



TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

**“ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LA PERSPECTIVA DE LOS
PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN EL
ABORDAJE DE LA EUTANASIA”**

Autora:

D^a Raquel Frutos García

Tutor:

D^o Alfonso Marquina Márquez

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2021-2022

FECHA DE ENTREGA: 28/06/2022

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a mi tutor, Alfonso Marquina Márquez, por su tiempo, disponibilidad, dedicación y motivación durante este trayecto, por haberme guiado y acompañado durante todo el Trabajo de Fin de Grado.

En segundo lugar, agradecer a las trabajadoras sociales sanitarias que me han regalado su tiempo, haciendo posible la realización de este trabajo gracias a su participación y generosidad. Sin vosotras no habría sido posible llevar a cabo este proyecto.

No puedo olvidarme de mi familia, sin su apoyo incondicional durante toda mi vida no llegaría hasta donde he llegado hoy. Gracias por acompañarme en este camino, haber confiado en mí y apoyarme.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	8
2. OBJETIVOS.....	10
2.1. Objetivo general.....	10
2.2. Objetivos específicos	10
3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	10
3.1. Marco conceptual e histórico.....	10
3.1.1. Definición y tipos de eutanasia	11
3.1.2. Conceptos básicos relacionados con la eutanasia	14
3.1.3. Evolución de la eutanasia.....	15
3.2. Situación de la eutanasia a nivel mundial y en España.....	17
3.3. Discurso social ante la eutanasia en España	18
3.3.1. Posicionamiento de la sociedad.....	18
3.4. Marco normativo	22
3.4.1. Antecedentes de la regulación de la eutanasia en España	22
3.4.2. Regulación legal de la eutanasia en España.....	23
3.4.3. Objeción de conciencia	24
3.4.4. Testamento vital y consentimiento informado	25
3.4.5. Derecho a solicitar la eutanasia, requisitos para su ejercicio y denegación. 26	
3.4.6. Procedimiento para realizar la eutanasia	27
3.4.7. Comisión de Garantía y Evaluación.....	30
3.5. Aspecto ético de la eutanasia	31
3.5.1. Una visión desde la bioética.....	31
3.5.2. Principios éticos de la práctica médica que concuerdan con el trabajo social	31
3.5.3. Dilema ético de la eutanasia	32
3.5.4. Eutanasia y ética profesional	32
3.6. Atención desde el trabajo social sanitario en la eutanasia	33
3.6.1. Trabajo social y muerte digna	34
3.6.2. Papel del Trabajo Social en la Comisión de Garantía y Evaluación de la eutanasia	36
4. METODOLOGÍA.....	36
4.1. Diseño y ámbito de estudio	36

4.2. Participantes	37
4.3. Recogida de datos e instrumentos	38
4.4. Análisis de datos	38
4.5. Aspectos éticos	39
5. RESULTADOS	39
5.1. Visión de los trabajadores sociales sobre la eutanasia.....	39
5.1.1. Opinión sobre la eutanasia	39
5.1.2. Repercusión de la legalización de la eutanasia	40
5.2. Barreras y facilitadores en el proceso de eutanasia	41
5.2.1. Barreras	42
5.2.2. Facilitadores	46
5.3. Comisión de Garantía y Evaluación	47
5.4. Papel del trabajador social en el abordaje de la eutanasia	49
5.4.1. Reconocimiento y visibilización del trabajador social sanitario	50
5.5. Experiencia profesional	52
5.5.1. Intervención en caso de eutanasia	52
5.5.2. Intervención con el paciente y la familia	53
5.6. Propuestas de mejora.....	54
7. BIBLIOGRAFÍA.....	59
8. ANEXOS.....	68
8.1. Guion de la entrevista	68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación formas realizar eutanasia	13
Tabla 2. Requisitos para solicitar y recibir la eutanasia	26
Tabla 3. Procedimiento solicitud eutanasia	29
Tabla 4. Ilustración perfil sociodemográfico de la muestra.....	37

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Mapa legalización eutanasia	17
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Conocimiento del testamento vital	19
Gráfica 2. Medio por el que se conoce el testamento vital	19
Gráfica 3. Posición de realizar el testamento vital.....	20
Gráfica 4. Opinión legalización eutanasia	20
Gráfica 5. Opinión eutanasia	21
Gráfica 6. Principales barreras eutanasia.....	44
Gráfica 7. Dificultades en el proceso.....	45
Gráfica 8. Facilidades en el proceso	47
Gráfica 9. Reconocimiento del trabajador/a social sanitario/a	52
Gráfica 10. Dificultades en el proceso.....	53

RESUMEN

La eutanasia es un tema que se encuentra en auge actualmente tras su reciente legalización en nuestro país después de años de debate. El presente trabajo surge como consecuencia de su aprobación para conocer la perspectiva de los/as profesionales del trabajo social sanitario en el abordaje de la eutanasia, su opinión e intervención con aquellos/as pacientes que solicitan la prestación de ayuda para morir.

La investigación se ha llevado a cabo en Valladolid y Palencia (Castilla y León) utilizando una metodología de carácter exploratoria a través de métodos cualitativos a 7 trabajadoras sociales sanitarias de centros de salud y hospitales. Las entrevistas semiestructuradas se han realizado de manera individual y presencial, a excepción de una, realizada de forma telemática. Los datos se han recopilado gracias a las preguntas realizadas abiertas y semiestructuradas, utilizando un guion previo, facilitando así libertad de respuesta a las participantes.

Con la realización de las entrevistas, se consiguen datos relevantes para nuestra investigación, alcanzando unos resultados que han permitido conocer la opinión de las trabajadoras sociales sanitarias sobre este tema, destacando su visión positiva y la importancia de haber legalizado un asunto pendiente en nuestro país. También han señalado las barreras y facilitadores que pueden encontrarse tanto profesionales, como usuarios/as y familiares; han destacado el papel que lleva a cabo el trabajo social sanitario con estos pacientes y su familia y señalado el poco reconocimiento que tiene esta profesión. Asimismo, han desarrollado su experiencia profesional y abordado propuestas de mejora para conseguir una intervención adecuada, destacando la importancia de una mayor formación actualizada.

Palabras clave: Eutanasia, trabajo social sanitario, derecho a morir, muerte digna.

ABSTRACT

Euthanasia is an issue on the upswing at the present time, following its recent legalization in our country after years of debate. The present work arises from a consequence of its formal approval so as to know the social health work professionals' point of view on the approach of euthanasia, their opinion and intervention with those patients who request the provision of assistance when dying.

The research carried out in Valladolid and Palencia (Castile and León) using an exploratory methodology through qualitative methods interviewed seven social health workers in different health facilities and hospitals. The semi-structured interviews were conducted individually and face-to-face, with the exception of one conducted electronically. The data have been collected through open and semi-structured questions, using a previous script, thus facilitating freedom of response by the participants.

By conducting the interviews, relevant data have been obtained for our research, achieving results that have allowed us to know the social health workers' opinion on this subject, highlighting its positive vision and the importance of having legalized a pending issue in our country. They have also indicated the barriers and facilitators that can be found by professionals, as well as users and family members. Additionally, they have pointed out the role that social health work carries out with these patients and their family noting its little recognition that this profession has. Similarly, these professionals have been able to develop their career while tackling proposals regarding appropriate intervention and stressing the importance of up-to-date training.

Key words: Euthanasia, social health work, right to die, dignified death.

Una vida que tiene que luchar constantemente por la vida,

no es una vida.

(Menandro)

1. INTRODUCCIÓN

La eutanasia es un acto que pone fin a la vida de una persona que padece una enfermedad grave e incurable para acabar con el sufrimiento que esta le provoca.

Tras su reciente legalización, se ha convertido en un aspecto importante en nuestro país, al tratarse de un procedimiento que utilizan las personas para evitar un sufrimiento cuando padecen una enfermedad grave, haciendo posible que tengan una buena muerte.

Vivimos en un estado social y democrático de derecho, donde las personas tienen libertad de elección y nadie puede ser privado de ello (Constitución Española, 1978).

La muerte de una persona no se trata solo de algo biológico, no termina cuando nuestro cuerpo desaparece, no solo somos eso (Bunnag, 2013), sino que inciden otras dimensiones importantes como la social, donde tiene cabida la figura del trabajador/a social sanitario/a.

El Trabajo Social tiene un papel imprescindible en estos casos porque trabaja por unos principios básicos como la justicia social, el bienestar de las personas o la autodeterminación, atendiendo a los/as pacientes y sus familiares durante todo el proceso, haciendo valer su derecho de libertad de decisión. Desde esta disciplina, se busca humanizar el proceso de enfermedad y trabajar con el resto de profesionales para conseguir una visión integradora.

El presente trabajo está estructurado en dos grandes bloques principales diferenciados. La primera parte relacionada con objetivos, metodología y marco conceptual y una segunda parte relativa a la propia investigación.

En el primer bloque, nos encontramos con los objetivos generales y específicos de la investigación; los antecedentes y estado actual del tema, donde se describe los aspectos teóricos más importantes sobre el tema estudiado, su definición y tipos, conceptos básicos, su evolución, la situación en la que se encuentra a nivel mundial y en nuestro país, el posicionamiento de la sociedad y el marco normativo, incidiendo en los antecedentes de la regulación, la regulación actual, la objeción de conciencia, el testamento vital y el consentimiento informado, el derecho a solicitar la eutanasia, sus

requisitos y denegación, el procedimiento a seguir para realizarla y la Comisión de Garantía y Evaluación. Asimismo, se habla del aspecto ético de la eutanasia, con una visión desde la bioética y haciendo hincapié en los principios éticos desde el trabajo social y en el dilema ético que produce este tema y la atención que se ofrece desde el Trabajo Social Sanitario. Además, se aborda la metodología utilizada para efectuar la investigación, siendo esta de carácter exploratorio utilizando métodos cualitativos y determinando el diseño y ámbito de estudio, las participantes, la recogida de datos e instrumentos, análisis de datos y aspectos éticos.

En relación al segundo bloque, se recoge lo relativo a los resultados que se han obtenido a través de la investigación llevada a cabo mediante las entrevistas a profesionales del Trabajo Social Sanitario, realizando un análisis que refleja lo abordado en las mismas y destacando sus resultados y conclusiones.

En cuanto al motivo principal de elección del tema de este trabajo, ha sido porque me parece una oportunidad para dar visibilidad a un tema de interés para nuestra profesión que se ha legalizado hace poco y del que todavía se desconoce mucha información. Existe mucho desconocimiento por parte de las personas, pero también de los/as profesionales. De igual modo, para demostrar una vez más la importancia de la figura del/la trabajador/a social. Es importante darle más visibilidad y reconocimiento, señalando que son profesionales indispensables, claves para asegurar el bienestar de las personas, trabajando por sus derechos, su libertad y su autodeterminación y atendiendo, tanto al usuario/a como a su familia con un papel activo e interviniendo en sus necesidades. Esta disciplina busca humanizar ese proceso de enfermedad que sufre la persona y su entorno.

Como futura trabajadora social, me parece fundamental conocer en profundidad los diferentes problemas a los que tiene que hacer frente nuestra sociedad, las diferentes demandas que van surgiendo y su forma de dar una respuesta a las mismas. Gracias a esta profesión, se consigue un compromiso con las personas para conseguir su bienestar.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

El objetivo general del presente trabajo es conocer la perspectiva que tienen los/las profesionales del trabajo social sanitario en el abordaje de la eutanasia en Valladolid y Palencia para comprender su opinión e intervención en este tema.

2.2. Objetivos específicos

A partir del objetivo principal, planteamos los siguientes objetivos específicos:

- Conocer la opinión de los/las profesionales sobre la eutanasia y su legalización.
- Conocer las dificultades y facilidades que encuentran los/las profesionales en la intervención con pacientes y familias en casos de eutanasia.
- Analizar el impacto que tiene el desconocimiento sobre el tema abordado en la elección de los pacientes.
- Descubrir la opinión de los/las profesionales de la importancia de la Comisión de Garantía y Evaluación.
- Identificar el papel del/la trabajador/a social sanitario en la intervención de la eutanasia.
- Conocer la opinión de los/las profesionales sobre el reconocimiento y la visibilización de su profesión.

3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

3.1. Marco conceptual e histórico

La muerte es el final de la vida. Con el paso de los años, se ha cambiado la forma de ver la muerte de las personas y no siempre se considera como un proceso de sufrimiento y dolor, sino que puede aceptarse o negarse. Morir con dignidad es algo inherente a la persona y supone que pueda tener una muerte tranquila en un entorno sereno con los cuidados que necesite y con la presencia de sus seres queridos, respetando sus creencias y valores. Los/las profesionales sanitarios/as no tienen que empeñarse en salvaguardar la vida del paciente, sino que, cuando es inevitable, hay que ayudar a que la persona pueda morir con dignidad. Es un proceso difícil para profesionales, pacientes y familias.

Con la aprobación de la ley de la eutanasia, se defiende el derecho de autonomía del paciente para decidir sobre el final de su vida (Hermanas Hospitalarias España, 2021).

Es un derecho humano que se refiere a la garantía de las personas para ejercer el final de nuestra vida con autonomía y que le permite tomar decisiones libres e informadas y poseer control sobre su muerte. Que una persona pueda elegir cómo quiere morir, cuándo hacerlo y dónde significa que puede morir dignamente.

La dignidad de la muerte se define por valores, creencias y necesidades de cada persona y hay que respetar ese momento, considerándose un deber de los/las profesionales y una responsabilidad social que hay que garantizar. Para ello, es necesario que se deje por escrito previamente la voluntad de la persona (Fundación DMD).

En nuestra legislación nos encontramos con la Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte, que regula el ejercicio de los derechos que tienen las personas durante el proceso de su muerte, deberes de los sanitarios y garantías y medios que las instituciones y entidades deben proporcionar. Con esta ley se garantiza la dignidad de las personas en el proceso de su fallecimiento y se asegura su autonomía y respeto de su voluntad en la etapa final (Ley de la eutanasia, 2021).

La muerte forma parte de la vida, todos/as nos vamos a morir en algún momento y no puede separarse de la persona. Si tenemos una vida digna, reclamamos una muerte digna (Consejería de Salud, 2008).

3.1.1. Definición y tipos de eutanasia

El concepto de eutanasia deriva del griego *eu* (bueno) y *thanatos* (muerte), por lo que etimológicamente significa “buena muerte”. Este término lo empleó por primera vez Francis Bacon, en el s. XVII (Campos et al., 2001).

Diferentes filósofos han hablado de la eutanasia. Cicerón lo interpretaba como una muerte digna, honesta y gloriosa. Hipócrates prohibía a los médicos la eutanasia activa y la ayuda para cometer un suicidio. Platón decía que se dejaba morir a quienes no fueran sanos de su cuerpo (citado en Creagh, 2012).

Desde un punto de vista social, podemos mencionar algunos autores que han definido este término. Según Gonzalo Higuera (1988, citado en Valera, 1989) la eutanasia es:

la práctica que procura la muerte, o mejor, abrevia una vida para evitar grandes dolores y molestias al paciente, a petición del mismo, de sus familiares o, sencillamente, por iniciativa de tercera persona que presencia, conoce e interviene en el caso concreto del moribundo. (p.462).

Stewart (2000), lo define como una “acción intencional que provoca la muerte propia o de terceros, generalmente dirigida a propósitos plausibles como aliviar el dolor y el sufrimiento”.

Con el paso de los años, su significado ha ido evolucionando hasta encontrarnos con las definiciones actuales propuestas por diferentes fuentes y autores.

Otros autores, como Daniel Behar (2007) lo definen como “muerte sin dolor, una muerte feliz, una muerte dulce y sin sufrimiento”. Por otro lado, se trata de un acto que pone fin a la vida de una persona para así terminar con el sufrimiento que le ha provocado su enfermedad (Instituto Nacional del Cáncer & Nombela et. al. 2009). Mencionamos también a Javier Sádaba (2019), que lo entiende como “aquella muerte en la que el individuo decide sobre su cuerpo, sobre su final en un momento en el que, además, hay motivos de sobra para pensar que esa persona solo va a sufrir” y a Noelia Ordieres (2021), que define la eutanasia como una muerte buena, siendo el final de vida que la propia persona elige en el momento que determina.

