



*Trabajo de fin de grado*

**ANÁLISIS DE LA ACTITUD HACIA LA  
EUTANASIA EN UNA MUESTRA DE  
POBLACIÓN GENERAL**

**ANALYSIS OF THE ATTITUDE  
TOWARDS EUTHANASIA IN A  
SAMPLE OF THE GENERAL  
POPULATION**

**CURSO 2021/2022**

**Grado en Enfermería – Facultad de Enfermería de  
Ciudad Real**

**CONVOCATORIA ORDINARIA**

**Autora:** Lucía Parra Quintanilla

**Tutora:** M<sup>a</sup> Dolores Onieva Zafra


**MAYO, 2022**

En Ciudad Real a 19 de Mayo del 2022.

María Dolores Onieva Zafra, tutor de la alumna Lucía Parra Quintanilla, acepta y da el visto bueno al Trabajo Fin de Grado presentado en esta Facultad de Enfermería para su defensa en la convocatoria ordinaria del mismo.

Un saludo

María Dolores Onieva Zafra

ID. DOCUMENTO	CDwBwAb13o		Página: 1 / 1
FIRMADO POR		FECHA FIRMA	ID. FIRMA
ONIEVA ZAFRA MARIA DOLORES		19-05-2022 10:09:22	1652947768780
			
CDwBwAb13o			

Calle Altagracia número 50 - Ciudad Real - 13071. Tfno.: 926295300 Fax: 926295301 - <https://www.sede.ucm.es> - Soporte a usuarios: <https://cau.ucm.es>  
Copia de documento electrónico. Para verificar su autenticidad y la validez de su firma, acceda a <https://www.sede.ucm.es/verificadorfirmas/ucm>

# ÍNDICE

1. RESUMEN / ABSTRACT .....	5
2. INTRODUCCIÓN.....	7
2.1. ¿Qué es la eutanasia? .....	7
2.2. Conceptos relacionados con eutanasia.....	9
2.3. Países en los que la eutanasia esta legalizada .....	11
2.4. Eutanasia en España.....	14
2.4.1. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir en España .....	16
2.5. Pendiente resbaladiza .....	17
2.6. Percepción de la población europea sobre la eutanasia .....	17
2.7. Principios de la bioética.....	19
2.8. Justificación.....	20
3. OBJETIVOS .....	22
3.1. Objetivo general y objetivos específicos .....	22
4. MATERIALES Y MÉTODOS .....	22
4.1. Tipo de estudio .....	22
4.2. Población de estudio y tamaño de la muestra.....	22
4.3. Criterios de inclusión y de exclusión.....	23
4.4. Recogida de datos.....	23
4.5. Instrumentos utilizados.....	24
4.6. Análisis estadístico .....	24
5. CONTENIDO .....	25
5.1. Resultados .....	25
5.2. Discusión .....	40
6. CONCLUSIONES.....	44
7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	46
8. BIBLIOGRAFÍA.....	47
9. ANEXOS .....	51
9.1. Gráficos.....	51
9.2. Euthanasia Attitude Scale (EAS) .....	53
9.3. Variables .....	55

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Muestra de estudio .....	23
Tabla 2. Edad.....	26
Tabla 3. Estado civil .....	26
Tabla 4. Nivel de estudios .....	27
Tabla 5. Grado de religión .....	28
Tabla 6. Tabla cruzada religioso * Grado de religión .....	28
Tabla 7. ¿Has tenido/tienes algún familiar que padezca una enfermedad terminal? .....	29
Tabla 8. ¿Estas a favor de la eutanasia?.....	29
Tabla 9. Respuestas de los ítems a la escala de actitud hacia la eutanasia (EAS) .....	30
Tabla 10. Tabla cruzada ¿Has tenido/tienes algún familiar que padezca una enfermedad terminal? * ¿Estas a favor de la eutanasia?.....	32
Tabla 11. Tabla cruzada. Sexo * ¿Estas a favor de la eutanasia? .....	32
Tabla 12. Tabla cruzada Estado civil * ¿Estas a favor de la eutanasia?.....	33
Tabla 13. Tabla cruzada. Religioso * ¿Estas a favor de la eutanasia? .....	34
Tabla 14. Tabla cruzada. Grado de religión * ¿Estas a favor de la eutanasia?.....	35
Tabla 15. Tabla cruzada. Nivel de estudios * ¿Estas a favor de la eutanasia?.....	36
Tabla 16. Estadísticas de grupo. Edad * ¿Estas a favor de la eutanasia? .....	37
Tabla 17. Estadísticas de grupo. Sexo * EAS.....	37
Tabla 18. Estadísticas de grupo. Religioso * EAS.....	38
Tabla 19. Informe comparación medias. Suma puntuación total dimensiones * Grado de religión.....	39
Tabla 20. Euthanasia Attitude Scale (EAS) .....	53
Tabla 21. Variables recogidas.....	55

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Sexo .....	25
Gráfico 2. Religioso .....	27
Gráfico 3. Estado civil .....	51
Gráfico 4. Nivel de estudios .....	51
Gráfico 5. Grado de religión.....	52
Gráfico 6. ¿Has tenido/tienes algún familiar que padezca una enfermedad terminal? .....	52
Gráfico 7. ¿Estas a favor de la eutanasia?.....	¡Error! Marcador no definido.

## 1. RESUMEN / ABSTRACT

### Resumen

**Introducción:** Existen diferentes definiciones sobre el concepto de eutanasia, podemos destacar la aportada por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, que la define como; “aquella acción u omisión intencionadamente dirigida a terminar con la vida de una persona, que presenta una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico”, hay multitud de palabras estrechamente relacionadas con este término, como pueden ser la sedación paliativa y sus diferentes modalidades, la limitación del esfuerzo terapéutico o la ortotanasia. Dentro del mismo concepto de eutanasia, se pueden observar diferentes tipos; voluntaria, involuntaria, no voluntaria, activa y pasiva.

**Objetivos:** Conocer la opinión de una muestra de población adulta sobre la eutanasia.

**Materiales y métodos:** El presente estudio ha sido realizado a través de una encuesta autocumplimentada, en la que participaron 327 personas, la cual constaba de 29 preguntas, 8 de ellas recogían las variables principales y las restantes correspondían a la escala EAS.

**Resultados:** Se estableció relación estadística entre la actitud negativa o positiva hacia la eutanasia y el estado civil; los solteros tendrían una actitud más favorable, y los casados una actitud más negativa, de la misma manera, se encontró relación estadística entre el ser o no religioso y el grado de religión, siendo las personas “no religiosas” las que se encuentran más a favor de la eutanasia, y las “moderadamente religiosas”, las que se posicionarían más en contra. Se encontró también relación entre la edad y la actitud hacia la eutanasia, siendo los más jóvenes los que tienen una actitud más favorable. positiva o negativa hacia la eutanasia.

**Conclusiones:** Las personas más jóvenes, los considerados no religiosos y las personas solteras, son las que tienen una actitud más positiva hacia la eutanasia.

**Palabras clave:** eutanasia, legislación, principios de la bioética, pendiente resbaladiza, testamento vital, ortotanasia, distanasia.

## **Abstract**

**Introduction:** There are different definitions of the concept of euthanasia, we can highlight the one provided by the Spanish Society of Palliative Care, which defines it as; "that action or omission intentionally aimed at ending the life of a person, who presents a serious and irreversible disease, for compassionate reasons and in a medical context", there are a multitude of words closely related to this term, such as palliative sedation and its different modalities, limitation of therapeutic effort or orthothanasia. Within the same concept of euthanasia, different types can be observed; voluntary, involuntary, non-voluntary, active and passive.

**Objectives:** To determine the opinion of a sample of the adult population on euthanasia.

**Materials and methods:** The present study was carried out by means of a self-completed survey, in which 327 persons participated. The survey consisted of 29 questions, 8 of which included the main variables and the remaining ones corresponded to the EAS scale.

**Results:** A statistical relationship was established between the negative or positive attitude towards euthanasia and marital status; single people would have a more favorable attitude, and married people a more negative attitude; likewise, a statistical relationship was found between being religious or not and the degree of religion, with "non-religious" people being more in favor of euthanasia, and "moderately religious" people being more against it. A relationship was also found between age and attitude toward euthanasia, with younger people having a more favorable. positive or negative attitude toward euthanasia.

**Conclusions:** Younger people, those considered non-religious and single people, have the most positive attitude towards euthanasia.

**Key words:** euthanasia, legislation, bioethical principles, slippery slope, living will, orthothanasia, distanasia.

## **2. INTRODUCCIÓN**

### **2.1. ¿Qué es la eutanasia?**

La palabra “eutanasia” proviene de la raíz griega “eu”, que significa bueno, verdadero, y del vocablo “thanatos”, que significa muerte. En su sentido original significa muerte sin dolor, muerte feliz, muerte dulce y sin sufrimiento. A lo largo de la historia, se le han dado muchos significados, como “muerte rápida e indolora”, “muerte tranquila, suave, fácil y natural” (1).

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos define eutanasia como “aquella acción u omisión intencionadamente dirigida a terminar con la vida de una persona, que presenta una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico”.

En algunos casos se habla de suicidio asistido o prestación de ayuda para morir, para evitar el término eutanasia, refiriéndose de la misma manera a la situación en la que una persona no es capaz de quitarse la vida por sí misma y necesita ayuda de terceras personas (2).

Según la Ley Orgánica 3/2021, se habla de eutanasia activa, cuando el procedimiento es llevado a cabo por una tercera persona, siempre y cuando exista una petición expresa por parte del paciente y de eutanasia pasiva si únicamente se le proporcionan los medios necesarios para que sea el mismo paciente el que lleve a cabo el procedimiento, siempre y cuando la persona solicitante cumpla con los requisitos que constan en la Ley.

En definitiva, eutanasia significa la provocación de la muerte, de un paciente que presenta una enfermedad terminal, llevada a cabo por una tercera persona, a petición del mismo paciente (3).

Se pueden distinguir diferentes elementos dentro de esta definición (3):

1. La muerte la provoca una tercera persona: La tercera persona suele ser un trabajador de salud, con más frecuencia un médico, que es el encargado de llevar a cabo la petición de muerte del paciente.
2. El paciente presenta una enfermedad terminal: Es obligatorio que el paciente presente una enfermedad que conlleve la muerte cercana, que además acarrea un gran sufrimiento tanto físico como psíquico. Determinar con precisión la terminalidad es muy difícil, aunque se suele instaurar cuando a consecuencia de la enfermedad, la idea de muerte aparece tanto en la mente del médico, como en la de la familia y el paciente. Además de los pacientes terminales, existe una categoría de pacientes

llamada “sin esperanza”, que son aquellos que, a pesar de poder vivir largos periodos de tiempo, llevan consigo una gran carga de sufrimiento, que se hace insoportable, lo que puede llevar a la petición de eutanasia por parte del mismo.

3. El paciente es el encargado de hacer la petición de muerte: El mismo paciente es el responsable de hacer su petición de muerte. En algunos casos, se puede evitar este punto, por ejemplo, cuando se da el caso de pacientes en coma, niños o discapacitados psíquicos, aunque siempre debe estudiarse si la decisión realmente se puede transferir a algún representante o si existen voluntades anticipadas.
4. La muerte provocada debe ser en su propio beneficio: Esto significa que debe llevarse a cabo teniendo en cuenta siempre su mejor interés. El mejor interés significa evitar un sufrimiento o un deterioro de la calidad de vida que el paciente desea evitar.

Existen diferentes clasificaciones dentro del término eutanasia, como eutanasia pasiva, activa, directa o indirecta, voluntaria e involuntaria, no voluntaria y además conceptos relacionados con este mismo término, como pueden ser la distanasia, ortotanasia...etc, lo que provocan que el termino eutanasia se pueda confundir fácilmente con otros términos (4).

Podemos diferenciar los siguientes conceptos dentro de la palabra eutanasia:

- **Eutanasia voluntaria:** Se lleva a cabo cuando existe consentimiento por parte del paciente (5).
- **Eutanasia involuntaria:** Se lleva a cabo en contra de la voluntad del paciente, que expresa su deseo de “no morir”. En la actualidad, esta práctica no se lleva a cabo bajo ningún concepto (6,7).
- **Eutanasia no voluntaria:** Se practica sin tener un consentimiento previo del paciente, ya que este no es capaz de tomar ninguna decisión, la responsabilidad de tomar esta decisión recae sobre el representante, usualmente un familiar cercano (5,6).
- **Eutanasia activa:** Aquella que provoca la muerte del paciente mediante una acción directa, como la administración de una dosis mortal. Su sinónimo es eutanasia directa (6,8).
- **Eutanasia pasiva:** Cuando se provoca la muerte del paciente por finalización de tratamientos y/o cuidados. Su sinónimo es eutanasia indirecta (8).

Actualmente la eutanasia se define como un acto activo e intencional de provocar la muerte, de una manera indolora, a personas que presentan graves enfermedades que



son incurables, intratables o irreversibles, siempre con previa solicitud explícita de la persona (9).

## 2.2. Conceptos relacionados con eutanasia

Para entender completamente la definición de eutanasia, se hace necesario entender diferentes conceptos que están contenidos en su definición, uno de los más importantes sería conocer la definición y los requisitos que se presentan para considerar a un enfermo como **paciente terminal**, el paciente terminal es aquel que tiene una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, que presenta ausencia de respuesta al tratamiento, con múltiples síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y refractarios y con un pronóstico de vida inferior a 6 meses. Esta situación genera tanto en el paciente, como en la familia y el equipo médico un gran impacto emocional, relacionado con la presencia explícita o no de la muerte. Se consideran enfermedades terminales el sida, enfermedades de motoneurona, el cáncer, insuficiencia orgánica (renal, cardíaca, hepática...) ya que estas enfermedades cumplen las características que presenta un paciente terminal, en mayor o menor medida, en las últimas de la enfermedad (10–12).

Otro concepto importante que se debe conocer para comprender mejor la definición de eutanasia son las **enfermedades graves o incurables**, que son aquellas que crean sufrimientos físicos y mentales constantemente, además de insoportables, sin ninguna posibilidad de ser aliviados, junto con un pronóstico de vida corto y limitado, lo que se asocia con las enfermedades terminales, además muchas de estas enfermedades, como se ha mencionado anteriormente, en sus etapas finales cumplen todas las características de una enfermedad terminal (11,13)

Muy frecuentemente, el paciente de estas características, en las últimas fases de la enfermedad e incluso antes, presenta **síntomas refractarios**, que son aquellos que no pueden ser controlados con los tratamientos de los que se disponen. En estos casos, para aliviar el sufrimiento se requiere la disminución de la conciencia (11).

La **disminución del nivel de conciencia o sedación paliativa** es la disminución deliberada de la conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos adecuados, con el objetivo de evitar el sufrimiento causado por los síntomas refractarios. En ocasiones, la sedación paliativa también se utiliza en pacientes que tienen los síntomas físicos controlados, pero que padecen un gran sufrimiento emocional. Cuando el paciente se encuentra en sus últimos días u horas de vida, se denomina **sedación paliativa en la agonía**. La sedación puede ser **superficial o profunda**, siempre se

intenta buscar el menor grado de sedación que permita un correcto control del sufrimiento refractario, además, puede ser **intermitente**, si permite periodos libres de sedación, lo cual se intenta si el paciente no está en fase agónica, o sedación **continua** si los síntomas refractarios son intensos o se acerca a sus últimos días de vida (14–16).

