad y a la dignidad humana hasta el punto de estar por encima del derecho a la vida.

4-Análisis respecto a la realidad de la eutanasia desde los estados en los que es legal

En este punto voy a realizar un recorrido por algunos de los países con la eutanasia legalizada para comprobar el efecto de sus leyes. La indagación de información se basará en estudios para poder percibir aspectos como: Si existe un perfil de pacientes que solicitan la eutanasia, como influye la legalización en el aumento o disminución de los casos de eutanasia y suicidio asistido. Así como, si existe la eutanasia involuntaria y si se siguen los protocolos y requisitos que se exigen por ley.

4.1.Motivos por los que se solicita la eutanasia o suicidio asistido.

De acuerdo a los datos recogidos por la Oregón Health división ,en el año 2015. En Oregón, este último año, la edad media de muerte fue de 72 años, el prototipo de paciente, fue por lo general de raza blanca y con estudios universitarios. Las patologías más comunes eran cáncer en el 68,6% de los casos y ELA en el 16,2% y entre los principales motivos de solicitud se argumenta en un 91,4% la pérdida de autonomía, en un 87,6% la pérdida de capacidad para realizar actividades de la vida diaria, 71,4% la pérdida de dignidad, 49,5% temor a perder el control sobre su propio cuerpo y un 40% por miedo a suponer una carga para familiares y amigos. Destaca que tan solo un 31,4% justifico su decisión por miedo a que su dolor no pudiese ser controlado y un 4,8% a la imposibilidad de financiar su tratamiento.

En Suiza, Cause of Death Statistics, en un estudio realizado en 2009, nos muestra que el 90% de los suicidios asistidos se concentran en personas de 55 años en adelante, siendo la franja entre los 75-85 años la que más casos acumula, resultando de ella el 30% de los casos.

Y con respecto a los motivos por los que se solicita el suicidio asistido, las afecciones que llevan a la eutanasia son el cáncer en el 44%, enfermedades neurodegenerativas en el 19%, cardiovasculares 9% y musculo esqueléticas en el 6% de los casos. Otras causas como la depresión suponen un 3% y la demencia un 0,3% de las peticiones. La sintomatología que los pacientes acusan de insoportable y que motivan la petición de su práctica son, en cuanto a físicas, principalmente el dolor y la caquexia y en el ámbito psíquico, la pérdida de dignidad, desesperanza y el miedo a ser dependientes.

En Bélgica, el perfil de persona que solicita la eutanasia son hombre de entre 60-74 años . El diagnostico principal era cáncer con un 73%, mientras que en menor grado, se dio un 6% de enfermedades neurodegenerativas, un 5% de enfermedades cardiovasculares y un 4% de enfermedades psiquiátricas. Atendiendo a la sintomatología que da justificación a la eutanasia, la tesis de Gutiérrez Vega⁵⁶, que

abarca desde el año 2002 a 2008, concluye que los principales síntomas físicos, fueron el dolor en un 51% de los casos, la caquexia en el 37,5% y la disfagia, obstrucción intestinal y vómitos en el 31,5%. Respecto a los síntomas psíquicos la principal razón es la pérdida de dignidad y desesperanza en el 40% de los casos y la dependencia en un 27%.

4.2. Como influye la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido en el aumento o disminución de muertes.

En primer lugar vamos a empezar por los países en los que es legal el suicidio asistido.

En Oregón, se permite a los médicos prescribir fármacos que provocan la muerte del paciente, según el Oregón Health división, en el año 2015, se ha pasado de 16 muertes en el año 1998 a 105 en 2014. Es destacable del estudio, que en el último año, solo 3 de los 105 pacientes fueron remitidos a psiquiatra para realizar una valoración de la autonomía del paciente. En años anteriores este número también resulta muy reducido. Por ejemplo de 1998 a 2004 fueron remitidos un total de 32 pacientes, por 208 peticiones que acabaron siendo ejecutadas, es decir solo un 15,38% de los pacientes que resultaron muertos mediante suicidio asistido pasó previamente por una valoración psiquiátrica.

En Suiza, el diario Swissinfo en el año 2016 ha informado ha habido 782 muertes por suicidio asistido en la clínica suiza 'Exit' en el año 2015, subiendo altamente la cuota de 2014 que ascendía a 583 debido al vacío legal el suicidio asistido.

