

Actitudes de estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana hacia la Eutanasia

Rojas Aragón, D. & Sánchez Ángel, M.

Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue medir actitudes hacia la eutanasia de estudiantes universitarios de tres carreras de la Pontificia Universidad Javeriana sede Bogotá y determinar si había diferencias en dichas actitudes. Para ello se procedió en dos momentos: una primera fase de creación del cuestionario de medición de actitudes y su validación por expertos y posterior análisis psicométrico. La segunda fase fue la aplicación del cuestionario a la muestra seleccionada de 147 estudiantes. El análisis utilizó descriptivos y un ANOVA que sugirió diferencias entre los grupos en términos de actitudes, siendo los estudiantes de psicología quienes tenían actitudes más favorables hacia la eutanasia, seguidos de cerca por los estudiantes de medicina, y por último los estudiantes de enfermería mostraron tener una actitud menos favorable hacia la eutanasia. Este estudio presenta una contribución importante al desarrollar un cuestionario válido que la comunidad científica puede ahora utilizar para la medición de actitudes hacia la eutanasia, y adicionalmente estableció las actitudes de tres grupos de estudiantes de carreras diferentes.

Palabras Clave: eutanasia, actitudes, cuestionario, estudiantes, medicina, psicología, enfermería.

Tabla de contenido

Marco Teórico.....	4
Definición de eutanasia	4
Tipos de Eutanasia	6
Historia de la Eutanasia.....	8
Épocas Primitiva y Antigua.....	9
Época Medieval	9
Época moderna	10
Controversias éticas en torno a la eutanasia.....	10
Marco Legal de la Eutanasia en Colombia.....	14
Actitudes en Psicología	19
Medición de las actitudes	21
Método	28
Fase I - Creación y validación del cuestionario	28
Fase II - Indagación de las actitudes frente a la eutanasia en función de la carrera.....	30
Resultados	30
Resultados de la fase I.....	31
Resultados de la fase II.....	32
Discusión.....	34
Referencias.....	38
<i>Anexo 1. Ítems tomados o adaptados de Grassi, Magnani & Ercolani, 1999.....</i>	<i>45</i>
<i>Anexo 2. Ítems adaptados de Kamath, Bhate., Mathew, Sashidharan, & Daniel, 2011.....</i>	<i>45</i>
<i>Anexo 3. Ítems iniciales y modificaciones realizadas a partir de la validación.....</i>	<i>45</i>
<i>Anexo 4. Cuestionario final utilizado en la prueba piloto y en la aplicación final</i>	<i>53</i>
<i>Anexo 5. Tabla correspondiente a la estructura trifactorial obtenida en la primera fase</i>	<i>56</i>
<i>Anexo 6. Tabla correspondiente la estructura trifactorial obtenida en la segunda fase.....</i>	<i>58</i>

Marco Teórico

Definición de Eutanasia

El término eutanasia fue empleado por primera vez en la Grecia antigua, con Possipus Comicus, en el siglo IV a.C, y posteriormente en el año 120 d.C, fue Suetonio quien empleó esta palabra para describir la situación a la cual el emperador Augusto, se refería diciendo: “Mors cita et sine cruciatu”, lo cual significa una muerte rápida y sin dolor (Francisconi, 2007).

Etimológicamente, proviene de la palabra griega *eutanasia*, que significa buena muerte, siendo *eu*, bueno y *thanatos*, muerte (Suazo, Rodríguez & Pérez, 2003). El término propiamente dicho se introduce en el año 1605 d.C con Francis Bacon, tal y como se comprende en la actualidad. Sin embargo, hay múltiples definiciones de este término desde diversos puntos de vista, por lo cual es relevante considerar algunas de ellas.

De acuerdo con la Real Academia Española, “se le considera al acortamiento voluntario de la vida de quien sufre una enfermedad incurable para poner fin a sus sufrimientos”. Para el diccionario Oxford es “la acción de inducir una suave y tranquila muerte” (Villagómez, 2006, p.4). Desde el punto de vista de la medicina, la muerte sin sufrimiento que se da a los enfermos incurables, quienes están torturados con dolores físicos intolerables y persistentes, que los medios terapéuticos no pueden atenuar (Villagómez, 2006). Por su parte, para el médico Robert Veatch, profesor emérito de ética médica de la Universidad de Georgetown, se trata de “la aceleración misericordiosa de la muerte para matar a alguien que está gravemente traumatizado o en estado de enfermedad terminal” (Francisconi, 2007, p.112). De igual manera, en el ámbito de la medicina, se encuentra la definición proferida por la Organización Médica Colegial, la cual la concibe como: “aquella acción del médico que genera de manera deliberada la muerte del paciente” (Associació Catalana d’Estudis Bioètics, 2006, p.4).

Otros autores como lo son Edwards y Graber de la Universidad de Tennessee, la definen como: *“el término intencional de la vida de las personas (o animales) para su propio bien o bienestar, con el menor dolor posible”* (Edwards & Graber, 1988, citados por Francisconi, 2007, p.112). Otra de las posturas con respecto a la eutanasia es la correspondiente a la Declaración sobre la eutanasia de la Congregación de la Doctrina de la Fe, la cual la concibe como *“una acción u omisión que por su naturaleza o en la intención, causa la muerte con el fin de poner fin a un dolor”* (Villagómez, 2006, p. 4). Ahora bien, en la actualidad se concibe la eutanasia como: *“la aceleración del proceso de la muerte de un paciente que tiene una enfermedad terminal, por la solicitud de este y la ayuda de un médico o enfermera, para evitar una muerte dolorosa”* (Suazo et al., 2003, p. 493).

Al definir la eutanasia es importante tener en cuenta dos factores: el primero es que el enfermo debe padecer una enfermedad terminal o incurable, y segundo que el personal de salud tenga el consentimiento del paciente (Gómez, 2008). Asimismo, las múltiples definiciones que se han dado sobre la eutanasia comparten una serie de características entre las cuales se encuentran: *“la voluntad clara del paciente de que se acabe con su vida, irreversibilidad de su enfermedad, con la consiguiente falta de alternativas y sufrimiento psíquico o físico, o los dos a la vez insoportables”* (Sádaba, 2015, p. 238). Por ello, es necesario establecer una definición integral y funcional, que permita conceptualizar el término para el desarrollo de la presente investigación. Se definirá entonces como: *“la acción u omisión que acelera la muerte de un paciente desahuciado, con o sin su conocimiento, con la intención de evitar sufrimiento y dolor”* (Castaño, 2015, p.7).

Seguido a la definición de eutanasia, es relevante mencionar algunos conceptos que se relacionan con este tema. El primero de ellos es la distanasia, entendido como aquel

concepto que se opone a la eutanasia, y que se define como la “*acción, intervención o procedimiento médico que no corresponde al objetivo de beneficiar a la persona cuando está en fase terminal, y que prolonga, en forma inútil y con sufrimiento, el proceso de morir, promoviendo la postergación de la muerte*” (Valbuena, 2008, p. 147). De acuerdo con lo anterior, la distanasia se caracteriza por alejar por medio de cualquier método el momento de la muerte de la persona (Campos, Sánchez & Jaramillo, 2001). El siguiente concepto relacionado, es el de ortotanasia, entendido como “*el arte de morir bien, humanamente y correctamente*” (Biondo, Da Silva, Dal Secco, 2009, p.2), este concepto se encuentra entre los extremos de la eutanasia y la distanasia, y hace referencia a la muerte a su tiempo, sin acortar la vida ni prolongarla, de manera innecesaria por medio de métodos extraordinarios o desproporcionados (Gascón, 2003).

Otro de los conceptos que se relaciona, es el de criptanasia, entendida como “*la realización encubierta, clandestina, de prácticas de eutanasia, tanto a petición de los pacientes como sin ella*” (Alarcos, Barrio, Barbero, Couceiro, Lorda & Robles, 2008, p. 273), y por último, se encuentra el concepto de suicidio asistido, entendido como “*la acción de una persona, que sufre una enfermedad irreversible, para acabar con su vida, y que cuenta con la ayuda de alguien más que le proporciona los conocimientos y los medios para hacerlo*” (De Miguel & López, 2006, p. 210). Se debe resaltar, que cuando la persona que proporciona la ayuda es el médico, se habla de suicidio médicamente asistido (De Miguel & López, 2006).