En algunos casos, se opta por la **limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico**, siendo esta la decisión de cancelar o restringir medidas cuando se observa desproporción entre el objetivo y los medios de tratamiento, con el objetivo de no caer en la obstinación terapéutica. Existen dos tipos, la primera sería no iniciar medidas terapéuticas y la segunda retirarlas si ya estaban instauradas. Desde esta perspectiva, se entiende que el continuar o administrar tratamientos inútiles es dañino para el paciente, es decir, se refiere al no inicio o retirada de medidas terapéuticas y/o soporte vital. No están incluidas en esta definición las medidas dirigidas a eliminar el dolor, aliviar el sufrimiento y conseguir el confort del paciente, estas medidas siempre deben aplicarse. La limitación del esfuerzo terapéutico se refiere sobre todo al no inicio o retirada de soporte vital como puede ser la ventilación mecánica, la reanimación cardiopulmonar o la diálisis. Para tomar esta decisión es muy importante conocer las preferencias del paciente, las de los familiares si fuese necesario, el pronóstico del paciente y el nivel de calidad de vida (17,18).

Algunos personas desean dejar instrucciones previas para expresar sus voluntades, de forma anticipada, en previsión de sufrir un deterioro físico o mental, que causará su incapacidad de expresar sus voluntades en ese momento, para ello existe el **testamento vital o las voluntades anticipadas** que son un documento en el que el paciente expresa las instrucciones que deben considerarse cuando su salud no le permita expresar sus deseos, concretamente en lo referido a los tratamientos médicos y al destino del cuerpo y órganos (19,20).

Si el paciente desea morir y es capaz de expresar su voluntad en ese momento, debe de cumplimentarse el **consentimiento informado**, una vez ha informado el facultativo responsable. El consentimiento informado es la conformidad libre, consciente y voluntaria, declarada en pleno uso de sus facultades, una vez recabada toda la información, para que, a petición del mismo, se proceda a los procedimientos descritos en este (21).

Actualmente, en España, si el paciente no es capaz ni está consciente en el momento de la solicitud, solo puede acceder a la prestación de ayuda para morir si tiene un documento de voluntades anticipadas donde se muestre esta demanda (22).

Además de lo anteriormente mencionado, sería importante comprender los siguientes conceptos, que nos ayudaran a introducirnos completamente en el término de eutanasia.

Se hablará en primer lugar de la **obstinación médica o distanasia** que son aquellas prácticas diagnosticas o terapéuticas que no benefician al paciente y le provocan sufrimiento innecesario, esta práctica consiste en el inicio, continuación o intensificación de tratamientos que solo sirven para prolongar artificialmente la vida de aquellos pacientes que presentan una enfermedad terminal. De la misma manera, se podría describir la **obstinación diagnostica y la obstinación terapéutica**, siendo la obstinación diagnóstica la realización de pruebas para aumentar el conocimiento sobre una patología o situación clínica de un paciente, sin que vaya a tener un beneficio real, “saber para no hacer” y la **obstinación terapéutica** la utilización de medios tecnológicos para prolongar artificialmente la vida de una persona con enfermedad irreversible o terminal (23–25).

De forma contraria a los términos anteriores encontraremos la **ortotanasia**, siendo esta la situación en la cual se permite que la muerte ocurra en el momento adecuado y cuando debería ocurrir, es decir, arte de morir bien. Los sanitarios prestan todos los cuidados y tratamientos necesarios, pero sin cambiar el curso de la enfermedad, y por tanto el curso de la muerte (26).

### **2.3. Países en los que la eutanasia esta legalizada**

La eutanasia, suicidio asistido o asistencia médica para morir, se ha ido expandiendo por todo el mundo, actualmente está permitida en siete países, estos son Holanda, Canadá, Bélgica, Luxemburgo, Colombia, Nueva Zelanda y España (27).

**Holanda:** En Holanda empezó a practicarse la eutanasia hace varias décadas, sin tener un castigo para el médico. Actualmente, en Holanda existe una ley que permite llevar a cabo esta práctica, y además es practicada con bastante frecuencia, asimismo es bastante aceptada por el personal sanitario. Holanda fue el primer país del mundo en despenalizar la práctica eutanásica, en 1973 ya tuvo lugar la primera sentencia casi absolutoria en un caso de eutanasia, más tarde, en 1984 se despenalizó y en el año 1993 se instauró un reglamento, finalmente en el año 2000 se consiguió la liberación de la misma (28,29).

Cuando se despenalizó la eutanasia en 1984 La Corte Holandesa dictaminó que la eutanasia no sería penalizada si se daban cinco condiciones: una de ellas sería que la petición de eutanasia únicamente podría ser solicitada por el paciente, siempre

decidiendo libre y voluntariamente, la segunda decía que la petición de eutanasia debía de ser estable, además de bien considerada y persistente, la tercera que el solicitante debía de experimentar grandes sufrimientos que no presentaban perspectiva de mejora, en cuarto y penúltimo lugar decía que debía de ser el último recurso al que se recurriera y por último que el medico debería de consultar la solicitud con otra persona con experiencia en ese ámbito (28).

En Holanda, se permite tanto la administración directa de los fármacos por parte del personal sanitario, como que se le den al paciente para que el mismo sea el causante de su propia muerte, es decir, suicidio asistido. Ley Holandesa 26691/2001, es llamada “terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio” esta ley fue aprobada en 2001, pero no entro en vigor hasta 2002 (30,31).

**Bélgica:** A pesar de que el debate sobre la legalización de la eutanasia se inició en Bélgica a la par que cuando se obtuvo la sentencia judicial holandesa de 1973, hasta principios de los años noventa no tuvo un gran impulso. La ley sobre la eutanasia en Bélgica se instauró el 28 de mayo de 2002, en ella se define la eutanasia de la siguiente manera; “el acto practicado por parte de una tercera persona, que pone intencionadamente fin a la vida de una persona a solicitud de ésta última”. A diferencia de la ley holandesa, la ley belga no regula el suicidio asistido, por lo que este sigue considerándose un delito penal. Además, la ley belga, no regula otro tipo de intervención al final de la vida, como pueden ser la sedación paliativa o el control del dolor con altas dosis de medicamentos. Esta ley, destaca que solamente el médico es el autorizado para realizar este procedimiento. Al igual que en otros países, el paciente puede hacer su petición de dos formas, una sería mediante la petición directa al médico y la otra mediante el documento de voluntades anticipadas (29,31).

**Luxemburgo:** Luxemburgo aprobó la ley de eutanasia en el año 2008, aunque esta no entro en vigor hasta el 16 de marzo de 2009, en esta ley se contempla tanto la eutanasia como el suicidio asistido, a diferencia de la ley belga. En ella se define el concepto de eutanasia, de la siguiente manera; “el acto que practicado por un médico pone intencionadamente fin a la vida de una persona, que lo solicito de forma expresa y voluntaria”, de la misma manera, contiene el significado de asistencia al suicidio, definiéndolo como la ayuda prestada por el médico, de forma intencionada, a otra persona, para que este consiga suicidarse, o facilita los medios necesarios a una tercera persona para ello, siempre por petición del paciente. Al igual que en el resto de los países donde está aprobada la eutanasia, el paciente debe de presentar una

enfermedad grave e incurable, que le provoque un gran sufrimiento físico y/o mental. Esta ley, además, permite que si el paciente quiere cumplimentar la declaración de voluntades anticipadas, pero está imposibilitado físicamente y no puede realizarla ni firmarla, esta podrá ser cumplimentada por una persona que sea mayor de edad, que sea de confianza para el paciente, pero deberá de ser firmada por dos personas mayores de edad, testigos de la situación, además en ella debe constar que el documento no ha podido ser cumplimentado por el solicitante, explicando las causas que se lo impiden, además de estar certificadas por un médico (29,32).

**Canadá:** Canadá fue el primer país en permitir a los enfermeros llevar a cabo este procedimiento, concretamente, en 2016. Canadá legalizó la eutanasia, modificando su Código Penal, lo que permitió a los enfermeros ser tanto asesores como proveedores de la misma. La legislación de Canadá permite dos acciones en referencia a la eutanasia, en primer lugar, permite administrar a un paciente, por petición expresa del mismo, un fármaco que le provoque la muerte (lo que se conoce como eutanasia) y, en segundo lugar, recetar o administrar un fármaco a una persona, a petición de la misma, para que el mismo pueda administrarse el fármaco y provocar así su muerte, lo que se conoce como suicidio asistido. En el año 2019 se practicaron 5.631 eutanasias en este país, según el informe anual de eutanasia, publicado por su Ministerio de Salud. Esta cifra deduce aumento de un 26% respecto al año 2018, además el suicidio asistido representa un 2% del total de fallecimientos (27,33).

**Colombia:** Fue en el año 1997 cuando la Corte Constitucional de Colombia despenalizó la eutanasia, se estableció entonces que un paciente podía recibir ayuda de los médicos para morir, siempre y cuando sufriera una enfermedad de carácter terminal y este fuese autónomo para tomar esta decisión, es decir, que estuviera en pleno uso de sus facultades. Colombia fue el segundo país en despenalizar la eutanasia en todo el mundo, pero el primero en hacerlo en América. Se convirtió en ley el 20 de abril de 2015, antes de ello, a pesar de haber estado despenalizada, no había una ley que la regulase, por lo que no había claridad y transparencia en su aplicación ni había un registro de esta práctica, tampoco existían criterios que concretaran bajo qué condiciones podía ser solicitada por parte de los pacientes, ni tampoco criterios que especificaran como debían de realizarla los médicos (34–36).

**Nueva Zelanda:** En Nueva Zelanda, en el año 2012, apareció el “Proyecto de ley de elección para el final de la vida” pero no fue aprobada hasta el año 2020, fue el primer país en aprobar en referéndum la eutanasia, esta ley entro en vigor en el año 2021. Al igual que en el resto de países, para llevar a cabo este procedimiento, se requiere que el paciente presente una enfermedad terminal que le conlleve un gran sufrimiento tanto físico como psíquico, con un pronóstico de vida inferior a seis meses, además el paciente debe hacer la petición de forma autónoma, realizándola tanto de forma verbal como escrita y debe ser valorado por dos médicos distintos (37,38).

En algunos países, está regulado exclusivamente el suicidio asistido, estos son; Suiza, algunos estados de EE. UU y Australia. Además, en 2020 Alemania lo despenalizó, al igual que Italia (38).

A pesar de ser un procedimiento que se utiliza desde hace más de 25 años, existe mucha incertidumbre sobre el tema, concretamente en cuanto a la definición de la misma, las indicaciones, quienes son los encargados de tomar la decisión, cual es el lugar más apropiado para llevar a cabo el procedimiento, cuáles son los fármacos que deben utilizarse, si existe necesidad de que el paciente este monitorizado y sobre todo existe incertidumbre con los conflictos éticos que esta genera (39).

#### **2.4. Eutanasia en España**

La eutanasia en España, al igual que en el resto de países, genera un gran debate social, que más allá de la esfera sanitaria, plantea dilemas éticos, políticos y jurídicos (40).

Los grandes avances en la medicina, en el siglo XX, contribuyeron a aumentar de una forma importante la esperanza de vida en los países desarrollados, mejorando a su vez la calidad de vida y las condiciones sanitarias. En la actualidad, existen medidas que son capaces de dar soporte vital prolongado, incluso a aquellos pacientes que presentan enfermedades terminales e irreversibles, lo cual ocasiona una gran preocupación, ya que esto conlleva intervenciones médicas, tanto diagnosticas como terapéuticas, que producen sufrimientos inútiles al enfermo, y que además, en la mayoría de las ocasiones, no cuentan con el correspondiente consentimiento informado (40).

El debate sobre la eutanasia se abrió paso en España, tanto desde el enfoque de la bioética, como del derecho. Este debate se da muy frecuentemente en la sociedad, aunque también en el ámbito académico. Además se concentran diferentes causas, como el aumento de la esperanza de vida, lo que conlleva morir con edades muy

avanzadas, en la mayoría de las ocasiones con malas condiciones de deterioro tanto físico como psíquico, además del incremento de los medios tecnológicos que son capaces de sostener la vida de las personas durante tiempos prolongados, sin lograr alcanzar una cura o mejorar la calidad de vida de aquellas personas, la conciencia social sobre los valores que poseen las personas, y el reconocimiento a la autonomía (41).

Tras largos debates, la eutanasia se hizo legal en España, el 24 de marzo de 2021, el Boletín Oficial del Estado (BOE) hizo pública la Ley Orgánica 3/2021 por la que se regula la eutanasia, aunque esta ley no entró en vigor hasta el 25 de junio de 2021. Esta ley, legaliza la eutanasia activa, es decir, aquella que es llevada a cabo por una tercera persona. Actualmente España es el 7º país del mundo en hacer legal este hecho. La legalización y regulación de la eutanasia en España se basa en algunos principios básicos que son la base de los derechos de las personas, por tanto, están recogidos en la Constitución Española, por un lado, son derechos fundamentales la vida e integridad física y moral, y por otro, bienes protegidos por la Constitución, como la dignidad, libertad o autonomía de voluntad (40,41).

Esta ley hace distinción entre dos procedimientos de eutanasia, la eutanasia activa, en la que el procedimiento es llevado a cabo por un tercero, de manera deliberada y por petición expresa del paciente, cuando este se encuentra incluido dentro del contexto eutanásico “por causa de un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o enfermedad grave e incurable, causante de un sufrimiento intolerable”, y aquella en la que la misma persona termina con su propia vida, para ello, requiere la colaboración de los profesionales sanitarios, que de forma deliberada y consciente faciliten los medios necesarios, incluido el asesoramiento sobre la sustancia y dosificación necesaria del fármaco, prescripción o administración, con el objetivo de que el mismo sea el que lo administre (41,42).

En cuanto al contexto eutanásico, dentro del cual es legal ayudar a morir a una persona, es importante delimitar ciertas condiciones que afectan a la condición física de la persona, con su consecuente dolor físico o mental, en el que se encuentra envuelto, a las posibilidades que se tienen de intervención para aliviar el dolor, y las convicciones morales de la misma, sobre la protección de la vida en unas condiciones en las que considere incompatibles con la dignidad de la dignidad personal. Además, el contexto eutanásico, necesita de una estricta valoración por parte de personal cualificado y esta debe ser ajena tanto de la persona solicitante del proceso eutanásico como de la persona ejecutora (41,42).

La eutanasia es definida en el Boletín Oficial del Estado de la siguiente manera: “Actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios” (*Boletín Oficial del Estado, 2021*).

