



Asociación Mexicana de
Tanatología, A.C.



Asociación Michoacana
de Apoyo Tanatológico

VIII CONGRESO NACIONAL DE TANATOLOGÍA

VIDA Y MUERTE

UNA RELACIÓN TRASCENDENTAL

Del 10 al 13 de Noviembre, Morelia, Mich.

M E M O R I A S

AMTAC:

Insurgentes Sur # 1160 3er Piso,
(Entre Miguel Laurent y Tlacoquemecatl,
Frente a Parque Hundido)
Col. Del Valle, C.P. 03100
Tels. 55.75.59.95 y 55.75.59.96
Fax: 55.75.41.95
www.tanatologia-amtac.com
E-Mail: info@tanatologia-amtac.com
Twitter: [@tanatologiamex](https://twitter.com/tanatologiamex)

AMAT

Teléfono (443) 3 24 41 25,
Celular (443) 3 11 22 75
Fresno núm. 329, Fray Antonio de San
Miguel, Morelia
(Atrás de Plaza Morelia)
amat-morelia@hotmail.com

VOLUNTAD ANTICIPADA... OPCIÓN PARA MORIR EN PAZ.

Ma. de la Soledad Escamilla Cejudo.

Sin duda alguna la *Época Contemporánea* está marcada por un sin fin de avances tecnológicos que ofrecen resultados tanto benéficos como dañinos para el hombre. Entre los siglos XIX, XX y comienzos del XXI, la tecnología ha sido capaz de satisfacer la gran mayoría de las necesidades del ser humano. Además de contribuir a crear una civilización y una cultura, la tecnología ha hecho que las personas ganen cierto control sobre la naturaleza, se incrementa la producción de bienes materiales y de servicios, promoviendo para algunos grupos de la humanidad un mejor nivel de vida (mejor alimentación, vestimenta, alojamiento y una variedad de aparatos para el uso doméstico y el ocio).

Un área que ha ganado de manera trascendente espacios casi inimaginables es la medicina, y gracias a los métodos diagnósticos, la elaboración de nuevos fármacos, terapias y procedimientos quirúrgicos se han erradicado del planeta enfermedades mortales y la esperanza de vida se ha incrementado visiblemente.

Durante el siglo XIX la medicina se vio favorecida por muchos descubrimientos: invención del fonendoscopio; Richard Bright diagnosticó la nefritis; Tomas Hodgkin describió enfermedad de Hodgkin que afecta al sistema linfático; el cirujano y paleontólogo James Parkinson describió la enfermedad de Parkinson; Gregor Mendel realizó experimentos que estimularon los estudios sobre genética humana y herencia. Louis Pasteur demostró la teoría de los gérmenes como causantes de enfermedades y desarrolló vacunas contra varias enfermedades, incluida la rabia. La cirugía se benefició significativamente con la teoría de los gérmenes. El cirujano inglés Joseph Lister propuso la utilización del ácido carbólico como agente antiséptico. El resultado fue el descenso de la mortalidad por infección de las heridas y la implementación de la esterilización del instrumental médico. Se entró a la era de la cirugía antiséptica. En 1850, en casi todos los países se empleaba la anestesia quirúrgica con éter o cloroformo; al mismo tiempo la participación de los rayos X ofrece un salto sorprendente para la medicina. ⁽¹⁾

Los logros alcanzados durante el siglo XX han permitido prolongar la vida humana. La ciencia, la tecnología y la labor de los científicos han logrado la mejoría de las condiciones de vida. El conocimiento adquirido durante este siglo sobre la transmisión de los caracteres hereditarios, resulta fundamental. El avance se realizó en la década del cuarenta cuando Oswald Theodore Avery y sus colaboradores en el Instituto Rockefeller, mostraron que algunos caracteres podían pasar desde una bacteria a otra a través de una sustancia denominada ácido desoxirribonucleico (ADN). Posteriormente en 1953, el físico inglés Francis Harry Compton Crack y el biólogo estadounidense James Dewey Watson propusieron una estructura química del ADN, describiendo la transportación de la información genética, y en 1979 el bioquímico estadounidense Har Gobind Khorana empleó estos hallazgos para sintetizar un

gen. Aplicaciones que han dado paso al desarrollo de disciplinas como la ingeniería genética o clonación génica. ⁽²⁾