Desde un punto de vista jurídico, la ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (en adelante, Ley de la eutanasia) regula este derecho y lo define como un “acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento” (Ley de la eutanasia, 2021).

Siguiendo a Campos et al. (2001), podemos clasificar la eutanasia de tres formas diferentes:

Tabla 1. Clasificación formas realizar eutanasia

Según el modo (forma de realizarse, por acción u omisión)	Eutanasia activa o positiva	Producida cuando se da una acción que va a provocar la muerte de la persona que está agonizando
	Eutanasia pasiva o negativa	Producida por omisión del tratamiento que causa la muerte. Puede ser no iniciando el tratamiento o suspendiendo el mismo
Según la intención (asociada a ofrecer soluciones más humanas a situaciones compleja)	Eutanasia directa	Se busca principalmente la muerte del paciente
	Eutanasia indirecta	La muerte es efecto secundario que se da como consecuencia de tratamientos paliativos
Según la voluntad del paciente	Eutanasia voluntaria	Se lleva a cabo por voluntad propia del enfermo, siendo él el que decide y lo solicita (en persona o con un documento escrito)
	Eutanasia involuntaria	Se lleva a cabo sin el consentimiento del paciente, tomando la decisión un tercero

Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos de Campos et al. (2001)

3.1.2. Conceptos básicos relacionados con la eutanasia

Cabe resaltar la importancia de delimitar algunos conceptos básicos relacionados con el tema que estamos abordando para su aclaración.

❖ Suicidio asistido

Acción que lleva a cabo una persona que padece una enfermedad incurable para poner fin a su vida y dispone de la ayuda de una tercera persona con conocimientos y medios para efectuarlo (de Miguel, 2006).

Está ligado a la eutanasia pasiva al facilitar la muerte de una persona a través de una acción como, por ejemplo, una inyección recetada para que la persona se la autoadministre (Barroso y Grau, 2012 citado por Carbonell et. al, 2021).

❖ Cuidados paliativos

Aquellos cuidados dirigidos a personas con enfermedad avanzada e incurable y su familia para aliviar su dolor y mejorar su calidad de vida. Llevado a cabo por profesionales sanitarios. Las personas que hacen una petición de eutanasia, deben recibir la información sobre los cuidados paliativos (de Miguel, 2006).

❖ Distanasia

Acción que no beneficia a la persona que se encuentra en fase terminal y prolonga de una manera inútil el proceso de fallecimiento, demorando la muerte (Pessini, 2004 citado por Valbuena, 2008).

Es lo contrario de la eutanasia, se prolonga inútilmente la vida utilizando los medios que se dispongan sin que exista esperanzas de una mejora y alejándose del momento de la muerte (Moreno, 2004 citado por de Miguel, 2006).

❖ Ortotanasia

Concepto que denomina la muerte justa en su momento, sin prolongar la vida ni retrasar la muerte (Moreno, 2004 citado por de Miguel, 2006).

Este término se encuentra lejos de la eutanasia y la distanasia. Se deja que la muerte llegue en enfermedades incurables, utilizando un tratamiento paliativo para evitar sufrimientos y dejando de utilizar medios que prolongan el sufrimiento (Jaramillo, 2016).

❖ Enfermedad terminal

Enfermedad incurable que se encuentra en un estado avanzado y que, en un corto periodo de tiempo, se producirá la muerte (de Miguel, 2006).

Provoca una expectativa del fallecimiento en un corto plazo, siendo esto el proceso evolutivo final de enfermedades crónicas progresivas tras agotar todos los medios de los que se disponía (Gil y cols., 1998).

3.1.3. Evolución de la eutanasia

La eutanasia no es algo nuevo, es algo que existe desde épocas primitivas y que sigue en continua evolución hasta nuestra actualidad. Nos encontramos con las siguientes etapas descritas por Campos et. al., (2001):

Etapa primitiva

Existen datos que demuestran que se mataba y abandonaba a aquellas personas que estaban muy enfermas, practicando una especie de “eutanasia voluntaria” por petición de la persona.

Etapa antigua

Se practicaba la eutanasia con aquellas personas enfermas y era una obligación sagrada que los hijos provocaran una buena muerte a su padre enfermo.

El pueblo griego

Se utilizaba la cicuta (veneno) para poner fin al sufrimiento de aquellos/as que lo solicitaban y grandes pensadores de Grecia y Roma practicaron la eutanasia.

Roma clásica

También se utilizaba la cicuta para aquellos/as que quisieran abandonar la vida y estaba autorizada la eutanasia neonatal, es decir, el padre podría matar a sus hijos gravemente deformes al nacer.

Etapa medieval

Se mataba a los heridos durante la batalla, menos los cristianos, que lo consideraban como algo repugnante porque el dolor venía de Dios y había que aceptarlo, considerando el mandamiento “no matarás” como el más importante.

Santo Tomás de Aquino lo rechaza porque va en contra del amor del hombre contra sí mismo, en contra de la sociedad y contra el amor de Dios.

Renacimiento

Tomás Moro aceptaba la eutanasia porque consideraba a las personas con enfermedades incurables como inútiles para la vida. (Vilches, 2001, citado por Guinea, 2021).

Francis Bacon (mencionado anteriormente por ser la primera persona que empleó el término de eutanasia), pretendía que los médicos disminuyeran el sufrimiento de las personas y consiguieran un final de la vida más tranquilo (Guinea, 2021).

Etapa moderna

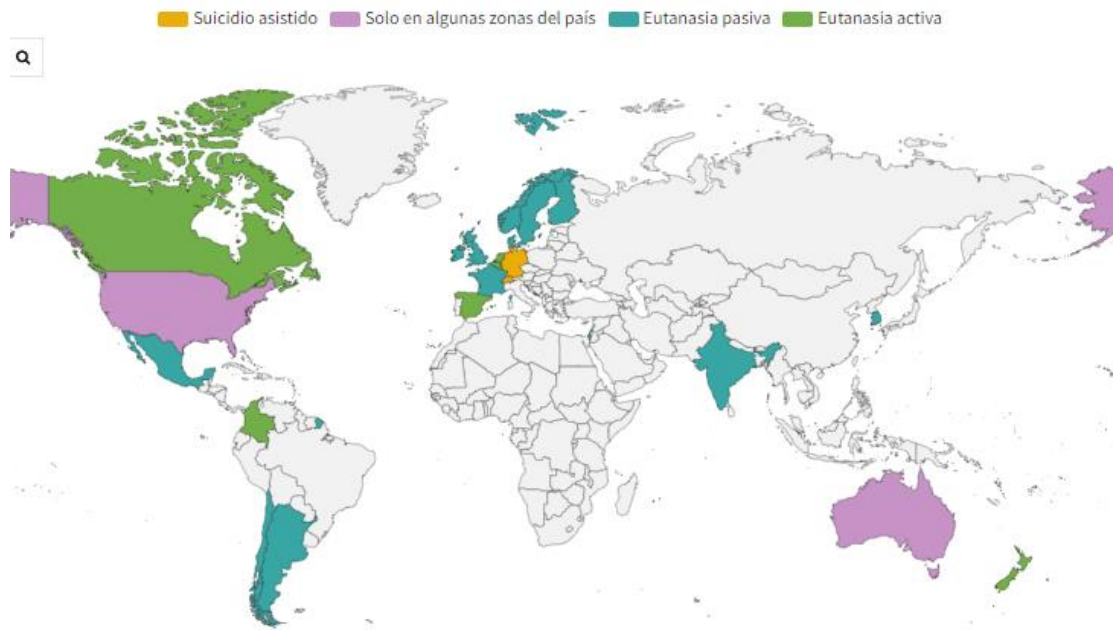
La eutanasia era sinónimo de paliar el sufrimiento de la persona enferma pero no era aceptado que un médico acelerase su muerte. A finales del s. XIX, se empezó a utilizar la palabra eutanasia refiriéndose a la anticipación voluntaria de la muerte provocada por el médico a un paciente. En el s. XX, se utilizó de forma negativa por el nazismo.

Los nazis consideraban a los alemanes como una raza superior y que existían grupos inferiores que no merecían vivir, lo que dio lugar al Holocausto, generalizando así un tipo de eutanasia que se practicaba en contra de la voluntad de las personas, repercutiendo en la mentalidad de personas que, a raíz de ello, atribuyen al concepto de eutanasia palabras como homicidio, asesinato... (Guinea, 2021).

3.2. Situación de la eutanasia a nivel mundial y en España

España es el cuarto país de Europa que despenaliza la eutanasia (después de Holanda, Bélgica y Luxemburgo) y el séptimo del mundo (Canadá, Colombia y Nueva Zelanda).

Ilustración 1. Mapa legalización eutanasia



Fuente: RTVE.es (2021)

Como podemos observar en el mapa anterior, en Alemania se legaliza el suicidio asistido en el año 2015 cuando se practica con una razón altruista. En Estados Unidos la eutanasia es ilegal, pero en algunos estados (California y Montana) se puede realizar la muerte asistida en pacientes terminales. En Washington, Oregón y Vermont se observa el suicidio asistido porque se reconoce el derecho de decidir de las personas. En Australia, la eutanasia activa es legal en el estado de Victoria (2019) y en otras zonas se lleva a cabo la eutanasia pasiva. La eutanasia pasiva es legal en México, Argentina, Noruega, Finlandia, Suecia, Reino Unido, Irlanda, Francia, Corea del Sur e India. En cuanto a la eutanasia activa, como mencionábamos anteriormente, es legal en Canadá, Colombia, Nueva Zelanda y España.

En 2002, Holanda se convirtió en el primer país en legalizar la eutanasia. Le siguieron Bélgica y Luxemburgo (RTVE.es, 2021). La regulación en España se consiguió con 202 votos a favor en el Parlamento, 141 en contra y 2 abstenciones (BBC News, 2021).

Según los datos proporcionados por la asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD), con la regularización de la ley de la eutanasia, hasta finales del año 2021, se han practicado en España alrededor de 100 eutanasias y lo han solicitado unas 200 personas aproximadamente (The objective, 2021).

3.3. Discurso social ante la eutanasia en España

La eutanasia es una cuestión que tiene repercusión social, no solo es asunto de la persona, sino que afecta a todas. Cuando un individuo elige poner fin a su sufrimiento y terminar así con su vida, repercute a una tercera persona que tiene que llevarlo a cabo.

La eutanasia nos lleva a una ética de responsabilidad colectiva porque somos seres que cuidamos unos a otros. Vivimos en una sociedad, convivimos con otras personas, no somos seres independientes y nuestras acciones influyen en nosotros/as y en el resto. La vida y la muerte nos afectan a todos/as (Germán, 2019).

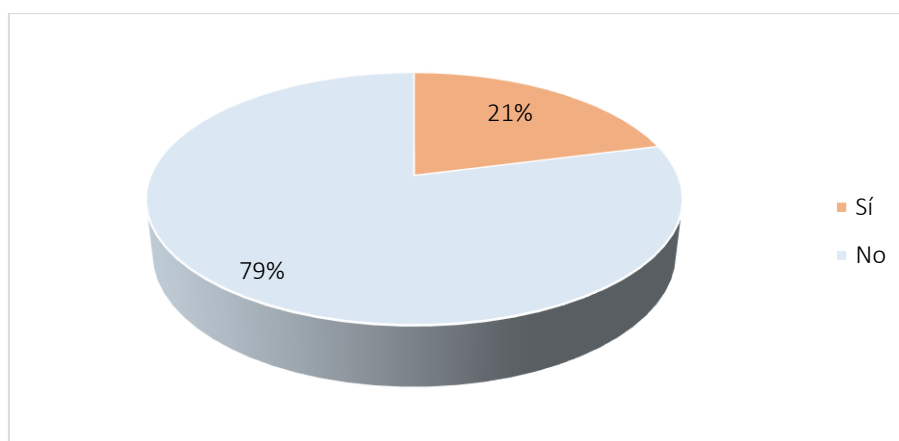
3.3.1. Posicionamiento de la sociedad

Antes de su legalización en España, mencionaremos dos estudios de interés. El primero, realizado desde un centro de salud y desde la Facultad de Medicina de Madrid, llevando a cabo un cuestionario sobre el pensamiento de la población en relación a este tema. En él, se abordaron cuestiones relativas al final de la vida, mostrando una preferencia por fallecer en el domicilio y señalando que las personas prefieren la eutanasia pasiva a la activa (Ortiz-Gonçalves et. al, 2017).

El otro estudio que destacaremos, realizado por Serrano et. al, 2010, es un análisis realizado por el IESA-CSIC en Andalucía para conocer la opinión de los ciudadanos sobre testamento vital, muerte digna y eutanasia.

En primer lugar, en relación al testamento vital, un 79% de personas no conocían su existencia, frente a un 21% que sí.

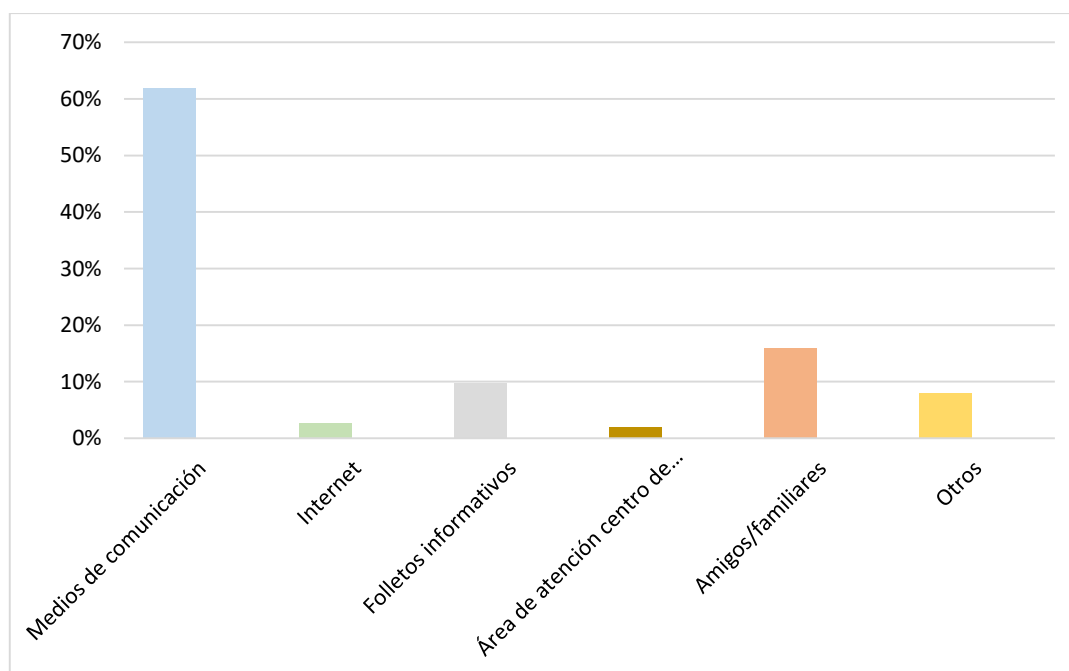
Gráfica 1. Conocimiento del testamento vital



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de IESA-CSIC (2007)

Las personas que conocían su existencia, señalaban el medio por el que les llegó esta información: medios de comunicación, internet, folletos informativos, área de atención del centro de salud u hospital, amigos o familiares, otros.

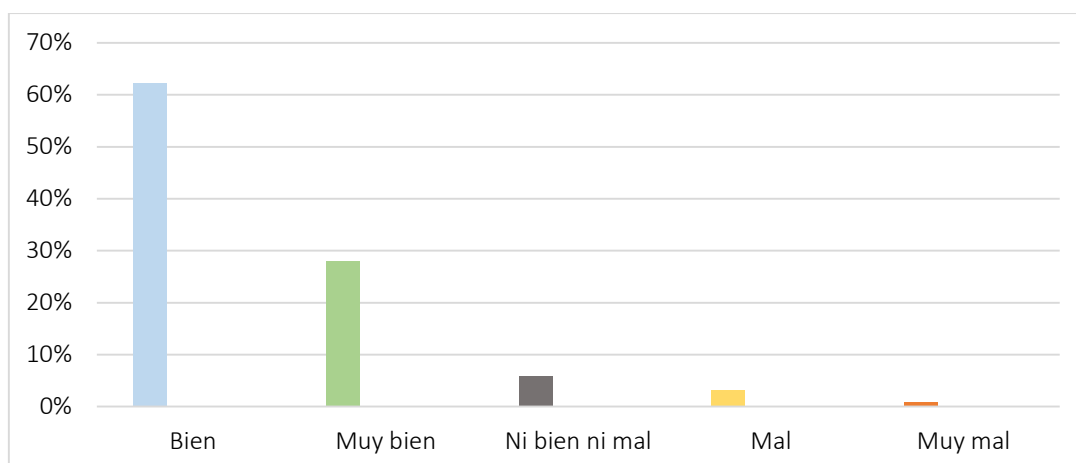
Gráfica 2. Medio por el que se conoce el testamento vital



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de IESA-CSIC (2007)

Cuando se les explica qué es el testamento vital, se pregunta su posición, destacando que más del 90% lo ven como algo favorable.