Tipos de Eutanasia

Ahora bien, en cuanto a los tipos de eutanasia, estos se clasifican dentro de tres categorías. La primera de ellas, clasifica los tipos respecto del modo, es decir a la forma en cómo esta se realiza, estos se dividen en: eutanasia activa o positiva y eutanasia pasiva o negativa. La

primera de ellas, se entiende como aquella acción encaminada a provocar la muerte de la persona, por ejemplo, por medio de la aplicación de una inyección letal a una persona con el fin de causarle la muerte (Campos et al., 2001), mientras que por otro lado, la eutanasia pasiva o también llamada adistanasia, consiste en una omisión del tratamiento lo cual lleva a causar la muerte, este tipo de eutanasia da cabida a que la muerte se dé en forma natural, y evita todo tratamiento extraordinario o desproporcionado (Pérez, 2004). De igual forma, este tipo de eutanasia no significa un abandono total de la persona, ya que se le continúan proporcionando los cuidados higiénicos necesarios y suministrando medicamentos con el fin de aliviar el dolor (Campos et al., 2001).

La segunda categoría busca dar soluciones más humanas a los casos complejos y dramáticos, y clasifica los tipos de acuerdo a la intención, estos se dividen en: eutanasia directa entendida como la realización de una acción, mediante la cual de forma deliberada se provoca la muerte de forma intencional, y en eutanasia indirecta, la cual hace referencia a la acción en la cual la muerte o la abreviación de la vida, se producen por efecto secundario más no porque así se pretendiera, se refiere a realizar acciones con el fin de aliviar el sufrimiento de la persona pero que al final conducirán a su muerte (Campos et al., 2001). Se resalta dentro de lo anterior, que este tipo de eutanasia no implica en su mayoría problema éticos, ya que la intencionalidad detrás de la acción es de completo beneficio para la persona, mientras que, por otro lado, la eutanasia pasiva consiste en una omisión del tratamiento lo cual lleva a causar la muerte, este tipo de eutanasia da cabida a que la muerte se dé en forma natural, y evita todo tratamiento extraordinario o desproporcionado (Pérez, 2004).

La última categoría trata acerca de la voluntad del paciente, y se subdivide en eutanasia voluntaria y eutanasia no voluntaria, la eutanasia voluntaria es la que se realiza por voluntad

propia de la persona ya sea con su consentimiento o por insistentes peticiones (Campos et al., 2001), por el contrario la eutanasia no voluntaria es la que se practica sin el consentimiento o por voluntad propia de la persona, debido a que no es posible contar con el consentimiento o este no es válido (Gascón, 2003), dentro de esta clasificación también es importante resaltar, que se incluye dentro de esta clasificación la eutanasia involuntaria o cacotanasia, entendida como la conducta que busca provocar la muerte de una persona sin su consentimiento o contra su voluntad explícita (Rodríguez, 2008).

De igual forma, existen otros tipos de clasificación centrados en la finalidad que tendría en dichos casos la eutanasia, dentro de estos se identifican: la eutanasia piadosa, entendida como aquella que tiene como objetivo evitar el sufrimiento de la persona, cuando esta es exigida de forma seria y consciente por parte de la persona. La siguiente, es la eutanasia eugenésica, la cual se dirige específicamente al mejoramiento de la raza humana, y, por último, la eutanasia económica o también llamada social que consiste en eliminar de la sociedad a las personas cuyas vidas se consideren inútiles, exentas de valor vital y que traen consigo un costoso mantenimiento (Silva, s.f).

De acuerdo con los tipos de eutanasia mencionados, referidos a la eutanasia económica o social y la eutanasia eugenésica, cabe resaltar que estas simplemente buscan la eliminación de las de las llamadas “vidas sin sentido” o “sin valor” no por compasión, sino que por el contrario porque establece que estas vidas constituyen una carga para la sociedad, es decir que la finalidad de ambos tipos no es el bien de la persona, sino que lo que se considera como relevante son los intereses sociales (Gascón, 2003).

Historia de la Eutanasia

La eutanasia es una práctica que se ha ejecutado a través de la historia de la humanidad,

desde tiempos antiguos (Campos et al., 2001, p.3). Se pueden identificar diferentes épocas que van desde el periodo primitivo, pasando por el pensamiento clásico antiguo, el pensamiento medieval, iluminista, hasta llegar al pensamiento humanista y la actualidad (Campos et al., 2001). A continuación, se ofrecerá un contexto de la eutanasia en cada una de estas épocas.

Épocas Primitiva y Antigua

Se ha encontrado evidencia de que los pueblos primitivos acostumbraban a matar o abandonar a los ancianos y las personas que se encontraban muy enfermas, incluso en tribus esquimales, se practicaba la eutanasia de forma voluntaria mediante el abandono hacia el enfermo. También en tribus celtas y grupos salvajes el hijo tenía la obligación de suministrar la muerte buena al padre viejo y enfermo (Campos et al., 2001). En civilizaciones antiguas como Grecia, India y Mesopotamia se practicaba la eutanasia con motivos sociales (Vilches, 2001). En la antigua Grecia, la eutanasia era practicada normalmente, pues se tenía una concepción de que una mala vida no debía ser vivida, y por ello no era un problema moral.

En ciudades como Atenas, el Estado otorgaba veneno a quienes lo solicitaban para dar fin a su dolor, y también se sabe de grandes pensadores quienes estaban a favor de esta, como Platón o Teofrasto y otros que la practicaron como Zenón de Citio y Diógenes. Sin embargo, había otros quienes estaban en contra de esta práctica: tal es el caso de Hipócrates. En Roma, la eutanasia neonatal estaba autorizada legalmente a través de la Ley de las XII tablas, donde el padre podía matar al nacer, a los hijos deformes, y de igual manera que en Grecia el estado suministraba venenos a quienes desearan poner fin a su vida (Creagh, 2012).

Época Medieval

En la Edad Media, la concepción que se tenía con respecto al suicidio y la eutanasia estaba influida por la religión católica. Se pensaba que el sufrimiento era proveniente de Dios y

debía ser entonces aceptado, ya que era la voluntad divina. Por ello, para los cristianos medievales, la idea de matar por compasión resultaba repugnante, pero a pesar de esta concepción, se hablaba de matar por misericordia a los que caían gravemente heridos en el campo de batalla (Creagh, 2012). Tomás Moro por su parte estaba a favor de la eutanasia, ya que en su obra “La Utopía” menciona que: si la enfermedad es incurable y va acompañada de dolores agudos y de continuas angustias, los magistrados y sacerdotes deben ser los primeros en exhortar a los desgraciados a decidirse a morir, ya que no tienen razón para prolongar una vida que corre por su cuenta y les hace insostenibles a los demás (Vilches, 2001).

En Inglaterra se le atribuye a Francis Bacon ser quien acuñó el término de eutanasia cómo se concibe en la actualidad. Bacon exhortaba a los médicos a no aceptar el dolor como una fatalidad, sino a la investigación de métodos tendientes a disminuir los sufrimientos y a hacer más benigno el último trance del moribundo (Campos et al., 2001). Bacon introdujo el término en el año 1605, haciendo referencia a la acción del médico sobre el enfermo, incluyendo la posibilidad de apurar la muerte (Vilches, 2001).

Época Moderna

En la modernidad se deja a un lado el pensamiento medieval, y surgen nuevas posturas apartadas del pensamiento cristiano incluyendo una vuelta al pensamiento clásico. Surge, por ejemplo, en América Latina el oficio del “desprenador” o “desprenadora”, la persona encargada de hacer morir a los enfermos desahuciados a petición de los parientes. En el presente se sustentan diferentes opiniones frente a la eutanasia y hay diversas prácticas médicas y también legalidades en distintos países del mundo (Creagh, 2012).