El microscopio quirúrgico; las prótesis; trasplantes de órganos vitales; el descubrimiento de la penicilina por parte de Alexander Fleming; el tratamiento de la tuberculosis; las vacunas que previenen la fiebre tifoidea, la viruela, la difteria, el tétanos, la hepatitis B, herpes simple, varicela, malaria, el riñón artificial (1942), Willen Johan Kolff dio a conocer en un aparato para diálisis; el desfibrilador (1947), el norteamericano Paul Zoll construyó un aparato de corriente alterna para restablecer el ritmo cardíaco; la ecografía, diagnóstico por ultrasonido (1947); el norteamericano Douglas Howry inició una investigación para aplicar ultrasonidos en el estudio de los tejidos blandos humanos; el marcapasos (1952), el médico norteamericano Paul Zoll implantó un marcapasos en el pecho de un paciente con problemas de arritmia cardíaca; los primeros trasplantes (1954), el primero con éxito fue realizado por un equipo quirúrgico de Boston (EEUU); 3 de diciembre de 1967 el doctor sudafricano Christian N. Barnard realizó la primera operación de trasplante cardíaco; la vacuna contra la poliomielitis (1954), Jonas Edward Salk trabajaba en una vacuna contra la gripe en la década de 1940, investigación que llevó a él y a sus colegas a desarrollar una vacuna contra la polio en 1952. Son sólo alguno de los ejemplos de los enormes logros de la medicina durante el siglo XX. ⁽³⁾

A pesar del avance conseguido durante esos siglos, mucho tiene que avanzar la medicina todavía, la perfección no es fiable aún; ni se vislumbra que vaya a ocurrir a corto plazo, de modo que quizá sea más conveniente atender temas más inmediatos como el hecho de conseguir que la sociedad madure lo suficiente como para distinguir entre lo que es posible y lo que no lo es. ⁽⁴⁾

Resulta evidente que una de las consecuencias de tales avances se refleja en el incremento de la esperanza de vida, definida ésta por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) como el "... número de años que en promedio se espera viva un recién nacido". En México por ejemplo,

...en 1930 se esperaba que una recién nacida viviera en promedio 34.7 años, mientras que para los niños la esperanza de vida al nacer era de 33 años, es decir, 1.7 años menos que las mujeres. El aumento de los niveles de bienestar registrados, permitió una ganancia significativa en la expectativa de vida de la población que alcanzó 67.7 años para los varones y 73.5 años para las mujeres en 1990. Entre 1990 y 2009 se ganaron 4.7 años en la esperanza de vida de la población, la ganancia para las mujeres fue de 4.1 años, mientras que los varones fue de 5.2 años; ello permitió disminuir la diferencia entre las expectativas de vida de ambos a 4.7 años. Las diferencias que todavía existen en el nivel de exposición al riesgo de fallecer de mujeres y hombres están en función de las actividades y de los espacios donde se desempeñan unas y otros, así como de las responsabilidades y estilos de vida diferenciados. ⁽⁵⁾

El avance científico y tecnológico supera a todo lo realizado anteriormente por el hombre, herramientas y recursos considerados imposibles en el siglo pasado hoy forman parte de nuestra vida cotidiana. Desafortunadamente, la investigación científica también ha contribuido a la posibilidad de un destino trágico para el paciente que padece una enfermedad para la cual la ciencia y tecnología no puede detener. ⁽⁶⁾

Sin embargo, el progreso científico y el incremento de la esperanza de vida no brinda solución alguna a la finitud del hombre, es decir, al hecho real de entender la propia naturaleza mortal y frente a la negativa de aceptar esta realidad inicia el conflicto para manejar adecuadamente su relación con él mismo, con el otro, con las cosas, lugares, situaciones, creencias, etcétera. El apego subraya la aparente necesidad de permanecer en este mundo y en muchas ocasiones, a cualquier precio.

Distanasia

Es un hecho que en estos días nuestra sociedad está atenta a las controversias que cotidianamente provoca la eutanasia, aun cuando hace más de cien años en Ohio –en 1906-, se redactó el primer proyecto de ley de eutanasia. Sin embargo, sucede con mayor frecuencia el sometimiento al paciente que posiblemente morirá en un corto tiempo, a un sufrimiento innecesario provocado por la aplicación de medios, procedimientos y tratamientos médicos que se mantienen lejos de curar el padecimiento. Situación reconocida como distanasia. De ahí que “...no es extraño que la distanasia sea una de las razones por las que se solicita la eutanasia activa...”