Gráfica 3. Posición de realizar el testamento vital

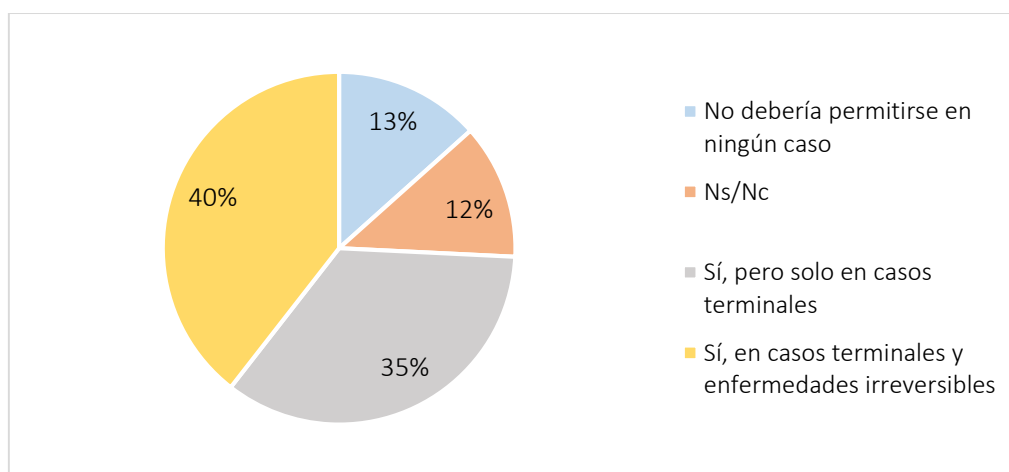


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de IESA-CSIC (2007)

En relación a la muerte digna, los datos señalan que la mayoría considera que las personas tienen derecho a vivir dignamente en la etapa final de su vida, ser informados sobre su situación de salud, recibir un tratamiento para el dolor y no prolongar su vida en una situación irreversible si no tienen calidad de vida.

Por último, se analiza la posición sobre la eutanasia. Primeramente, se les pregunta su opinión sobre la legalización, destacando que más del 70% ven positivo que se haga, frente a casi un 14% que no y un 12,4% que no sabe. Los/las ciudadanos/as están a favor de su legalización.

Gráfica 4. Opinión legalización eutanasia



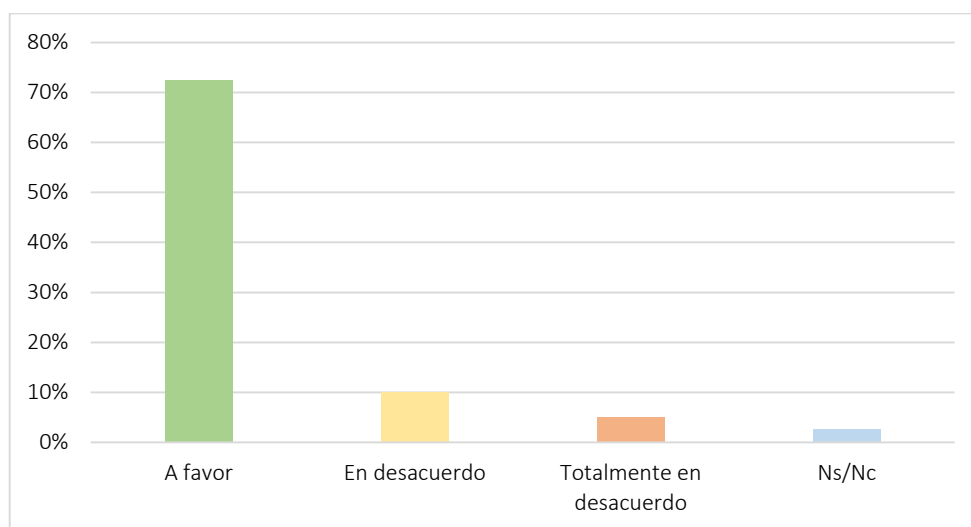
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de IESA-CSIC (2007)

Apenas existen estudios sobre la opinión de la población acerca de la eutanasia tras su legalización en 2021.

La mayoría de la sociedad española, estaba a favor de no prolongar el sufrimiento que padecen las personas con alguna enfermedad grave e incurable de forma innecesaria.

El 90% de la población sabía que se aprobaría la ley de la eutanasia. De ellos, un 72,4% estaba a favor, un 10% en desacuerdo y un 5% totalmente en desacuerdo. El resto duda porque no conoce la situación o caso donde se aplique, no tiene información suficiente, opinan que es una decisión personal o lo ven como un tema complicado (Derecho a Morir Dignamente, 2021).

Gráfica 5. Opinión eutanasia



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Asociación DMD (2021)

No obstante, también encontramos personas en contra de la eutanasia, considerando que matar a una persona no es una alternativa, sino que hay que cuidar a aquel que lo necesita y no matarlo (ABC, 2020). Asociaciones como “Derecho a Vivir”, “Organización Médica Colegial” y el “Comité de Bioética de España” se mostraron en contra de la regulación de esta ley (France, 2021).

Cristianos, musulmanes, judíos e hindúes mantuvieron un encuentro para unirse contra la ley de la eutanasia, manteniendo su preocupación por ella y abogando los cuidados paliativos. (Otero, 2020).

La iglesia tampoco lo aprueba, lo consideran como la solución más fácil al provocar la muerte de una persona que sufre, sin pensar que se puede recurrir a los cuidados paliativos. Expone que hay que cuidar a los/las que sufren para mantener viva su

esperanza. La solución no es acabar con la vida, sino ocuparse de su sufrimiento y cuidar a las personas, estar a su lado (La Vella, 2021).

También hay médicos/as que se manifiestan en contra de la eutanasia porque no quieren ir en contra de su profesión ni que la muerte se medicalice. Consideran que la ley echa por tierra el trabajo que hacen para cuidar a las personas, atentando contra su profesión, contraria a su código deontológico (iSanidad, 2021).

Como observamos, continúa la polémica sobre la eutanasia, encontrándonos con diferentes posiciones y opiniones.

3.4. Marco normativo

3.4.1. Antecedentes de la regulación de la eutanasia en España

Siguiendo a la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, en España, la eutanasia era considerada como un delito, suponiendo un castigo con pena de prisión de cuatro a ocho años para el que indujera al suicidio a otra persona, de dos a cinco años para quien cooperase con ello y de seis a diez años si esa cooperación suponía la muerte. Así mismo, era castigado también con pena de prisión quien cooperase activamente en actos directos a la muerte que presentase una enfermedad grave e incurable (Ley del Código Penal, 1995).

En la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, observamos como principio básico “todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito” (Ley reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones, 2002). Según el Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León (2021), dicha ley supuso un cambio en nuestro ordenamiento jurídico.

Las Comunidades Autónomas marcan un antes y un después. Primeramente, Andalucía desarrolló la Ley 2/2010 de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, que regulaba el ejercicio de los derechos de las personas durante el proceso de muerte, deberes del personal médico y garantías que debían proporcionar las instituciones sanitarias para proteger la dignidad de las personas y asegurar su autonomía y respeto de su voluntad durante el proceso de la muerte (Ley de derechos

y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, 2010). Más adelante, Aragón implanta la Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, con el mismo objeto que la ley nombrada anteriormente (Ley foral de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, 2011). Mientras estas leyes se elaboraron, el Gobierno de España puso en marcha el Proyecto de Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida, que fue aprobado por el Congreso de los Diputados y publicado en el Boletín de las Cortes Generales (Colegio Oficial de Psicología Castilla y León, 2021).

El 24 de enero de 2020 se presenta en el Congreso de los Diputados la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, que pretendía dar una respuesta a la demanda de la eutanasia (Proposición de ley orgánica de regulación de la eutanasia, 2020), implicándose las Administraciones públicas de cada Comunidad Autónoma. El 17 de diciembre se publica el Dictamen y los escritos para su defensa en el pleno y, finalmente, el Congreso aprueba la primera ley de eutanasia en España que entraría en vigor en 2021 (Colegio Oficial de Psicología Castilla y León, 2021).

3.4.2. Regulación legal de la eutanasia en España

Tras años de debate, finalmente se legaliza la eutanasia en España. Cambia la forma de verse en la sociedad y, algo que se consideraba un delito, es aprobado por la ley.

España se ha convertido en el cuarto país de Europa que ha legalizado la eutanasia tras la aprobación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, que regula el derecho de las personas que cumplan unas determinadas condiciones a recibir la ayuda para morir, su procedimiento y las garantías. También establece los deberes de los/as sanitarios/as que les atienden y las obligaciones que tienen las administraciones e instituciones para el ejercicio de este derecho, siendo de aplicación para las personas que se encuentren en territorio español.

Asimismo, en ella podemos observar los derechos de las personas para solicitar esta ayuda y los requisitos para ello; su denegación; el procedimiento para realizarlo; la

garantía en el acceso y las comisiones de Garantía y Evaluación (Ley de la eutanasia, 2021).

3.4.3. Objeción de conciencia

El Comité de Bioética de España define la objeción de conciencia como “la negativa de una persona a realizar ciertos actos o tomar parte en determinadas actividades, jurídicamente exigibles para el sujeto, para evitar una lesión grave de la propia conciencia” (Comité de Bioética de España, 2021).

Según un informe publicado por la Junta de Castilla y León sobre el derecho a la eutanasia (2021), la ley decreta que los/las profesionales sanitarios/as que estén implicados en esta prestación pueden desempeñar su derecho a la objeción de conciencia. Los/las profesionales tienen derecho a no atender las demandas que se regulan en la ley de la eutanasia porque sean incompatibles con sus convicciones y pensamientos, formulando la decisión por escrito y de manera anticipada.

En 2022 se crea un registro de profesionales sanitarios/as objetores de conciencia para la prestación de ayuda para morir que se regula en el Decreto 5/2022, de 11 de marzo, por el que se crea el registro de profesionales sanitarios/as objetores de conciencia para la prestación de ayuda para morir (en adelante, Decreto registro profesionales sanitarios objetores de conciencia). Este decreto regula la creación de un Registro de Profesionales Sanitarios/as objetores de conciencia para esta prestación, estableciendo el procedimiento a seguir.

Se aplica a los profesionales sanitarios/as de Castilla y León de centros públicos y privados o concertados de forma estable o esporádica, que se encuentren implicados de forma directa en la prestación y que manifiesten rechazo para participar en ella.

El Registro se crea para poder inscribir las declaraciones de objeción de conciencia de esta prestación, siendo único para la Comunidad, con naturaleza administrativa y sin carácter público, adscrito a la dirección general competente en materia de salud pública de la Consejería. En él se señalarán los datos identificativos (nombre y apellidos, DNI, correo electrónico), datos profesionales (titulación, centro y servicio donde trabaja) y fecha de presentación de la objeción de conciencia.

Para inscribirse, una vez que se realiza la declaración y se comprueba lo necesario, se realiza su inscripción y se le notifica. Si no cumple los requisitos legales se denegará con una resolución, pudiendo poner un recurso de alzada ante la Consejería de Sanidad.

Los/las profesionales que no quieran realizar la prestación tendrán que presentar una declaración de objeción de conciencia, que puede ser revocada en cualquier momento (Decreto registro profesionales sanitarios objetores de conciencia, 2022).

3.4.4. Testamento vital y consentimiento informado

El testamento vital surge en 1967 con Luis Kutner al crear un documento para que las personas señalaran su deseo de terminar con un tratamiento en caso de enfermedad grave e incurable (Betancor, 1995).

Este documento se encuadra bajo el consentimiento informado, cuyo origen se remonta en los juicios de Nüremberg, tras necesitar garantizar la libertad y los derechos de las personas con las que se experimenta. Con el Informe Belmont se expresaron recomendaciones para abordar y resolver problemas éticos de la biomedicina, apuntando que solo se hablaría de respeto a la autonomía de las personas cuando se cumpliera su consentimiento informado. Más tarde, se vio la necesidad de exponer directrices éticas en el ámbito clínico y asistencial.

El testamento vital es un documento donde una persona expresa su deseo de retirar o no iniciar un tratamiento médico cuando se encuentra en una enfermedad terminal (Betancor, 1996). Se basa en la declaración por escrito del/la paciente para expresar su deseo sobre la atención médica y asistencial que quiere recibir. Puede ser modificado o anulado en cualquier momento con un documento nuevo (Colegio Oficial de Psicología Castilla y León, 2021).

Por otro lado, el consentimiento informado es un procedimiento con valor en la mejora de la calidad asistencial porque amplía la información y sostiene el principio de autonomía de los/las pacientes (Reillo, 2017 citado por Martínez, 2021). Se basa en la aprobación libre, voluntaria y consciente del/la paciente, expresada tras recibir la información correspondiente y con pleno uso de sus facultades. Al firmar este consentimiento, se comunica cómo solicitar la ayuda para morir (Colegio Oficial de Psicología Castilla y León, 2021).

Siguiendo la actual ley de la eutanasia, observamos cómo el consentimiento informado está presente en nuestra legislación, y podemos considerarlo como “la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una actuación que afecta a su salud” (Ley de la eutanasia, 2021).

Tiene una doble función: es un derecho básico del/la paciente, que tiene la capacidad de decidir sobre qué quiere hacer en cuanto al tratamiento de su enfermedad y es uno de los deberes de los/as médicos/as (Ibáñez, 2002 citado por Martínez, 2021).

La Ley de la eutanasia asegura un consentimiento informado rígido y reforzado donde el cumplimiento verbal queda relegado. Si la persona no puede fechar y firmar el documento, puede hacerlo a través de otros medios u otra persona que lo haga en su lugar. Este documento será firmado delante de un profesional sanitario que lo firmará. (Martínez, 2021).

3.4.5. Derecho a solicitar la eutanasia, requisitos para su ejercicio y denegación

La ley de la eutanasia reconoce el derecho de solicitar y recibir esta prestación a aquellas personas que cumplan unos requisitos, resumidos en la siguiente tabla.

Tabla 2. Requisitos para solicitar y recibir la eutanasia

Requisitos para solicitar y recibir la eutanasia
<input type="checkbox"/> Nacionalidad española, residencia legal en España o certificado de empadronamiento con permanencia en territorio superior a 12 meses, mayor de edad y capaz y consciente en el momento de la solicitud.
<input type="checkbox"/> Por escrito información de proceso médico y actuaciones.
<input type="checkbox"/> Haber formulado 2 solicitudes voluntariamente y por escrito no realizado por presión externa, con espacio de 15 días naturales entre ambas.
<input type="checkbox"/> Sufrir enfermedad grave e incurable, crónico certificado por el médico responsable.
<input type="checkbox"/> Dejar consentimiento informado antes de recibir la prestación.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la ley de la eutanasia (2021)

Esta decisión tiene que ser autónoma y fundamentada tras recibir información sobre su proceso médico por parte del equipo responsable y dejando constancia en su historia clínica.

Se garantizan los medios y recursos de apoyo, medidas de accesibilidad y aquello imprescindible para que las personas que van a solicitar esta prestación reciban la información y puedan expresar su voluntad libremente.

Para poder solicitarlo, es necesario que se solicite por escrito, con fecha y firma del paciente o con otro medio que deje constancia de su voluntad, firmándose en presencia de un profesional sanitario que lo suscriba e incorpore a la historia clínica del paciente. Se puede anular por parte del solicitante en cualquier momento y también pedir un aplazamiento (Ley de la eutanasia, 2021).