Controversias Éticas en torno a la Eutanasia

El tema de la eutanasia se caracteriza por generar todo tipo de controversias, ya que se

evidencian diversas posturas al respecto, por parte de diferentes actores de la sociedad. Es un tema que ha generado diversas inquietudes, dilemas de tipo tanto ético como jurídico, esto por tratarse del derecho a la vida, el cual es un derecho universal (Ríos, 2016). Tradicionalmente, la eutanasia se ha abordado desde dos posturas filosóficas: la postura de la ciencia, por un lado, y la postura de la religión por otro, tomando como base el conocimiento y las creencias respectivamente (Creagh, 2012). Desde el ámbito religioso, se defiende el planteamiento de que *“el derecho a la vida es sagrado, le pertenece a dios, y, por tanto, él es el único que puede quitarla* (Ríos, 2016, p.8). La oposición a la eutanasia es clara desde la perspectiva religiosa, al considerarla un acto arbitrario por parte de humanos interviniendo en una cuestión puramente divina (Creagh, 2012).

La ciencia por su parte se apoya en la medicina, y los planteamientos son diversos entre los médicos, ya que algunos, ceñidos al juramento Hipocrático, sostienen que se debe respetar la vida humana en toda circunstancia y por consiguiente se oponen a la eutanasia. Por otro lado, se encuentran quienes la consideran el fin del sufrimiento del paciente, y su postura es en favor de la eutanasia en tanto que se busca dicho objetivo.

Sin embargo, es importante tomar en consideración que aparte de estas posturas tradicionales, han emergido diversas opiniones y puntos de vista fundamentados en otras concepciones que se tienen con respecto a la vida y la muerte. Los dilemas éticos y morales dependen de la concepción que se tenga con respecto de la vida y la muerte, así como de las fundamentaciones sobre la moralidad. Las diferencias que se tienen con respecto a la concepción sobre la vida y la muerte provienen del concepto personal que se tenga, el cual es resultado de la historia personal de cada individuo y el contexto social, político y religioso donde se desarrolla (Caycedo, 2007). Este concepto personal será decisivo para forjar una opinión o punto de vista

con respecto a la eutanasia; como se dijo anteriormente, por ejemplo, en algunas civilizaciones antiguas la eutanasia se practicaba y facilitaba abiertamente, ya que se tenía una concepción de la vida fundamentada en la noción de buena vida y se consideraba que no merecía la pena vivirla si no era una vida plena (Creagh, 2012). Por contraste, para la religión católica, la vida es algo sagrado y sólo instancias divinas tienen la potestad de acabar con ella. También se concibe que después de la muerte vendrá la vida eterna en el más allá, y por lo tanto la vida es algo pasajero.

La práctica de la eutanasia la ejercen exclusivamente los profesionales de la salud, y son ellos quienes tienen conocimiento de las condiciones de los pacientes, los métodos a emplear, y son quienes se enfrentan directamente con los dilemas de tipo ético y legal, es por ello que se deben conocer las posturas que se tienen con respecto a la eutanasia en el ámbito de la medicina y las ciencias de la salud.

En el ámbito médico, “de acuerdo al juramento hipocrático, existe la obligación ética de velar por el máximo respeto por la vida humana desde su origen, aún bajo amenaza, y no emplear los conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas” (Ríos, 2016, p.8). Por ello, el médico no puede disponer de la vida del paciente tal y como lo haría el Estado o los familiares del paciente, y el derecho a la vida es entonces para el médico algo irrenunciable (Merchán, 2008). De acuerdo con lo anterior, se establece que los médicos, de acuerdo con la profesión que desempeñan estarían en un principio en contra de cualquier terminación de la vida bajo cualquier circunstancia. Sin embargo, hay posturas dentro del ámbito médico que señalan estar a favor de la eutanasia, tomando como base el bienestar del paciente, por encima de la vida humana del mismo.

Se postula que, en algunas situaciones, los intentos de los médicos por una prolongación de la vida terminan generando una prolongación de la agonía, lo cual le acarrea un mayor

sufrimiento al paciente y a sus familiares. Por lo cual es labor del médico el identificar en el ejercicio de su profesión, en qué momento las intervenciones médicas serán inútiles dada la condición del paciente, y que, de continuar con los procedimientos, no se estaría beneficiando al paciente, sino que se le estaría haciendo un daño al prolongar su sufrimiento y su dolor (Gempeler, 2015). Este dilema desde el ámbito médico es un tema de gran complejidad, pues como se analizó previamente, es paradójico y depende de la situación que se dé en el momento específico. A modo de reflexión, consideramos que:

Los médicos deben buscar siempre que pueden hacer para ayudar a los pacientes; pero es necesario identificar cuándo utilizar o no los procedimientos que la medicina ofrece para el paciente. Aquí es donde toma importancia el principio de beneficencia y autonomía, el cual fundamenta el ejercicio clínico. La medicina actual se ha desarrollado ampliamente y hay diversos tratamientos procedimientos e intervenciones con poder de lograr muchos efectos en el paciente. Por desgracia en ocasiones se olvida este asunto fundamental y el médico se centra en mantener vivo al paciente a toda costa, prescindiendo muchas veces de los deseos y expectativas de este. “Si no se le pregunta al paciente si quiere que se le realicen los procedimientos, los médicos solo seguirán intentando más intervenciones desde la mirada obtusa de cada especialidad y el idealismo de salvar vidas” (Gempeler, 2015, p. 181).

El debate en torno al tema se ha complejizado cada vez más con los avances de la ciencia en el campo de la medicina, y con las nuevas posturas tanto éticas como filosóficas que surgen con la llegada de nuevas ideas, difundidas por los diferentes medios de comunicación masiva, así como el desarrollo de nuevos planteamientos de tipo científico. En la actualidad se identifican diferentes argumentos a favor y en contra de la eutanasia, desde muchos puntos de vista, e incluso en un mismo ámbito hay posturas a favor y en contra, tal como en el campo de la medicina y las ciencias de la salud.

Entre los argumentos a favor de la eutanasia, se encuentra el derecho a una muerte con dignidad, ausente de dolor, y es por esto que mantener la vida innecesariamente va en contra del

derecho al libre desarrollo de la personalidad y la dignidad del sujeto, y es por esto que las personas en una etapa de enfermedad terminal tienen todo el derecho a morir con dignidad (Ríos, 2016). Sin embargo, el definir con precisión qué es la muerte digna va de acuerdo con la postura de cada quien tanto religiosa como metafísica (Gempeler, 2015). Este aspecto le agrega complejidad al debate, y tal como se enunció anteriormente, depende de la concepción que cada persona tenga de la vida y la muerte. En cuanto a los argumentos en contra de la eutanasia, aparte de la postura religiosa se encuentra la postura de que la labor del médico y de igual manera, la del Estado es la protección de la vida (Ríos, 2016).

El dilema también se extiende al ámbito legal, ya que el Estado es en últimas el encargado de la aceptación o prohibición de este tipo de procedimientos y regula el ejercicio clínico de los médicos y profesionales de la salud. Es por ello que consideramos prudente hacer mención de las particularidades del marco legal en lo que refiere a la eutanasia, tanto en Colombia como internacionalmente.

Marco Legal de la Eutanasia en Colombia

La eutanasia es un tema que, debido a su naturaleza, se encuentra regulado según la legislación de cada país, permitiéndola o prohibiéndola, estableciendo condiciones y métodos permitidos y no permitidos según se considere en la legislación vigente en el Estado del cual se trate.