⁽⁷⁾

El Diccionario de la Real Academia Española define a la distanasia como el “Tratamiento terapéutico desproporcionado que prolonga la agonía de enfermos desahuciados”.⁽⁸⁾ Considerando que *medios desproporcionados* son aquéllos procedimientos que resultan inútiles para conservar la mejor condición de vida del paciente o bien, que constituyen una carga importante en cuestión de dolor y sufrimiento y cuyo resultado supera los beneficios proporcionados, provocando de esta manera la Obstinación Terapéutica.

Existen algunos factores que impulsan las acciones distanásicas: ⁽⁹⁾

1. Sobreponer la vida biológica ante la calidad de esa vida.
2. Contemplación de los recursos científicos por encima del proceso irreversible de la enfermedad.
3. Ignorancia o desprecio del derecho del paciente o sus familiares en su decisión a rechazar el inicio o continuación de tratamientos médicos que prolonguen el sufrimiento del enfermo.

4. Angustia del médico ante el fracaso terapéutico y resistencia a aceptar la muerte del paciente: la dificultad del pronóstico, la experiencia del médico, las circunstancias del paciente (edad, prestigio, responsabilidad familiar, social o política, etc.), pueden alimentar por tiempo excesivo la ilusión de que la evolución del proceso que lleva a la muerte se detendrá o cambiará de sentido, mejorando el pronóstico.

Factores que predisponen a la acción distanásica: ⁽¹⁰⁾

- a) Exigencia de los familiares de hacer lo humanamente posible.
- b) Falta de comunicación entre el equipo asistencial y la familia, en relación con los deseos del paciente, expresados antes de encontrarse en estado inconsciente; la edad del paciente y sus circunstancias.
- c) La práctica extendida, e incluso en algunos casos beneficiosa sin duda, de aplicar protocolos terapéuticos.
- d) En casos extremos, podemos hablar de auténtica “medicalización del proceso de morir”.
- e) La presión que se efectúa para la introducción de nuevos fármacos.

Consecuencias: ⁽¹¹⁾

- a) Causar dolor y sufrimiento innecesario a pacientes y familiares.
- b) No reflexión de los ciudadanos y pacientes sobre la necesidad de contar con apoyo legal para protegerse de lo que se considera un poder incontrolado de los médicos en el tratamiento de los enfermos.
- c) Creación de un clima favorable a la despenalización de la eutanasia activa al valorar que es mejor la muerte que el sufrimiento inútil.
- d) Disminución de la confianza en los médicos y en la asistencia hospitalaria.

Prevención: ⁽¹²⁾

- a) Información y comunicación correcta al paciente y cuando ello no sea posible, a quien pueda representar mejor sus intereses.
- b) Mejorar la docencia en las Facultades de Medicina sobre el correcto tratamiento del dolor, insistiendo en el deber y responsabilidad de controlarlo adecuadamente.

- c) Respetar el derecho de los pacientes o de sus representantes de aceptar o rechazar un tratamiento, para lo cual puede ayudar la protección de las voluntades anticipadas.

Voluntad Anticipada

Las voluntades anticipadas son declaraciones orales o, preferiblemente, escritas, dirigidas al personal sanitario y a otras personas significativas, en las que la persona expresa los tratamientos que desea o no desea que se le apliquen en diversas circunstancias médicas futuras, cuando ella no tenga la capacidad de expresarse por sí misma. Es posible al mismo tiempo, que la persona designe a otra de su confianza para que, en esas circunstancias, actúe como su representante en la toma de decisiones sobre los cuidados de su salud y sobre la disposición de su cuerpo una vez certificada su muerte. El documento que recopila los deseos es denominado “documento de voluntad anticipada” y la declaración puede girar en diversos entornos: ⁽¹³⁾

- a) *Instrucciones acerca de los cuidados y acciones posteriores a la muerte.* Descripción de los tratamientos que desea o no le sean aplicados y posterior a la muerte, las acciones para disponer del cadáver y órganos.
- b) *Designación del representante* tanto para los cuidados como la disposición del cadáver y órganos.
- c) *Historia de valores.* Redacción del código de valores, la visión del mundo y las decisiones que se han de tomar durante la última etapa de la vida.