Aunque hemos analizado la realidad del suicidio medicamente asistido por separado. En los casos de Bélgica y Holanda, debemos de saber que es una realidad que se entremezcla con la eutanasia.

En Holanda, según los datos del documento elaborado por la "Regionale toetstoetsingscommissies euthanasie" en el Año 2005. Han pasado de 1923 en 2006, a 4829 en 2013.

En Bélgica, según el diario Le Soir (2011), han ido aumentando las muertes como consecuencia de la legalización de la eutanasia, pasando de 205 casos en el 2003, a 400 en 2005, 500 en 2007 y 954 en el 2010.

4.3.Cuidados paliativos.

El cuidado paliativo tiene una gran importancia para los ciudadanos que quieren solicitar la eutanasia, ya que con ellos se tratan síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y los tratamientos, así como problemas emocionales, sociales, prácticos y espirituales que la enfermedad plantea y esto les ayuda a conseguir una mejor calidad de vida.

El Oregón Health división, en el año 2015. En años anteriores este número también resulta muy reducido. Por ejemplo de 1998 a 2004 fueron remitidos un total de 32

pacientes, por 208 peticiones que acabaron siendo ejecutadas, es decir solo un 15,38% de los pacientes que resultaron muertos mediante suicidio asistido pasó previamente por cuidados paliativos. Por lo que con su uso, quizás, se habrían evitado esas muertes.

En Bélgica, Gutiérrez (2005) sostenía que una mala praxis de la limitación del esfuerzo terapéutico, recoge las muertes acontecidas a consecuencia de la retirada de tratamientos o la omisión buscando directamente la muerte del paciente.

4.4. Eutanasia involuntaria y cumplimiento de la ley.

Estos datos son casi nulos debido a que son unos datos que se intentan encubrir, y que es muy difícil averiguarlos.

En Holanda, el estudio Rummelink (1991) reveló que el 27% de los médicos indicaron que habían terminado con la vida de algún paciente sin su consentimiento, otro 32% dijo que llegado el caso, lo harían. En la mitad de los 49.000 casos de decisiones médicas para la terminación de la vida, la decisión fue tomada sin consultar al paciente. De ellos, en unos 20.000 (cerca del 80%) los médicos adujeron como razón principal para no consultar al paciente que tenía problemas en la comunicación. Además en Holanda, el artículo de Jama Psychiatry (2016) anota que en este estado el 56% de los pacientes rechazaron un tratamiento que podría haber sido útil, mientras la ley exige que para aplicar la eutanasia la enfermedad debe ser incurable.

En Bélgica, Chambaere (2010), publicaba en el Canadian Medical Association Journal, que las prácticas eutanásicas carecen de control, pues en la mitad de las actuaciones no se cumplen los requisitos legales. En la práctica nadie controla la impunidad de decisión de los médicos. Concretamente, hasta el 50% de los actos no son declarados como eutanasia.

5-Relación trabajo social y eutanasia.

El Trabajo Social es la disciplina científico-profesional que "promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno." (FITS, 2005).

Se basa en principios como la justicia social, el valor y la dignidad. Y los profesionales de esta disciplina tienen la responsabilidad de implementar dichos principios, los cuales son inherentes a toda persona, y a los derechos que de ello se desprenden, debiendo defender la integridad y bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual de cada persona. Así como, la de promover la justicia social, en relación con la sociedad en general, y con las personas con las que trabajan.

Por su parte, María Cristina Melano (2001), en "Un Trabajo Social para los Nuevos tiempos", la autora considera que el trabajo social surgió con la idea de servir y entorno a ello se ha conformado la especificidad y que desde nuestra disciplina hay que trabajar con lo que se denominan las Tres I: Investigar respecto de lo social, Interpretar conductas y a su vez Intervenir aplicando nuestros conocimientos en relación con la atención y prevención de problemas sociales. Desde este lugar, somos demandados institucionalmente y reconocidos socialmente.

Por otro lado, la eutanasia es un colectivo que tiene una enfermedad incurable y que lucha por tener una muerte digna y sin dolores. Por lo que el trabajo social es un buen aliado para intentar mejorar su situación, ya que se caracteriza por la vulnerabilidad de sus beneficiarios y por la complejidad de sus problemas. Uno de sus principales objetivos es potenciar las propias capacidades del individuo para que, una vez analizada la situación que atraviesa, pueda modificar lo que sea susceptible a ser cambiado o aceptar lo no modificable de la manera menos traumática posible.