Desde la perspectiva legal, la eutanasia ha sido tratada de diversas maneras a través del tiempo en los diferentes países. Como hito histórico, en 1935 en el Reino Unido se funda la Sociedad Voluntaria de Eutanasia considerada como la primera en reconocer la eutanasia en el mundo, cuyas acciones estaban dirigidas a realizar campañas en busca de la legalización de la eutanasia, seguido a esto la idea en torno a la legalización de la eutanasia comenzó a debatirse

con más fuerza, pero a causa de la Segunda Guerra Mundial la discusión en torno a este tema cambió. Posteriormente, en 1939, se dio inicio al “programa de eutanasia” por parte de los nazis en diversos departamentos especializados de medicina donde cerca de 70,000 pacientes psiquiátricos fueron víctimas de dicho programa, sofocando y silenciado así el debate acerca de la legalización de la eutanasia hasta 1970. En la década de 1970 y principios de 1980, dicho debate llegó a convertirse un debate académico y asimismo, un punto de discusión pública de manera especial en los Países Bajos, generando así casos y decisiones judiciales importantes que se convirtieron en la base del desarrollo de la eutanasia alrededor del mundo (Ríos, 2016).

Como se mencionó anteriormente, los Países Bajos y de igual forma Japón, han marcado una pauta en el panorama acerca de la eutanasia, cuyos argumentos centrales radican en los conceptos de libertad y dignidad. En Holanda, Bélgica y Luxemburgo, la eutanasia y el suicidio médicamente asistido son permitidos, por su parte Estados Unidos específicamente en los estados de Oregon, Washington y Montana, el suicidio médicamente asistido es permitido mas no la eutanasia, resaltando que prefieren nombrarlo “ayuda para morir” en lugar de suicidio. De igual forma, en países como Canadá, Estados Unidos, Francia, Reino Unido, Australia y España hay un importante debate acerca de si debe o no permitirse la muerte médicamente asistida, varios de los mencionados privilegian la modalidad del suicidio médicamente asistido. En cuanto a México, se han realizado cambios legales para que las personas puedan rechazar aquellos tratamientos que solo causan un mayor sufrimiento, a través de un documento que regula la ortotanasia, es decir a través de que la persona manifieste su voluntad de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos que den paso al uso innecesario de instrumentos y medios para mantener viva a la persona que se encuentra en etapa terminal (Ríos, 2016).

Ahora bien, en el caso colombiano específicamente con base en la Constitución Política

de 1991, la Corte Constitucional cumpliendo la sentencia C239 de 1997 retiró la penalización de la eutanasia y dio paso para que las personas que sufren una enfermedad incurable y que se encuentren en fase terminal, puedan solicitar poner fin a su vida. Dentro de los argumentos se encuentra que, frente a las personas que padezcan una enfermedad terminal y que experimenten intenso sufrimiento, por encima del deber del Estado de proteger la vida se encuentra el consentimiento informado de la persona que desea morir de forma digna, es decir que el derecho fundamental de vivir en forma digna implica también el derecho a morir dignamente, debido a que exigir a una persona a prolongar su vida cuando está no lo desea y sufre de intensas aflicciones corresponde a un trato inhumano y cruel y asimismo, a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral (Hurtado, 2016).

Partiendo de lo anterior, se autorizó la eutanasia bajo unos parámetros específicos de regulación legal, los cuales son: en primer lugar, la realización de una verificación estricta por parte de personas competentes de la situación real de la persona, de la enfermedad que sufre, de la voluntad inequívoca de morir, y de la madurez de su juicio. En segundo lugar, debe existir una indicación clara de las personas que intervendrán en el proceso. Tercero, se deben esclarecer las circunstancias bajo las cuales la persona que consiente en su muerte o solicita que se le dé fin a su sufrimiento manifiesta su consentimiento. En cuarto lugar, aclarar las medidas que deben ser utilizadas por el sujeto calificado para tener el resultado filantrópico, y, por último, debe darse una incorporación a temas educativos referentes al valor de la vida y su relación con la responsabilidad social, la autonomía y libertad de la persona, para que de esta manera dicha regulación penal se vea como la última instancia de un proceso que puede tener otras soluciones (Hurtado, 2016).

Una vez establecido lo anteriormente mencionado, se realizó una petición para que el

Congreso de la República realizará su reglamentación, pese a esto, en 18 años el órgano mencionado nunca lo realizó, generando así incertidumbre en el ámbito legal, y en consecuencia con este vacío se presentaron diferentes tutelas con base a la sentencia para tener acceso al procedimiento. En el año 2014, luego de revisar las tutelas, la Corte Constitucional, mediante la sentencia T-970 de 2014 ratificó el derecho de las personas y al no presentarse acciones por parte del Congreso, se le ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social crear una vía para efectuar dicha regulación por medio de la creación de Comités Científicos interdisciplinarios para que cumplan lo especificado en dicha sentencia, y adicionalmente para que dieran paso a la creación de un protocolo médico, que contenga los procedimientos necesarios para garantizar el derecho a morir con dignidad.

Seguido a esto el 20 de Abril de 2015, mediante la resolución 1216 el Ministerio de Salud y Protección Social, exigió a los hospitales crear un comité encargado de prestar atención a las peticiones de eutanasia activa, y de igual forma, a presentar los parámetros generales para que se haga efectivo el derecho de la persona que se encuentre en etapa terminal a morir con dignidad. Lo anterior hizo que, a pesar de algunas faltas dentro de la sentencia, Colombia se convirtiera en el primer país en desarrollo en legalizar la eutanasia activa en pacientes que se encuentren en etapa terminal (Hurtado, 2016).

De acuerdo a lo establecido en la sentencia, para que a una persona se le sea practicada la eutanasia en Colombia debe cumplir con los siguientes requisitos: (1) la persona que padezca una enfermedad terminal debe expresar su voluntad de morir a su médico tratante y debe ser mayor de edad, (2) el médico tratante debe presentarle a la persona todas las alternativas y opciones terapéuticas a las que puede tener acceso para tratar su enfermedad, (3) una vez que la persona tenga pleno conocimiento de las diferentes opciones debe reafirmar su voluntad de que se le sea

practicado el procedimiento, (4) posteriormente, el médico procederá a entregar al comité científico conformado por un médico especialista, un abogado y un psiquiatra o psicólogo, la información de la persona, el cual decidirá si esta cumple o no con las condiciones para que continúe el proceso, el comité científico dispone de máximo 10 días para estudiar el caso, y tomar una decisión, si aprueban que el proceso continúe, se debe preguntar de nuevo a la persona si desea continuar con el proceso ya que esta puede desistir de este en cualquier momento, seguido a esto el hospital dispone de un plazo de 15 días, para realizar el protocolo médico establecido por el Ministerio (Redacción Salud, 2016).

Dentro del proceso es importante resaltar que dicho procedimiento debe realizarse en todos los hospitales y que este no tiene costo alguno, y, asimismo, que no se puede practicar la eutanasia a menores de edad, a personas que padezcan una enfermedad degenerativa que manifiesten su deseo de que se les practique este procedimiento, y tampoco a personas que no se pueda verificar que estaban de acuerdo con que se les practicara el procedimiento (Redacción Salud, 2016).

En Colombia se han realizado dos procedimientos de eutanasia hasta la fecha. El primer procedimiento de eutanasia autorizado en el país fue realizado el 3 de julio de 2015 a José Ovidio González quien padecía de un cáncer reincidente e intratable en el rostro (Semana, 2015), y posteriormente el pasado 30 de octubre del mismo año, se realizó en Pereira la segunda eutanasia legal en el país, a una persona de 60 años quien padecía un tumor gastrointestinal (El Tiempo, 2015).

Por otro lado, una vez expuesto el marco legal tanto a nivel internacional, como nacional, es pertinente examinar algunos aspectos desde lo psicológico sobre la eutanasia, más específicamente el componente actitudinal, que se relaciona directamente con la propuesta de este

estudio.