Esta definición de eutanasia es relacionada directamente con un derecho primordial de la persona, protegido por la constitución, como es el derecho a la vida, pero este derecho también es relacionado con otros, como son el derecho a la integridad física y moral de la persona, la dignidad humana, la libertad, la libertad ideológica y de conciencia y el derecho a la intimidad, derechos que también son protegidos constitucionalmente. Cuando una persona completamente capaz y libre se enfrenta a una situación que, en su opinión, atenta contra la dignidad, la intimidad y la integridad, el derecho a la vida puede declinar en favor de los otros derechos. Además es importante destacar, que esta ley garantiza que aquellas personas que solicitan ayuda para morir amparándose en esta ley, se considera que fallecen por muerte natural (41).

#### **2.4.1. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir en España**

***Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Capítulo II. Derecho de las personas a solicitar la prestación de ayuda para morir y requisitos para su ejercicio. Artículo 5.***

En primer lugar, la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE), especifica que, para recibir la ayuda, la persona solicitante debe de tener la nacionalidad española o residencia legal en España o en su caso, certificado de empadronamiento que acredite una permanencia en España mayor a doce meses. Con ese requisito, se evita que la legalización de la eutanasia en España llame a extranjeros que no sean residentes en el país y que provengan de otros países en los que no está legalizada la eutanasia voluntaria, o si este legalizada, pero con otros requisitos más estrictos. Además, se requiere que el solicitante sea mayor de edad, y sea capaz y consciente en el momento de realizar la solicitud.

En segundo lugar, el solicitante debe de disponer de forma escrita, de la información que se tenga sobre sus circunstancias médicas, las alternativas posibles y las posibilidades de actuación. Además, debe de realizar dos solicitudes, ambas de forma



voluntaria y deben de quedar reflejadas por escrito o por otro medio que permita dejar constancia de ello. Ambas solicitudes deben de estar separadas con al menos quince días entre ellas.

El solicitante debe de sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en la LORE, además debe de estar certificada por un médico. Por último, debe de firmar el consentimiento informado, antes de recibir la prestación de ayuda para morir.

## **2.5. Pendiente resbaladiza**

Existe una teoría, denominada pendiente resbaladiza, esta teoría es aplicada al termino de eutanasia. La teoría de la pendiente resbaladiza expone que una vez legalizada la eutanasia, en aquellas situaciones de petición voluntaria, el clima social lleva tanto a los médicos como a los familiares a deslizarse sobre la pendiente y llevar a cabo su aplicación en aquellos casos en los que el paciente se encuentra inconsciente o es incapaz y que no han dado su autorización (28,43).

Holanda, es el prototipo de país para examinar esta teoría, ya que lleva más de tres décadas practicándose la eutanasia legalmente, por lo que fue allí donde se verifico esta teoría, ya que hace varios años se encontraron importantes cifras de casos de eutanasia no solicitada, cuando desde el inicio solo se consideraba aceptable en el caso de que el paciente la solicitara de forma expresa y reiterada, como ejercicio de su propia autonomía. Los tribunales han ido excluyendo muchos de los límites que se consideraban medidas estrictas de seguridad, introducidas por el Gobierno Holandés en un principio. Los gobernadores no han logrado controlar la práctica de la eutanasia, y además han sido incapaces de comprobar que se dan las medidas de seguridad, añadiendo que los médicos no declaran la mayor parte de las eutanasias que practican (28,39,43).

## **2.6. Percepción de la población europea sobre la eutanasia**

Como se ha mencionado anteriormente, la eutanasia esta legalizada en siete países del mundo, entre ellos esta España, por lo que resultaría de gran interés conocer los datos que ofrecen diferentes estudios sobre la percepción u opinión de la población general acerca de este tema, ya que a lo largo de la historia siempre ha sido un tema que ha ocasionado grandes debates en todas las sociedades.

Según datos ofrecidos por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) el 72% de los españoles están a favor de la eutanasia y solamente el 15% está en contra de esta medida, además los resultados entre hombres y mujeres son bastante similares, en general hay bastante aceptación por parte de ambos, aunque esta medida es ligeramente mejor aceptada por parte de los hombres, el 73% de estos están de acuerdo o totalmente de acuerdo con esta medida, en cuanto a las mujeres, se encuentran resultados similares como se ha mencionado, el 71,6% están de acuerdo o totalmente de acuerdo, más específicamente, un 24,2% de los varones y un 23,6% de las mujeres están totalmente de acuerdo con la eutanasia y un 48,8% de hombres y un 48% de mujeres están de acuerdo. En cuanto a los datos de las personas que están en desacuerdo o totalmente en desacuerdo encontramos los siguientes; un 15,4% de las mujeres y un 14,8% están totalmente desacuerdo o en desacuerdo, de ellos un 5,7% de las mujeres están totalmente en desacuerdo y un 4,5% de los hombres, para la respuesta en desacuerdo, se encuentran un 9,7% de las mujeres y un 10,3% de los hombres. Además, el CIS pregunta a las personas encuestadas cual es la razón por la que dudan de su opinión, y las respuestas más frecuentes son las siguientes; “desconocimiento o falta de información”, “dependiendo de la situación”, “es una decisión personal”, “por priorizar los cuidados paliativos”, “dependiendo de cómo sea aplicada y regulada la ley”, “es un tema complejo y complicado”, y “por falta de confianza, puede conducir a posibles abusos” (44).

Existe un estudio realizado en 47 países europeos que se encarga de determinar cuál es el grado de aceptación pública de la eutanasia e investigar cuales son aquellos factores que marcan las diferencias. Este estudio recogió datos del Estudio Europeo de Valores (EVS), que fue realizado en 2008 en 47 países europeos, en cada país se seleccionó una muestra aleatoria representativa y además se realizaron las entrevistas cara a cara. El cuestionario que se utilizó contenía un ítem sobre la eutanasia; “por favor, dígame si cree que la eutanasia puede estar siempre justificada, nunca o algo intermedio”, las personas encuestadas debían de responder con una escala del 1 al 10, 1 etiquetado nunca está justificada y 10 etiquetado como siempre está justificada. En total 67.786 ciudadanos fueron participantes de esta investigación, aunque los índices de respuesta fueron muy variados, desde el 97,2% hasta el 34,7%. La puntuación media de aceptación fue distinta entre los 47 países, la más alta correspondió a Dinamarca, seguida de Bélgica, Francia, Países Bajos y Suecia, en cambio las más bajas fueron en países como Kosovo, Chipre, Turquía, Georgia y Armenia. Uno de los principales factores a tener en cuenta para entender la diferente actitud entre los países europeos

son los factores religiosos, sin embargo, existen otros factores igualmente importantes, como son la cultura, las características socioeconómicas y la sanidad (45).

En resumen, esta investigación encontró una aceptación bastante alta en una pequeña parte de países europeos, como son Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Dinamarca, Francia, Suecia y España. En la mayor parte de Europa la aceptación pública se consideró de baja a moderada. En comparación con el estudio realizado por la EVS de 1999, se encuentra una tendencia a la polarización en Europa, encontrándose a Europa Occidental más permisiva con este tema, y a Europa del Este menos permisiva. Es decir, existe una clara división de opiniones entre Europa del Oeste y Europa del Este (45).

## **2.7. Principios de la bioética**

La perspectiva más utilizada para el estudio de los principios de la bioética es la de Beauchamp y Childress, publicada en su libro *Principles of Biomedical Ethics* (1979). En él, insisten en que los cuatro principios representan valores fundamentales, y que además todos tienen la misma importancia, por lo que deberían de respetarse siempre. Sin embargo, es frecuente que en la práctica surjan situaciones en las que los principios entren en conflicto, por lo que afirman que es necesario priorizarlos, pero que tal priorización debe ajustarse a cada caso concreto, es decir, la prioridad dada a un principio en un caso concreto ira en función de los hechos del caso, a la vez que de los valores de las personas involucradas. Los cuatro principios son: respeto por la autonomía del paciente, beneficencia, no maleficencia y justicia (46–48).

- 1. Respeto por la autonomía del paciente:** El respeto por la autonomía del paciente, es un principio ético y político esencial. Este principio, significa, que el paciente tiene el derecho de decidir qué acciones aceptar o rechazar, es decir, tiene el derecho de tomar sus propias decisiones. Para ello, el paciente debe ser autónomo, es decir, capaz de tomar una decisión, comprendiendo las circunstancias y consecuencias de la misma, aunque pueden tomar malas decisiones. Aquellas personas que carecen de la capacidad para tomar decisiones, tienen el derecho de ser protegidos de sus malas decisiones, aunque no pierden el derecho a la autonomía, para ello, se han creado mecanismos para que estas personas puedan seguir ejerciendo su derecho a la autonomía, ejemplos de ello pueden ser, el testamento vital (46,47,49).
- 2. Beneficencia:** Deber médico de actuar para el mejor interés de los pacientes, es decir, actuar por el bien de sus pacientes, siempre debe guiarse por lo que cree que es lo mejor para el paciente. Este principio genera diferentes dilemas éticos, puesto

que es común que se generen desacuerdos sobre que es el bien para el paciente y quien es la persona que debe decidirlo, lo que conduce al respeto por la autonomía del paciente. Obliga a no causar daño y al mismo tiempo a maximizar los beneficios y disminuir los daños de cualquier intervención que se le realice al paciente. Es la obligación moral de hacer el bien. También recoge curar los daños y promover el bienestar. Este principio es de ámbito privado, por lo que su no cumplimiento no está penado por la ley (46,47,50).

**3. No maleficencia:** Obligación de no hacer daño y prevenirlo. Incluye no matar, ni causar sufrimiento o dolor, así como no producir incapacidades. Obliga a los profesionales sanitarios a no realizar ninguna acción que sólo pueda ser perjudicial para el paciente y en la que la relación riesgo-beneficio no sea la adecuada. En definitiva, es, no hacer daño. Este principio es de ámbito público y su incumplimiento está penado por la ley (46,47,50).

**4. Justicia:** Este principio tiene dos componentes; justicia distributiva y equidad. La justicia distributiva indica que hay que distribuir los recursos sanitarios de forma equitativa. Equidad, significa que las personas deben ser tratadas por igual cuando presenten situaciones similares, en el ámbito sanitario, quiere decir que aquellas personas con problemas médicos similares, deben recibir la misma atención medica en cuanto a calidad, independientemente de otros factores, como puede ser la posición social (46,47).

## **2.8. Justificación**

El tema de la eutanasia siempre ha generado una gran controversia y diversos debates a lo largo de la historia, tanto a nivel político como a nivel social, esto puede deberse al fuerte arraigo religioso que se ha tenido a lo largo de los años en la sociedad española y a nuestras leyes, en las que se recoge el derecho a la vida como norma fundamental dentro de la Constitución Española, además de la dignidad y la libertad, lo que puede generar visiones éticas y morales opuestas entre la población, que pueden conducir a establecer una hipotética pirámide de valores en la que cada individuo prima unos valores frente a otros según diversos factores influyentes, como pueden ser la cultura, la educación, el entorno social, la edad, la raza, el nivel de religiosidad y el sexo.

Actualmente en España este tema está en pleno auge, ya que la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) ha sido aprobada recientemente, concretamente fue aprobada el 24 de marzo de 2021, aunque esta ley no entro en vigor hasta el 25 de junio de 2021. Dado que las leyes y normas de un estado deben de representar la opinión y deseo de la pluralidad y mayoría de la sociedad, se hace necesario estudiar la opinión que tiene la población española respecto a una ley que puede entrar en conflicto con otras que forman ya parte del articulado.

Existen diversos estudios que analizan la percepción que se tiene a nivel sanitario sobre el procedimiento de la eutanasia, más concretamente se analiza la percepción que tienen las enfermeras y los factores que influyen en ellas, gracias a estos estudios, es posible saber que en general, por parte de la enfermería hay una gran aceptación de este tema, al igual que gracias a ellos, hemos podido conocer que aquellas enfermeras más jóvenes y con un nivel bajo de religiosidad tienen una percepción más positiva, al contrario de lo que ocurre con aquellas enfermeras de mayor edad y con un alto grado de religiosidad, pero hay escasas investigaciones sobre la opinión que tiene la población general sobre este tema, por lo que se hacen necesarios más estudios que profundicen en cual es la percepción que tiene la población española y cuáles son los principales factores influyentes, además los escasos estudios de los que se consta sobre este tema, no son demasiado recientes.

Otro punto importante a destacar es que no hay investigaciones sobre la percepción que tiene la población de la eutanasia tras un gran hecho histórico, como ha sido la pandemia de la COVID-19, que ha podido llevar a la población a hacer grandes reflexiones sobre dicho tema, ya que más que nunca se han utilizado aquellos medios tecnológicos que alargan de forma artificial la vida de los pacientes, como son los respiradores.

Como enfermera, me parece muy importante conocer la opinión que se tiene en mi país sobre un tema tan polémico, ya que esta ley afecta al conjunto de la población y por tanto a mis pacientes en un futuro próximo, por lo que además de conocer la opinión que se tiene en España sobre la eutanasia, después de la Covid-19, me es necesario conocer todos los datos e información existente, para que el día de mañana pueda asesorar y ayudar de una forma objetiva a los pacientes, ya que la enfermera es la que tiene el contacto más cercano con los mismos y la que más conoce al paciente, por tanto es un gran pilar fundamental en este proceso.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo general y objetivos específicos**

- **Objetivo general**

- Conocer la opinión de una muestra de población adulta sobre la eutanasia

- **Objetivos específicos**

- Describir las características de la muestra obtenida
- Observar las diferencias de opinión sobre el tema de la eutanasia entre hombres y mujeres
- Obtener relaciones entre la opinión que se tiene sobre la eutanasia y la edad de la población
- Estudiar la relación existente entre el grado de religión y la actitud positiva o negativa hacia la eutanasia
- Investigar la existencia de relaciones entre el nivel académico y la negatividad/positividad hacia la eutanasia

### **4. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **4.1. Tipo de estudio**

El estudio realizado es un estudio de tipo transversal, ya que los datos han sido recogidos en un momento determinado y no de forma continua en el tiempo, otra de las características del estudio llevado a cabo es que es un estudio de tipo descriptivo y de metodología cuantitativa.

#### **4.2. Población de estudio y tamaño de la muestra**

La población diana de este estudio han sido aquellas personas residentes en el territorio español, con una edad mínima exigida de 18 años. No se utilizó ningún calculo muestral para obtener el total de la muestra, sino que se realizó un muestreo probabilístico, de forma aleatoria. La muestra total obtenida fue de 330 participantes, donde fueron excluidos 3 de ellos, por no cumplir uno de los criterios de inclusión, es decir, no tener la edad mínima de 18 años para poder participar en el estudio. Por lo que finalmente la muestra quedó en 327 participantes, de los cuales fueron el 74,6% (244) mujeres, con una edad media de 34,09 y una desviación estándar de 13,005 y 25,4% (83) hombres, con una edad media en los mismos de 32,08 y una desviación estándar de 11,018,

la edad media de las respuestas uniendo ambos sexos fue de 33,58 años y una desviación estándar de 12,545. El rango de edades estaba comprendido entre 18 y 63.