Desde el trabajo social intentamos ayudar a la potenciación del paciente, mediante cuidados al final de la vida para intentar mejorar los últimos días de estos enfermos terminales.

0 Estos cuidados paliativos son definidos por la Organización Mundial de la Salud (1990) como: "El cuidado total y activo de los pacientes cuyas enfermedades no responden al tratamiento curativo, valorando como primordial el control del dolor y de otros síntomas, así como los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo de los cuidados paliativos es alcanzar la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias" (p.23)

Esta definición hace referencia a una respuesta integradora en el proceso de morir, es decir, que los tienen que abarcar todas las necesidades del ser humano la física, social, psicológica y espiritual. Por lo que es necesario analizar cada una de las necesidades para saber cómo poder abordarlas:

- Las necesidades físicas: para combatirlas es necesario poner el centro de atención en la sintomatología del paciente con el fin de aliviar el sufrimiento que le provoca el dolor.

- Las necesidades psicológicas, se basan en la exploración de sentimientos, y hay que centrarse en ayudar emocionalmente tanto a los pacientes como a sus familiares. Ya que se encuentran sometidos a un gran sufrimiento debido al proceso de asimilación de la enfermedad.

- Las necesidades sociales, estas necesidades suelen originarse por factores tanto externos: económicos (disminución de los ingresos), laborales (pérdida del trabajo o dificultad para mantener el mismo por la asunción de cuidados), sociales (deterioro, alejamiento o rechazo de las redes de apoyo por diversos motivos, desconocimiento de los recursos sociales o institucionales, etc.); como internos a la propia familia: baja tolerancia a la ansiedad, depresión, miedo, impotencia, etc. Algunos de ellos se agravan con la coyuntura familiar y personal por la que se atraviesa y están en

permanente cambio. La respuesta debe estar orientada a la gestión de recursos para atender las necesidades que aparecen durante el proceso de enfermedad y que pueden ayudar a la unidad familiar en la mejora, el cuidado y, en definitiva, en la atención y calidad de vida de los pacientes oncológicos.

-Las necesidades espirituales, expresan las inquietudes internas del paciente, se entiende la como la esencia de lo que significa ser humano; incluye aquellas experiencias de la vida humana que trascienden los fenómenos sensibles. Con frecuencia estas experiencias dan orígenes a reflexiones teológicas, respuestas religiosas y creencias éticas. Es muy frecuente observar en aquellas personas que se acerca el final de sus vidas, la necesidad de perdón y de reconciliación; de restablecer "buenas relaciones" con sí mismas, con su entorno y con su concepción de trascendencia. Desde el marco de los Cuidados Paliativos, se cree imprescindible atender el aspecto espiritual como concepto integrador del ser humano. Una ayuda espiritual específica será preferentemente tratada por profesionales debidamente preparados como los asistentes pastorales, pudiendo desarrollar la capacidad de detectar, comprender, respetar y acompañar al paciente en su particular camino.

Después de analizar estas necesidades, se puede observar que para hacer frente a todas, es imprescindible el trabajo en coordinación con varias disciplinas. Por lo que con la formación de equipos multidisciplinar, cada uno puede aportar su especialidad y contribuir así a que el paciente vea mejorado su dolor, su dignidad y su ánimo.

En estas respuestas ,la investigación tiene un papel importante, ya que mediante ella se puede dar una mejor respuesta a estos pacientes , por lo que hay que conocer la realidad y esta es cambiante, inestable y está en continuo movimiento y como profesionales tenemos que asumir las competencias necesarias para atender las problemáticas que surgen y dar, de este modo, respuesta a las mismas. Y esto, se traduce en una necesidad para desarrollar las competencias; capacidades que debemos adquirir por medio de la formación y la capacitación, para adaptarnos mejor a la realidad e intervenir más acertadamente. Pero, aunque tradicionalmente nuestra labor se ha centrado principalmente en la relación diagnóstico – tratamiento, cuando hablamos de pacientes terminales identificar la realidad social sobre la cual trabajamos implica mucho más que esta mera relación. Lo que se persigue es el ajuste adecuado, el encuentro de la sintonía necesaria para hacer de la calidad de vida y del respeto a las decisiones del otro el motor principal de nuestra intervención.