En el caso de que exista una declinación, esta deberá realizarse por escrito y de forma motivada por el médico responsable en un plazo máximo de 19 días naturales desde la primera solicitud, pudiendo reclamar el paciente en quince días naturales ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente. El médico responsable debe remitir en un plazo de cinco días desde que se notifica al paciente la denegación, dos documentos (uno recoge nombre y domicilio del paciente y del médico responsable, del médico consultor e instrucciones previas y el segundo sexo y edad del paciente, fecha y lugar de la muerte, tiempo que transcurre desde la primera y última petición hasta el fallecimiento, descripción de la enfermedad, naturaleza del sufrimiento y razones por las que no hay previsión de mejora, información sobre la voluntariedad, procedimiento seguido por el equipo médico y capacitación de médicos y fechas de consultas) incluyendo datos relevantes para la evaluación del caso y por escrito el motivo de la declinación (Ley de la eutanasia, 2021).

3.4.6. Procedimiento para realizar la eutanasia

Procedimiento que sigue el médico responsable cuando exista solicitud de eutanasia

Cuando reciba la primera solicitud, el médico responsable tendrá 2 días naturales para realizar con el paciente un proceso donde debatirán su diagnóstico, resultados, posibles cuidados, etc. garantizando que comprende la información facilitada, que deberá proporcionársela por escrito en el plazo de 5 días naturales.

Tras la segunda solicitud, el médico responsable, en el plazo máximo de 2 días naturales, retomará el proceso para atender en máximo 5 días naturales las dudas sobre la información que tenga el/la paciente tras la información recibida en la primera solicitud.

24 horas después de finalizar el proceso de debate mencionado anteriormente, el médico obtendrá la decisión del paciente de continuar o no con la solicitud. Si continúa, el médico se lo comunicará al equipo asistencial y, si el/la paciente lo solicita, a sus familiares. También tendrá que obtener la firma del consentimiento informado. Si no continúa con la solicitud, el médico se lo comunicará también al equipo asistencial.

El médico responsable consultará al médico consultor que confirmará que se cumplen los requisitos para recibir la prestación en 10 días naturales desde la segunda solicitud y redactará un informe que formará parte de la historia clínica del/la paciente. Se comunicará al paciente en máximo 24 horas. Si este informe es desfavorable por no cumplir los requisitos exigidos, el paciente puede recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación.

Cuando se haya realizado lo mencionado anteriormente, el médico responsable lo comunicará al presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación en máximo 3 días hábiles para que lo verifiquen. Cuando la Comisión reciba esta comunicación, nombrará a un/a médico/a y un/a jurista (en el plazo de 2 días) para que verifiquen si los requisitos y las condiciones para solicitar la prestación coinciden. Estos miembros pueden acceder a la documentación de la historia clínica y entrevistarse con el/la médico/a, su equipo y el/la paciente. En 7 días naturales lanzarán un informe con los requisitos y, si la decisión es favorable, servirá de resolución para realizar la prestación. Si es desfavorable podrá reclamar y, si no hay acuerdo, decidirá el pleno de la Comisión. La resolución final se pondrá en conocimiento del presidente para que se lo diga al médico responsable y proceder a realizar la prestación en máximo 2 días naturales. Las resoluciones de la Comisión desfavorables pueden ser recurridas ante la jurisdicción contencioso-administrativa. (Ley de la eutanasia, 2021).

Podemos observar esta información de forma resumida en la siguiente tabla.

Tabla 3. Procedimiento solicitud eutanasia

Requisitos:	
<ul style="list-style-type: none">- Sufrimiento por enfermedad grave e incurable.- Padecimiento grave crónico e imposibilitante.	
PASO 1	Primera solicitud a médico/a responsable
PASO 2	Segunda solicitud a médico/a responsable
PASO 3	Médico/a responsable confirma la voluntad y consulta a médico/a consultor
PASO 4	Entrevista con el/la médico/a consultor: informe
PASO 5	Médico/a responsable avisa a la Comisión de Garantía y Evaluación
PASO 6	Verificación previa de documentación por Comisión de Garantía y Evaluación
PASO 7	Informe de la Comisión de Garantía y Evaluación
PASO 8	Comunicación a presidencia de la Comisión de Garantía y Evaluación
PASO 9	La presidencia informa al médico/a responsable
PASO 10	Aprobación de la eutanasia

Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos de DMD (2021).

Procedimiento a seguir cuando existe situación de incapacidad de hecho

Cuando el/la paciente no esté en pleno uso de sus facultades y no pueda prestar su consentimiento libremente, el médico responsable aplicará lo supuesto en las instrucciones previas. (Ley de la eutanasia, 2021).

Realización de la prestación de ayuda para morir

Cuando se reciba una resolución positiva, se realizará esta prestación con cuidado y profesionalidad por parte de los/as sanitarios/as, aplicando los protocolos que corresponden. Si el paciente está consciente, tendrá que comunicar al médico responsable la modalidad en la que desea recibirla.

Si la prestación se realiza a través de una sustancia por parte del/la sanitario/a competente, el médico responsable y el resto de profesionales asistirán al paciente

hasta que fallezca. En el caso de que el paciente se auto administre una sustancia para causar su muerte, el médico responsable y el resto de profesionales, después de ordenar esa sustancia, observará y apoyará al paciente hasta su fallecimiento. (Ley de la eutanasia, 2021).

Comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación tras realizar la prestación

Cuando se realice la prestación y el plazo de 5 días hábiles, el médico responsable remitirá a la Comisión dos documentos que recogerán información del paciente y de los médicos (responsable y consultor) e información relevante sobre el padecimiento de la persona, procedimiento del médico y su equipo, etc. (Ley de la eutanasia, 2021).

3.4.7. Comisión de Garantía y Evaluación

Esta comisión existe en cada Comunidad Autónoma, constituyéndose los 3 meses siguientes desde la entrada en vigor del art. 19 de la ley. Tiene carácter multidisciplinar, cuenta con 7 miembros como mínimo (personal médico, enfermería y juristas) y cada una dispone de un reglamento de orden interno.

El Ministerio de Sanidad y los presidentes de esta comisión se reúnen anualmente, coordinados por el Ministerio para unir criterios e intercambiar buenas prácticas referidas a la eutanasia.

En cuanto a sus funciones, nos encontramos con:

- La resolución de reclamaciones de personas que han recibido denegación en su solicitud, reclamaciones sobre desacuerdos entre médicos y juristas y solicitudes pendientes de verificar por discrepancias de criterios entre los miembros. Esto deben resolverlo en un plazo máximo de 20 días naturales y, sino, los solicitantes lo pueden entender como declinada su solicitud, pudiendo recurrir.
- Verificar si la prestación se realiza según los procedimientos de la ley, en máximo 2 meses.
- Detectar posibles problemas en el cumplimiento de las obligaciones de la ley y proponer mejoras en los manuales de buenas prácticas y protocolos.
- Realizar y publicitar un informe anual de evaluación sobre la aplicación de la ley en su territorio que se remitirá al órgano competente en materia de salud.
- Otras que les atribuyan los gobiernos autonómicos o el Ministerio de Sanidad.

Los miembros de la Comisión están obligados a guardar secreto sobre sus deliberaciones y tendrán que preservar la confidencialidad de los datos personales de los profesionales, pacientes, familiares... (Ley de la eutanasia, 2021).

3.5. Aspecto ético de la eutanasia

3.5.1. Una visión desde la bioética

La bioética es un método que aporta reflexión y profundización y se basa en el respeto a la persona y sus decisiones (Loncán et. al, 2007, citado por Pérez, 2021).

Los principios éticos que rigen las prácticas médicas son: intentar aliviar el sufrimiento, autonomía del paciente y aplicar el tratamiento (Vecino & Germán, 2011, citado por Pérez, 2021) y, para Taboada, son: no violar la vida humana, proporcionar terapia, efecto de los resultados de las acciones, exactitud de información, evitar conflictos posteriores y no abandonar al paciente (Taboada, 2012, citado por Pérez, 2021).

3.5.2. Principios éticos de la práctica médica que concuerdan con el trabajo social

La bioética intenta justificar los aspectos éticos que delimitan el bien y el mal en las ciencias. En el Informe Belmont se instituyeron los principios éticos y orientaciones para proteger a las personas durante la práctica y la investigación médica. Los principios son:

- Autonomía: tratar a las personas como capaces para tomar decisiones sobre su vida.
- Beneficencia: el profesional tiene que hacer lo mejor y promover los intereses de la persona.
- No maleficencia: no causar daño y aumentar los beneficios.
- Justicia: tratar a las personas sin que exista desigualdad.

Varios autores vinculan los principios éticos con el Trabajo Social. Su Código Deontológico añade los principios mencionados anteriormente y suma la libertad y la igualdad. Los/as trabajadores sociales tienen un papel fundamental en la defensa de la autodeterminación, asesorar a aquellos/as que quieren terminar con su sufrimiento y a sus cuidadores/as y sensibilizar a las personas sobre la realidad (Carbonell et. al, 2021; San-Sebastian-Kortajarena e Idareta, 2019).

3.5.3. Dilema ético de la eutanasia

Para los/las defensores/as de la eutanasia, la dignidad humana del/la paciente se refiere a su derecho para elegir de forma libre el momento de su muerte y, para sus detractores, la dignidad humana se opone porque se considera una arbitrariedad frente a un asunto divino para unos y científico-legal para otros (Acosta, 2001, citado por Creagh, 2012).

El debate sobre la eutanasia ha llevado a la creación de diferentes asociaciones que luchan por reconocer el derecho legítimo de morir dignamente.

Los conflictos que suponen algunos casos de eutanasia, están determinados por la ética que implica ese asunto y es importante hablar de moral, equidad, certeza, conocimiento científico y sociedad porque en la sociedad se forman estos valores (Creagh, 2012).

Decidir si una persona debe o no morir, siempre tendrá gente a favor y en contra, por lo que es importante que se analice cada situación, se escuche, se pregunte por qué se toma esa decisión, se busque una manera de aliviar el sufrimiento de esa persona y se entienda que el lenguaje de la ética ha sido adoptado por pacientes, familias, médicos, etc. Lo único importante es que la persona pueda morir con dignidad.

3.5.4. Eutanasia y ética profesional

En una jornada de debate donde estuvieron presente médicos/as, enfermeros/as y trabajadores/as sociales trataron el tema de la ética y la eutanasia. En ella hablaron de tres ideas clave:

- El deseo de morir a raíz de la decisión autónoma de la persona que no quiere seguir con su sufrimiento.
- No se trata de elegir entre eutanasia y cuidados paliativos.
- Despenalizar la eutanasia no quiere decir que sea buena porque quien debe decidir es la persona.

También se hizo hincapié en el papel de los/las profesionales durante este proceso. Los/las profesionales tienen que informar adecuadamente al paciente para que, cuando lo solicite, sea consciente de ello. Desde un punto de vista ético, es destacable no cuestionar si es el momento para hacerlo, querer evitar que lo haga o dudar de la gravedad de su sufrimiento. Asimismo, se recalcó la importancia del acompañamiento a la persona y su familia (Román, 2021).

3.6. Atención desde el trabajo social sanitario en la eutanasia

Siguiendo la definición propuesta por El Comité Ejecutivo de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, la Junta de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social, Consejo General y Colegios Oficiales de Trabajo Social de España, el Trabajo Social es:

una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar. (Consejo General del Trabajo Social, 2014).

En el portal web del Consejo General del Trabajo Social, se define el Trabajo Social sanitario como:

la actividad profesional de tipo clínico que implica el diagnóstico psicosocial de la persona afectada, la aportación al diagnóstico global y al plan de tratamiento y el tratamiento de la problemática psicosocial relacionada con el proceso de salud-enfermedad, dentro de un contexto general de tratamiento. (Ituarte, 2012).

Se diferencia de otros campos del Trabajo Social porque interviene en los procesos de salud, recuperaciones, normalización y adaptación social, etc. focalizando su práctica asistencial para incrementar la autonomía y recuperación de la salud y asegurando una toma responsable de decisiones respetando la autodeterminación y la individualidad de cada persona (Consejo General del Trabajo Social).

Siguiendo el documento de consenso sobre las funciones del profesional del trabajo social sanitario (2013), las funciones generales del Trabajo Social Sanitario, son:

- Incluir la perspectiva social en las actividades, ámbitos asistenciales y profesionales de los centros de salud.
- Determinar factores y situaciones de riesgo social que tengan relación con la salud en las personas.
- Ejecutar el estudio y elaborar un plan de intervención para conseguir una atención integral.
- Colaborar para elaborar, desarrollar, implementar y evaluar procesos asistenciales, programas de salud y en la cartera de servicios.
- Orientar, apoyar y asesorar a la persona y a su entorno.
- Utilizar adecuadamente los recursos del sistema para garantizar los cuidados y sostenibilidad de los mismos.
- Promover la participación de los profesionales de la salud en actividades comunitarias creando entornos saludables.
- Favorecer la comunicación y coordinación con el Sistema de Servicios Sociales y otros para garantizar una atención integral.
- Colaborar en actividades de promoción y prevención de la salud.
- Colaborar en la formación y en proyectos de investigación.
- Llevar un registro de la actividad y emitir el informe social.

3.6.1. Trabajo social y muerte digna

El/la trabajador/a social tiene un papel imprescindible en relación con la eutanasia. Su función principal es defender activamente los Derechos Humanos, trabajar por la justicia social, la paz y el bienestar de las personas, siendo la autodeterminación de la persona el principio de actuación.

El/la trabajador/a social sanitario/a atiende directamente al paciente y su familia asesorándoles sobre la eutanasia y el testamento vital. También tiene un papel activo en las políticas sociales y sanitarias porque interviene de forma directa en el día a día con las necesidades de la sociedad (que cambian continuamente), siendo testigos de sus demandas.

Asimismo, tiene que centrarse en el derecho de autodeterminación de la persona y el derecho a la eutanasia.

Es fundamental hacer valer el derecho de libertad de la persona para que pueda decidir el final de su vida y proporcionar una visión de los problemas que repercuten de forma negativa en la manera de afrontar su situación: problemas familiares, problemas económicos, situaciones de soledad, etc. Cuando estas situaciones se solventan, se reafirma la importancia del trabajador social para gestionar y proporcionar los recursos necesarios para la persona y su entorno.

Una problemática que se encuentra el/la trabajador/a social es la situación donde la familia y entorno de la persona se encuentran en silencio, donde tendrá que intervenir recalcando la necesidad de que el paciente sea consciente en todo momento de su enfermedad, lo pueda afrontar y siendo partícipe de las decisiones que se deben tomar.

Para llevar a cabo una intervención adecuada, las tareas del/la trabajador/a social tienen que tener asertividad y escucha activa para garantizar la humanización.

Las actuaciones de estos/as profesionales en relación a la regulación de la eutanasia se dan en diferentes partes del proceso: intervención con el/la paciente y entorno, equipos de investigación, etc. (Ordieres, 2019).

Este papel es descrito por Abdelkader y Aguilera (2007) como:

la atención integrada supone la participación de los distintos niveles asistenciales; abordaje continuo de la problemática clínica, funcional, psíquica y social; participación armónica, estructurada e independiente de los profesionales implicados. El equipo debe estar formado al menos por un profesional de Medicina, otro de Enfermería y otro de Trabajo Social. (Abdelkader & Aguilera, 2007, citado por Ordieres, 2019).

Todos los problemas que surgen en relación a la muerte hacen que el Trabajo Social sea clave dentro de los equipos de trabajo. Desde esta disciplina se busca la humanización del proceso de enfermedad de la persona y su entorno y se trabaja con otros/as profesionales para ofrecer una visión integradora del proceso (Ordieres, 2019).

3.6.2. Papel del Trabajo Social en la Comisión de Garantía y Evaluación de la eutanasia

El Consejo General del Trabajo Social reivindica que el/la trabajador/a social sanitario/a forme parte de la comisión como una figura que decida sobre la muerte digna de aquellas personas que lo soliciten porque tiene los conocimientos propios que se requieren. En algunas CCAA (Aragón, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Madrid y Navarra) ya forma parte al menos un trabajador social.

En la decisión de solicitar la eutanasia existen aspectos sociales, morales, familiares, económicos y sanitarios donde el trabajador social puede cooperar para humanizar y reconfortar la decisión de la persona. Un apoyo social y emocional al paciente y su familia.