Actitudes en Psicología

En primer lugar, es relevante comenzar estableciendo la definición de actitud, así como algunas generalidades. La Asociación Americana de Psicología (APA) define las actitudes como aquellas evaluaciones relativamente duraderas y generales de un objeto, persona, grupo, tema o concepto en una escala que va de negativa a positiva (Núñez, 2010). Las actitudes son predisposiciones a actuar de forma selectiva y a conducirse de determinada manera ante un objeto específico. Estas se caracterizan por cuatro componentes: el afectivo, cognitivo, conativo y evaluativo. El componente afectivo hace referencia a las emociones y sentimientos, el cognitivo a las creencias y opiniones, el evaluativo a las respuestas positivas o negativas hacia el objeto y el conativo a la inclinación a actuar (Moral de la Rubia & Martínez, 2011). Las actitudes se caracterizan también, por su naturaleza social, es decir que estas se aprenden dentro de un grupo social, y se comparten con otras personas, y es por esto que hay muchas actitudes que se comparten en los distintos grupos sociales (Pacheco, 2002).

El estudio acerca de las actitudes ha sido amplio en psicología, sobre todo en la psicología social, con aproximaciones como lo es la propuesta realizada por Araya, González & Cerpa (2014), dentro de esta se encuentra la teoría de la acción favorable, la teoría de la acción razonada y la teoría de la acción planificada. A partir de lo propuesto por los autores, desde la teoría de la acción favorable se entiende por actitud a una evaluación general o sentimiento global, favorable o no, hacia un comportamiento o cuestión. Desde la teoría de la acción razonada, las intenciones determinan el comportamiento de manera causal, y estas intenciones son producto de la suma de las influencias de las actitudes hacia el comportamiento y de las normas subjetivas. Ahora bien, la perspectiva de la teoría de la acción planificada se fundamenta en la acción razonada, pero

agregando el concepto del control percibido de la conducta, entendido como aquellos obstáculos que dificultan o impiden que se lleve a cabo la conducta.

De manera más reciente, el tema se ha conceptualizado de diferentes maneras. Algunos modelos conciben a las actitudes como una entidad estable, mientras otros tienen una visión construccionista, u otros quienes toman una posición más intermedia. Entre las posturas que asumen las actitudes como una entidad estable se encuentra el modelo MODE (motivación y oportunidad como determinantes) y el modelo metacognitivo (MCM), los cuales consideran que las actitudes son estructuras de memoria a largo plazo (Bohner & Dickel, 2011).

En el modelo MODE, la representación de un objeto está ligada a una evaluación global; al encontrarse con el objeto se traerá a la mente la evaluación global por un enlace asociativo. “El modelo MCM incluye la posibilidad de que un objeto esté ligado a más de una evaluación global con una fuerza asociativa variable” (Bohner & Dickel, 2011, p.393). En cuanto a las perspectivas construccionistas se encuentra el modelo de Schwarz (2007, citado por Bohner & Dickel, 2011) quien concibe las actitudes no como disposiciones personales, sino como juicios evaluativos que son contruidos en la situación basada en la información accesible en el momento.

Otro de los modelos descritos, es el de Conrey y Smith (2007, citado por Bohner & Dickel, 2011), que enfatiza que las actitudes son estados del sistema dependientes del tiempo en vez de cosas estáticas almacenadas en la memoria. En un nivel intermedio se encuentra la postura de Cunningham (citado por Bohner & Dickel, 2011), quien establece que las evaluaciones actuales son contruidas a partir de representaciones de actitudes relativamente estables. La evidencia empírica ha encontrado indicios abundantes que soportan las posturas constructivistas, pero también hay evidencia de alta estabilidad de muchas actitudes incluso en situaciones cambiantes (Bohner & Dickel, 2011, p.393).

Medición de las actitudes

La medición de las actitudes se ha realizado tradicionalmente por medio de cuestionarios de autoinforme, tales como las escalas de diferencial semántico o las escalas tipo Likert. Estos cuestionarios directamente piden al participante que evalúe un objeto actitudinal, marcando una respuesta numérica en uno o múltiples ítems (Bohner & Dickel, 2011). Es relevante mencionar, que estas se tratan de “medidas explícitas de las actitudes, las cuales hacen referencia a juicios evaluativos relativamente controlados, deliberados y conscientes” (Briñol, Horcajo, Becerra, Falces & Sierra, 2002, p. 771).

Una vez mencionada la definición y algunos aspectos teóricos relacionados con las actitudes, a continuación, se presentará una descripción de algunos estudios que se han realizado, acerca de las actitudes hacia la eutanasia.

Estudios realizados acerca de las actitudes hacia la Eutanasia

Rodríguez (2000) realizó una investigación para determinar si las características de personalidad, se relacionan con la actitud del médico frente a la eutanasia y con el contacto que éste tenga hacia los enfermos que se encuentren en etapa terminal. Para lo anterior utilizó el Cuestionario de Actitudes hacia la Eutanasia Adaptado (CAEA) de Ganzini et al. (1995) y el Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) de Costa & McCrae (1992). En dicho estudio participaron 45 médicos argentinos (28 hombres y 17 mujeres), entre los 24 y los 66 años de edad (Rodríguez, 2000). Se concluyó que los médicos que conformaron la muestra tienden a tener una actitud positiva hacia la eutanasia. Asimismo, que los médicos que tienen un mayor contacto con enfermos terminales tienen también una actitud significativamente más positiva hacia la eutanasia, que aquellos que no han tenido o han tenido poco contacto.

Lo anterior sucedió, de acuerdo a lo mencionado en el estudio, porque los médicos que tienen contacto con enfermos terminales comprenden en mayor medida la muerte, y comprenden el fallecimiento desde una perspectiva psicológica y biológica, de igual forma, su decisión estará guiada teniendo en cuenta el sufrimiento y las necesidades del paciente; por otro lado, para los médicos que tienen menos contacto por encima de cualquier cosa respetan la vida humana, y por eso no aceptan la eutanasia. Al realizar un ANOVA la investigación también demostró que existe influencia del contacto con pacientes terminales sobre las facetas del cuestionario NEO PI-R y el contacto de los médicos con enfermos terminales, y también por medio del ANOVA se encontró una influencia significativa de ciertas facetas de personalidad según NEO PI-R y la actitud hacia la eutanasia (Rodríguez, 2000).

Por su parte, Tsuchida y Bandrés (2002), realizaron un estudio donde buscaban conocer las actitudes de médicos residentes ante el paciente con enfermedad terminal. Fue un estudio descriptivo transversal con 54 médicos residentes. El método utilizado fue la entrevista y los temas que se trataron en esta fueron la autonomía del paciente con enfermedad terminal, el conocimiento del diagnóstico y el momento de informar, la consideración de los medios terapéuticos desproporcionados, la orden de RCP, y las actitudes de eutanasia, distanasia u ortotanasia en tres casos clínicos. El primero de los casos era de un paciente con enfermedad crónica terminal, el segundo un paciente con cáncer en ventilación mecánica, y el tercero un paciente con cáncer. En los resultados concernientes a la eutanasia se encontró que con respecto al primer caso el 52 % se inclinó por la distanasia y el 46 % por la ortotanasia. En el segundo caso el 67% eligió ortotanasia y el 29% distanasia y en el último caso el 93 % escogió la ortotanasia y el 7 % la distanasia.

Otro estudio realizado en torno al tema de la eutanasia, fue realizado por Biondo et al (2009), cuyo objetivo fue analizar las percepciones sobre la distanasia, ortotanasia y eutanasia de los enfermeros de unidades de terapia intensiva pertenecientes a un hospital universitario en Brasil y, asimismo, caracterizar las implicaciones de estas percepciones en la asistencia. Para este estudio se realizó una investigación exploratoria, descriptiva y con un abordaje cuantitativo, en el cual participaron 27 enfermeros (96,3% mujeres), a quienes se les aplicó un cuestionario de ocho preguntas semiabiertas, así como una caracterización acerca del profesional, información acerca del tiempo de graduación, tiempo de duración en la unidad de terapia intensiva y cursos de posgraduación.