Como lo plantea Celats (1983) "Una cosa es señalar la situación que se presenta como problemática y otra es definirla en términos de intervención. Definir el problema objeto de intervención es delimitar que aspectos de una necesidad social son susceptibles de modificar con nuestra intervención profesional" (p.76).

El último punto de la definición de la OMS hacía referencia a conseguir alcanzar la calidad de vida de los pacientes y familias, debido a que se encuentran expuestos a un proceso doloroso que se manifiesta en un proceso inestable, fuertemente estresante, que agota física y emocionalmente a todos los miembros de la unidad familiar. En este

punto la acción del trabajador social es atender las necesidades sociales que cada caso requiera, de forma individualizada.

Para ello, el accionar profesional implica:

- Valoración de la situación familiar, detección de factores de riesgo y elaboración de un plan de intervención: hay que tener en cuenta tanto los factores de riesgo como de protección de la familia, ya que una familia con más indicadores negativos y menos capacidades, tendrá más dificultad a la hora de atender las demandas y necesidades de sus miembros. En esta situación, la intervención profesional va a ser clave para no permitir que la situación de vulnerabilidad social por la que atraviesa la familia provoque una situación de riesgo para el resto de la misma.
- Asesoramiento para gestión de recursos: facilita al ciudadano el conocimiento y el acceso a los recursos sociales. Estos recursos pueden ser :

- Servicios: son prestaciones de servicio las realizadas por profesionales orientadas al diagnóstico, prevención, atención e inserción y promoción de la autonomía de las personas y, en su caso, de las unidades de convivencia y de los grupos, en función de sus necesidades sociales.

- Económicos: son prestaciones económicas aquellas aportaciones dinerarias orientadas a la integración social, a la atención a situaciones de urgencia, a la promoción de la autonomía y la atención a personas dependientes, y aquellas otras que se determinen en el ámbito de esta ley.

Materiales: son el conjunto de recursos no económicos que se pueden conceder específicamente o como complemento y soporte de las prestaciones de servicio, entre otras la asistencia tecnológica, las ayudas instrumentales y las adaptaciones del medio físico orientadas a mejorar la accesibilidad, la autonomía personal y la adaptabilidad del entorno de los individuos, familias o grupos.

- Coordinación con otros profesionales para la gestión de los casos sociales: necesita la reorganización e integración de conocimientos de cada uno de los profesionales que participan en el caso, en cada momento según las necesidades y la situación. Esto va a posibilitar conseguir un diagnóstico de la situación más completo y complejo.
- Coordinación del voluntariado asistencial: el personal que interviene en el caso mantiene una relación constante entre, llevando así actualizada la evaluación del caso.
- Asesoramiento, formación y apoyo al cuidador y a la familia: con la intención de capacitar a la familia en el cuidado del enfermo y que se refleje en una mayor calidad de vida de este.

- Atención de duelo: ofrecer acompañamiento y apoyo puntual en momentos de gran sufrimiento y complejidad vital

La aplicación de estas funciones se lleva a cabo mediante una primera entrevista domiciliaria de exploración semi-estructurada, seguido de una segunda entrevista domiciliaria de seguimiento (estructurada y dirigida a la gestión de necesidades y por último se realizaran varias entrevistas de seguimiento, acompañamiento y apoyo al paciente y la familia.

Según una investigación realizada en España por Agrafo, E(1992-1998), la principal demanda que llegaron al Servicio Social de Cuidados Paliativos en el periodo de tiempo mencionado, de los pacientes con estas características y sus familiares, es de tipo humana a diferencia de recursos materiales. En el estudio se muestra cual son las principales demandas sociales, siendo la primera el soporte emocional solicitada por 358 personas, seguida de asesoramiento con 298 solicitudes y de la coordinación con otros servicios requerida por 105 personas.

Algunas de las funciones que realiza el trabajador social citadas anteriormente, provocan en el enfermo el apoyo emocional al final de su vida que Comas (1990), considera que debe tener un paciente terminal, los cuales son: reducir la soledad, aumentar la sensación de control sobre el entorno, autonomía y situación general, reducir la apreciación de amenaza (ambigüedad, incertidumbre), reducir la tensión; así como aumentar la autoestima y reducir los sentimientos negativos como la ansiedad el miedo o la depresión. En este sentido son muchos los trabajos que describen los efectos beneficiosos del apoyo emocional al enfermo al final de su vida, como los de Matthews- Simonton (1989), Spielger (1990), Vachon (1993) o Sielger (1995).