Voluntades Anticipadas soportadas en las *Metas de la Medicina*

El Hastings Center, uno de los centros más importantes en temas de bioética, presentó el resultado de un proyecto de investigación en el que participaron grupos multidisciplinarios –medicina, biología, derecho, ética, administración, política y salud pública- de varios países. El objetivo del proyecto consistió en diseñar las metas actuales de la medicina, y para lo cual comienzan definiendo a la salud como: ... “la experiencia de bienestar e integridad del cuerpo y de la mente, caracterizada por una ausencia de condiciones patológicas y, consecuentemente, por la capacidad de la persona para perseguir sus metas vitales y para funcionar en un contexto social y laboral habitual. El informe concluye con la presentación de cuatro metas que se pueden aplicar a todas las profesiones sanitarias: ⁽¹⁴⁾

1. La prevención de la enfermedad y de las lesiones, y la promoción y mantenimiento de la salud.

2. El alivio del dolor y el sufrimiento causado por la enfermedad y las dolencias.
3. La asistencia y curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados.
4. Evitar la muerte prematura y velar por la muerte en paz. El médico ha de procurar que cuando llegue el momento de la muerte, se proporcionen las condiciones clínicas adecuadas para que ésta se produzca en paz.

Argumentos de Voluntades Anticipadas soportados en los principios de bioética. ⁽¹⁵⁾

1. Principio de NO-maleficiencia.

Se refiere a la obligación de no infringir daño a otra. Una persona daña a otra cuando lesiona los intereses de esa otra ya se trate de la reputación, la propiedad, la privacidad o la libertad.

2. Principio de Beneficiencia.

Consiste en prevenir el daño, eliminarlo o hacer el bien y se distinguen dos tipos: a) Positiva, que provee los beneficios y b) de utilidad, elabora un balance entre los beneficios y los daños.

3. Principio de Autonomía.

Refiere a la acción autónoma, en la que, quien actúa lo hace a) intencionalmente, b) con comprensión y c) sin coacción.

En cualquier momento se han de tomar decisiones; de no existir voluntad anticipada son los familiares o el médico quien ha de hacerlo y de acuerdo a sus propios valores, aun cuando se contrapongan a los valores y deseos del paciente. El documento de voluntad anticipada ayuda a los familiares y al médico a tomar las decisiones en función de los deseos del mismo paciente.

4. Principio de Justicia.

De acuerdo a Beauchamp y Childress la justicia se refiere al tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona, de ahí que una injusticia se produce cuando se le niega a esa persona el bien al que tiene derecho.

Antecedentes de las Voluntades Anticipadas

La experiencia de los “testamentos vitales” comienza en Estados Unidos a mediados de los años 60. En 1967 en una reunión de la *Euthanasia Society of America*, se lanzó por primera vez la idea de un documento escrito, un “testamento”, en el que el paciente pudiera expresar la forma en la que deseaba ser tratado en caso de no poder hacerlo por sí mismo. El abogado L. Kutner en 1969, fue el primero en proponer un modelo de documento al que denominó “testamento vital. En los años siguientes la *Euthanasia Educational Council*, organización creada en 1967 por la *Euthanasia Society of America* promueve la educación del público norteamericano en todo lo relativo a la muerte. ⁽¹⁶⁾

La práctica de las voluntades anticipadas comenzó con los “testamentos vitales” a finales de los años 70, y es a partir de la aprobación de la Ley de Autodeterminación del Paciente -1991- cuando se desarrolla más su aplicación. La figura jurídica del documento de voluntad anticipada ha sido importada en Europa y Latinoamérica a partir de los años noventa. ⁽¹⁷⁾

En España la regulación legal fue promulgada primero en Cataluña y Galicia, en el año 2000, y más tarde a nivel nacional, con la Ley de la autonomía del paciente, en 2002.^{12.} ⁽¹⁸⁾ En los años siguientes países como Panamá, Argentina, Chile, Costa Rica, Uruguay, Colombia entre otros han ingresado al derecho a la expresión anticipada por una muerte digna.

Por lo que respecta a México, particularmente el Distrito Federal ya cuenta con una ley en la materia, a saber, la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, su Reglamento y los Lineamientos correspondientes para Hospitales Privados.

La Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, publicada el 7 de enero de 2008 en la Gaceta Oficial del Distrito Federal (GODF) –No. 247- ⁽¹⁹⁾, tiene por Objeto, regular la voluntad de cualquier persona “respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural” (GODF Art.1).