La incorporación de su figura en las comisiones convertiría a España en el primer país de la UE que tiene en cuenta que la situación del paciente va más allá de lo biológico y jurídico (Consejo General del Trabajo Social, 2021).

4. METODOLOGÍA

En el presente apartado abordaremos la metodología seguida para efectuar la investigación y así alcanzar los objetivos previamente descritos.

4.1. Diseño y ámbito de estudio

La investigación se ha llevado a cabo en Valladolid y Palencia, pertenecientes a la Comunidad Autónoma de Castilla y León. En cuanto a la metodología utilizada en el estudio, ha sido de carácter exploratorio utilizando métodos cualitativos, con el objetivo de conseguir información a través de las entrevistas realizadas a las trabajadoras sociales sanitarias de forma directa.

Siguiendo a Arias (2012), la investigación exploratoria es aquella que se realiza sobre un asunto desconocido o poco estudiado, constituyendo sus resultados a una visión aproximada del objeto. Se sigue esta metodología porque estudiamos un problema que, actualmente, no cuenta con numerosos estudios al tratarse de algo legalizado recientemente.

Asimismo, definimos el método cualitativo como aquella metodología que se orienta en el análisis de casos concretos gracias a las expresiones y actividades de personas que se encuentran en su contexto local (Flick, 2004, citado por Báez & de Tudela, 2014).

4.2. Participantes

Para llevar a cabo el proyecto, se ha contado con la participación de trabajadoras sociales sanitarias de Valladolid y Palencia. Estas profesionales han sido seleccionadas por sus conocimientos con el tema estudiado y por su trabajo en el ámbito sanitario con respecto al objetivo planteado en esta investigación.

Se desarrollaron un total de siete entrevistas, de manera individual y presencial, a excepción de una, que tuvo que ser realizada de forma telemática ante la imposibilidad de cuadrar fechas.

A continuación, queda reflejada en la siguiente tabla de perfil sociodemográfico la muestra final:

Tabla 4. Ilustración perfil sociodemográfico de la muestra

	Sexo	Ciudad	Lugar de trabajo	Años de experiencia profesional	Experiencia en intervención de eutanasia
TSS1	Femenino	Valladolid	Hospital	+ 10	No
TSS2	Femenino	Valladolid	Centro de salud	+ 10	No
TSS3	Femenino	Palencia	Hospital	+ 10	No
TSS4	Femenino	Valladolid	Hospital	+ 5	Sí
TSS5	Femenino	Valladolid	Centro de salud	+ 10	No
TSS6	Femenino	Valladolid	Hospital	+ 10	No
TSS7	Femenino	Valladolid	Centro de salud	+ 10	No

Fuente: elaboración propia

4.3. Recogida de datos e instrumentos

Para la recogida de datos se han llevado a cabo las siguientes fases:

1. Análisis documental / revisión bibliográfica.
2. Trabajo de campo a través de las 7 entrevistas realizadas a las trabajadoras sociales.
3. Transcripción, análisis y discusión de resultados.

En primer lugar, se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando diferentes fuentes de información para recoger los aspectos más importantes sobre la eutanasia.

Seguidamente, se realizaron entrevistas semiestructuradas a trabajadoras sociales que trabajan en centros de salud y hospitales. Para ello, se utilizaron preguntas semiestructuradas y abiertas y así poder dar libertad de respuesta a las participantes. El guion de la entrevista constaba de 13 preguntas divididas en 5 bloques (Anexo 1):

- Visión sobre la eutanasia
- Dificultades, barreras y facilitadores que pueden encontrar las personas que solicitan la eutanasia
- Comisión de Garantía y Evaluación
- Papel del trabajador social
- Propuestas de mejora

Como se menciona anteriormente, los instrumentos utilizados han sido el análisis documental y la entrevista semiestructurada.

4.4. Análisis de datos

Tras realizar las entrevistas, se llevó a cabo el análisis de datos para examinar su contenido. En primer lugar, las entrevistas fueron transcritas (grabadas previamente) utilizando una ficha de codificación, asignando un código a cada extracto verbal, dividiendo por bloques y preguntas para, posteriormente, realizar el análisis de los resultados y la discusión y conclusión. Esto permitió conseguir los datos más relevantes para nuestra investigación.

4.5. Aspectos éticos

Por cuestiones éticas, se ha mantenido la confidencialidad de las profesionales entrevistadas a lo largo de toda esta investigación, respetando su anonimato, utilizando la información obtenida para fines académicos y respetando la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Para garantizar su anonimato, se ha utilizado un sistema de códigos que reemplaza el nombre de la profesional para no identificarlos. El sistema escogido fue TSS (trabajadora social sanitaria) y un número en función del orden en que se han realizado las entrevistas. Por ejemplo: TSS1.

Asimismo, se ha podido contar con su consentimiento para realizar las entrevistas y grabarlas, facilitando así la transcripción.

5. RESULTADOS

A continuación, se realizará un análisis de los resultados obtenidos a través de las diferentes entrevistas realizadas a profesionales del Trabajo Social Sanitario para, posteriormente, obtener las conclusiones finales.

5.1. Visión de los trabajadores sociales sobre la eutanasia

En este bloque vamos a conocer la opinión de las trabajadoras sociales sanitarias entrevistadas sobre la eutanasia y cómo consideran que ha repercutido la legalización en España de dicha prestación.

5.1.1. Opinión sobre la eutanasia

Tras terminar las entrevistas a las trabajadoras sociales, podemos observar que la mayoría de las participantes coinciden en su visión sobre este tema, considerándolo como algo positivo y necesario, como un derecho que tienen las personas para morir dignamente.

“Me parece positivo que se pueda cumplir el deseo de personas que tienen esa necesidad de no continuar con su vida por los motivos que sean. Como profesional y como persona no tengo la legitimidad de privar a nadie de un derecho que considere que

debe hacer uso porque al final la vida no es mía, sino de esa persona. Mi visión es clara, si una persona considera que para su beneficio tiene que llegar el final de su vida porque tiene una enfermedad, un sufrimiento... yo no soy nadie para opinar ni estar en contra de su derecho". (TSS1)

"Considero que es un derecho recogido en la cartera básica de prestaciones sanitarias y que toda persona que así lo desee tiene derecho a poner final a su vida, en el momento elegido de forma digna y autónoma". (TSS2)

"Todo el mundo tiene derecho a vivir y a morir dignamente. La formación recibida que nos han dado tiene todas las garantías para que no haya ningún riesgo en la aplicación de la eutanasia y se aplique a las personas que reúnan los requisitos exigidos". (TSS3)

"Como todas las cosas que no han daño a los demás, es respetable al cien por cien. Es una decisión personal de cada persona, siempre que tenga capacidad civil para tomar decisiones". (TSS6)

Sin embargo, una de ellas lo considera de forma positiva, pero con algunas objeciones.

"Mi opinión es positiva siempre que la persona sea quien lo solicite y los informes médicos digan que no hay otra solución. Yo opino que no todos los casos son válidos. Si hay esperanza de vida, si se puede vivir más años con la ayuda de un apoyo... ¿Quién quita la vida? Si se prueba que la persona no puede realmente seguir adelante y varios especialistas ven que no hay una evolución, adelante". (TSS7)

5.1.2. Repercusión de la legalización de la eutanasia

En cuanto a la visión que tienen sobre la legalización de la eutanasia en nuestro país, todas están de acuerdo en que ha repercutido de una forma positiva.

"Considero que todo aquello que genere menos angustia, tristeza, sufrimiento, que pone a la persona en el eje central... es beneficioso. Lo que creo que va en contra es determinar cómo tiene que vivir y morir cada uno". (TSS1)

"Sí. Yo lo apoyo. Creo que a nivel del trabajo social es algo positivo y yo lo considero algo necesario". (TSS6)

“Es algo positivo porque hay más conciencia y más información para saber qué casos se pueden llevar a cabo y cuáles no”. (TSS7)

Además de observarlo como algo positivo, algunas lo consideraban un asunto pendiente en nuestra legislación.

“Estoy completamente de acuerdo con la legalización de la eutanasia, era algo necesario, era una demanda social”. (TSS3)

“Desde mi punto de vista era algo necesario. Me parece una buena legislación para que cualquier persona pueda tener el derecho de poder morir dignamente cuando llegue el final de sus días a causa de una enfermedad terminal, como así lo marca la ley”. (TSS4)

“A mí me parece que, en una sociedad como la nuestra, y en un estado social democrático y de derecho, la constitución marca las cosas y, aunque a algunos profesionales les cueste personalmente ponerse en esa situación de los pacientes, su legislación y regulación es algo necesario para ellos. Nosotros, como profesionales de la salud, tenemos que facilitarle al paciente la información necesaria para que tome sus propias decisiones. Como en todas las cuestiones de tipo ético y social, hay que normalizarlo y, si es con una vía legal y con los comités correspondientes, mejor. Era una asignatura pendiente para nuestro sistema democrático, para nuestra sociedad y para el sistema de salud, que ha sido y es un reto”. (TSS5)

Asimismo, una de ellas lo concibe como una forma de dar libertad a la persona en todas las etapas de su vida.

“Conceptos como libertad y dignidad de la persona se extiende, no solo durante su vida, sino también al final de esta”. (TSS2)

5.2. Barreras y facilitadores en el proceso de eutanasia

Otros aspectos abordados en las entrevistas han sido las principales dificultades y facilidades que pueden encontrar las personas que quieren recibir la eutanasia y sus familias durante todo el proceso.

5.2.1. Barreras

En cuanto a las barreras que han encontrado, las profesionales tienen opiniones diversas sobre ello. La mayoría coincide en que las familias juegan un papel complicado a la hora de aceptar la decisión del paciente, ya que su deseo no suele coincidir y no saben cómo afrontar la falta de esa persona.

Algunas profesionales señalan la dificultad de tener que recurrir a varios profesionales.

“Yo creo que lo que puede suponer mayor dificultad es recurrir a varios profesionales, hablarles de un deseo que les produce dolor, que les pone en contacto directo y a nivel emocional con ese problema que no desearían ni ellos mismos tener, sino que les ha sobrevenido y creo que revivir, desnudarse con diferentes profesionales y a veces tener que justificar con tantos documentos un proceso que no debería suponer ningún tipo de cuestionamiento, siempre que la persona esté en plenas facultades de sus capacidades mentales. Los familiares tienen dificultades para aceptar la decisión que ha tomado su familiar”. (TSS1)

Otro aspecto que señalan es el largo tiempo de espera, siendo un proceso largo y añadiendo, además, todo el trámite que supone iniciar esta prestación, los plazos y la transmisión a sus familiares.

“Dudas en su toma de decisión, dados los plazos a cumplir en el proceso; cómo transmitirle a sus seres queridos esa elección de querer finalizar su vida, cómo mitigar ese sufrimiento, ese vacío que posiblemente generará en su familia y en sus seres queridos. En cuanto a las familias, yo pienso que las principales dificultades que encuentran es saber cómo afrontar la falta del ser querido, cómo llenar el vacío que dejará y de qué manera realizar ese acompañamiento en el proceso, cómo debe apoyar”. (TSS2)

“Para mí la mayor barrera que hay es el tiempo. No es un proceso corto porque no dura menos de 35/40 días. Yo creo que ya es difícil tomar esa decisión y si encima el proceso es tan largo, lo dificulta más. En cuanto a la familia, veo que es duro para ellos la decisión del paciente. Muchas veces no suele coincidir, no suelen pensar lo mismo porque quieren seguir teniéndole aquí, pero es el paciente el que sufre su propia enfermedad y hay que respetar su principio de autodeterminación. Su participación en

esa decisión es única, personal e irrevocable. Además, si él quiere parar, en el momento que él piense otra cosa puede hacerlo". (TSS4)

"El tiempo largo de espera y demasiado trámite. Es verdad que se está empezando y que luego será más fácil, pero, de momento, se encuentran demasiado trámite". (TSS6)

La cantidad de médicos que se están haciendo objetores es otro aspecto que destaca una de ellas, considerándolo una barrera que dificulta del proceso al tener que romper el vínculo que tenías inicialmente con tu médico de familia.

"El principal escollo que van a encontrar es que muchos médicos de familia se están haciendo objetores. El médico que les atiende habitualmente es probable que vaya a ser objetor. La primera entrevista se la hacen ellos, pero luego van a ser derivados a otros profesionales. Yo pienso que eso es una barrera porque si en el proceso hacia la muerte tienes un buen vínculo con tu médico de familia, es más fácil llevarlo a cabo. En cambio, es difícil hacerlo con alguien a quien apenas conoces. Para mí, ese es el principal escollo". (TSS3)

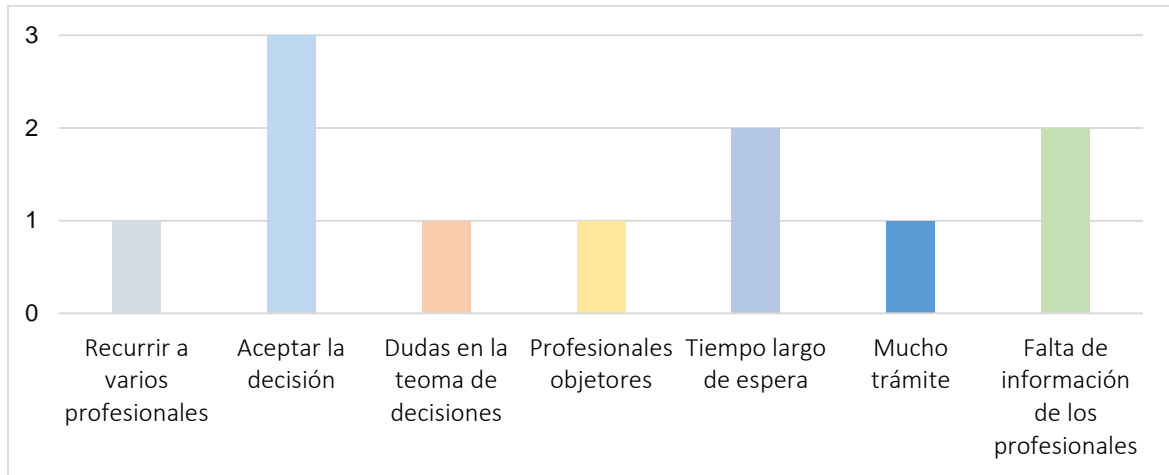
Dos trabajadoras sociales coinciden en un aspecto a destacar, que es la falta de información por parte de los profesionales del trabajo social. Esto supone una barrera importante porque si no reciben una información actualizada, de calidad, difícilmente se lo van a transmitir a los pacientes que están buscando apoyo, asesoramiento, ayuda...

"La barrera está en el primer contacto. Muchos profesionales desconocen y tienen miedo a hablar del tema porque piensan que pueden darle alguna indicación a los pacientes para que tomen partida por ellos y pronunciarse o que el paciente elija a los profesionales. Esto asusta porque le hace tener que posicionarse y eso nos cuesta. Si el profesional no tiene una información adecuada sobre el tema, difícilmente se lo va a trasladar al paciente." (TSS5)

"Dar el paso. Pueden tener miedo por quitarse la vida. Además, los trabajadores sociales no reciben la información necesaria, no han recibido cursos, información..." (TSS7)

A continuación, se muestra un gráfico con las principales barreras señaladas por las profesionales.

Gráfica 6. Principales barreras eutanasia



Fuente: elaboración propia

Otro aspecto destacable durante la realización de las entrevistas, es el miedo a solicitar la eutanasia ante el desconocimiento que hay, ya que se trata de una ley reciente en nuestro país. La falta de conocimiento, el miedo a ser juzgado, el desconcierto, ... suponen una dificultad para estas personas.