Siguiendo con la importancia de los cuidados paliativos hay otros estudios como los que voy a desarrollar a continuación, en los que se muestra su importancia.

Manuel Zunín (2004) desde el Observatorio de Bioética Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, en el que se examinaron los casos de petición de eutanasia o suicidio asistido y se entrevisto personalmente a pacientes con enfermedades terminales en las seis zonas geopolíticas de Nigeria en los últimos 24 meses, teniendo en cuenta los argumentos a favor y en contra expresadas por los interesados. En el que los resultados fueron que la principal razón por la que se solicita la eutanasia y el suicidio asistido, es por no querer ser una carga para su familia y allegados o el temor de ser abandonados por estos. Por lo que el autor del estudio concluía que con los cuidados paliativos que se prestan por equipos multidisciplinares (trabajadores sociales, farmacéutico, etc...) se puede mejorar la calidad de vida del paciente para que este no se sienta como una carga para su familia y amigos y perciba que la parte restante de su vida vale la pena ser vivida.

Otro estudió que nos guía a la misma solución es el realizado por Vega (2005) , en el que se argumentaba que en Holanda, un 40% de las personas que tomaban tal decisión, lo hacían movidos por la desesperanza o la perdida de dignidad y un 27% reflejaba miedo a ser dependiente o una carga familiar.

Por último también me gustaría mostrar los datos del organismo público "Oregon Health División", donde se mostraba que desde el año 1998 hasta hoy se han recogido 1.327 peticiones, de las cuales solo se han llevado a cabo 976, lo que supone el 73,54% de los casos, es decir, un 26,45% de las personas que la solicitaron, concretamente 351, al final cambiaron de opinión y no llevaron a cabo sus intenciones de suicidio. Mostrándonos es que las decisiones no se toman con la seguridad que se deberían tomar, por lo que con los cuidados paliativos podrían ayudar a anular esa inseguridad.

Todos estos estudios nos llevan a mirar a los cuidados paliativos llevados a cabo desde el trabajo social (emocionales) como efectivos para mejorar la calidad de vida de los enfermos, pudiendo ser validos en algunos casos para reducir los casos en los que se desea la eutanasia, aunque esto no sería posible si no fuera por los equipos multidisciplinares que hacen que el usuario tenga una atención integral. "Atención integral", es decir, dando respuesta al conjunto de necesidades de los pacientes y familiares, tanto las físicas como las emocionales.

6- Resultados

-La eutanasia se remonta a tiempos antiguos, y el debate está abierto desde hace mucho tiempo atrás. Aún así sigue sin haber una solución contundente en este tema, ya que es muy difícil que detractores y defensores se pongan de acuerdo sobre los principios de estas porque son posturas muy dispares, así que lo mejor es analizar ambos enfoques y buscar principios que estén en el centro y desde donde se puedan entender.

- En España no está legalizada la eutanasia, pero se permite la libre elección del paciente a negarse al tratamiento ofrecido por el facultativo, excepto en determinadas circunstancias.

- En la Constitución española (1978) no podemos encontrar nada referente a la eutanasia como tal, pero si algunos artículos que contienen valores como la dignidad o la libertad.

- En los Estados en los que la eutanasia está legalizada, se incrementan las muertes y entre ellas las de eutanasia involuntaria, también se da un descuido de los cuidados paliativos. Por lo que algunos de los argumentos que utilizan los que están en contra de la eutanasia se ven confirmados.

- El principal perfil de las personas que piden eutanasia son las que poseen la enfermedad del cáncer en Suiza, Holanda y Oregón.

- En los estados con la normativa favorable a la eutanasia hay muertes que se podrían evitar con cuidados paliativos, ya que estos se ven descuidados.

- Los cuidados paliativos no solo se dedican a calmar lo físico, sino que también tienen que dar respuesta a la parte emocional si quieren dar respuesta a todas las necesidades de los usuarios.

- La importancia de los equipos multidisciplinares para conseguir una "atención integral" que abarque todas las dimensiones del ser humano (física, social, psicológica y espiritual), y la importancia de los cuidados paliativos en el final de la vida, pudiendo ser eficaces para reducir las intenciones eutanásicas de algunas personas.