Su aplicación corresponde a la materia de Ortotanasia (GODF Art.2) y por tanto, no permite ni faculta bajo ninguna circunstancia la realización de conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida, evitando la aplicación de medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados, desproporcionados o inútiles, procurando no menoscabar la dignidad del enfermo en etapa terminal, otorgando los Cuidados Paliativos, las Medidas Mínimas Ordinarias y Tanatológicas, y en su caso la Sedación Controlada (GODF. Art.3. Fracc. XIII).

Es aplicable únicamente en territorio del Distrito Federal (GODF. Art. 5). Libera de responsabilidad civil, penal o administrativa, al solicitante, profesional o personal de salud que actúen en concordancia con las disposiciones de la Ley (GODF. Art. 6). El Código Penal para el Distrito Federal, también se reformó para establecer que las conductas realizadas en apego a la Ley de Voluntad Anticipada para el DF, no serán consideradas como homicidio, ayuda o inducción al suicidio, o delito de omisión de auxilio o cuidado.

Existen dos formas de suscripción de la Voluntad Anticipada: a) mediante un "Documento de Voluntad Anticipada", suscrito ante Notario Público (GODF. Art. 8) y b) mediante el "Formato de Voluntad Anticipada" establecido por la Secretaría de Salud, aplicable en caso de que el paciente en fase terminal, no pueda asentar su voluntad ante Notario (GODF. Art. 10). Los Notarios deberán dar aviso a la Secretaría de Salud, a través de una Coordinación Especializada en Materia de Voluntad Anticipada (GODF. Art. 9), la cual tiene por objeto la recepción, registro y archivo de las suscripciones tanto notariales como hospitalarias, encargándose de asegurar que se apliquen las medidas expresadas por los suscriptores (GODF. Art. 46).

Tanto el Documento como el Formato de Voluntad Anticipada, servirán al mismo tiempo para que las personas puedan manifestarse con respecto a la disposición de órganos susceptibles de ser donados (GODF. Art. 8 Fracc. IV).

Para que sea aplicable, el solicitante o su representante deberán entregar el Documento de Voluntad Anticipada al personal de salud y solicitar se efectúen las disposiciones establecidas en dicho documento. (GODF. Art. 35). El personal de salud deberá asentar en el historial clínico del enfermo en etapa terminal, toda la información que haga constar dicha circunstancia hasta su terminación, incluyendo los Cuidados Paliativos, las Medidas Mínimas Ordinarias, la Sedación Controlada y el tratamiento Tanatológico que se determine (GODF. Art. 41). El personal de salud en ningún momento y bajo ninguna circunstancia podrá suministrar medicamentos o tratamientos médicos, que provoquen de manera intencional el deceso del enfermo en etapa terminal (GODF. Art. 43).

En un análisis detallado elaborado por el Licenciado en Derecho y Doctor en Derechos Humanos, Pedro J. Adib Adib, comenta:

"...por supuesto que la aplicación de esta Ley requiere de muchos esfuerzos, recursos, disposición y voluntad, para no dejarla como letra muerta y únicamente haber ocupado un lugar en la estadística internacional dentro de los países que ya han legislado en la materia ...Lo más importante de la expedición de esta ley radica en el reconocimiento a la dignidad del paciente que, al menos teóricamente hasta ahora, podrá ser tratado como un ser humano, convirtiéndolo en un sujeto activo y con capacidad para determinar con anticipación respecto de los

tratamientos médicos que esté dispuesto a recibir, en el no poco probable caso de verse impedido para manifestar su voluntad llegado el momento de la decisión. ⁽²⁰⁾

Por su parte el Licenciado Eduardo García Villegas, Notario Público No. 15 del Distrito Federal, también en un análisis detallado comenta que,

“...aunque incompleta y con algunas imprecisiones, la LVADF es un paso en la dirección correcta para que todo individuo pueda efectuar disposiciones ante su propia incapacidad, por lo que, como Notarios, nos comprometemos no solo con su cabal aplicación, sino a efectuar las contribuciones necesarias para su mejoramiento.” ⁽²¹⁾

CONCLUSIONES

- ✓ Los tratamientos clínicos no siempre resultan humanamente beneficiosos para el paciente.
- ✓ El beneficio del paciente tiene prioridad sobre cualquier otro objetivo.
- ✓ El médico debe cumplir siempre las exigencias éticas y legales.
- ✓ Deben aplicarse los cuidados paliativos de calidad y por profesionales capacitados y competentes en la materia.
- ✓ Cada vez se hace más necesario una planificación anticipada, integrada por los cuidados paliativos.
- ✓ Las voluntades anticipadas corresponden a la planificación anticipada de la atención al final de la vida, como un proceso continuo de deliberación médico-paciente.
- ✓ Sólo conseguiremos que los documentos sean un instrumento útil, si los integramos en la cotidianidad de la relación clínica, especialmente en atención primaria, y no hasta cuando ya se ha producido el ingreso del paciente en estado crítico en la atención especializada.