“Sí. Hay pacientes que no conocen el procedimiento y pueden pensar que se les puede cuestionar y no tienen todavía conciencia de que es un derecho inquebrantable del que pueden hacer uso y, por el temor a qué profesional le va a atender, qué garantía tienen de que no van a ser juzgados o disuadidos, pueden sentir miedo, incertidumbre, preocupación... las barreras se irán rompiendo poco a poco”. (TSS1)

“Yo considero que sí hay miedo. Tenemos que tener en cuenta la aprobación reciente de la ley y el desconocimiento que genera en algunos pacientes, el desconcierto, miedo, preocupación, dudas en cumplimiento de plazos, etapa de preparación con la familia...” (TSS2)

“Sí. Es algo muy nuevo. Nosotros desde el hospital si alguien quiere algún tipo de información, se la prestamos. Desde Sacyl sí que se han dado cursos de formación y se están haciendo nuevas hojas de rutas. Desde el comité ético del hospital se ha formado un grupo de 2 médicos, 2 enfermeras y 2 trabajadores sociales para dar vueltas a todo

el procedimiento, ya que se está aumentando el número de solicitudes de ayuda para morir". (TSS4)

"Yo creo que esa decisión la has tenido que pensar previamente en tu vida, es una pregunta que te has tenido que hacer antes de la enfermedad y, quien lo haya hecho, lo tiene claro y, quien no y lo piense en el momento de la enfermedad, sí que va a tener miedo". (TSS6)

Dos de las personas entrevistadas añaden también la falta de información como un aspecto que incide en la elección de la solicitud.

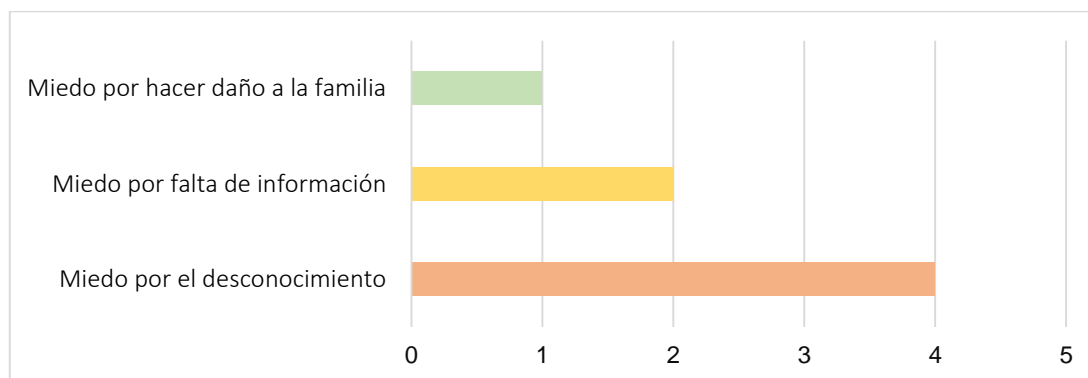
"No sé si la palabra sería miedo, pero al ser algo reciente y con falta de información, a las personas les puede costar más solicitarlo". (TSS5)

"Sí. No hay conocimiento todavía. Se ha legalizado, pero no hay suficiente información". (TSS7)

Además, una de ellas pone el énfasis en el miedo por hacer daño a los familiares, en vez de al propio desconocimiento en sí.

"Yo creo que los pacientes van a tener más miedo por hacer daño a sus familias, que por el hecho en sí del desconocimiento. La gente ya sabe que existe una ley, pero igual el cómo hacerlo puede ser un tema tabú todavía. La eutanasia puede tener ese punto de que todavía socialmente o está bien vista y aceptada. Yo diría que más que por el desconocimiento, porque ellos no lo tengan claro". (TSS3)

Gráfica 7. Dificultades en el proceso



Fuente: elaboración propia

5.2.2. Facilitadores

Respecto a las facilidades que se encuentran los/as pacientes y sus familias durante el proceso, la mayoría de profesionales coinciden en que, el mayor facilitador, son los/as profesionales. Tener a su disposición un profesional que le va a dar toda la información que necesita, que le va a acompañar durante todo el proceso, con la garantía de que va a recibir una atención adecuada.

“Yo creo que viene dada por el propio reconocimiento. Es una facilidad que la mentalidad de las personas vaya cambiando poco a poco con el paso del tiempo. Otro aspecto a destacar es que tienen la suerte de tener unos profesionales que les acompañan durante todo el proceso.” (TSS1)

“Está respaldado por equipos asistenciales multidisciplinares que garantizan el proceso para asegurar una muerte digna, siendo la persona participe en todo el momento”. (TSS2)

“Ya está protocolarizado en el portal de salud para pacientes. La información que se debe dar y los pasos que hay que seguir están ahí”. (TSS5)

“Tenernos a nosotros de apoyo, la información que podemos transmitirle sobre ese proceso.” (TSS6)

“Facilidad para encontrar profesionales, información de médicos”. (TSS7)

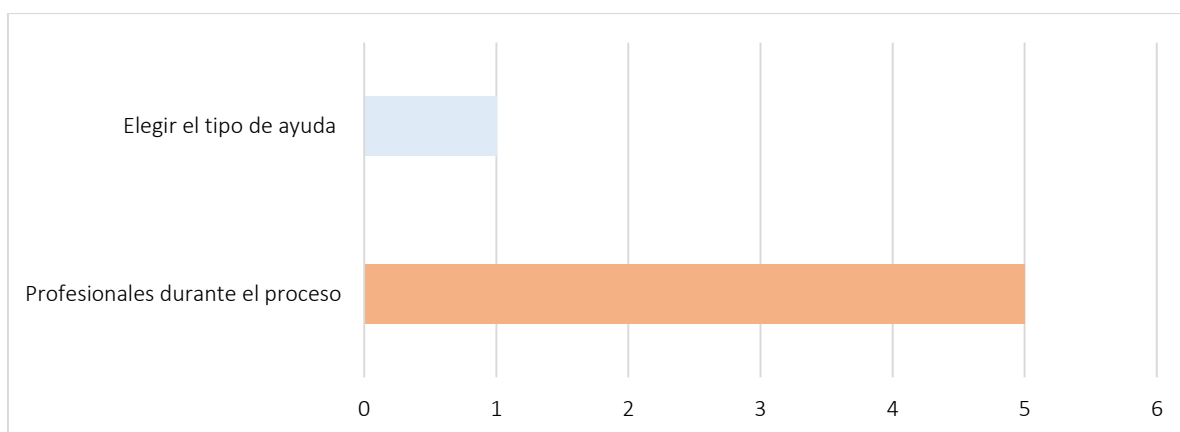
Otro aspecto que señalan es el derecho que tienen de recibir esta ayuda, independientemente de la negativa de algún médico.

“Garantía de la ley. La ley les garantiza que tienen un derecho, aunque un médico le diga que no. Otro profesional le va a sustituir si se niega. Con la ley van a tener garantía total de que la atención va a ser buena y se va a producir”. (TSS3)

Otra facilidad que se destaca es la elección de la ayuda, es decir, si el paciente prefiere recibir la ayuda de forma directa o indirecta.

“Que el paciente pueda elegir cuál es su ayuda, si quiere autoadministrárselo o si prefiere que lo haga alguien. Además, siempre va a estar acompañado. En todo momento va a tenernos a los profesionales”. (TSS4)

Gráfica 8. Facilidades en el proceso



Fuente: elaboración propia

5.3. Comisión de Garantía y Evaluación

Esta figura se encarga de controlar, resolver reclamaciones, atender posibles conflictos, etc. y suele estar formada por médicos/as, enfermeros/as y juristas. En algunas Comunidades Autónomas la figura del trabajador/a social sanitario/a forma parte de esta Comisión, pero no en todas. Las profesionales entrevistadas coinciden en la importancia de incluir esta figura en la Comisión en todas las Comunidades Autónomas por todo lo que puede aportar este/a profesional.

“Es algo fundamental. Si están otros profesionales sanitarios, ¿por qué no un trabajador social?”. (TSS7)

“La ley dice que el trabajador social sanitario puede formar parte de esta Comisión. En todas las CCAA debe existir el trabajador social dentro de la Comisión multidisciplinar. El trabajador social se hace fundamental, dado que somos un eslabón imprescindible en la atención sanitaria de los pacientes y tenemos esa función de informar, asesorar, acompañar, dar apoyo psicosocial...” (TSS2)

“Por supuesto. Una reivindicación que nosotras hemos hecho ha sido que precisamente es de Servicios Sociales en vez de ser de Salud, cuando, realmente quien tiene conocimiento del paciente, debería ser una trabajadora social sanitaria. Me parece algo relevante. Los aspectos sociales, familiares, etc. tienen que estar en este proceso y el profesional adecuado para valorarlo es el trabajador social”. (TSS3)

“Sí, sin duda nuestra figura es fundamental. En esa Comisión tenemos que estar y es algo que hay que demandarlo y luchar por ello porque así también se incrementa el número de profesionales y hay mayor ratio”. (TSS6)

“Sí. Me parece fundamental que nuestra figura forme parte de ello, ya que nosotros estamos durante todo el proceso”. (TSS5)

Dos de ellas señalan la importancia de su incorporación al apostar por una perspectiva biopsicosocial donde tiene que incluirse a este profesional.

“Es fundamental que forme parte. La perspectiva social y biopsicosocial tiene que estar incluida en cualquier proceso, pero con mayor intensidad en esta, porque estamos hablando de un problema, de una enfermedad de la persona que le incapacita para poder seguir viviendo como él querría. Esto le puede generar angustia, ya que le priva de muchas cosas y tiene que observar que, aquello que quería realizar en la vida, se ve limitado y se le suma el dolor de no poder hacerlo. Tiene que privarse de placeres de la vida. Esto compete al trabajador social porque atendemos a la persona en su conjunto”. (TSS1)

“Sí. Importantísimo. Se sigue apostando por un modelo biopsicosocial, con lo cual, la figura del trabajador social me parece imprescindible. Nosotros hemos estado en una Comisión y hemos estado acompañando a la persona porque conocíamos todo el proceso social perfectamente. Ella ha estado mucho más tranquila por conocer a dos figuras importantes que iban a acompañarla a lo largo de este procedimiento”. (TSS4)

Asimismo, se preguntó a las participantes si formaban parte de esta Comisión o si les gustaría hacerlo en algún momento. Todas negaron formar parte del mismo y, una de ellas, manifestó su deseo de formar parte en algún momento, habiéndose ofrecido ya para ello.

“No, no formo parte de la Comisión. Desde el Servicio de Planificación y Asistencia Sanitaria de GRS se ha solicitado personal médico, de enfermería y de trabajo social para formalizar en cada Área de Salud una Comisión de Apoyo a la Ley de la eutanasia con la finalidad de apoyar y asesorar a los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de la ayuda para morir y participar en la adopción de las medidas necesarias para garantizar esta prestación. Los integrantes de esta Comisión deberán

facilitar el acompañamiento, así como asesorar al profesional que se enfrenta por primera vez a esta prestación. También deberán facilitar la coordinación de las actuaciones necesarias para el correcto desarrollo de la prestación y detectar los problemas en el funcionamiento de los centros que puedan incidir en su retraso e incumplimiento de los plazos establecidos en la Ley. Asimismo, deberán adaptar las guías y protocolos a las condiciones del Área y proponer y participar en las actuaciones formativas. Yo como profesional del trabajo social formaría parte de ella y, de hecho, me he ofrecido para formar parte.” (TSS2)

5.4. Papel del trabajador social en el abordaje de la eutanasia

En relación al papel que lleva a cabo el/la trabajador/a social sanitario/a en la intervención psicosocial de la eutanasia, las profesionales han destacado la orientación, asesoramiento, acompañamiento, información y la preparación con el/la paciente y con la familia.

“Papel de clarificación de ese deseo. Una vez verificado que la persona lo tiene claro, se ha comprobado que cumple los requisitos, el trabajador social le va a acompañar en ese proceso. También el papel de prepararle, orientarle y asesorarle en lo que es la muerte. Cómo quiere que dependa del profesional para vivir esos últimos meses de vida. También la preparación con la familia para ese duelo, para evitar después casos de ansiedad, de depresión...” (TSS1)

“Emitir un informe donde escribiremos y garantizaremos que la persona está realmente informada de todos los beneficios, que no existe ninguna causa social o de desconocimiento para decidir sobre su eutanasia. Emitiremos ese informe donde diga que se le ha informado, que se han buscado y valorado todas las opciones y que a la persona no le satisfacen, que no pueden evitar ese sufrimiento que tiene”. (TSS3)

“Acompañarle, informarle y asesorarle en todo momento de cuáles van a ser los pasos para que esto no les cree ningún tipo de ansiedad. Bastante tienen con su problema de salud... Intervenir con la familia; hacer una ventilación emocional; utilizar todas nuestras técnicas, una buena empatía, buena comunicación; intentar mediar tanto con la familia y con el usuario como con el profesional sanitario y con el usuario; estar en todas y cada una de las actuaciones y hacer el informe social”. (TSS4)

“Informar, acompañar en la medida que la familia lo pida, en la toma de decisiones y no juzgar”. (TSS5)

Una de ellas incidió en el papel de apoyo, tanto emocional como social.

“El papel o la función del trabajador social sanitario es, fundamentalmente, de apoyo emocional y social; acompañamiento al paciente, a su entorno familiar; información; asesoramiento con respecto a cada fase del proceso; gestión de recursos y servicios de apoyo... En definitiva, la visión social”. (TSS2)

Dos de ellas han manifestado que no han realizado ninguna intervención, aportando lo que consideran y piensan que haría el trabajador social sanitario en este tipo de intervención.

“No sé exactamente porque no hago intervención y he preguntado a mis compañeros y tampoco. Pero yo pienso que información, orientación y asesoramiento y ejecutar el trámite oportuno”. (TSS6)

“Como nunca he realizado ninguna intervención, no te sé decir exactamente, pero yo creo que apoyo, información a la familia, explicación de los pasos que tienen que seguir, del procedimiento, evaluación y acompañamiento”. (TSS7)

5.4.1. Reconocimiento y visibilización del trabajador social sanitario

Otro aspecto abordado en la entrevista ha sido el reconocimiento y la visibilización del/la trabajador/a social sanitario/a, donde la mayoría coincide en que todavía no está lo suficientemente reconocido.

“No. Ni siquiera cuentan con nosotros para cosas importantes, no se nos respeta”. (TSS5)

“No está lo suficientemente reconocido, en ningún sector del trabajo social”. (TSS7)

Dos de ellas señala la falta de reconocimiento por causas diversas.

“No está reconocido, pero realmente ese reconocimiento yo pienso que viene por la falta de conocimiento especializado, de bagaje, etc. que hace que se tenga esa consideración”. (TSS1)

“Yo creo que no. No recibimos el reconocimiento suficiente. Puede ser por varias razones: una que estamos en una organización sanitaria donde todo el mundo es sanitario y nosotros no lo somos todavía. Somos un número muy pequeño de profesionales en relación al resto. También por nosotras mismas, hacemos poca investigación y no somos capaces de crear un cuerpo teórico suficiente”. (TSS3)

Asimismo, otras indican la importancia de continuar luchando para que se reconozca esta figura.

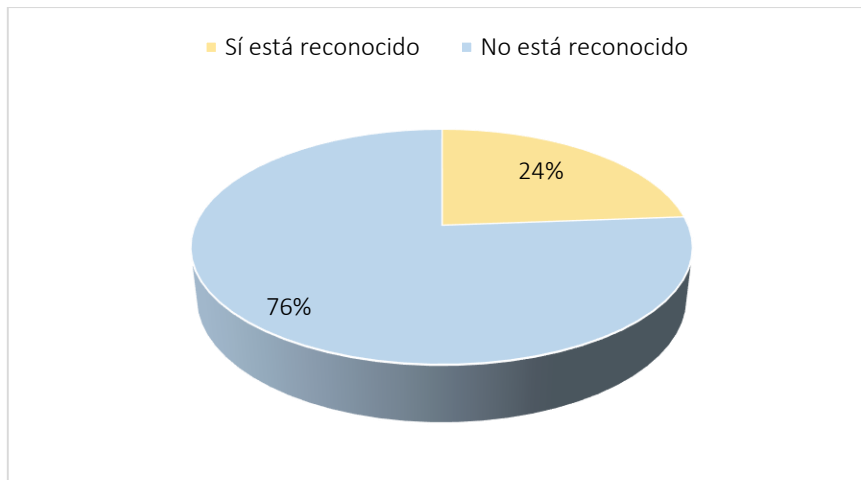
“Aún carecemos del reconocimiento y de la visibilización de la figura del trabajador social sanitario y en el proceso de la eutanasia. Tenemos que hacer hincapié en trabajar con los demás profesionales de la sanidad, formar parte del equipo dando una visión integradora del proceso, donde existe una relación biopsicosocial que afecta al paciente y a su entorno”. (TSS2)

“Efectivamente seguimos todavía a años luz de todo el reconocimiento que realizamos. Ahora se reconoce un poco más por el tema de la COVID-10, ha sido como un boom que ha dado más visibilidad al trabajo social, pero todavía sigue sin reconocerse todo el trabajo. La gente sabe que existimos, sobretudo en el ámbito sanitario, pero, cuando vienen por primera vez, se dan cuenta de cosas que hacemos que no sabían y se sorprenden. Poco a poco nos vamos dando a conocer. En estos años de experiencia veo que ha habido un avance, pero que todavía queda mucho camino por hacer. He podido comprobar que la demanda ha aumentado, aparte de por muchas otras circunstancias, por la visibilidad que se ha dado al trabajador social sanitario”. (TSS4)

Una de ellas discrepó con el resto, destacando que ella sí que considera que los trabajadores sociales sanitarios están reconocidos y visibilizados.