A partir de los resultados obtenidos en el estudio se evidenció que ninguno de los participantes conceptualizó la eutanasia, 55,55% la conceptualizaron como una acción que de cierta manera abrevia la vida sin relacionarla con otras consideraciones, 22,22% la conceptualizaron como una acción que abrevia la vida de un paciente que se encuentra en etapa terminal, y un 22,22% admitieron no saber cómo conceptualizarla o no lo hicieron correctamente. En torno a la distanasia, 54,5% entendieron a la misma como el prolongar la vida de manera artificial y sin beneficio alguno para el paciente, 9,1% la conceptualizaron como una muerte lenta y con sufrimiento, y un 36,4 % admitieron no saber o la conceptualizaron de forma incorrecta (Biondo et al., 2009).

Por último, en cuanto a la ortotanasia, esta fue conceptualizada como la muerte en su tiempo natural, sin adelantarla ni retrasarla por un 32,1%, un 14,3% como una muerte sin sufrimiento o buena muerte, y un 53,6% admitieron no saber o no respondieron o si lo hicieron no fue de la forma correcta. De igual forma, la mayoría de los entrevistados afirman que estos procesos ocurren en su práctica diaria; se les preguntó también, si un enfermero al tener claridad

acerca de estos conceptos puede contribuir a su adecuada aplicabilidad, frente a lo cual un 70,4% afirmó creer que sí, mientras que un 25,9% afirmó que no. De acuerdo con los resultados anteriores, el estudio llegó a la conclusión de la importancia y la necesidad de conocer y reflexionar acerca de los conceptos mencionados por parte de los enfermeros, ya que estos están presentes en su asistencia cotidiana, y es necesario conocerlos para prestar una asistencia adecuada (Biondo et al., 2009).

En el año 2011, se realizó un estudio en Perú, cuyo objetivo era evaluar las actitudes hacia la eutanasia en estudiantes de medicina de primero a quinto año de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Se realizó un estudio transversal, para lo cual se desarrolló un instrumento de medición el cual fue validado previamente. Se aplicó el cuestionario a 550 estudiantes y se encontró que 331 tenían una actitud positiva hacia la eutanasia. Se encontró también, que el género masculino y el agnosticismo estaban relacionados con una actitud positiva hacia la eutanasia, a diferencia del género femenino y el catolicismo respectivamente. No se encontró relación con los años de estudio y la educación bioética recibida. Se encontró que de 286 estudiantes que no practicarían la eutanasia, el 28,3 % tenía una actitud positiva hacia ella, mientras que de 264 que la practicarían, el 5,3 % tenía una actitud negativa (García & Guevara, 2014).

Roelands, Van den Block, Geurts, Deliens & Cohen (2015), condujeron un estudio acerca de las actitudes hacia la eutanasia y las condiciones para su aceptación de los estudiantes universitarios de medicina, filosofía y derecho (n = 1390) de la Universidad de Vrije en Bélgica. Para estudiar las actitudes se les aplicó un cuestionario digital de 22 preguntas semi estructuradas diligenciado de manera anónima. Los resultados del estudio mostraron que casi todos los estudiantes (96%) estuvieron de acuerdo con la existencia de la ley de la eutanasia en Bélgica y

no hubo diferencias significativas entre disciplinas. Se encontró que la prevalencia de la aceptación incondicional de la eutanasia fue significativamente mayor en los estudiantes de filosofía y derecho que los estudiantes de medicina, quienes de manera significativa más a menudo indicaron aceptación condicional de esta.

En las tres disciplinas no hubo diferencias en la pequeña proporción (menos del 5%) que rechazaba la eutanasia incondicionalmente. En cuanto a las condiciones para su aceptación se encontró que el 96% estuvo de acuerdo con la condición de que el paciente debe estar lo suficientemente informado. Los estudiantes de derecho comparado con otras disciplinas (64%) manifestaron cómo requerimiento de la demanda explícita y repetida del paciente y un 44% que la persona tuviera una capacidad mental completa. En conclusión, se aceptó la legalización de la eutanasia en Bélgica y los estudiantes tienen actitudes similares hacia esta.

Por su parte Vlckova, Kubiato, Usak & Aydin (2015), en República Checa llevaron a cabo un estudio acerca de las opiniones sobre la eutanasia en estudiantes universitarios y personas mayores. Se examinó la influencia de variables independientes tales como género religión y salud, en su opinión sobre la eutanasia. Para ello se utilizó un cuestionario tipo Likert que consistió en 31 ítems. El cuestionario se aplicó a 209 personas incluyendo 84 adultos mayores y 125 universitarios. El análisis de los datos se llevó a cabo mediante prueba de estadísticas inductivas (ANOVA) y tests Post Hoc (Fisher LSD). Se encontró que las actitudes de todos los participantes fueron en general, moderadamente positivas, y que las opiniones de los universitarios y las personas mayores fueron diferentes solo en algunas áreas. Los resultados evidenciaron que la religión es un factor importante que incide en la opinión sobre la eutanasia, asimismo, evidenciaron diferencias entre los estudiantes de medicina y de humanidades, y, por

último, se encontró que la salud y la educación de las personas mayores no tuvieron una influencia significativa en sus actitudes hacia la eutanasia.

Ahora bien, Kim, Kim & Yang (2016) realizaron un estudio de tipo descriptivo sobre las actitudes hacia la eutanasia de estudiantes de enfermería, en el cual participaron 113 estudiantes, de segundo y tercer año de la carrera de enfermería. Para el estudio se utilizó un cuestionario de tipo escala Likert de 19 ítems. Los resultados evidenciaron que no había diferencias significativas en la actitud hacia la eutanasia, calidad de vida de los participantes, respeto de la vida y derechos de los participantes.

Henke, Meyer & Flor (2016), midieron las actitudes hacia la eutanasia de estudiantes de medicina entre los 20 y los 32 años de edad. La medición se realizó mediante un cuestionario para las actitudes explícitas, y mediante priming para actitudes implícitas. Se encontró que las actitudes explícitas eran ambiguas, y la medición de las actitudes implícitas mediante el priming no encontró asociaciones positivas, ni negativas hacia la eutanasia.

Ahora bien, en Irán, Hosseinzadeh & Rafiei (2017) realizaron un estudio de las actitudes de estudiantes de enfermería hacia la eutanasia. Para esto utilizaron un cuestionario autoadministrado que incluía una definición de eutanasia seguida de 11 preguntas cerradas para determinar el nivel de aceptación de la eutanasia basado en una escala Likert. El cuestionario se aplicó a 382 estudiantes de enfermería, siendo el 61% mujeres y el resto hombres. Se obtuvo como resultado que el 34,2 %, el 41,6% y el 24% de los estudiantes reportaron una actitud negativa, neutral y positiva respectivamente hacia la eutanasia. Se evidenció también que la mayoría de estudiantes con experiencia clínica y el 38,5% de los estudiantes sin experiencia clínica indicaron aceptación de la eutanasia activa.

Para finalizar, Subba et al. (2016) realizaron un estudio transversal sobre las actitudes hacia la eutanasia de estudiantes practicantes de medicina en Mangalore, India. Para ello utilizaron como instrumento de medición un cuestionario semiestructurado, el cual se aplicó a 220 doctores. El análisis de los datos se realizó mediante el programa SPSS donde se obtuvo como resultados que la eutanasia es justificada para el 46,8% de los encuestados, esta con el fin de acortar el sufrimiento de los pacientes o mejorar la carga financiera o emocional. El 41 % dijo que se debería legalizar en este país y el 39 % que la usaría si fuera legalizada. Al 84,5 % les preocupaba que la eutanasia pueda ser mal utilizada en caso de legalizarse.

También se encontró que la religión y el departamento estaban asociados independientemente con el sentimiento de que la eutanasia estaba justificada con un 69% de doctores musulmanes en comparación con 59,2% de doctores hindúes. A pesar de su ilegalidad en este país, se evidenció que el 25 % de los doctores ha recibido peticiones de pacientes y el 22,3 % peticiones de parientes para la práctica de la eutanasia.