**Tabla 1. Muestra de estudio**

<b>MUESTRA DE ESTUDIO</b>		
	<b>SEXO</b>	<b>EDAD</b>
	Mujeres: 244	Mujeres: 34,09 ± 13,005
	Hombres: 83	Hombres: 32,08 ± 11,018
<b>TOTAL</b>	327	33,58 ± 12,545

#### **4.3. Criterios de inclusión y de exclusión**

- **Criterios de inclusión:**

Los criterios de inclusión son; ser residente en el territorio español, tener una edad mínima de 18 años y tener una cuenta de correo electrónico para poder rellenar la encuesta en la plataforma de Google Forms.

- **Criterios de exclusión:**

Los criterios de exclusión por el contrario son los siguientes; ser menores y no cumplir el requisito de tener una edad mínima de 18 años y no poseer un correo electrónico para poder participar en la encuesta, ya que es una encuesta cerrada, en la que solo se permite una participación por persona, para llevar un adecuado registro y evitar sesgos como la infinita participación de una persona, que llevaría a resultados erróneos, ya que ese participante podría participar cuantas veces quisiera y registrar sus respuestas en la base de datos tantas veces como rellene la encuesta.

#### **4.4. Recogida de datos**

Para la recogida de datos, se creó una encuesta en la plataforma Google Forms, que constaba de 29 preguntas en total, 8 de ellas eran las encargadas de recoger las variables sociodemográficas y las 21 restantes correspondían a la escala EAS (Euthanasia Attitude Scale, EAS, ver anexos), este cuestionario consistía en un cuestionario autocumplimentado.

La encuesta fue creada en el mes de diciembre de 2021, y cumplimentada por los participantes durante parte del mes de diciembre y el mes de enero de 2022. Todos los encuestados participaron en la encuesta de forma anónima, individual y confidencial, de forma voluntaria y sin recibir nada a cambio. A los participantes se les envió el enlace

con la encuesta y una breve explicación de la misma a través de la aplicación de WhatsApp, además se crearon diferentes publicaciones en varios grupos de Facebook para poder llegar a más personas y conseguir una muestra significativa.

Al ser cumplimentada la encuesta por parte de los participantes de forma voluntaria, se consideró que la cumplimentación del mismo por parte de este llevaba implícito el consentimiento de participación. Esta investigación tiene la aprobación por parte del Comité Ético del Hospital Universitario de Ciudad Real, con el siguiente código; C-196.

#### **4.5. Instrumentos utilizados**

Como se ha mencionado en el anterior apartado, el estudio ha sido llevado a cabo mediante un cuestionario creado con Google Forms, en el cual se utilizó la Euthanasia Attitude Scale (EAS) para llevar a cabo la investigación, junto con diferentes preguntas para recoger las variables más importantes, el total de preguntas fue 29, de ellas, 21 de estas preguntas formaban parte de la Escala EAS, esta escala esta dividida en 4 dimensiones;

1. Consideraciones Éticas (11 ítems)
2. Consideraciones Prácticas (4 ítems)
3. Apreciando la vida (4 ítems)
4. Creencias naturistas (2 ítems)

Las preguntas restantes se encargaban de recoger las variables, como la edad, el sexo, el nivel de estudios, el grado de religiosidad, el estado civil...además, entre ellas había dos preguntas muy específicas, una de ellas sobre si el participante tenía algún familiar que tuviera alguna enfermedad terminal, y la segunda preguntaba de forma especifica si estaban o no a favor de la eutanasia, todas las preguntas eran de respuesta obligatoria, para evitar la pérdida de datos.

#### **4.6. Análisis estadístico**

Para llevar a cabo el análisis de los datos recogidos a través de la encuesta, en primer lugar, se utilizó el Microsoft Office Excel Profesional Plus 2019, en el que se asignó un código a cada grupo de respuestas, para posteriormente poder hacer un correcto vuelco de los datos al programa IBM SPSS Statistics versión 26.0. Una vez importados los datos al programa IBM SPSS se le fue asignando a cada variable una propiedad, un nivel de medición, una etiqueta, un título y un código. En el caso de la Escala EAS, la mayor parte de las respuestas fueron codificadas de la siguiente forma; 5 totalmente de



acuerdo, 4 de acuerdo, 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 2 en desacuerdo y 1 totalmente en desacuerdo, a excepción de las preguntas 2,4,7,9,14,16,17,18,19 y 21, en las que los códigos van a la inversa, es decir, 1 totalmente de acuerdo, 2 de acuerdo, 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 en desacuerdo y 5 totalmente en desacuerdo.

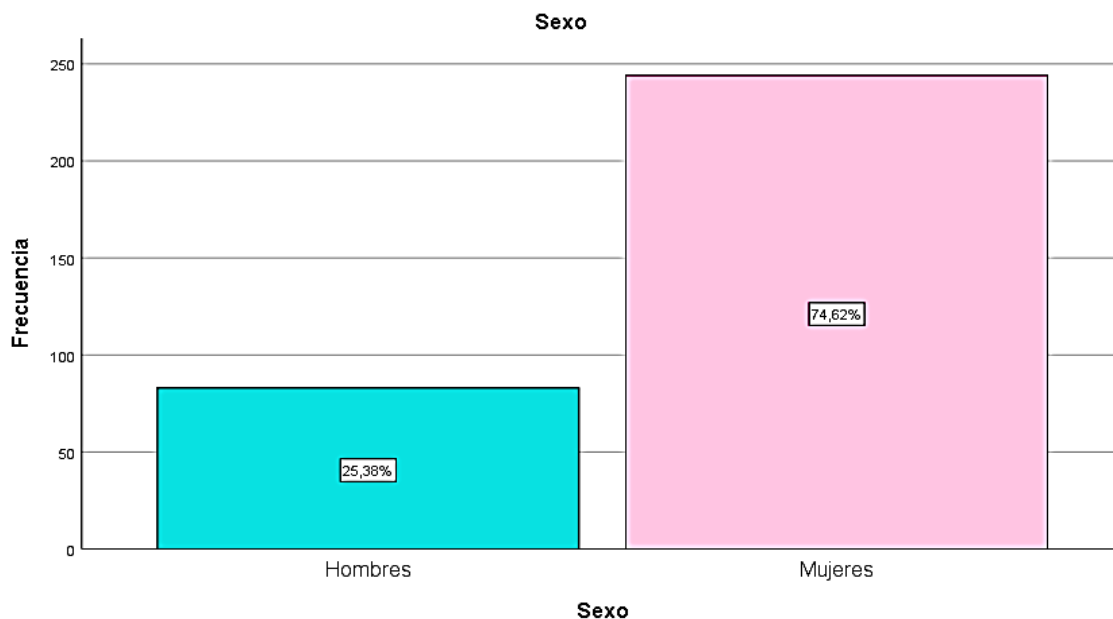
En el caso de las variables cualitativas, se aplicó la estadística descriptiva, distribuida en frecuencias y porcentajes. Además, se han realizado diferentes tablas cruzadas o tablas de 2x2, con Chi Cuadrado para relacionar las distintas variables, la principal variable relacionada ha sido la opinión positiva o negativa hacia la eutanasia y la escala EAS con las diferentes variables. Las variables cuantitativas son presentadas con la media, desviación estándar, rango, error promedio, prueba de Levene y significación asintótica bilateral y comparadas mediante la T de Student, el nivel de significación se estableció en ambos casos en una  $P=0,05$ . Para la relación entre variables cuantitativas y cualitativas de más de dos categorías se incluyó el Test de Anova y la comparación de medias.

## 5. CONTENIDO

### 5.1. Resultados

#### SEXO

El número total de participantes en el estudio fue de 327 personas, la mayoría de estos, fueron mujeres 74,62% (244) y 25,38% (83) hombres.



**Gráfico 1. Sexo**

## **EDAD**

La edad media en las mujeres fue de 34,09, con una desviación estándar de 13,005, con un rango de 45, comprendido entre 18 y 63 años. En el caso de los hombres la edad media fue muy similar, 32,08 de media, con una desviación estándar de 11,018, con un rango de 44, comprendido entre 19 y 63 años.

**Tabla 2. Edad**

<b>EDAD</b>			
	<b>Rango Mínimo</b>	<b>Rango Máximo</b>	<b>Media</b>
<b>Mujeres</b>	18	63	34,09 ± 13,005
<b>Hombres</b>	19	63	32,08 ± 11,018
<b>TOTAL</b>	18	63	33,58 ± 12,545

## **ESTADO CIVIL**

En cuanto al estado civil, la mayoría de los participantes estaban solteros/as (64,2%) seguidos de los casados/as (29,66%), los divorciados/as (5,5%) y finalmente los viudos/as (0,6%) (*ver gráfico 3, anexos*).

**Tabla 3. Estado civil**

<b>ESTADO CIVIL</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Soltero/a</b>	210	64,22%
<b>Casado/a</b>	97	29,66%
<b>Divorciado/a</b>	18	5,50%
<b>Viudo/a</b>	2	0,61%
<b>TOTAL</b>	327	100%

## **NIVEL DE ESTUDIOS**

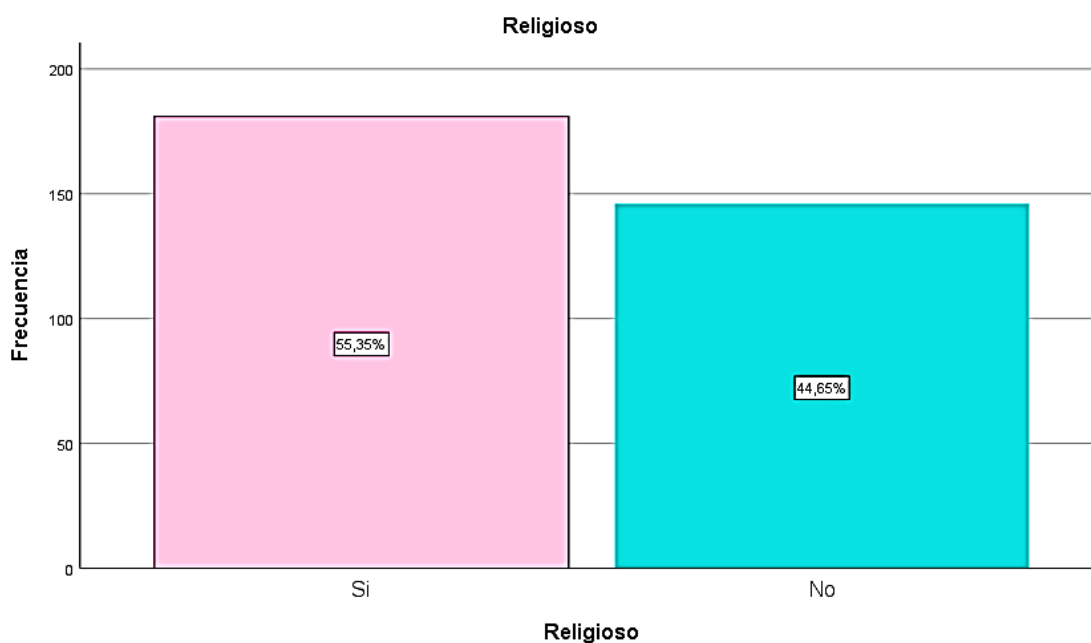
En cuanto a la variable nivel de estudios, las personas con estudios universitarios se colocaron en primer lugar, seguidos de la formación profesional, secundaria, bachillerato, primaria, master, sin estudios y doctorado (*ver gráfico 4, anexos*).

**Tabla 4. Nivel de estudios**

NIVEL DE ESTUDIOS		
	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	2	0,61%
Primaria	21	6,42%
Secundaria	49	14,98%
Formación profesional	63	19,27%
Bachillerato	41	12,54%
Universidad	134	40,98%
Master	16	4,89%
Doctorado	1	0,31%
TOTAL	327	100%

## **RELIGIÓN**

De los 327 participantes, el 55,35% (181) se consideran religiosos, frente al 44,65% (146) que no se consideran religiosos.



**Gráfico 2. Religioso**

En cuanto al grado de religión de los participantes, el 40,4% se consideró no religioso, es decir, la mayor parte de la muestra es considerada no religiosa, el 34,3% se consideró ligeramente religioso, es decir, la mayoría de las personas que, si se consideraron religiosas, se consideraron ligeramente religiosas, el 24,2% moderadamente religioso y solamente el 1,2% se consideró muy religioso (ver gráfico 5, anexos).

**Tabla 5. Grado de religión**

<b>GRADO DE RELIGIÓN</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>No soy religioso</b>	132	40,37%
<b>Ligeramente religioso</b>	112	34,25%
<b>Moderadamente religioso</b>	79	24,16%
<b>Muy religioso</b>	4	1,22%
<b>TOTAL</b>	327	100%

De las 181 personas que se consideraron religiosas, 4 de ellas en la pregunta sobre el grado de religión se consideraron no religiosas, la mayor parte de los considerados religiosos, es decir 95 de ellos, se consideraron ligeramente religiosos, 78 moderadamente religiosos y únicamente 4 personas se consideraron muy religiosas. En cuanto a los 146 participantes que eligieron la opción de no religiosos, 128 en la pregunta sobre el grado de religiosidad se siguieron considerando no religiosos, pero 17 eligieron la opción de ligeramente religiosos, y únicamente una persona eligió la opción de moderadamente religioso. Del total, 132 participantes, en el grado de religión se consideró no religioso, 112 ligeramente religioso, 79 moderadamente religioso y solamente 4 muy religiosos, es decir, en esta muestra de estudio la mayoría se consideran no religiosos.

**Tabla 6. Tabla cruzada religioso \* Grado de religión**

<b>TABLA CRUZADA RELIGIOSO * GRADO DE RELIGIÓN</b>						
		<b>No soy religioso</b>	<b>Ligeramente religioso</b>	<b>Moderadamente religioso</b>	<b>Muy religioso</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Religioso</b>	<b>SI</b>	4 (1,22%)	95 (29,05%)	78 (23,85%)	4 (1,22%)	181 (55,35%)
	<b>NO</b>	128 (39,14%)	17 (5,19%)	1 (0,30%)	0 (0%)	146 (44,64%)
<b>TOTAL</b>		132 (40,37%)	112 (34,25%)	79 (24,16%)	4 (1,22%)	327 (100%)

**¿HAS TENIDO/TIENES ALGÚN FAMILIAR QUE PADEZCA UNA ENFERMEDAD TERMINAL?**

De los 327 participantes, a la pregunta sobre si tenían o habían tenido a algún familiar que padeciera una enfermedad terminal, el 52% (170) respondió si, y el 48% (157) respondió no (ver gráfico 6, anexos).

**Tabla 7. ¿Has tenido/tienes algún familiar que padezca una enfermedad terminal?**

<b>¿HAS TENIDO/TIENES ALGÚN FAMILIAR QUE PADEZCA UNA ENFERMEDAD TERMINAL?</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SI</b>	170	52%
<b>NO</b>	157	48%
<b>TOTAL</b>	327	100%

**¿ESTAS A FAVOR DE LA EUTANASIA?**

En cuanto a la respuesta a esta pregunta, se han encontrado grandes diferencias, siendo el 89% (291) participantes los que han contestado si, frente a solamente el 11% (36) participantes que han contestado que no están a favor de la eutanasia (ver gráfico 7, anexos).