- Los mayores demandantes de eutanasia son las personas de 70 años, que es un colectivo considerado vulnerable.

- Los servicios más demandados en cuidados paliativos tienen que ver con el soporte emocional, el asesoramiento y la coordinación con otros servicios.

- Los pacientes de eutanasia sienten miedo a ser abandonados, quedarse solos o ser abandonados.

- La importancia que tiene la investigación para conocer la realidad e intentar transformarla. Así, como de la coordinación con otros profesionales y la intervención con familias para mejorar la situación de las personas con eutanasia.

Conclusiones

El objetivo principal de este trabajo consistía en conocer la situación de la eutanasia para buscar medidas de cambio en este colectivo. Aunque también posee unos objetivos secundarios como comprender los puntos de vista con respecto a la eutanasia, analizar las consecuencias de la legalización de la eutanasia en otros estados y conocer la práctica del trabajo social con respecto a esta problemática.

La realización de estos objetivos se ha realizado mediante la búsqueda rigurosa de información bibliográfica, con la que hemos podido conocer más acerca de esta problemática y nos ha llevado a comprender algunos aspectos tanto negativos como positivos, que pueden servir de utilidad para transformar la realidad en un futuro corrigiendo los errores y buscando la mejor respuesta para este colectivo.

Los aspectos negativos encontrados han sido algunos llevados a cabo en los países con la eutanasia legalizada en el que se puede ver un aumento de muertes, un descuido en los cuidados paliativos, así como un incumplimiento de la ley y la realización de la eutanasia involuntaria, en estas debilidades nos ponen en riesgo sobre la negatividad de la aprobación en estos aspectos y con ello se pueden tomar medidas de prevención para mejorar la vigilancia de estas prácticas si algún día se da el paso en nuestro país de la legalización de la eutanasia, así como para hacer un balance sobre si merece la pena o no su aprobación.

Y los aspectos que se han encontrado positivos, es la práctica de cuidados paliativos multidisciplinares haciendo frente tanto a los aspectos físicos como sociales, por su poder de reducción en las ganas de acabar con la vida, por lo que se debería reforzar su práctica .

En la elaboración de este trabajo se han tenido en cuenta algunas de las competencias específicas que aparecen recogidas en la guía del TFG como son: Planificar, implementar, revisar y evaluar la práctica del Trabajo Social con personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades y con otros profesionales; Preparar, producir, implementar y evaluar los planes de intervención con el sistema cliente y los colegas profesionales negociando el suministro de servicios que deben ser empleados y revisando la eficacia de los planes de intervención con las personas implicadas al objeto de adaptarlos a las necesidades y circunstancias cambiantes; Analizar y sistematizar la información que proporciona el trabajo cotidiano como soporte para revisar y mejorar las estrategias profesionales; Investigar, analizar, evaluar y utilizar el conocimiento actual de las mejores prácticas del trabajo social para revisar y actualizar los propios conocimientos sobre los marcos de trabajo; Contribuir a la promoción de las mejores prácticas del trabajo social participando en el desarrollo y análisis de las políticas que se implementan.

Por otra parte , en la realización de este trabajo he tenido grandes dificultades, como consecuencia de la poca información que hace referencia al trato del trabajo social con el colectivo de la eutanasia. Esto es debido a que este tema se le ve más relación con el derecho o la medicina, aunque como hemos podido observar el trabajo social tiene una gran relevancia en este tema ya que su objetivo es buscar la calidad de vida en los seres humanos y conseguir que vivan con dignidad y este colectivo necesita de ello. Por lo que sería de gran ayuda que se empezará a tener más en cuenta a la figura del trabajador social en los temas relacionados con esta problemática.

Bibliografía

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y WEBGRAFÍA

Abdelkader (2012). Perspectivas del Trabajo social ante la eutanasia. Sevilla: Universidad de Sevilla.