“Es un tema en el que yo discrepo normalmente. Hace poco tuvimos un curso online y siempre salía el tema de la falta de reconocimiento. Yo no lo siento ni lo percibo así, yo creo que el trabajo social sanitario está muy valorado, porque yo me siento así”. (TSS6)

Gráfica 9. Reconocimiento del trabajador/a social sanitario/a



Fuente: elaboración propia

5.5. Experiencia profesional

5.5.1. Intervención en caso de eutanasia

La mayoría de profesionales afirman no haber realizado ninguna intervención todavía en un caso de eutanasia.

“No, no he intervenido en ningún caso”. (TSS7)

“No, no he intervenido”. (TSS6)

“No he llegado a intervenir todavía porque justo el que vino fue cuando estuve de baja”. (TSS1)

Otras destacan que, aunque no hayan realizado ninguna intervención, sí que han tenido que dar información a pacientes que lo han solicitado.

“Aún no, aunque al Equipo de Salud Mental en el que me encuentro le ha sido solicitada información del proceso por parte de un paciente”. (TSS2)

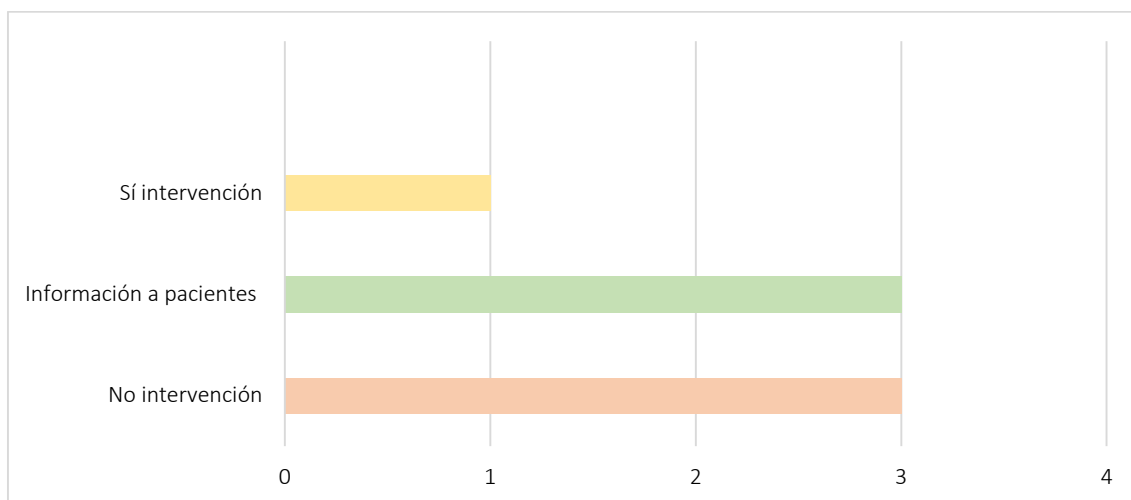
“No. Tenemos un caso, pero no reúne los requisitos. Es una persona con enfermedad mental y se ha empeñado en que tiene dolor y quiere que le apliquemos la eutanasia, pero no reúne los requisitos de base”. (TSS3)

“No he intervenido en ningún caso, pero sí que he tenido que informar a un paciente sobre ello”. (TSS5)

Asimismo, una de las profesionales sí que ha intervenido en un caso de eutanasia recientemente.

“Sí. He intervenido en un caso de eutanasia”. (TSS4)

Gráfica 10. Dificultades en el proceso



Fuente: elaboración propia

5.5.2. Intervención con el paciente y la familia

En cuanto a la intervención con el paciente y su familia, solo dos profesionales pudieron contestar, recalcando la importancia del acompañamiento del profesional durante todo el proceso.

“En la intervención con el paciente, una herramienta fundamental es la entrevista, a través de la cual, el paciente expresa sentimientos; le ayuda a clarificar ideas, pensamientos, enfrentarse a la toma de decisiones, velar por la autonomía del paciente... Al profesional le ayuda a entender y valorar la demanda. Con la familia, se esclarecen las dudas que le generan, su preocupación, temores... y solventar posibles problemas de comunicación entre paciente y familia”. (TSS2)

“Acompañándoles desde el momento de la decisión, aceptándola y trabajando con ellos la aceptación por el respeto y la participación que tiene la persona, siempre que se encuentre con plenas capacidades. Hemos trabajado con los médicos, tanto con el médico responsable como con el colaborador y, en el caso que tuvimos, ella eligió que se practicara la ayuda para morir en su domicilio. En todo momento la hemos estado acompañando, desde el principio hasta el final”. (TSS4)

Asimismo, también se encuentran con dificultades para abordar el final de vida del paciente, la trabajadora social que ha intervenido en un caso, destaca lo siguiente.

“Este caos fue el primero en Castilla y León. Dificultades como tal no encontramos, pero sí que destaco el largo tiempo de espera. Eso lo consideraría como la única dificultad. El resto es trabajar con personas como trabajamos cada día, por su bienestar y por su calidad de vida”. (TSS4)

5.6. Propuestas de mejora

El último aspecto que se abordó en la entrevista fueron los aspectos que las profesionales consideraban que debían mejorar para una intervención adecuada con estos pacientes. La mayoría coincide en la mejora de unas capacidades básicas para el trabajo social como son la empatía, la escucha activa, el empoderamiento, la coordinación...

“Yo creo que tiene que desarrollarse mucho la empatía y eso es algo que tú llevas, que no te lo da la carrera; también enjuiciamiento; tener la capacidad de empoderar al otro y de fijarse en sus fortalezas; sosiego; mucha capacidad de escucha que trascienda más allá de lo meramente verbal y evidente; respetar siempre su propio proceso, contribuyendo a un clima claro, cercano y accesible. Tiene que ser una intervención eficaz en cuestiones humanas teniendo calidez y calidad, dando ese espacio de intimidad a la persona, siendo cuidadoso y formulando las entrevistas para no hacer preguntas innecesarias; realizar un buen informe y una buena sistematización de la intervención”. (TSS1)

“Casi no lo sé porque no he tenido ninguno, pero, de entrada, yo creo que, para mejorar, los profesionales que siempre han estado cerca de la persona, deberían de ser su equipo de referencia. También algo de difusión, visibilización. Más información sobre el acceso a esta prestación. Además, considero que la religión también tiene mucho que ver, mientras lo religioso no se ponga de acuerdo con esto, va a ser algo que dificulte también”. (TSS3)

“Mejorar el trabajo previo que se hace con la persona, respetar que la gente necesita tiempo y explicarle correctamente lo que puede suponer todo el proceso, desde un primer momento”. (TSS5)

Una de ellas destaca la importancia de ofrecer un acompañamiento más cercano a la persona durante el proceso, un acompañamiento más próximo, tanto al paciente como a su familia.

“Un acompañamiento más cercano. Mientras ellos esperan los días que tienen que esperar, no estamos ningún profesional a su lado. Es verdad que nosotros le ofrecemos la facilidad de una llamada telefónica que les pueda acercar a nosotros... pero nos faltaría una cercanía más próxima, más desde el entorno”. (TSS4)

Del mismo modo, otras participantes señalaron como aspecto fundamental para mejorar la intervención, la información y formación que reciben los profesionales. Señalan la necesidad de una mayor información para poder dar una respuesta adecuada a las necesidades de estas personas.

“Más formación continua a los profesionales en el proceso; favorecer la accesibilidad al proceso de manera normalizada, mediante información, orientación, asesoramiento, acompañamiento...; coordinación fluida con los profesionales implicados; apoyo psicosocial a paciente y familia antes, durante y después del proceso. Para dotar de calidad, de objetividad, de humanización al proceso, este no puede quedar al margen del trabajador social. Tenemos que estar ahí y, desde los equipos de salud mental de mi área, estamos trabajando para la consecución de este objetivo”. (TSS2)

“Desde luego el aspecto de la empatía, que tiene que ir siempre acompañado de la información. Siempre hay que mejorar la cercanía, información y asesoramiento”. (TSS6)

“Más información a los profesionales para que sepan cómo tienen que actuar, cómo tienen que intervenir. Que la gente sepa que existen. Acreditación”. (TSS7)

6. CONCLUSIONES Y RELEVANCIA DEL ESTUDIO PARA LA INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL

La investigación se ha realizado en relación al objetivo general planteado, conocer la perspectiva que tienen los/as profesionales del trabajo social sanitario en el abordaje de la eutanasia. A través de las diferentes entrevistas realizadas a trabajadoras sociales sanitarias, se ha podido conocer su opinión e intervención en este tema, profundizando sobre ello.

Como se mencionaba anteriormente, la eutanasia es aquella intervención que pone fin a la vida de la persona que se encuentra en un momento de enfermedad grave e incurable y esta decide poner fin a su sufrimiento. Su legalización en España comenzó en el año 2021, convirtiéndose en el cuarto país de Europa y el séptimo del mundo en despenalizarlo.

De los resultados obtenidos en las entrevistas destacamos lo siguiente:

En primer lugar, hemos podido conocer la visión que tienen las trabajadoras sociales sanitarias entrevistadas sobre la eutanasia, comprendiendo cuál es su opinión sobre el tema investigado y cómo ha repercutido su legalización en nuestro país. Gracias a las diferentes entrevistas podemos destacar que todas lo consideran de forma positiva, ya que se ayuda a cumplir el deseo de una persona que no puede continuar con su sufrimiento y desea poner fin a su vida con el apoyo de unos profesionales. Todas las personas tienen derecho a decidir sobre cómo quieren vivir y morir. No obstante, una de ellas, a pesar de estar de acuerdo, recalcó la importancia de no asumir todos los casos como válidos e intentar agotar todos los recursos posibles y todas las soluciones para que la persona pueda evolucionar y continuar con su vida. Respecto a la legalización, todas lo han estimado como algo efectivo, siendo algo necesario que nuestro país tenía pendiente.

Otro aspecto a destacar, son las barreras y los facilitadores que pueden encontrarse aquellas personas que reciben la eutanasia. Primeramente, mencionaremos las barreras. Las profesionales han señalado diversas dificultades durante este proceso, destacando tener que enfrentarse a varios profesionales a los que tienen que contar su

situación; las dudas que les pueden surgir al tomar una decisión tan importante; la cantidad de profesionales que se están haciendo objetores de conciencia; el largo tiempo de espera y la falta de información y formación que tienen todavía muchos profesionales sanitarios. Así mismo, coinciden en señalar que un aspecto fundamental es el papel que tiene la familia durante este proceso por la complejidad de aceptar la decisión que toma el paciente y cómo afrontar esa pérdida. En relación a las facilidades que encuentran los/las pacientes y sus familias, han coincidido en que, el mayor facilitador, son los profesionales. Las personas tienen suerte de contar con un equipo de profesionales que les van a acompañar durante todo el proceso, recibiendo una atención adecuada.

Además, se destaca otro aspecto importante, el miedo a solicitar la eutanasia ante el desconocimiento que hay, al ser una ley reciente. Se observa que coinciden en que las personas solicitantes pueden tener miedo a ser cuestionados por una falta de conciencia social, miedo a lo desconocido... señalando también que la falta de información puede influir en esa elección.

En relación a la Comisión de Garantía y Evaluación, todas consideran imprescindible que la figura del trabajador social forme parte de esta, ya que aporta una perspectiva biopsicosocial necesaria para cualquier proceso.

Respecto al papel del trabajador social sanitario en la intervención psicosocial de la eutanasia, se puede destacar las funciones de clarificar, preparar, orientar, acompañar, informar, asesorar a la persona y a su familia, apoyar emocional y socialmente y realizar los informes necesarios. Cabe señalar que, a nivel general, no consideran que su profesión esté socialmente reconocida y visibilizada, quedando mucho trabajo por hacer.

En cuanto a la experiencia profesional en casos de eutanasia, la mayoría no ha realizado ninguna intervención, encontrándonos con tres que han ofrecido información a pacientes que lo han solicitado y con una que ha intervenido recientemente en un caso, señalando la importancia del acompañamiento a la persona durante todo el proceso.

Por último, se abordaron las propuestas de mejora para conseguir una intervención adecuada con estos pacientes. Se destacaron la empatía, el empoderamiento, una

escucha activa, más visibilización, acompañamiento cercano y más formación a los trabajadores sociales.

Asimismo, destacar la falta de intervención y de casos relacionados con la eutanasia, ya que se trata de una ley aprobada recientemente y la necesidad de una formación actualizada a los/las profesionales del trabajo social sanitario para poder intervenir adecuadamente con estos/as pacientes cuando se produzca un caso de eutanasia.

7. BIBLIOGRAFÍA

Abad, M.R. (2021). *La eutanasia: una reflexión desde la bioética y la teología moral*. Hermanas Hospitalarias. Recuperado de <https://www.hospitalarias.es/la-eutanasia-una-reflexion-desde-la-bioetica-y-la-teologia-moral/>.

Báez, J. (2014). *El método cualitativo de investigación desde la perspectiva de marketing: el caso de las universidades públicas de Madrid*. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/29615/1/T35974.pdf>.

BBC News Mundo. (18 de marzo de 2021). Eutanasia: los 7 países del mundo donde es una práctica legal (y cuál es la situación en América Latina). *BBC News Mundo*. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-56423589>.

Betancor, J.T. (1995). El testamento vital. *Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología San Sebastián*, 9, 97-112. Recuperado de <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/25568/10%20-%20El%20testamento%20vital.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Campillo, A. (2016). *La eutanasia*. [Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid]. Recuperado de <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/19421>.

Campos et. al (2001). Consideraciones acerca de la Eutanasia. *Medicina Legal de Costa Rica*, 18 (1). Recuperado de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152001000200007.

Camps, V. et. al (2011). Opinión del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en sanidad. *Comité de Bioética de España*. Recuperado de <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/La%20objecion%20de%20conciencia%20en%20sanidad.pdf>.

Capella, F. (2019). *Eutanasia y libertad*. Instituto Juan de Mariana. Recuperado de <https://juandemariana.org/ijm-actualidad/analisis-diario/eutanasia-y-libertad/>.

Carbonell, Á. et. al. (2021). El derecho a morir dignamente: una oportunidad para el impulso ético del Trabajo social. *Revista de investigaciones en intervención social*, 11, 1-29. Recuperado de <https://revistaseug.ugr.es/index.php/tsg/article/view/11453>.

Castrillo, J.L. et. al. (2013). *Documento de consenso sobre las funciones del profesional de trabajo social sanitario*. Recuperado de <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/documento-consenso-funciones-profesional-trabajo-social-san.ficheros/330043-Documento%20Consenso%20Funciones%20Trabajadores%20Sociales.pdf>.

Colegio de Médicos de Barcelona. (25 de noviembre de 2021). Médicos, enfermeras y trabajadores sociales debaten sobre cómo aplicar la ley que regula la eutanasia. *Collegi de Metges de Barcelona*. Recuperado de <https://www.comb.cat/es/comunicacio/noticies/medicos-enfermeras-y-trabajadores-sociales-debaten-sobre-como-aplicar-la-ley-que-regula-la-eutanasia>.

Comisión provincial de bioética. (13 de julio de 2021). Muerte digna y eutanasia. *Hermanas hospitalarias*. Recuperado de <https://www.hospitalarias.es/muerte-digna-y-eutanasia/>.

Consejo General del Trabajo Social. (n.d.) *Definición Internacional de Trabajo Social*. Recuperado de <https://www.cgtrabajosocial.es/DefinicionTrabajoSocial>.