**Tabla 8. ¿Estas a favor de la eutanasia?**

<b>¿ESTAS A FAVOR DE LA EUTANASIA?</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SI</b>	291	89%
<b>NO</b>	36	11%
<b>TOTAL</b>	327	100%

**RESPUESTAS DE LOS ÍTEMS A LA ESCALA DE ACTITUD HACIA LA EUTANASIA (EAS) (N=327)**

TA: Totalmente de acuerdo, A: De acuerdo, N: Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D: En desacuerdo, TD: Totalmente en desacuerdo.

**Tabla 9. Respuestas de los ítems a la escala de actitud hacia la eutanasia (EAS)**

	TA	A	N	D	TD
<b>Consideraciones éticas (11 ítems)</b>					
<b>EAS 1</b>	246 (75,2%)	63 (19,3%)	8 (2,4%)	8 (2,4%)	2 (6%)
<b>EAS 2</b>	40 (12,2%)	64 (19,6%)	66 (20,2%)	70 (21,4%)	87 (26,6%)
<b>EAS 3</b>	214 (65,4%)	84 (25,7%)	17 (5,2%)	10 (3,1%)	2 (0,6)
<b>EAS 4</b>	12 (3,7%)	37 (11,3%)	50 (15,3%)	94 (28,7%)	134 (41%)
<b>EAS 5</b>	192 (58,7%)	98 (30%)	17 (5,2%)	11 (3,4%)	9 (2,8%)
<b>EAS 6</b>	158 (48,3%)	123 (37,6%)	25 (7,6%)	16 (4,9%)	5 (1,5%)
<b>EAS 7</b>	7 (2,1%)	14 (4,3%)	68 (20,8%)	82 (25,1%)	156 (47,7%)
<b>EAS 8</b>	98 (30%)	125 (38,2%)	58 (17,7%)	32 (9,8%)	14 (4,3%)
<b>EAS 9</b>	21 (6,4%)	49 (15%)	57 (17,4%)	94 (28,7)	106 (32,4%)
<b>EAS 10</b>	143 (43,7%)	134 (41%)	27 (8,3%)	15 (4,6%)	8 (2,4%)
<b>EAS 11</b>	196 (59,9%)	93 (28,4%)	23 (7%)	11 (3,4%)	4 (1,2%)
<b>Media y desviación estándar Dominio I</b>	39,24 ± 3,84				
<b>Consideraciones prácticas (4 ítems)</b>					
<b>EAS 12</b>	32 (9,8%)	82 (25,1%)	92 (28,1%)	76 (23,2%)	45 (13,8%)
<b>EAS 13</b>	116 (35,5%)	113 (34,6%)	62 (19%)	21 (6,4%)	15 (4,6%)
<b>EAS 14</b>	18 (5,5%)	63 (19,3%)	91 (27,8%)	98 (30%)	57 (17,4%)
<b>EAS 15</b>	116 (35,5%)	136 (41,6%)	45 (13,8%)	18 (5,5%)	12 (3,7%)
<b>Media y desviación estándar Dominio II</b>	13,48 ± 2,27				
<b>APRECIANDO LA VIDA (4 ítems)</b>					

<b>EAS 16</b>	31 (9,5%)	97 (29,7%)	74 (22,6%)	72 (22%)	53 (16,2%)
<b>EAS 17</b>	27 (8,3%)	49 (15%)	85 (26%)	84 (25,7%)	82 (25,1%)
<b>EAS 18</b>	25 (7,6%)	76 (23,2%)	91 (27,8%)	77 (23,5%)	58 (17,7%)
<b>EAS 19</b>	35 (10,7%)	87 (26,6%)	93 (28,4%)	64 (19,6%)	48 (14,7%)
<b>Media y desviación estándar Dominio III</b>	11,28 ± 3,71				
<b>CREENCIAS NATURISTAS (2 ítems)</b>					
<b>EAS 20</b>	57 (17,4%)	92 (28,1%)	91 (27,8%)	66 (20,2%)	21 (6,4%)
<b>EAS 21</b>	30 (9,2%)	127 (38,8%)	96 (29,4%)	44 (13,5%)	30 (9,2%)
<b>Media y desviación estándar Dominio IV</b>	6,55 ± 1,67				

### **RELACIÓN PARTICIPANTES QUE HAN TENIDO/TIENEN UN FAMILIAR CON ENFERMEDAD TERMINAL Y OPINIÓN SOBRE LA EUTANASIA**

A simple vista, podemos creer que existe una notoria relación entre aquellas personas que han tenido o tienen algún familiar con alguna enfermedad terminal y la opinión positiva hacia la eutanasia. De las 291 personas que se declararon a favor de la eutanasia en este estudio, 151 tenían o habían tenido un familiar con enfermedad terminal y únicamente de las 170 personas que habían declarado tener un familiar en estas circunstancias, fueron 19 las que se declararon en contra de este procedimiento. Se realizó la prueba de Chi-cuadrado, siendo el valor de Chi-cuadrado de Pearson de 0,010, siendo a su vez la  $P = 0,920 > 0,05$ , por lo que no existiría relación estadísticamente significativa entre tener algún familiar que padezca una enfermedad terminal y tener una opinión más positiva hacia la eutanasia.

**Tabla 10. Tabla cruzada ¿Has tenido/tienes algún familiar que padezca una enfermedad terminal? \* ¿Estas a favor de la eutanasia?**

TABLA CRUZADA. ¿HAS TENIDO/TIENES ALGÚN FAMILIAR QUE PADEZCA UNA ENFERMEDAD TERMINAL? * ¿ESTAS A FAVOR DE LA EUTANASIA?				
		¿Estas a favor de la eutanasia?		
		SI	NO	TOTAL
¿Has tenido/tienes algún familiar que padezca una enfermedad terminal?	SI	151 (46,17%)	19 (5,81%)	170 (51,98%)
	NO	140 (42,81%)	17 (5,20%)	157 (48,01%)
TOTAL		291 (89%)	36 (11%)	327 (100%)

### RELACIÓN ENTRE EL SEXO Y OPINIÓN SOBRE LA EUTANASIA

Del total de la muestra (N=327), 83 eran hombres y 244 mujeres, de los 83 hombres, 70 se declararon a favor de la eutanasia, es decir, el 84,3%, y solamente 13 se declararon en contra, es decir, el 15,7%. Del total de mujeres, 221 (90,5%) se declararon a favor de la eutanasia y solamente 23 de ellas se declararon en contra, es decir el 9,43%. Para conocer de forma más adecuada si existe alguna relación entre la opinión positiva o negativa hacia la eutanasia y el sexo, se realizó la prueba de Chi-cuadrado, siendo el valor del mismo de 2,459. En este caso el valor de  $P = 0,117 > 0,05$ , por lo que no se rechazaría la hipótesis nula, es decir, no existirían diferencias estadísticamente significativas entre ser hombre o mujer y tener una actitud positiva o negativa hacia la eutanasia. Es importante destacar que las muestras no son equitativas, ya que la muestra de mujeres fue de 74,62% frente a la de los hombres que fue de 25,38%.

**Tabla 11. Tabla cruzada. Sexo \* ¿Estas a favor de la eutanasia?**

TABLA CRUZADA. SEXO * ¿ESTAS A FAVOR DE LA EUTANASIA?				
		¿Estas a favor de la eutanasia?		
		SI	NO	TOTAL
Sexo	Hombres	70 (21,40%)	13 (3,97%)	83 (25,38%)
	Mujeres	221 (65,58%)	23 (7,03%)	244 (74,62)
TOTAL		291 (89%)	36 (11%)	327 (100%)



## RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y OPINIÓN SOBRE LA EUTANASIA

De las 291 personas declaradas a favor de la eutanasia, 80 de ellos eran casados, 196 solteros, 2 viudos y 13 divorciados. De aquellos participantes que no están a favor de la eutanasia, concretamente 36, 17 eran casados, 14 solteros, ninguno viudo y 5 divorciados. De nuevo, se volvió a realizar el test de Chi-cuadrado, siendo el valor de este de 13,660. En el caso de estas dos variables, si existiría significación estadística, ya que el valor de  $P$  es  $0,003 < 0,05$ , por lo que es posible rechazar la hipótesis nula y establecer una relación entre el estado civil y la actitud hacia la eutanasia. Aquellas personas que están solteras, estarían más a favor de la eutanasia, ya que, del total de las personas a favor de la eutanasia, es decir, del 89%, las personas solteras ocuparían el 59,93% de ese total. Además, podemos añadir, que aquellas personas que se encuentran casadas son las que están más en contra de este procedimiento, ya que del total de los participantes que se declararon en contra de la eutanasia, es decir, del 11%, las personas casadas ocuparían el 5,19% de ese total.

**Tabla 12. Tabla cruzada Estado civil \* ¿Estas a favor de la eutanasia?**

TABLA CRUZADA. ESTADO CIVIL * ¿ESTAS A FAVOR DE LA EUTANASIA?				
		¿Estas a favor de la eutanasia?		
		SI	NO	TOTAL
Estado civil	Casado/a	80 (24,46%)	17 (5,19%)	97 (29,66%)
	Soltero/a	196 (59,93%)	14 (4,28%)	210 (64,22%)
	Viudo/a	2 (0,61%)	0 (0%)	2 (0,61%)
	Divorciado/a	13 (3,97%)	5 (1,52%)	18 5,50%)
TOTAL		291 (89%)	36 (11%)	327 (100%)

## RELACIÓN ENTRE RELIGIÓN Y OPINIÓN SOBRE LA EUTANASIA

De aquellos 291 participantes a favor de la eutanasia, 147 de ellos eran considerados religiosos, y los otros 144 eran no considerados religiosos. De los participantes declarados religiosos (181), solamente 34 se declararon en contra de la eutanasia. De la misma forma, de los 146 participantes declarados no religiosos en esta pregunta, solamente 2 participantes respondieron estar en contra de este procedimiento. Se realizó el test de Chi-cuadrado para comprobar si la relación entre ambas variables categóricas era estadísticamente significativa, siendo el valor de Chi-cuadrado de 25,016, siendo a su vez  $P = 0,000 < 0,05$ , por lo que es posible rechazar la hipótesis

nula y establecer una relación estadísticamente significativa entre ser religioso y estar a favor o en contra de la eutanasia. Aquellas personas consideradas religiosas, estarían más a favor de la eutanasia, que aquellas que no lo son, ya que, del total de las personas declaradas a favor de la eutanasia, es decir, del 89%, el 44,95% de estos, sería considerado religioso, es importante destacar que la diferencia es mínima, ya que los religiosos a favor de la eutanasia serían como se ha mencionado anteriormente, el 44,95%, frente al 44,03% que serían aquellas personas consideradas no religiosas a favor de la eutanasia. Además, es importante añadir, que mayoritariamente, aquellas personas en contra de este procedimiento serían también las consideradas religiosas, ya que, del total de los declarados en contra de la eutanasia, es decir del 11%, los considerados religiosos ocuparían el 10,39% de ese total, frente a los no considerados religiosos que únicamente ocuparían el 0,61%. Esto se debería a que la mayor parte de los participantes se consideraron religiosos en esta primera variable, considerándose la mayor parte de estos “no religiosos” en la variable “grado de religiosidad”, asociándolo quizá con el nivel de práctica religiosa.

**Tabla 13. Tabla cruzada. Religioso \* ¿Estas a favor de la eutanasia?**

TABLA CRUZADA. RELIGIOSO * ¿ESTAS A FAVOR DE LA EUTANASIA?				
		¿Estas a favor de la eutanasia?		
		SI	NO	TOTAL
Religioso	SI	147 (44,95%)	34 (10,39%)	181 (55,35%)
	NO	144 (44,03%)	2 (0,61%)	146 (44,64%)
TOTAL		291 (89%)	36 (11%)	327 (100%)

Del total de los participantes (327), como se ha mencionado en las tablas anteriores, 291 de estos estaban a favor de la eutanasia, la mayor parte de estos participantes eran no religiosos (130) y ligeramente religiosos (104), siendo solo 57 personas consideradas moderadamente religiosas las que estaban a favor de la eutanasia y 0 las consideradas muy religiosas. De la misma forma, fueron 36 participantes los que se declararon en contra de este procedimiento, siendo solamente 2 no religiosas, 8 ligeramente religiosas, 22 moderadamente religiosas y 4 personas muy religiosas. Al igual que en la comparación de las variables anteriores, se realizó el test de Chi-cuadrado, siendo su valor 65,051, siendo el valor de  $P = 0,000 < 0,05$ , por lo que es posible rechazar la hipótesis nula ( $H_0$  = ambas variables son independientes) y aceptar la hipótesis alterna ( $H_a$  = ambas variables no son independientes, si no dependientes), es decir, existe una

relación estadísticamente significativa entre el grado de religiosidad y la actitud positiva o negativa hacia la eutanasia. Es decir, aquellas personas consideradas “no religiosas” en cuanto al grado de religiosidad, estarían más a favor de la eutanasia que el resto, ya que, del total de los considerados a favor de la eutanasia, es decir, del 89%, los considerados “no religiosos” ocuparían el 39,75%. Aquellos más en contra de este procedimiento serían aquellos participantes considerados “moderadamente religiosos”, ya que del total de los que están en contra de la eutanasia, es decir del 11%, los moderadamente religiosos ocuparían el 6,72% de ese total.

**Tabla 14. Tabla cruzada. Grado de religión \* ¿Estas a favor de la eutanasia?**

TABLA CRUZADA. GRADO DE RELIGIÓN * ¿ESTAS A FAVOR DE LA EUTANASIA?				
		¿Estas a favor de la eutanasia?		
		SI	NO	TOTAL
Grado de religión	No soy religioso	130 (39,75%)	2 (0,61%)	132 (40,36%)
	Ligeramente religioso	104 (31,80%)	8 (2,44%)	112 (34,25%)
	Moderadamente religioso	57 (17,43%)	22 (6,72%)	79 (24,15%)
	Muy religioso	0 (%)	4 (1,22%)	4 (1,22%)
TOTAL		291 (89%)	36 (11%)	327 (100%)

### **RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTUDIOS Y OPINIÓN SOBRE LA EUTANASIA**

Para observar las diferencias de forma más clara, se han agrupado los niveles de estudios en 4 niveles; sin estudios (aquellas personas que no tienen estudios), estudios básicos (aquellas personas que poseen primaria y secundaria), estudios de nivel medio (para aquellos que poseen un título de formación profesional o bachillerato) y por último estudios de nivel alto (aquellas personas que tienen estudios universitarios, master y/o doctorado). Como se puede observar en la siguiente tabla, del total de las 291 personas declaradas a favor de la eutanasia, 2 de ellas no poseen estudios, 59 poseen estudios básicos, 93 estudios de nivel medio y 137 estudios de nivel alto. El número de personas que se declara en contra de la eutanasia, es mínimo en cada nivel, siendo 0 en las personas sin estudios, 11 en los estudios básicos, 11 en estudios de nivel medio y 14 en los estudios de nivel alto. Se realizó el test de Chi-cuadrado, siendo su valor de 2,314, con  $P = 0,510 > 0,05$ , por lo que se aceptaría la hipótesis nula ( $H_0 =$  ambas

variables son independientes), es decir, no existiría una relación estadísticamente significativa entre el nivel de estudios y la actitud hacia la eutanasia.