En resumen, los estudios apuntan a que las personas en general tienen una actitud favorable hacia la eutanasia, incluyendo estudiantes de diversas carreras como derecho, medicina, enfermería o filosofía e incluso estudios con adultos mayores. No se encontraron diferencias significativas entre las carreras estudiadas. Se encontró que la religión es un factor importante que incide en las actitudes, y en menor medida el género. Este desconocimiento hace importante continuar indagando por las actitudes de diversas poblaciones, con el fin de aumentar el conocimiento sobre el tema y facilitar la elaboración de revisiones y estudios de síntesis en el futuro. Asimismo, la relativa escasez de literatura sobre el tema en Latinoamérica aumenta la necesidad de realizar más estudios. Es en este sentido que el presente trabajo busca aportar.

Objetivo. El presente estudio tuvo como objetivo conocer y comparar las actitudes de los estudiantes de la carrera de medicina, enfermería y psicología de la Pontificia Universidad Javeriana sede Bogotá frente a la eutanasia.

Hipótesis alterna. Los estudiantes pertenecientes a la carrera de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana sede Bogotá tienen una actitud menos favorable hacia la eutanasia, que los estudiantes pertenecientes a las carreras de enfermería y psicología de la Pontificia Universidad Javeriana sede Bogotá.

Hipótesis nula. No hay diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia la eutanasia de los estudiantes de medicina, enfermería y psicología.

Definición de variables. Las variables que se utilizaron en el presente estudio fueron las actitudes hacia la eutanasia como variable dependiente y la carrera (medicina, enfermería y psicología) como variable independiente, en la fase 2.

Método

Por la naturaleza del presente estudio, este se dividió en dos fases. La primera fue el diseño del cuestionario y su validación por expertos, seguida de la aplicación y estimación de sus propiedades psicométricas. La segunda fase del estudio consistió en la aplicación del cuestionario a la muestra establecida inicialmente, para posteriormente analizar los resultados con el fin de confirmar las hipótesis respectivas y obtener las conclusiones del estudio. Se presentarán separadamente ambas fases a continuación:

Fase I - Creación y validación del cuestionario

Diseño. Se trató de una fase transversal exploratoria, cuyo objetivo fue la creación y determinación de propiedades psicométricas de un cuestionario de evaluación de actitudes hacia la eutanasia (CAE).

Participantes. Se administró el cuestionario a una muestra elegida por conveniencia de 100 estudiantes de psicología y medicina de la Pontificia Universidad Javeriana sede Bogotá.

Instrumentos. Después de la revisión exhaustiva de la literatura, el grupo investigador concluyó que los instrumentos existentes no satisfacían completamente las necesidades del estudio, por razones de bajo ajuste al contexto e insuficiente alcance. Debido a esto se tomó la decisión de seleccionar algunos ítems de dichos instrumentos, reformularlos y crear algunos para diseñar un nuevo cuestionario (el anexo 1 muestra los ítems que fueron adaptados o tomados de otros instrumentos). Por lo tanto, el objetivo de esta fase fue validar el cuestionario de actitudes hacia la eutanasia, diseñado específicamente para este estudio. En su primera versión contenía 51 ítems. Los ítems se agruparon en cuatro dimensiones: comportamental, afectiva, cognitiva y moral, respondidos en una escala Likert de 7 puntos (Total acuerdo - Total desacuerdo).

Procedimiento. Una vez se creó el cuestionario, éste se sometió a un proceso de validación por expertos en el tema, en dicho proceso participaron cuatro profesores de la Facultad de Psicología, quienes evaluaron cada ítem según cuatro criterios: redacción (1 a 5) donde 1 era mal redactado y 5 era bien redactado, coherencia (1 y 2) donde 1 es coherente y 2 no es coherente, pertinencia (1 a 5) donde 1 no es pertinente y 5 es pertinente y ubicación (1 y 2) donde 1 significaba que estaba bien ubicado y 2 mal ubicado; después de este proceso se eliminaron 12 ítems y se cambió la redacción de algunos. El cuestionario final de 39 ítems se aplicó a 84 estudiantes de psicología y medicina de la Pontificia Universidad Javeriana sede Bogotá, los cuales fueron contactados gracias a la colaboración de profesores de dichas facultades mediante un muestreo por conveniencia. Su participación fue voluntaria y sin consecuencias académicas negativas, aunque a los estudiantes de psicología el profesor les otorgó

una bonificación de una décima sobre la nota del segundo parcial, y ofreció un trabajo alternativo para quienes no quisieron responder el cuestionario.

Los resultados de esta fase se presentarán en la sección Resultados. A continuación, se describirá la fase II del estudio.

Fase II - Indagación de las actitudes frente a la Eutanasia en función de la carrera

Participantes. Se contó con una muestra elegida por conveniencia de 147 estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana, distribuidos de la siguiente manera: 40 estudiantes de medicina, 42 de enfermería y finalmente, 65 de psicología.

Instrumentos. Cuestionario construido en la primera fase. Como se indica en los resultados, el cuestionario de 39 ítems se responde en una escala Likert de 7 puntos, y tuvo un alfa de Cronbach de 0.93 y propiedades psicométricas en general adecuadas.

Procedimiento. Una vez obtenida la muestra establecida, se realizó la aplicación del cuestionario. El cuestionario se envió por medio digital (Formularios de Google) para facilitar la recolección y el análisis de los datos, el consentimiento informado se incluyó en el formulario. Una vez recolectados los datos se construyó la base de datos correspondiente, y posteriormente, utilizando el programa estadístico JASP, se procesaron los datos con el fin de obtener los resultados, corroborar las hipótesis establecidas, obtener las conclusiones del estudio, y asimismo, sus limitaciones.

Resultados

Por conveniencia se presentarán primero los resultados de la fase I, es decir los resultados del análisis de propiedades psicométricas del cuestionario, y posteriormente los resultados de la investigación cuasi-experimental propiamente dicha acerca las diferencias por carrera en actitudes hacia la eutanasia.

Resultados de la Fase I

Después de la aplicación del cuestionario se exportaron los datos al programa JASP (<http://jasp-stats.org>) y se procesaron para obtener los índices psicométricos de la escala. En la muestra se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.93 y un omega de McDonald de 0.86. Estos coeficientes sugieren una alta consistencia interna de la escala, lo cual, sumado al proceso de validación, permite determinar que es un instrumento útil y confiable para medir las actitudes hacia la eutanasia. Seguido a esto, se realizó un análisis factorial exploratorio para determinar la agrupación de los ítems, esto debido a las sugerencias de los validadores respecto de que varios ítems no correspondían a las dimensiones propuestas inicialmente, por ende, un análisis de tipo exploratorio fue lo más pertinente en este caso. Ahora bien, el índice Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación muestral fue de 0.78, lo cual indica que la muestra es suficiente para realizar este análisis, y por ende se condujo este con una rotación varimax y el punto de corte de eigenvalues mayor de 1 reveló tres factores, los ítems que los componen y sus correspondientes cargas factoriales (ver anexo 5).

De acuerdo con lo anterior, el equipo investigador denominó estos factores como “componente moral”, “componente motivacional” y “componente sociofamiliar”. En el primer factor cargaron 16 ítems los cuales tenían cargas entre 0.407 y 0.792; un ejemplo de este componente es el ítem 29 (“Considero que la eutanasia es inmoral”). En el segundo factor, ejemplificado por el ítem 1 (“Estoy a favor de la eutanasia”) cargaron 16 ítems con cargas entre 0.432 y 0.663. Finalmente, el tercer factor tuvo solamente 5 ítems con cargas entre 0.411 y 0.858, y el ejemplo es el ítem 10 (“Creo que el miedo a convertirse en una carga económica para la familia es una causa justificada para que el paciente solicite la eutanasia”).

En cuanto a los índices de ajuste, el modelo fue significativo ($\chi^2 = 866.90$, gl 627, $p < 0.001$). El RMSEA fue 0.067, [IC 0.054 - 0.073], y el TLI fue 0.783. Toda esta información permite establecer que el cuestionario tiene buenas propiedades psicométricas y que es adecuado para evaluar el constructo. Por ende, se utilizó para la segunda fase del estudio.