Consejo General del Trabajo Social (2021). *Trabajo Social: clave en las comisiones de la ley de la eutanasia*. Recuperado de <https://www.cgtrabajosocial.es/noticias/trabajo-social-clave-en-las-comisiones-de-la-ley-de-la-eutanasia/7260/view>.

Consejo General del Trabajo Social. (n.d.) *Trabajo Social y Salud*. Recuperado de https://www.cgtrabajosocial.es/Ejes_Estrategicos_ambito_intervencion_Salud.

Constitución española [CE]. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 331, de 29 de diciembre de 1978, pp. 1 a 16. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229#:~:text=Art%C3%ADculo%2017-1,forma%20previstos%20en%20la%20ley>.

COTSA. (15 de julio de 2021). Profesionales del Trabajo Social aplauden su inclusión en las comisiones que evaluarán las peticiones de eutanasia. *Colegio oficial de trabajo social Alicante*. Recuperado de <https://www.cotsalacant.es/es/noticias/8896/profesionales->

del-trabajo-social-aplauden-su-inclusion-en-las-comisiones-que-evaluaran-las-peticiones-de-eutanasia.

Creagh, M. (2012). Dilema ético de la eutanasia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38 (1), 150-155. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2012/csp121n.pdf>.

Cuenca, M.C. (2021). Perspectivas ante la eutanasia regulada en España. *Colegio Oficial de Psicología Castilla y León*. Recuperado de <https://www.copcyl.es/wp-content/uploads/2021/03/CONSUELO-CUENCA-MONOGRAFI%CC%81A-EUTANASIA-.pdf>.

Decreto 5/2022, de 11 de marzo, por el que se crea el registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia para la prestación de ayuda para morir. *Boletín Oficial de Castilla y León*, nº 51, de 15 de marzo de 2022, pp. 11410 a 11414. Recuperado de <https://bocyl.jcyl.es/boletines/2022/03/15/pdf/BOCYL-D-15032022-1.pdf>.

De González, O. (n.d.). Eutanasia. Recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/4/1968/22.pdf>.

De la Gama, A. (28 de abril de 2019). Javier Sádaba: “Mi mujer me pidió muy claro en qué momento quería dejar de vivir”. *El Confidencial*. Recuperado de https://www.elconfidencial.com/espana/2019-04-28/eutanasia-javier-sadaba-ley-espana-muerte-digna_1967658/#:~:text=La%20eutanasia%20es%20aquella%20muerte,persona%20solo%20va%20a%20sufrir.

De Miguel, C. & López, A. (2006). Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia. *Med paliat*, 13, (4). Recuperado de <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/04/eutanasia-y-suicidio-asistido-conceptos-generales-y-situacion-legal.pdf>.

De Miguel, J.M. (1995). «El último deseo»: para una sociología de la muerte en España. *Reis*, 109-156. Recuperado de https://reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_071_072_07.pdf.

Derecho a Morir Dignamente. (2021). *Eutanasia y suicidio asistido*. Derecho a Morir Dignamente. Recuperado de <https://derechoamorrir.org/preguntas-frecuentes/>.

Derecho a morir dignamente. (2021). *La Ley Orgánica de Ley de Eutanasia despenaliza la ayuda médica para morir en personas con una enfermedad en fase terminal o una dolencia irreversible con limitaciones en su autonomía física*. Derecho a morir dignamente. Recuperado de <https://derechoamorir.org/eutanasia-en-espana/>.

Derecho a Morir Dignamente (2021). *Los pasos para pedir una eutanasia en España*. Recuperado de <https://derechoamorir.org/2021/04/06/pedir-eutanasia-espana/>.

Derecho a morir dignamente. (2021). *¿Por qué la sociedad española apoya la eutanasia?* Derecho a morir dignamente. Recuperado de <https://derechoamorir.org/2021/02/03/apoyo-mayoritario-a-la-eutanasia-el-papel-de-dmd/>.

Duque, S. (2020). *Estudio cualitativo sobre la sobrecarga del cuidador no profesional de personas con demencias*. [Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid]. Recuperado de <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/42639>.

Echegoyen, J. (n.d.). *Kant. Filosofía Moderna. Autonomía de la voluntad*. Torre de Babel ediciones. Recuperado de <https://e-torredebabel.com/kant-filosofia-moderna-autonomia-de-la-voluntad/>.

Editorial Etecé. (2020). *Concepto*. Recuperado de <https://concepto.de/eutanasia/>.

España se convirtió en el cuarto país de Europa en legalizar la eutanasia. (22 de julio de 2021). *Bravo advocats*. Recuperado de <https://www.bravoadvocats.com/eutanasia-en-espana/>.

Esquivel, J. (2004). *Eutanasia y su evolución histórica*. Portal estudiantes Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://www.ub.edu/ciudadania/hipertexto/evolucion/trabajos/0304/3/2.htm>.

Europa Press. (28 de enero de 2021). Siete de cada diez personas en España está a favor de la eutanasia frente al 15% que está en contra, según el CIS. *Infosalus*. Recuperado de <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-siete-cada-diez-personas-espana-favor-eutanasia-frente-15-contra-cis-20210128125124.html>.

Felipe, C. (n.d.). Principio de Autonomía de la Voluntad. *Carlos Felipe Law Firm*. Recuperado de <https://fc-abogados.com/es/principio-de-autonomia-de-la-voluntad/>.

García, B. et. al. (2020). Trabajo social sanitario: una revisión de la evolución del trabajo social en el ámbito de la salud. *Revista médica*. Recuperado de <https://revistamedica.com/trabajo-social-sanitario-evolucion/>.

Germán, R. (2019). Aspectos sociales de la eutanasia. *Cuadernos de Bioética*, 30 (98), 23-34. Recuperado de DOI: 10.30444/CB.18.

Guinea, A. (2021). *Hacia la despenalización de la eutanasia*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad del País Vasco]. Recuperado de https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/54996/TFG_Guinea_Cuesta_Asier.pdf?sequence=4&isAllowed=y.

Hernández, A. (2015). *Perspectiva social y actitudes hacia la muerte en la población española*. [Trabajo fin de grado, Universidad de Salamanca]. Recuperado de https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/132423/TG_HernandezEsteban_Perspectiva.pdf;jsessionid=D230AE0C7128BA1C4CB9B944E6667CF3?sequence=1.

iSanidad. (25 de marzo de 2021). *Médico de España contra la eutanasia* [Vídeo]. YouTube. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=j3aBljDp8Wk>.

Jaramillo, J. (2007). *Ortotanasia vs. eutanasia*. Recuperado de <https://biblio.upmx.mx/Estudios/Documentos/ortotanasia016.asp>.

Junta de Andalucía. (2006). *Ética y Muerte Digna*. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Recuperado de https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956961eac_etica_muerte_digna.pdf.

Junta de Castilla y León. (n.d.). Proceso de atención para la prestación de ayuda para morir. SACYL. Recuperado de <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia.ficheros/1911545-Preguntas%20y%20respuestas%20profesionales.pdf>.

Justizia eus. (2021). *Derecho a una muerte digna*. Justizia eus. Recuperado de <https://www.justizia.eus/noticias/los-derechos-paso-a-paso-xv-derecho-a-una-muerte-digna#:~:text=Este%20derecho%20hace%20referencia%20a,el%20proceso%20de%20su%20muerte.>

La Vella, G. (19 de marzo de 2021). España aprueba la ley de la eutanasia. La iglesia: una elección contra la vida. *Vatican News*. Recuperado de <https://www.vaticannews.va/es/iglesia/news/2021-03/espana-aprueba-ley-eutanasia-iglesia-rechazo-vida.html>.

Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 99, de 26 de abril de 2011, pp. 1 a 12. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-7408-consolidado.pdf>.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 281, de 24 de noviembre de 1995, pp. 1 a 202. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>.

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 72, de 25 de marzo de 2021, pp. 34037 a 34049. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, pp. 1 a 14. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>.

Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 127, de 25 de mayo de 2010, pp. 1 a 16. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-8326-consolidado.pdf>.

Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 115, de 14 de mayo de

2011, pp. 1 a 17. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-8403-consolidado.pdf>.

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 294, de 6 de diciembre de 2018, pp. 119788 a 119857. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2018/12/06/pdfs/BOE-A-2018-16673.pdf>.

Lozano, M. (17 de diciembre de 2020). Cientos de personas claman contra la ley de eutanasia: «Hay que cuidar al que lo necesita, no matarlo». *ABC*. Recuperado de https://www.abc.es/sociedad/abci-cientos-personas-claman-contra-ley-eutanasia-cuidar-necesita-no-matarle-202012171433_noticia.html.

Martí, L.F. (21 de julio de 2021). La dignidad humana en Kant. *Newsmedia*. Recuperado de <https://www.ipade.mx/2021/07/21/la-dignidad-humana-en-kant/#:~:text=La%20idea%20de%20la%20dignidad,la%20autonom%C3%ADa%20de%20la%20voluntad>.

Martín, C. (2019). *Personas afectadas de esclerosis múltiple: un estudio cualitativo sobre calidad de vida, necesidades y atención social*. [Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid]. Recuperado de <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/39812>.

Martínez, J.A. (2021). La eutanasia y su incidencia en los derechos del paciente. *Revista catalana de Dret Públic*, 63, pp. 198-215. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8204605>.

Noticias jurídicas. (2021). *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal*. Noticias jurídicas. Recuperado de https://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/lo10-1995.l2t1.html.

Ordieres, N. (2019). Trabajo social y muerte digna. *Revista nuevos yacimientos del trabajo social*, 121, 57-67. Recuperado de <https://www.serviciosocialesypoliticassociales.com/-57>.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *La dignidad humana*. Recuperado de <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-dignidad-humana>.

Ortiz-Gonçalves, B. et. al (2018). Elaboración de un cuestionario sobre conocimientos y actitudes de la población madrileña frente al final de la vida. *Gaceta sanitaria* (32), 4. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.09.009>.

Otero, F. (2020). *Las religiones en España se unen frente al avance de la eutanasia*. Alfa y omega. Recuperado de <https://alfayomega.es/las-religiones-en-espana-se-unen-frente-al-avance-de-la-eutanasia/>.

Pasquali et. al (2001). Eutanasia: historia y actualidad. *Ámbito jurídico* (5). Recuperado de <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/eutanasia-historia-y-actualidad/#:~:text=%E2%80%9Ceutanasia%E2%80%9D%20significa%3A%20buena%20muerte,Bac%C3%B3n%20en%20el%20siglo%20XVII.&text=entonces%20de%20eutanasia%20involuntaria>.

Pérez, M. (2021). Trabajar con la muerte desde el Trabajo Social. Implicaciones antropológicas, psicológicas, bioéticas y legales. *Revista Trabajo Social Hoy*, 92, 7-26. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2021.0001>.

Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. *Boletín Oficial de las cortes generales, núm. 46-1*, de 31 de enero de 2020, pp. 1 a 11. Recuperado de https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-46-1.PDF.

Ramírez, L. (18 de diciembre de 2021). España ha practicado un centenar de eutanasias desde la aprobación de la nueva ley. *The Objective*. Recuperado de [https://theobjective.com/sociedad/2021-12-18/eutanasia-muertes-espana/#:~:text=Desde%20entonces%20hasta%20ahora%2C%20cuando,a%20Morir%20Dignamente%20\(DMD\)](https://theobjective.com/sociedad/2021-12-18/eutanasia-muertes-espana/#:~:text=Desde%20entonces%20hasta%20ahora%2C%20cuando,a%20Morir%20Dignamente%20(DMD)).

Real Academia Española. (2021). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <https://dle.rae.es/eutanasia>.

Rivera, E. (2018). Eutanasia y autonomía. *Humanitas, humanidades médicas*, 1 (1), 79-86. Recuperado de <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/eutanasia-y-autonomia.pdf>.

RTVE. (18 de marzo de 2021). El mapa de la eutanasia en el mundo: legal en siete países. RTVE. Recuperado de <https://www.rtve.es/noticias/20210318/espana-podria-convertirse-cuarto-pais-europeo-legalizar-eutanasia/2000490.shtml>.

Salazar, A. (2021). *La regulación de la eutanasia en España. El papel del Trabajo Social Sanitario en la muerte digna* [Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid]. Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/49450>.

Serna, S. (2019). *Un estudio cualitativo sobre percepciones y problemas percibidos de jóvenes que asisten a una asociación de ayuda a drogodependientes en Palencia*. [Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid]. Recuperado de <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/39856>.

Serrano, R. et. al (2010). Opiniones y actitudes de la población en Andalucía sobre testamento vital, muerte digna y eutanasia. Recuperado de <https://digital.csic.es/bitstream/10261/28106/1/Informe%20Muerte%20Digna.pdf>.

Torre, V. (17 de julio de 2021). La libertad y la ley de eutanasia. *Vozpopuli*. Recuperado de <https://www.vozpopuli.com/opinion/la-libertad-y-la-ley-de-eutanasia.html>.

TS difusión (2021). *Ley de eutanasia en España: donde el trabajo social debe estar*. Recuperado de <https://www.tsdifusion.es/ley-de-eutanasia-en-espana-donde-el-trabajo-social-debe-estar#:~:text=Eutanasia%3A%20buena%20muerte.,momento%20elegido%20por%20una%20persona>.

Villacorta, A. (26 de junio de 2021). En España, ya pueden pedir la eutanasia quienes tengan una enfermedad grave o incurable. *France24*. Recuperado de <https://www.france24.com/es/europa/20210626-espana-entra-vigencia-ley-eutanasia-enfermedades-cronicas>.

Zamora, A. (2010). El enfermo terminal y la muerte. *Revista Bioética y Ciencias de la Salud*, (5), 2. Recuperado de https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/paliativos/ENFERMO_TERMINAL_Y_LA_MUERTE.pdf.

8. ANEXOS

8.1. Guion de la entrevista

GUION ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

El propósito de la entrevista es conocer la perspectiva de trabajadores/as sociales sanitarios en el abordaje de la eutanasia.

BLOQUES DE LA ENTREVISTA

Bloque 1. Visión de los/as trabajadores/as sociales sobre la eutanasia

Pregunta 1. ¿Cuál es su opinión sobre la eutanasia?

Pregunta 2. ¿Considera que la legalización de la eutanasia en nuestro país ha repercutido de forma positiva?

Bloque 2. Dificultades, barreras y facilitadores que pueden encontrar las personas que reciben la eutanasia

Pregunta 3. ¿Cuál cree que son las principales dificultades que encuentran los/as pacientes y sus familias durante este proceso? ¿Y las facilidades?

Pregunta 4. ¿Considera que hay pacientes que tienen miedo de solicitar la eutanasia ante el desconocimiento que hay?

Bloque 3. Comisión de Garantía y Evaluación

Pregunta 5. La Comisión de Garantía y Evaluación se encarga de controlar, resolver las reclamaciones de la eutanasia, atiende posibles conflictos, etc. y suele estar formada por médicos/as, enfermeros/as y juristas. En algunas Comunidades Autónomas la figura del trabajador social sanitario forma parte de esta comisión. ¿Considera que es importante que en todas las Comunidades Autónomas exista esta figura?

Pregunta 6. ¿Forma parte de esta comisión? Si es que no, ¿le gustaría formar parte de ella?

Bloque 4. Papel del/la trabajador/a social

Pregunta 7. ¿Cuál es el papel del/la trabajador/a social sanitario en la intervención psicosocial de la eutanasia?

Pregunta 8. ¿Alguna vez ha tenido que intervenir en un caso de eutanasia?

En el caso de responder afirmativamente:

Pregunta 9. ¿Cómo se lleva a cabo la intervención con el paciente? ¿Y con la familia?

Pregunta 10. ¿Qué dificultades ha encontrado en el abordaje del final de la vida del paciente?

Pregunta 11. ¿Considera que el/la trabajador/a social recibe el reconocimiento y la visibilización que se merece o, por el contrario, no está lo suficientemente reconocido?

Bloque 5. Propuestas de mejora

Pregunta 12. ¿Qué aspectos piensa que pueden mejorarse para intervenir adecuadamente a estos pacientes?

Pregunta 13. ¿Hay algún aspecto que no haya mencionado anteriormente y considera que es adecuado una reflexión sobre ello? ¿Algo más que me quiera comentar?