**Tabla 15. Tabla cruzada. Nivel de estudios \* ¿Estas a favor de la eutanasia?**

<b>TABLA CRUZADA. NIVEL DE ESTUDIOS * ¿ESTAS A FAVOR DE LA EUTANASIA?</b>				
		<b>¿Estas a favor de la eutanasia?</b>		
		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Nivel de estudios</b>	<b>Sin estudios</b>	2 (0,61%)	0 (0%)	2 (0,61%)
	<b>Estudios básicos</b>	59 (18,04%)	11 (3,36%)	70 (21,10%)
	<b>Estudios de nivel medio</b>	93 (28,44%)	11 (3,36%)	104 (31,80%)
	<b>Estudios de nivel alto</b>	137 (41,89%)	14 (4,28%)	151 (46,17%)
<b>TOTAL</b>		291 (89%)	36 (11%)	327 (100%)

### **RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y OPINIÓN SOBRE LA EUTANASIA**

Para comprobar si existe asociación entre ambas variables, se realizó una T de Student, siendo su valor en la Prueba de Levene de  $3,325 > 0,05$  por lo que se asumen varianzas iguales. La  $P = 0,000 < 0,05$ , por lo que se establecería una relación estadísticamente significativa entre la edad y la actitud hacia la eutanasia, sea aceptaría la  $H_a$ , es decir, ambas variables no son independientes, si no dependientes. La edad media de las personas con actitud positiva hacia la eutanasia fue de  $32,56 \pm 11,96$ , siendo la de aquellas personas con una actitud negativa de  $41,83 \pm 14,20$ , es decir, aquellas personas de mayor edad tienen una actitud más negativa hacia la eutanasia, al contrario de lo que ocurre con aquellas personas de menor edad, que tienen una actitud más positiva hacia este procedimiento.

**Tabla 16. Estadísticas de grupo. Edad \* ¿Estas a favor de la eutanasia?**

ESTADÍSTICAS DE GRUPO. EDAD * ¿ESTAS A FAVOR DE LA EUTANASIA?				
	¿Estas a favor de la eutanasia?			
		N	Media	Desviación estándar
Edad	SI	291 (89%)	32,56	11,96
	NO	36 (11%)	41,83	14,20

### RELACIÓN ENTRE EL SEXO Y ESCALA EAS

Para confirmar la existencia o no de relación entre la actitud hacia la eutanasia y el sexo, se realizó una T de Student entre el sexo (hombre o mujer) y la Escala EAS. Conforme a los resultados obtenidos de la prueba T de Student para muestras independientes se mostró que las mujeres poseían una actitud más favorable hacia la eutanasia en comparación con los hombres ( $70,88 \pm 6,81$  vs  $69,62 \pm 7,52$ ). Se asumen varianzas iguales en cuanto a la Prueba de Levene ya que fue igual a  $0,43 > 0,05$ , la diferencia que se obtuvo no fue estadísticamente significativa ya que  $P = 0,157 > 0,05$ , es decir, no existiría relación estadísticamente significativa entre el sexo y la actitud hacia la eutanasia. Es importante destacar de nuevo, que la muestra entre hombres y mujeres fue muy dispar, 76,61 (mujeres) vs 25,38% (hombres).

**Tabla 17. Estadísticas de grupo. Sexo \* EAS**

ESTADÍSTICAS DE GRUPO. SEXO * ESCALA EAS				
	Sexo	N	Media	Desviación error promedio
Suma dimensión 1	Hombres	83	$38,80 \pm 3,94$	0,43
	Mujeres	244	$39,38 \pm 3,80$	0,24
Suma dimensión 2	Hombres	83	$13,34 \pm 2,38$	0,26
	Mujeres	244	$13,53 \pm 2,23$	0,14
Suma dimensión 3	Hombres	83	$11,20 \pm 4,09$	0,44
	Mujeres	544	$11,31 \pm 3,58$	0,22
Suma dimensión 4	Hombres	83	$6,26 \pm 1,68$	0,18
	Mujeres	244	$6,65 \pm 1,66$	0,10
Suma puntuación total	Hombres	83	$69,62 \pm 7,52$	0,82
	Mujeres	244	$70,88 \pm 6,81$	0,43

## RELACIÓN ENTRE RELIGIOSO Y ESCALA EAS

Para confirmar la existencia o no de relación entre la actitud hacia la eutanasia y la religión, se realizó una T de Student entre la religiosidad y la Escala EAS. Conforme a los resultados obtenidos de la prueba T de Student para muestras independientes se mostró que aquellas personas consideradas religiosas poseían una actitud más favorable hacia la eutanasia en comparación con las que no lo eran ( $71,34 \pm 6,77$  vs  $69,60 \pm 7,19$ ). Se asumen varianzas iguales en cuanto a la Prueba de Levene ya que fue igual a  $0,72 > 0,05$ , la diferencia que se obtuvo fue estadísticamente significativa en cuanto al total, ya que  $P = 0,026 < 0,05$ , es decir, existiría relación estadísticamente significativa entre ser religioso o no y la actitud hacia la eutanasia, aquellas personas consideradas religiosas, estarían más a favor de la eutanasia que aquellas que no lo son.

**Tabla 18. Estadísticas de grupo. Religioso \* EAS**

<b>ESTADÍSTICAS DE GRUPO. RELIGIOSO * ESCALA EAS</b>				
	<b>Religioso</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación error promedio</b>
<b>Suma dimensión 1</b>	<b>SI</b>	181	$39,14 \pm 4,30$	0,32
	<b>NO</b>	146	$39,36 \pm 3,17$	0,26
<b>Suma dimensión 2</b>	<b>SI</b>	181	$13,34 \pm 2,22$	0,16
	<b>NO</b>	146	$13,67 \pm 2,33$	0,19
<b>Suma dimensión 3</b>	<b>SI</b>	181	$12,11 \pm 3,48$	0,25
	<b>NO</b>	146	$10,26 \pm 3,78$	0,31
<b>Suma dimensión 4</b>	<b>SI</b>	181	$6,74 \pm 1,54$	0,11
	<b>NO</b>	146	$6,31 \pm 1,79$	0,14
<b>Suma puntuación total</b>	<b>SI</b>	181	$71,34 \pm 6,77$	0,50
	<b>NO</b>	146	$69,60 \pm 7,19$	0,59

## RELACIÓN ENTRE GRADO DE RELIGIOSIDAD Y ESCALA EAS

Para terminar de confirmar la relación existente entre el ser religioso o no y la actitud positiva o negativa hacia la eutanasia, se hace necesario realizar un Test de Anova para estudiar la relación entre el grado de religiosidad (variable cualitativa categórica) y la actitud hacia la eutanasia, con la escala EAS (variable cuantitativa). El comparar ambas variables se observó que existía relación estadísticamente significativa, ya que  $P = 0,000 < 0,05$ , para saber qué grado de religión estaba más a favor de la eutanasia, se realizó una comparación de medias, siendo aquellas personas consideradas “ligeramente religiosas” las que presentaban una mayor media  $71,81 \pm 6,12$ , es decir, las que estaban más a favor de este procedimiento, en la parte contraria se encontrarían aquellas personas consideradas “muy religiosas”, con una media de  $57,75 \pm 7,45$ , es decir, serían las que menos puntuación obtienen en la escala EAS, y por tanto estarían más en contra de la eutanasia.

**Tabla 19. Informe comparación medias. Suma puntuación total dimensiones \* Grado de religión**

<b>INFORME COMPARACIÓN MEDIAS. SUMA PUNTUACIÓN TOTAL</b>			
<b>DIMENSIONES * GRADO DE RELIGIÓN</b>			
<b>Grado de religión</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
<b>No soy religioso</b>	132 (40,36%)	69,52	7,15
<b>Ligeramente religioso</b>	112 (34,25%)	71,81	6,12
<b>Moderadamente religioso</b>	79 (24,15%)	71,20	7,14
<b>Muy religioso</b>	4 (1,22%)	57,75	7,45
<b>TOTAL</b>	327 (100%)	70,56	7,01

## 5.2. Discusión

La investigación llevada a cabo en este trabajo tiene como objetivo principal conocer la opinión de la población acerca de la eutanasia, así como evaluar y comprobar si las distintas variables demográficas y sociales condicionan la posición de los individuos con respecto al objetivo principal. Con la finalidad de poder evaluar la opinión de la población se realizó un cuestionario mediante la plataforma de Google Forms, donde se recogían un total de 29 preguntas, de entre las cuales 8 recopilaban información acerca del estado civil, sexo, religión, edad... y las 21 restantes recogían las preguntas de la Euthanasia Attitude Scale. Dicho cuestionario fue destinado únicamente a la población adulta, cuyo rango de edad estuvo comprendido entre los 18 y los 63 años. Transcurrido el periodo de recopilación de datos se obtuvo una muestra poblacional de 327 participantes.

Los resultados obtenidos por este estudio revelaron datos muy positivos sobre la opinión que se tiene acerca de la eutanasia. Del tamaño total de la muestra, 291 personas se declararon a favor de la eutanasia, frente a los 36 participantes restantes que se mostraron en contraposición. Estos datos revelan que, el 89% de la muestra se encuentra a favor y tan solo un 11% de ellos en contra. El estudio "Actitudes de los españoles ante la eutanasia y el suicidio medicamente asistido" llevado a cabo por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), representado por 2.481 individuos, obtuvo resultados similares a este estudio, recalcando que, una gran proporción, concretamente el 58,4% se declaró a favor de la eutanasia, frente al 29,7% que se declaró en contra (51).

Tras la evaluación de los datos sociodemográficos, en concreto de la variable edad, se observa, que aquellos que autocumplimentaron el cuestionario tenían edades comprendidas entre los 18 y los 63 años, lo que da lugar a una edad media de 33,58 años. En base al estudio que he realizado se corrobora la existencia de una mayor contraposición a la eutanasia conforme aumenta la edad de la población, de la misma manera, se observa que a menor edad se tiende a tener una actitud más positiva, existiendo así una relación estadísticamente significativa entre la opinión sobre la eutanasia y la edad. En base a los datos analizados se concluye que, la población que muestra una actitud positiva frente a la eutanasia presentaba una edad media de 32,56 años frente a los que mostraban una posición opuesta, los cuales tenían una media de edad de 41,83 años. Reafirmando estos datos en el estudio realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) realizado en el año 2018. De igual modo, el artículo "*Finnish nurses attitudes towards their role in the euthanasia process*" llevado a cabo en



el año 2019, analizó la opinión de participantes cuyo rango de edad media estaba en torno a los 36,54 años, proporcionando datos que concluyen que, existe una mayor tendencia a la negatividad entre los individuos que presentan 40 años o más (51,52).

En cuanto a la variable de sexo, se observa una mayor predisposición a favor de la eutanasia entre el sexo femenino en comparación con el masculino; de entre el 89% de los resultados a favor obtenidos un 65,58% de las preguntas fueron proporcionadas por mujeres frente al 21,40% por parte de los hombres (*Tabla 11*). A pesar de ello, no se encontró relación estadísticamente significativa. Cabe recalcar que, estos datos pueden presentar sesgos y limitaciones en los resultados debido a la disparidad de participación de la muestra, donde el 74,62% de los participantes eran mujeres con respecto al 25,38% que eran hombres. De igual modo, el estudio en el cual se analizaba la actitud de las enfermeras finlandesas con respecto a la eutanasia tampoco encontró diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos, presentando su estudio similares proporciones de participantes en función del sexo, ya que el 93% de la muestra eran mujeres. Sin embargo, los resultados ofrecidos por el CIS, sí que adquirieron diferencias significativas en base a la variable sexo, cuyos datos aportaban una mayor predisposición a favor de la eutanasia en hombres que en mujeres. Es importante destacar que en el estudio llevado a cabo por el CIS la muestra de hombres y mujeres era bastante similar, siendo los hombres el 48,1% de la muestra y las mujeres el 51,9% (51,52).

En relación al nivel de estudios, si observamos la *tabla 15*, podemos observar que, a mayor nivel de estudios académicos (estudios universitarios, master o doctorado) mayor es la predisposición a favor de la eutanasia, encontrándonos que del 89% de la población que mostraba una actitud positiva a dicho procedimiento el 41,89% presentaban estudios superiores, a pesar de ello en este estudio no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la variable nivel de estudios y estar o no a favor de la eutanasia. No obstante, el estudio encauzado por el CIS ofrece datos más positivos entre la población con niveles de estudio de nivel medio, siendo entre ellos mayoritarios los que cursaron estudios de formación profesional (F.P). Se encontraron resultados similares en el estudio sobre la actitud de las enfermeras finlandesas hacia la eutanasia, donde se mostraba que a mayor nivel de estudios, se tenía una actitud más favorable hacia la eutanasia (51–53).

Referente al estado civil, este estudio avala que, las personas solteras muestran una mayor aceptación en alusión a la eutanasia frente a los casados, obteniendo un

porcentaje a favor del 59,93% procedente de los solteros, del total de los que se posicionaron a favor de la eutanasia (89%). En la parte contraria se encontrarían los casados, ya que del total de los que se posicionaron en contra, es decir del 11%, el 5,19% lo ocuparían los casados, reafirmando así, la existencia de diferencias estadísticamente significativas en función del estado civil. Mientras que, el estudio realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas revela resultados estadísticamente similares, aportando un pequeño matiz, donde se obtienen datos que avalan que el grupo poblacional que presenta un estado civil de tipo separado, presentan mayor predisposición a favor de la eutanasia, seguidos del grupo población compuesto por solteros. Así mismo, estos resultados también se encuentran avalados por el estudio realizado acerca de la actitud de las enfermeras finlandesas hacia la eutanasia, donde se muestra que, las enfermeras que no estaban casadas presentaban una mayor concienciación y participación durante la realización del proceso, en contraposición de la opinión y actitud de aquellas que presentaban un estado civil de tipo casadas (51,52).

Cabe destacar que, de entre los resultados más predominantes y destacables se encontraban aquellos que recogían la variable "religión". Con la finalidad de poder evaluar el grado de creencias de los participantes se incorporaron en el cuestionario dos preguntas, cuya finalidad tenían, por un lado, conocer en qué proporción los participantes se consideraban religiosos, y, por otro lado, el grado de religión. De la muestra total de participantes, el 55,35% (181 personas) se consideraron religiosos frente al 44,64% (146 personas) considerados no religiosos. De entre los religiosos el 44,95% se consideraban a favor de la eutanasia frente al 10,39% que mostraban una actitud en contra. En cuanto al grupo conformado por los no religiosos, el 44,03% estaban a favor de la eutanasia y tan solo el 0,61% de estos en contraposición. Proporcionando estos datos, una tasa similar de aceptación de la eutanasia entre la población religiosa y no religiosa. Mostrando a pesar de la diferencia insignificativa de los resultados una mayor predisposición a favor de la eutanasia entre el grupo de religiosos.