George Steiner -escritor y humanista-, declaró:

“Hasta que los estudiantes de humanidades no aprendan seriamente un poco de ciencia, hasta que la gente que estudia lenguas clásicas o literatura española no estudie también matemáticas, no estaremos preparando la mente humana para el mundo en que vivimos. Si no entendemos algo mejor el lenguaje de las ciencias no podemos entrar en los grandes debates que se avecinan. A los científicos les gustaría hablar con nosotros, pero nosotros no sabemos cómo escucharles. Este es el problema”. ⁽²²⁾

BIBLIOGRAFÍA

1. Avances tecnológicos en la época contemporánea.
<http://aportes.educ.ar/quimica/nucleo-teorico/influencia-de-las-tic/las-lecciones-de-la-revolucion->
Página consultada por última vez el 17 de septiembre de 2010.
2. Idem.
3. Daniel Rodríguez Herrera. El impacto de la tecnología en nuestras vidas. Recorriendo la historia. Abril, 1995. *Ensayo de sociología para la Universidad con Antonio Campesino*.
<http://www.rodriguezherrera.es/a/impacto/>
Página consultada por última vez el 17 de septiembre de 2010.
4. García, Alejo Nicolás La ciencia, los avances tecnológicos y la calidad de vida. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mujeres y Hombres en México 2009. Pág. 21
5. Idem.
6. Derek Humphry. Comp. Cronología de Eventos del Derecho a Morir durante el siglo 20 y en el milenio 1900 – 2010.
http://www.finalexit.org/chronology_right-to-die_events.html
Página consultada por última vez el 17 de septiembre de 2010.
7. Jordi Sans Sabrafen, Dr. (q.e.p.d.) y Dr. Francesc Abel Fabre, s.j. Obstinación Terapéutica. Documento de la Real Academia de Medicina de Cataluña. Introducción. Pág.1. Junio de 2005.
8. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima Segunda Edición.
9. Jordi Sans Sabrafen, Dr. (q.e.p.d.) y Dr. Francesc Abel Fabre, s.j. Obstinación Terapéutica. Documento de la Real Academia de Medicina de Cataluña. Pág.2. Junio de 2005.
10. Idem.
11. Ibid. Pág. 3.
12. Ibid. Pág. 4.
13. Siurana Aparisi Juan Carlos, . Voluntades Anticipadas. Una alternativa a la muerte solitaria. Págs. 37-39. Editorial Trotta, S.A. Ferández Ciudad, S. L., 2005.

14. Ibid. Págs. 38-40.
15. Ibid. Págs. 40-60.
16. Inés Maria Barrio Cantalejo, Pablo Simón Lorda, Javier Júdez Gutiérrez. De las Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas a la Planificación Anticipada de las Decisiones From Advance Directives or Living Wills to Advance Care Planning.
17. Francisco Javier León Correa. Las voluntades anticipadas: análisis desde las experiencias en ética clínica. Advances directives: analysis from the experiences in clinic ethics. Pág. 86.
18. Idem.
19. Gaceta Oficial del Distrito Federal. No. 247. Órgano del Gobierno del Distrito Federal. Publicada en la Ciudad de México el 7 de enero de 2008.
20. Pedro José Adib Adib. Comentarios a la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. Revista Jurídica. Boletín Mexicano de Derecho Comparado. Págs. 1454-1455. Biblioteca Jurídica Virtual. <http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/boletin/cont/123/el/el13.htm> Página consultada por última vez el 17 de septiembre de 2010.
21. Eduardo García Villegas. Notario Público No. 15 del Distrito Federal. La Voluntad Anticipada. Pág 41. Septiembre, 2009. http://www.notarios.com.mx/admin/fotos/pages/eduardo_garcia_villegas.pdf Página consultada por última vez el 17 de septiembre de 2010.
22. Fernández Buey, Francisco. Ciencia, tecnología y humanidades para el siglo XXI. Ideas en torno a una tercera cultura. Ciencia, tecnología y sustentabilidad el Escorial. Pág. 1. Julio 2004.