Amaya, A. (6 de agosto de 2015). La eutanasia en Colombia, legal pero polémica. Euronews. Recuperado de <http://es.euronews.com/2015/08/06/la-eutanasia-en-colombia-legal-pero-polemica/>

Anónimo(28.03.2005).Las religiones y la eutanasia. El mundo. Recuperado de <http://www.dw.com/es/las-religiones-y-la-eutanasia/a-1532537>

Anónimo (13 de Febrero de 2014). Conoce las leyes sobre la eutanasia en distintos países del mundo. Mundo. Recuperado de

<http://www.latercera.com/noticia/mundo/2014/02/678-565238-9-conoce-las-leyes-sobre-la-eutanasia-en-distintos-paises-del-mundo.shtml>

Anónimo. (23 de Noviembre del 2011). La eutanasia es siempre más. *Le Soir*. Recuperado de [http://archives.lesoir.be/on-euthanasie-toujours-plus-1.000-84-60-79_t-20110822-](http://archives.lesoir.be/on-euthanasie-toujours-plus-1.000-84-60-79_t-20110822-01JQ9J.html?query=l%27euthanasie&firstHit=0&by=10&sort=datedesc&when=-1&queryor=l%27euthanasie&pos=5&all=1912&nav=1)

[01JQ9J.html?query=l%27euthanasie&firstHit=0&by=10&sort=datedesc&when=-1&queryor=l%27euthanasie&pos=5&all=1912&nav=1](http://archives.lesoir.be/on-euthanasie-toujours-plus-1.000-84-60-79_t-20110822-01JQ9J.html?query=l%27euthanasie&firstHit=0&by=10&sort=datedesc&when=-1&queryor=l%27euthanasie&pos=5&all=1912&nav=1)

Bonete, E. (2004). *¿Libres para morir?. En torno a la tánato-ética*. Vizcaya: Desclee de Brouwer.

Casado, M. (2008). *Una vez más sobre la eutanasia*. *Enrahonar*, 40(41),113-121--> principios enfrentados.

Chanbaere,k., Bilsen, J., Cohen, J., Onwuteaka-Philipsen,B.D., Mortier, F., Deliens. (15 de Junio de 2010). Muertes asistida por un médico bajo la ley de eutanasia en Bélgica: una encuesta basada en la población. *Canadian Medical Association Journal*. Recuperado en: <http://www.cmaj.ca/content/182/9/895.abstract> o blog

Colell, R. (2008). *Enfermería y cuidados paliativos*. España: Universitat de Lleida.

Conde, C. (2015). Marco conceptual, organizativo y normativo del Trabajo Social en la ASP. Material no publicado. Recuperado el 15 de mayo de 2016 en http://campusvirtual2015.uva.es/pluginfile.php/1239819/mod_resource/content/8/Te ma%201.%20Marco%20conceptual%2C%20organizativo%20y%20normativo.pdf

Diccionario de la lengua española. (2001) 22º edición. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=eutanasia.2013>. (20/04/2016).

Diccionario Filosófico (1999). Eutanasia desde un punto de vista moral. Recuperado de <http://www.filosofia.org/filomat/df505.htm>

Federación internacional de Trabajadores sociales (1999). Código Deontológico del Trabajo social. Consejo General del trabajo social. Recuperado en http://trabajosocial.ugr.es/pages/tablon/*/noticias-46/codigo-deontologico-trabajo-social-2012/downloadfile/ea66323fe1f49e53403bfa306e67110b28

Federación internacional de Trabajadores Sociales (2004). *Ética en el Trabajo Social, Declaración de Principios*. Australia: Asamblea General de Colegios Oficiales. Recuperado de <http://www.pol.una.py/sites/default/files/files/bienestar/PRINCIPIOS%20ETICOS%20EL%20TRABAJO%20SOCIAL.pdf>

Federal Statistical Office. (2012). Cause of Death Statistics, assisted suicide and suicide in Switzerland.

García, K.T.(2014). Eutanasia. Recuperado el 15 de Mayo de 2016 de <http://eutanasia.blogspot.com.es/2014/02/eutanasia-la-eutanasia-es-decir-el-acto.html>

García, T. (1 de Septiembre de 2015). La eutanasia solo es un derecho en cuatro países y california. Actual. Recuperado de <http://www.actuall.com/vida/la-eutanasia-solo-es-legal-en-cuatro-paises-y-un-estado-de-eeuu/>

Gracia D.(1996). Historia de la eutanasia. En: Urraca S,(editor). *Eutanasia Hoy: Un debate abierto*. (pp.27-69).Madrid: Noesis.