Sin embargo, tras el análisis de estos resultados se observaron resultados contradictorios, en referencia a la proporción de religiosos y no religiosos que se encontraban a favor de la eutanasia. Obteniendo que, la población que está en contraposición sería de la misma manera el grupo de los participantes considerados religiosos, en este caso con elevada diferencia estadística entre religiosos y no religiosos, ya que como se ha mencionado anteriormente, del 11% de los declarados en

contra de la eutanasia, el 10,39% lo ocuparían los religiosos y el restante los no religiosos. Tras estos valores, se determinó la necesidad de realizar una tabla cruzada que comparará el grupo poblacional de religiosos / no religiosos con el grado de religiosidad (*Tabla 6*) En dicha tabla, se puede observar que del total de los considerados religiosos (55,35%), el 1,22% se consideró “no religioso” en la variable grado de religiosidad, el 29,05% “ligeramente religioso”, el 23,85 “moderadamente religioso” y solamente el 1,22% se consideró “muy religioso”, es decir, la mayor parte de los considerados religiosos, sería considerado “ligeramente religioso”.

De la misma manera, se comprobó que existía relación estadísticamente significativa entre la variable religiosidad y la actitud hacia la eutanasia, siendo los considerados “no religiosos”, los que estarían más a favor de la eutanasia, ya que ocuparían el 39,75% del total de los que están a favor de la eutanasia, es decir, del 89%. En la parte contraria, aquellos que estarían más en contra de dicho procedimiento, serían los considerados “moderadamente religiosos”, ya que ocuparían el 6,72%, del total de los que se declararon en contra de la eutanasia, es decir del 11%. Por otra parte, el estudio realizado por el CIS, el cual divide la variable de religión en 3 categorías: católico, no católico, no religioso obtuvo similares resultados, corroborando que, la población considerada como no religiosos presentan una actitud más a favor de la eutanasia frente a los religiosos. Así mismo, los datos ofrecidos por el artículo “*The Islamic perspective on physician-assisted suicide and euthanasia*” muestran de la misma manera que la religión es uno de los principales determinantes en relación con la actitud hacia la eutanasia, ya que el código de leyes islámico habla de varios temas relacionados con la vida y la muerte, prohibiendo cualquier acto que conlleve la limitación y finalización de la vida. Por lo que, las personas musulmanas y fieles del islam, no dispondrían de derechos ni autonomía para decidir como finalizar con su vida, censurando de este modo la posibilidad de efectuar tanto la eutanasia como el suicidio asistido. Del mismo modo, datos publicados en el artículo “*Attitudes Toward Euthanasia: A Longitudinal Analysis of the Role of Economic, Cultural, and Health-Related Factors*” muestran que cuanto más arraigada se encuentre la religión, mayor negatividad presentan sobre la eutanasia. Datos similares ofrece el artículo “*Finnish nurses' attitudes towards their role in the euthanasia process*” cuyos resultados mostraron que no solo la religión influía en la actitud presentada hacia la eutanasia si no que, las enfermeras consideradas no religiosas presentaban una mayor predisposición y aceptación a la participación activa por parte del sector de la enfermería en el procedimiento de la eutanasia, todo lo

contrario ocurría con aquellas enfermeras que se consideraban de índole religiosa (51,52,54,55).

Cabe destacar que, en los últimos años tanto la eutanasia como el suicidio asistido se encuentran en auge, existiendo en la actualidad una mayor predisposición a la legalización de este procedimiento, principalmente destinados a aquellas personas que presentan patologías de tipo crónica y mayoritariamente irreversibles que limitan su funcionalidad, tales como el cáncer. De igual importancia, cabe resaltar que los datos obtenidos de países donde la eutanasia se encuentra legalizada revelan que no existe un abuso generalizado de esta práctica (56).

## **6. CONCLUSIONES**

Se han podido extraer diferentes conclusiones de esta investigación;

- La relación entre el estado civil y la opinión favorable o no hacia la eutanasia, siendo los solteros los que tienen una opinión más positiva hacia la eutanasia, y las personas casadas las que se encuentran más en contra.
- En cuanto al ser o no religioso también se encuentra relacionado con la opinión positiva o negativa hacia la eutanasia, según los datos recogidos, se puede observar que los participantes religiosos son los que se encuentran más a favor de la eutanasia que los no religiosos, siendo la diferencia entre religiosos y no religiosos a favor de la eutanasia mínima, en la parte contraria, es decir aquellos que estarían en contra de la eutanasia, serían también las personas consideradas religiosas, en este caso con una gran diferencia existente entre los religiosos y los no religiosos. Este sesgo, podría deberse a la cultura familiar que se tiene en el hogar, es decir, la mayoría de los participantes eligieron la opción de “sí, soy religioso”, por cultura familiar, sin en realidad ser realmente religiosos. Del 55,35% de los que se consideraron religiosos, el 1,22% se consideró no religioso en esta segunda opción, el 29,05% “ligeramente religioso”, el 23,85% moderadamente religioso y solamente el 1,22% se consideró muy religioso.
- Seguidamente, en cuanto al grado de religión se concluyó que aquellas personas consideradas “no religiosas” eran las que tenían una actitud más positiva hacia la eutanasia, en la parte contraria se situarían los considerados “moderadamente religiosos”, es decir, serían los que tendrían una actitud más negativa hacia este procedimiento.
- Se realizó una comparación entre la Escala EAS y el grado de religión, siendo los resultados similares, aquellas personas consideradas “ligeramente religiosas” serían

las que tendrían una actitud más positiva hacia la eutanasia, y aquellas consideradas “muy religiosas” las que se declararían más en contra.

- De la misma manera, existe una relación estadísticamente significativa entre la edad y la actitud hacia la eutanasia, siendo aquellas personas más jóvenes las que están más a favor, es decir, las personas de mayor edad serían las que están más en contra de la eutanasia.
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, esto puede ser debido a la gran diferencia existente entre el número de participantes de hombres y mujeres, a pesar de ello, si observamos la *tabla 16*, donde se compara la Escala EAS con el sexo, podemos observar que las mujeres tienen una actitud más positiva hacia la eutanasia que los hombres, siendo esta diferencia muy ligera.
- Tampoco se encontró relación entre estar a favor o no de la eutanasia y el nivel de estudios o el tener un familiar que padeciera una enfermedad terminal, aunque si observamos la *tabla 14*, donde se compara el nivel de estudios con estar o no a favor de la eutanasia, podemos observar que el grupo que mayoritariamente se declara a favor de la misma, es el de “estudios de nivel alto”.

## 7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Se encontraron algunas limitaciones en el presente estudio, la principal limitación fue la gran diferencia en cuanto al nivel de participación entre hombres y mujeres, ya que el 74,62% eran mujeres y el 25,38% hombres, debido a esto no se pudieron encontrar diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo.

Otra limitación observada en el presente estudio fue el nivel de complejidad de algunas de las preguntas de la Escala EAS, la pregunta que causó más confusión entre los participantes fue la n° 2, "Inducir la muerte por una razón misericordiosa es incorrecto" y la n° 21, "La muerte natural es una cura para el sufrimiento".

En cuanto a las preguntas que se encargaban de recoger diferentes variables, hubo algunos errores en cuanto al ser religioso o no y el grado de religión, ya que la mayor parte de los participantes se declararon religiosos en la primera pregunta sobre la religión y algunos de estos se declararon no religiosos en la pregunta sobre el grado de religión, asociándolo quizá con el nivel de práctica religiosa, es decir, se considerarían religiosos, pero no practicantes.

Además, los datos ofrecidos por la *tabla cruzada n° 12*, en la que se compara el ser religioso o no con estar a favor o en contra de la eutanasia, pone de manifiesto que los considerados religiosos son los que se encuentran más a favor de la eutanasia y a su vez los que se declaran más en contra de la misma, debido a que la mayor parte de la muestra, se consideró religiosa en la primera pregunta sobre la variable religiosidad, siendo algunos de los mismos, considerados en la variable grado de religiosidad "no religiosos", y la mayor parte de ellos categorizados como "ligeramente religiosos", es decir, la muestra de la que se dispone en este estudio no fue equitativa en cuanto al grado de religiosidad, ya que la mayor parte de la muestra se categorizó como "ligeramente religiosos", es decir el 29,05%, frente a los muy religiosos que solamente fueron el 1,22% del total de la muestra. Además influyen diferentes variables sobre esta pregunta, una de ellas sería la cultura familiar que rodea al participante, por lo que quizá muchos de ellos se declararon como religiosos sin realmente serlo, otra variable influyente sería la mala comprensión de la pregunta, ya que algunos de ellos en la pregunta sobre el grado de religiosidad, pudieron elegir la opción de "no soy religioso", habiendo seleccionado en la anterior que si se consideraban religiosos, simplemente por no ser practicantes, pensando quizá que la pregunta sobre el grado de religión hacía referencia al nivel de práctica religiosa.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Eutanasia y su evolución histórica. Disponible en: <http://www.ub.edu/ciudadania/hipertexto/evolucion/trabajos/0304/3/2.htm>
2. Sánchez CDM, Romero AL. Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia (I). *Med PALIATIVA*. Vol. 13: N.º 4; 207-215, 2006 13:9.
3. Gherardi CR. Eutanasia. *Med B Aires*. enero de 2003;63(1):63-9.
4. Fernández-Martínez E, Fernández-Muñoz JJ, Romero-Blanco C, Parra-Fernández ML, Onieva-Zafrá MD. Spanish Version of the Attitude Towards Euthanasia Scale. *Int J Environ Res Public Health*. 29 de mayo de 2020;17(11):E3855.
5. Dilemata. Eutanasia: propuesta de definición 2008 Disponible en: <https://www.dilemata.net/index.php/component/content/article?id=62:eutanasia>
6. Padovani Cantón AM, Clemente Rodríguez ME. Eutanasia y legislación. *Rev Cienc Médicas Pinar Río*. diciembre de 2008;12(2):139-49.
7. Hernandez Guerra Z. La eutanasia en España. Proyecto de ley. 2020. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/21587>
8. Rachels J. EUTANASIA ACTIVA Y PASIVA. :6.
9. Silva RS da, Evangelista CL de S, Santos RD dos, Paixão GP do N, Marinho CLA, Lira GG. Percepção de enfermeiras intensivistas de hospital regional sobre distanásia, eutanásia e ortotanásia. *Rev Bioét*. diciembre de 2016;24(3):579-89.
10. Delgado Sevilla D, Juárez Vela R, Pellicer garcía B, Redondo Castán LC, Ramón Arbués E, López Martín I, et al. Actuación de enfermería ante el cuidado físico en el paciente terminal. *Rev Rol Enferm*. 2014;738-41.
11. Guía de Cuidados Paliativos. :52.
12. SECPAL. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. Disponible en: [https://www.secpal.com/biblioteca\\_guia-cuidados-paliativos\\_2-definicion-de-enfermedad-terminal](https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_2-definicion-de-enfermedad-terminal)
13. Hasdenteufel M, Quintard B. [The wish to hasten death: Definition, determinants, issues and perspectives]. *Bull Cancer (Paris)*. agosto de 2021;108(7-8):751-60.
14. Eich M, Verdi MIM, Martins PPS. Deliberación moral en sedación paliativa destinada a un equipo de cuidados paliativos oncológicos. *Rev Bioét*. diciembre de 2015;23:583-92.
15. Nogueira FL, Sakata RK. Sedación Paliativa del Paciente Terminal. *Rev Bras Anesthesiol*. 2012;62(4):7.

16. Lavernia HHC, Morgado DM. Reflexiones éticas sobre la sedación paliativa en enfermos terminales. 2016. :18.
17. Pérez Pérez FM. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. Med Fam SEMERGEN. 1 de noviembre de 2016;42(8):566-74.
18. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Rev Clínica Esp. 1 de marzo de 2012;212(3):134-40.
19. Rosales D. La Ley de la Eutanasia y la importancia del testamento vital. Notarios en red. 2021. Disponible en: <https://www.notariosenred.com/2021/09/la-ley-de-la-eutanasia-y-la-importancia-del-testamento-vital/>
20. Quijada-González C, Tomás y Garrido GM. TESTAMENTO VITAL: CONOCER Y COMPRENDER SU SENTIDO Y SIGNIFICADO. Pers Bioét. julio de 2014;18(2):138-52.
21. Cañete R, Guilhem D, Brito K. Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. Acta Bioethica. junio de 2012;18(1):121-7.
22. Martínez FR. EL NUEVO MODELO ESPAÑOL DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO COMO DERECHOS: CONTENIDO Y VALORACIÓN CRÍTICA. 2021;40.
23. Arenas-Márquez H, Jiménez-Tornero J, Arenas-Moya D, Moreno ALD, Sánchez IB. Ensañamiento terapéutico. Cir Gen. 2011;5.
24. González-Javier F del P, Guzmán-Priego CG. Eutanasia, distanasia, adistanasia y encarnizamiento terapéutico. Multidiscip Health Res. 3 de mayo de 2016. Disponible en: <https://revistas.ujat.mx/index.php/MHR/article/view/1351>
25. Betancourt B, Jesús G de. Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética. Humanidades Médicas. agosto de 2011;11(2):259-73.
26. Biondo CA, Silva MJP da, Secco LMD. Distanasia, eutanasia y ortotanasia: percepciones de los enfermeros de unidades de terapias intensiva e implicaciones en la asistencia. Rev Lat Am Enfermagem. octubre de 2009;17:613-9.
27. Pesut B, Greig M, Thorne S, Storch J, Burgess M, Tishelman C, et al. Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature. Nurs Ethics. febrero de 2020;27(1):152-67.
28. Vega J, Ortega I. LA «PENDIENTE RESBALADIZA» EN LA EUTANASIA EN HOLANDA. :12.
29. Labaca ML. Modelos europeos de eutanasia y suicidio asistido en Holanda, Bélgica, Suiza, Luxemburgo y Francia/ European models of euthanasia and the suicide represented in Holland, Belgium, Switzerland, Luxembourg and France. Rev QUAESTIO IURIS. 28 de octubre de 2014;7(2):892-1009.

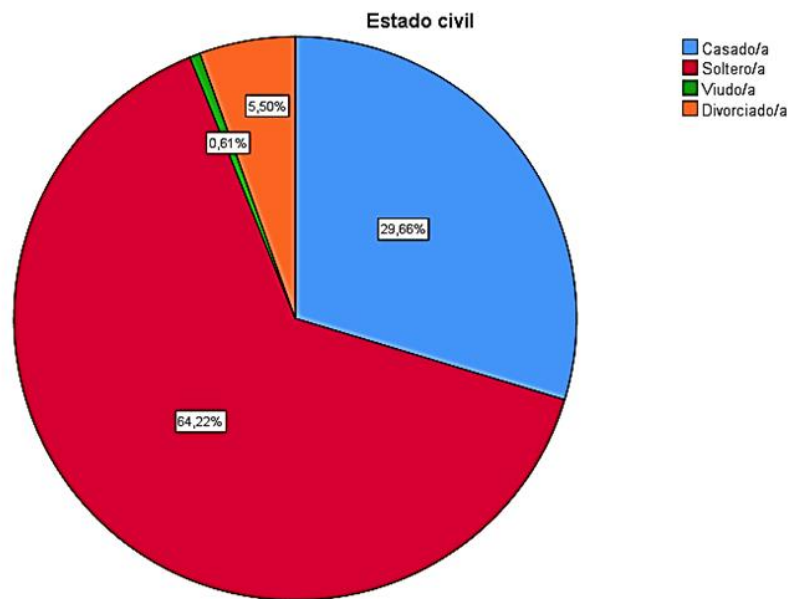


30. La eutanasia en Holanda - Âmbito Jurídico - Educação jurídica gratuita e de qualidade. 2014. Disponible en: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-128/la-eutanasia-en-holanda/>
31. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM. La eutanasia en Bélgica. Rev Esp Salud Pública. febrero de 2012;86(1):5-19.
32. de L. Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente Pta.del Sol 6 - 3º Izda | [www.eutanasia.ws](http://www.eutanasia.ws). 2009;(609):12.
33. La eutanasia ya supone un 2% de los fallecimientos anuales en Canadá [Internet]. Derecho a Morir Dignamente. 2020. Disponible en: <https://derechoamorir.org/2020/08/07/la-eutanasia-ya-supone-un-2-de-los-fallecimientos-anuales-en-canada/>
34. Río AÁ del. Algunos avances en la regulación sobre la eutanasia en América Latina: el caso de Colombia y México. Perspect Bioét. enero de 2009;14(26/27):162-7.
35. Pérez-Gutiérrez N, Unigarro-Coral AJ del C, Caycedo-Guio RM. ¿La eutanasia está legalizada en Colombia? A propósito de la nueva guía del Ministerio de Salud y Protección Social. Acta Colomb Cuid Intensivo. 1 de abril de 2017;17(2):99-106.
36. Guerra YM. Ley, jurisprudencia y eutanasia. 2013;(25):16.
37. Woods M, Bickley Asher J. Nurses and the euthanasia debate: reflections from New Zealand. Int Nurs Rev. marzo de 2015;62(1):13-20.
38. Velasco Bernal C, Trejo-Gabriel-Galan JM. Leyes de eutanasia en España y en el mundo: aspectos médicos. Aten Primaria. 1 de enero de 2022;54(1):102170.
39. Menezes MS, Figueiredo M das GM da C de A. [The role of end-of-life palliative sedation: medical and ethical aspects - Review]. Braz J Anesthesiol Elsevier. febrero de 2019;69(1):72-7.
40. Pal M. Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Med PALIATIVA. 2002 :4.
41. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Sec. 1, Ley Orgánica 3/2021 mar 25, 2021 p. 34037-49. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>
42. Ministerio de Sanidad - Eutanasia - Información básica para conocer la ley de regulación de la eutanasia. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/ciudadania/informacionBasica.htm>
43. Gutiérrez JV. EUTANASIA: UNA «PENDIENTE RESBALADIZA». PROBLEMAS ÉTICOS ANTE LA LEGALIZACIÓN .2009 :3.

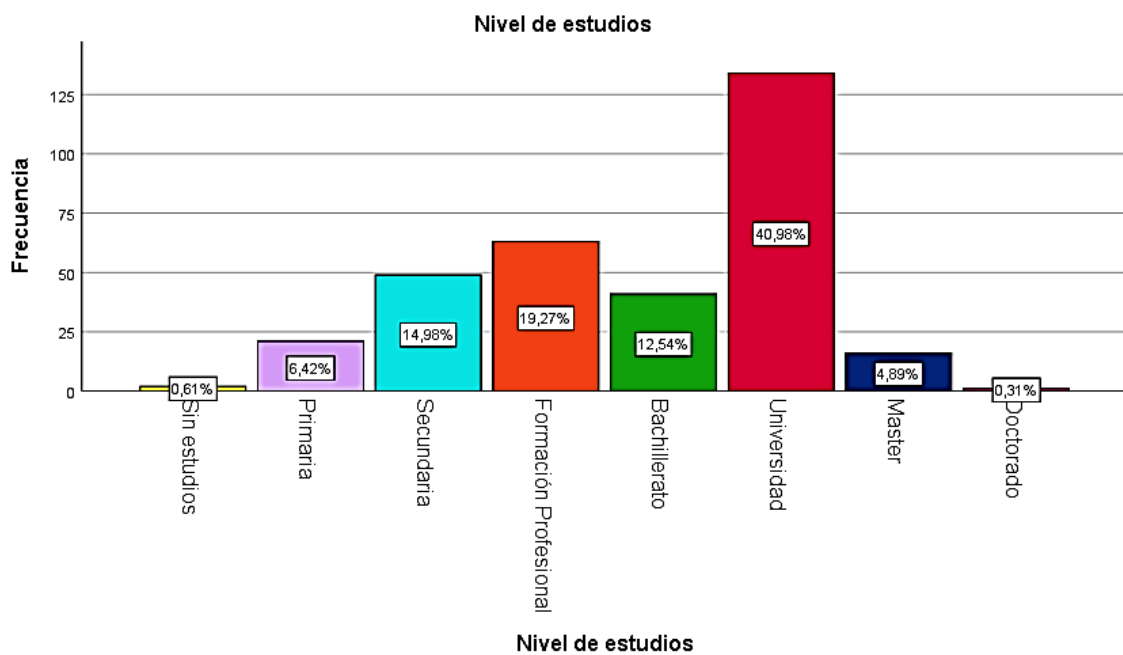
44. -CIS-Centro de Investigaciones Sociológicas-Página de inicio. Disponible en: <https://www.cis.es/cis/opencms/ES/index.html>
45. Cohen J, Van Landeghem P, Carpentier N, Deliens L. Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries. *Int J Public Health*. febrero de 2014;59(1):143-56.
46. Taylor RM. Ethical principles and concepts in medicine. *Handb Clin Neurol*. 2013;118:1-9.
47. Creagh Peña M. Dilema ético de la eutanasia. *Rev Cuba Salud Pública*. marzo de 2012;38(1):150-5.
48. Aparisi S, Carlos J. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*. marzo de 2010;(22):121-57.
49. La autonomía del paciente en la práctica clínica. *Rev Chil Enfermedades Respir*. diciembre de 2017;33(4):269-71.
50. Psicológica É. Principio de Beneficencia. Disponible en: <http://eticapsicologica.org/index.php/documentos/articulos/item/18-principio-de-beneficencia>
51. del Rosal RS, Cerro AH. Actitudes de los españoles ante la eutanasia y el suicidio médico asistido / Spanish Attitudes Towards Euthanasia and Physician-assisted Suicide. *Reis Rev Esp Investig Sociológicas*. 2018;(161):103-20.
52. Terkamo-Moisio A, Gastmans C, Ryyänen OP, Pietilä AM. Finnish nurses' attitudes towards their role in the euthanasia process. *Nurs Ethics*. mayo de 2019;26(3):700-14.
53. Cely Jadán SN. Conocimientos y actitudes sobre eutanasia entre docentes y alumnos de las carreras de medicina de la ciudad de Cuenca. Periodo enero-agosto 2019. Univ Católica Cuenca. 2019. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/8692>
54. Madadin M, Al Sahwan HS, Altarouti KK, Altarouti SA, Al Eswaikt ZS, Menezes RG. The Islamic perspective on physician-assisted suicide and euthanasia. *Med Sci Law*. octubre de 2020;60(4):278-86.
55. Inglehart RC, Nash R, Hassan QN, Schwartzbaum J. Attitudes Toward Euthanasia: A Longitudinal Analysis of the Role of Economic, Cultural, and Health-Related Factors. *J Pain Symptom Manage*. septiembre de 2021;62(3):559-69.
56. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA*. 5 de julio de 2016;316(1):79-90.

## 9. ANEXOS

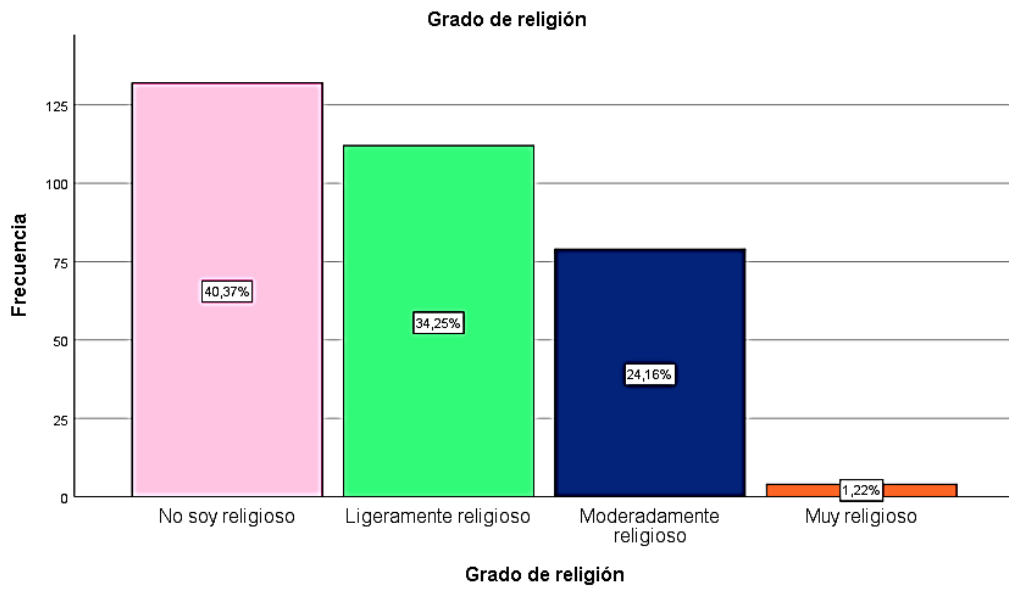
### 9.1. Gráficos



**Gráfico 3. Estado civil**



**Gráfico 4. Nivel de estudios**



**Gráfico 5. Grado de religión**



**Gráfico 6. ¿Has tenido/tenes algún familiar que padezca una enfermedad terminal?**



**Gráfico 7. ¿Estas a favor de la eutanasia?**

## 9.2. Euthanasia Attitude Scale (EAS)

TA: Totalmente de acuerdo, A: De acuerdo, N: Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D: En desacuerdo, TD: Totalmente en desacuerdo.

**Tabla 20. Euthanasia Attitude Scale (EAS)**

	TA	A	N	D	TD
<b>1. CONSIDERACIONES ÉTICAS (11 ITEMS)</b>					
1. Una persona con una enfermedad terminal tiene el derecho de decidir morirse					
2. Inducir la muerte por una razón misericordiosa es incorrecto					
3. La eutanasia debe ser aceptada en la sociedad actual					
4. Nunca hay casos en los que la eutanasia sea apropiada					
5. La eutanasia es útil en el momento y lugar adecuados					
6. La eutanasia es un acto humano					
7. La eutanasia debe ir contra la ley					

8. La eutanasia debe usarse cuando la persona tiene una enfermedad terminal					
9. Acabar con vidas humanas es incorrecto sin importar las circunstancias					
10. La eutanasia es aceptable en los casos en los que no existe esperanza de recuperación					
11. La eutanasia le da a una persona la oportunidad de morir con dignidad					
<b>2. CONSIDERACIONES PRÁCTICAS (4 ITEMS)</b>					
12. La eutanasia es aceptable si la persona es mayor					
13. Si una persona con una enfermedad terminal o una lesión está cada vez más preocupada por la carga que su deterioro de la salud ha causado a su familia, apoyaré su solicitud de eutanasia					
14. La regulación de la eutanasia conducirá a abusos					
15. Tengo fe en el sistema sanitario local para implementar la eutanasia adecuadamente					
<b>3. APRECIANDO LA VIDA (4 ITEMS)</b>					
16. Hay muy pocos casos en los que la eutanasia es aceptable					
17. La eutanasia debe practicarse sólo para eliminar el dolor físico y no el dolor emocional					
18. El trabajo de uno es mantener y preservar la vida, no terminar con ella					
19. Una clave de la ética profesional de los profesionales sanitarios es prolongar vidas y no acabar con ellas.					
<b>4. CREENCIAS NATURISTAS (2 ITEMS)</b>					
20. Una persona no debe mantenerse con vida artificialmente a través de máquinas					
21. La muerte natural es una cura para el sufrimiento					

### 9.3. Variables

**Tabla 21. Variables recogidas**

<b>VARIABLES</b>	
<b>1. Sexo:</b>	Hombre o mujer
<b>2. Edad</b>	
<b>3. Estado Civil:</b>	Casado/a, Soltero/a, Viudo/a, Divorciado/a
<b>4. Nivel de estudios:</b>	Sin estudios, Primaria, Secundaria, Bachillerato, Formación Profesional, Universitarios, Master, Doctorado
<b>5. Religioso:</b>	Si o No
<b>6. Grado de religión:</b>	No soy religioso, Ligeramente religioso, Moderadamente religioso, Muy religioso
<b>7. ¿Has tenido/ tienes algún familiar que padezca una enfermedad terminal?:</b>	Si o No
<b>8. ¿Estas a favor de la eutanasia?</b>	Si o No

## COMPILATIO



## CERTIFICADO DE ANÁLISIS

Compilatio informa de las tasas de similitudes recuperadas. No son tasas de plagio. La puntuación por sí sola no permite interpretar si las similitudes encontradas son plagadas o no. Consulte el informe de análisis detallado para interpretar el resultado.

Similitudes del documento :

8%

Similitudes de las partes 1 :

7%

### ANALIZADO EN LA CUENTA

Apellido :	ONEVA ZAFRA
Nombre :	MARIA DOLORES
E-mail :	MariaDolores.Onleva@ucm.es
Carpeta :	Carpeta predeterminada

### INFORMACIÓN SOBRE EL DOCUMENTO

Autor(es) :	No disponible
Título :	Tfg Lucia parra eutanasia.pdf
Descripción :	No disponible
Analizado el :	18/05/2022 18:11
ID Documento :	u3ch5gln
Nombre del archivo :	TFG Lucia Parra Eutanasia.pdf
Tipo de archivo :	pdf
Número de palabras :	8 330
Número de caracteres :	57 289
Tamaño original del archivo (kB) :	659.99
Tipo de carga :	Entrega manual de los trabajos
Cargado el :	18/05/2022 17:48

### FUENTES ENCONTRADAS

Fuentes muy probables :	33 fuentes
Fuentes poco probables :	111 fuentes
Fuentes accidentales :	102 fuentes
Fuentes descartadas :	0 fuente

### SIMILITUDES ENCONTRADAS EN ESTE

#### DOCUMENTO/ESTA PARTE

Similitudes idénticas :	5%
Similitudes supuestas :	1%
Similitudes accidentales :	0%

### TOP DE FUENTES PROBABLES - ENTRE LAS FUENTES PROBABLES

Fuentes	Similitud
1. <a href="http://www.boe.es/L/2021/BOE-A-2021-4628-consolidado.pdf">www.boe.es/L/2021/BOE-A-2021-4628-consolidado.pdf</a>	2%
2. <a href="http://exiarina.udlap.mx/L/amediendo_k_sw/capitulo2.pdf">exiarina.udlap.mx/L/amediendo_k_sw/capitulo2.pdf</a>	<1%