Gimeno, A (2012). Eutanasia. Recuperado el 2 de Mayo de 2016 de http://andragimeno2012.blogspot.com.es/2012/12/la-civilizacion-griega-fue-la-primera_1.html

Gutiérrez J. V. (2005) La “pendiente resbaladiza” en la eutanasia, una valoración moral (Tesis Doctoral). Universidad Pontificia de la Santa Cruz: Roma. Recuperada de: <http://www.condignidad.org/zarchivos/argumen/tesisjvega.pdf?phpMyAdmin=f1e07de20b1b35aced62f91283ff0938>

I.E.S. Manuel Gutiérrez Aragón. (s.f). Religiones que permiten la eutanasia. Material no publicado

Jonsen, R.(2003). *Ética de la eutanasia*. Humanitas,1(1),88-89. Recuperado de <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Numero1/Articulos/articulo10.pdf>

Juan Pablo II.(1992). Catecismo de la iglesia Católica. Vaticano: Edictrice.

Macía, R. (2008). Eutanasia: concepto legal. Material no publicado. Recuperado el 20 de Abril de 2016, de <http://eutanasia.ws/hemeroteca/z14.pdf>.

Melano, M.C.(2001) *.Un Trabajo Social para los nuevos tiempos*. Buenos Aires: Humanitas.

Nombela, C., López, F., Serrano, J.M., Postigo, E., Abellán, J.C., Prensa, L. (2008). La eutanasia: perspectiva, ética, jurídica y médica. Material no publicado. . Recuperado el 3 de Mayo de 2016 de http://eprints.ucm.es/11693/1/La_Eutanasia_perspectiva_etica_juridica_y_medica.pdf

Olaizola, P.R (2006). ¿ Qué lugar ocupa el trabajo social en el área los cuidados paliativos?. (Tesis). Buenos Aires: Universidad nacional de Lujan. http://hospicemadreteresa.org.ar/esp/wp-content/uploads/2011/05/Tesis-Paula_Olaziola.pdf

Oregon Public Health Division. (2016). Oregon’s Death with Dignity Act. Recuperado de: <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year17.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (2008). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, United Nations. Recuperado en <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Hecho en Nueva York el 19 de Diciembre de 1966. Instrumento de Ratificación de España de 13 de Abril de 1977. Boletín Oficial del Estado,103, 27 de Julio de 1977.

Regionale toetstoetsingscommissies euthanasie. (2013). Jaarverslag. Disponible en: http://www.euthanasiecommissie.nl/Images/Annual%20report%202013_tcm52-41743.pdf

Romero, M.C (2004). *Modelos de intervención asistencial y terapéutico en Trabajo social*. San José: Universidad de Costa Rica. Recuperado en <https://books.google.es/books?id=-9ct5Zm8zyoC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Mar%C3%ADa+Cristina+Romero+Saint+Bonnet%22&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiK0e336OvMAhVGPBQKHapWdx0QuwUIIDAA#v=onepage&q&f=false>

Unesco (2005) Declaración universal sobre bioética y derechos humanos. Recuperado en http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

Univision (6 de septiembre de 2016). Entra en vigor en California la ley que permite la muerte asistida. Entravision. Recuperado de <http://noticias.entravision.com/2016/06/09/entra-en-vigor-en-california-ley-que-permite-la-muerte-asistida/>

Vanzini, L. (s.f). El Trabajo social en el ámbito de los cuidados paliativos: una profundización sobre los cuidados paliativos. Material no publicado. Recuperado de http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista_dts/47_12.pdf

Vega, J. (s.f) *Eutanasia: conceptos, tipos, aspectos éticos y jurídicos. Actitudes del personal sanitario ante el enfermo terminal*. Material no publicado. Recuperado el 20 de Abril de 2016 en http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/EUTANASIA_2000.pdf

Vida digna (2013). ¿Qué pasa en los países con eutanasia legalizada?. Recuperado de <http://www.vida-digna.org/#!qu-pasa-en-europa-y-otros-pases/c5ru>

LEGISLACIÓN

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Salud. Boletín Oficial del Estado,102, de 29 de abril de 1986.

Real Decreto, de 24 de Julio de 1889, por el que se publica el Código Civil. Boletín Oficial del Estado,206, 16 de agosto de 1889.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado,281, de 24 de Noviembre de 1995.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado,281, de 24 de Noviembre de 1995.