Resultados de la Fase II

Una vez el cuestionario mostró tener buenas propiedades psicométricas, se procedió a realizar la aplicación final del estudio. A pesar de que inicialmente se habían establecido 120 participantes, terminaron participando 147 estudiantes distribuidos de la siguiente manera: 65 estudiantes de psicología, 40 de medicina y 42 de enfermería, donde el promedio de edad de los participantes fue de 21 años – la tabla 1 muestra los descriptivos de los grupos por carrera.

Tabla 1.

Descriptivos por carrera

Carrera	Edad promedio (desviación estándar)	Valores mínimos y máximos	N % de mujeres
Medicina	21,33 (2,08)	17 – 27	65%
Enfermería	20,24 (3,99)	17 – 32	76%
Psicología	20,66 (2,36)	17 – 26	71%

Como se estableció anteriormente, el cuestionario fue enviado por medio digital (Formularios de Google), en su mayoría a los estudiantes de psicología y medicina, en cuanto a enfermería estos fueron aplicados directamente en la universidad, situación que generó que

algunos de los ítems no fueran respondidos; en total no fueron respondidos nueve ítems distribuidos en cinco cuestionarios todos correspondientes a enfermería.

El análisis con el fin de obtener los resultados finales se realizó en esta fase con el programa estadístico Jamovi (<http://www.jamovi.org>), por disponer de la opción de análisis confirmatorio que en el momento no estaba lista en JASP. En cuanto a la confiabilidad se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.949 y un omega de McDonald de 0.954, lo cual indica que el instrumento es confiable para medir las actitudes hacia la eutanasia, resultado que ya se había obtenido en la fase anterior y que ahora se corrobora. Por otro lado, los resultados obtenidos en la fase anterior revelaron que los ítems se agruparon en tres factores, el primero de ellos era el factor al cual se le nombró “moral”, seguido del factor “motivacional” y, por último, el factor “sociofamiliar” (ver anexo 6). El análisis confirmatorio del cuestionario en esta fase corroboró esa estructura trifactorial (RMSEA fue de 0.0967, [IC 0.0898 – 0.104], TLI fue 0.748).

Por último, se realizó un ANOVA con el fin de establecer diferencias en las puntuaciones de los tres grupos para así evaluar la hipótesis, es decir si hay diferencias en las actitudes de los estudiantes dependiendo de la carrera. Previamente se estableció la homogeneidad de varianzas (prueba de Levene $F = 1.12$, $p > 0.05$ (0.330)), lo cual permitió realizar el análisis de varianza. Este entregó una F de 4.90 ($p < 0.05$ (0.009), $\eta^2 = 0.064$), con lo cual se concluye que los grupos si difieren entre sí, aun cuando las diferencias no son particularmente grandes. La gráfica obtenida (figura 1) mostró que los estudiantes de psicología tienen una actitud más favorable hacia la eutanasia, seguido de los estudiantes de medicina, y finalmente, los estudiantes de enfermería mostraron tener una actitud menos favorable hacia la eutanasia.

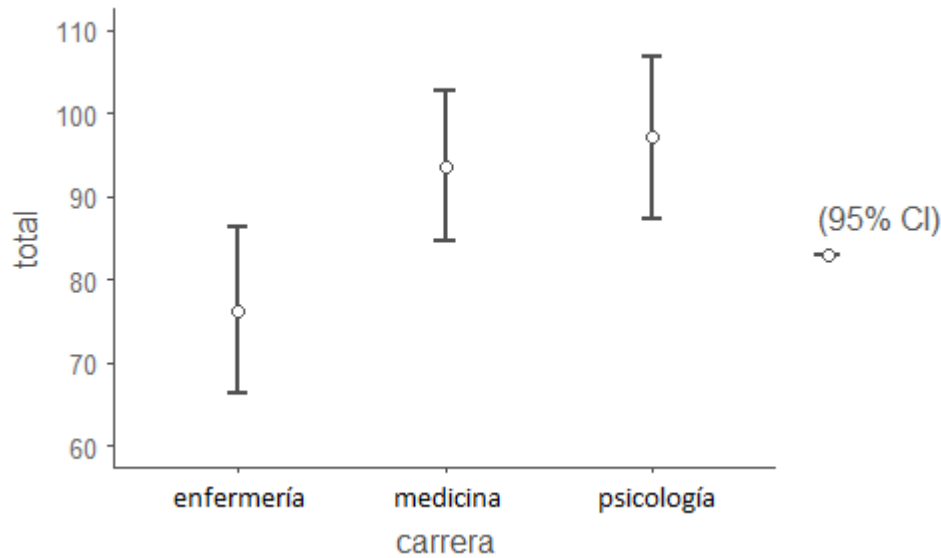


Figura 1. Media e intervalos de confianza al 95% de la misma en las actitudes por carrera.

Discusión

Para el desarrollo del presente estudio, se planteó una hipótesis con respecto a las actitudes de los estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana de las carreras de psicología, medicina y enfermería. Esta hipótesis era que los estudiantes de medicina tienen una actitud menos favorable hacia la eutanasia que los estudiantes pertenecientes a las carreras de enfermería y psicología. Para evaluar esta hipótesis se decidió proceder en dos fases: la primera fue el diseño y validación de un instrumento, y la segunda el rastreo de esas actitudes con dicho instrumento y la comparación de los grupos. Los resultados de ambas fases fueron satisfactorios en cuanto a la consecución de los objetivos, y nos permitieron responder a la pregunta de investigación y sugerir direcciones para futuros estudios.

En cuanto a la primera fase, es importante mencionar que se diseñó un cuestionario el cual fue construido incorporando algunos ítems de diferentes instrumentos existentes, y con preguntas de creación propia. Este instrumento fue sometido a validación por expertos, y se realizó una homogenización de las escalas de respuesta y posterior análisis factorial exploratorio

y confirmatorio para obtener sus propiedades psicométricas completas. Se puede establecer entonces, que el instrumento resultante es válido, con buenas propiedades, y que puede ser ahora usado por comunidad científica.

Con respecto a la segunda fase, el hallazgo fundamental fue que las actitudes de los tres grupos diferían significativamente, y que específicamente los estudiantes de enfermería tenían actitudes menos favorables, y que los estudiantes de medicina y psicología tenían actitudes similares. Esto difiere de la hipótesis planteada inicialmente, la cual era que los estudiantes de medicina tendrían actitudes comparativamente menos favorables; a continuación, exploraremos razones por las cuales puede haberse presentado este resultado.

En primer lugar, es importante señalar que los estudiantes de enfermería y enfermeros son quienes tienen mayor contacto con los pacientes, y tienen acceso directo al procedimiento de eutanasia. Por ello creemos que quizás esa sea una razón por la cual tienen una actitud menos favorable. En el estudio encontramos que los enfermeros fueron quienes tuvieron una actitud menos favorable, a diferencia de la conclusión del estudio de Rodríguez (2000) donde se encontró que quienes tenían un mayor contacto con los pacientes, tenían una actitud significativamente más positiva que quienes no tenían ese contacto, esto debido a que tenían en cuenta el sufrimiento y las necesidades del paciente, por encima del respeto a la vida. Es de anotar que Rodríguez (2000) realizó el estudio con médicos, frente a lo cual en nuestro estudio encontramos que, a comparación de los enfermeros, estos tenían una actitud más favorable hacia la eutanasia.

Otro factor podría estar relacionado con posibles tensiones profesionales entre médicos y enfermeros, que han sido descritas tanto en la literatura como anecdóticamente (Vítolo, 2012), y que se reflejarían en actitudes desfavorables hacia el instrumento por la evocación que muchas

preguntas hacen del rol del médico, de hecho, como se mencionará posteriormente, esta submuestra verbalizó gran cantidad de críticas y comentarios negativos hacia el instrumento. Parcialmente relacionado con lo anterior, estaría la posible participación de factores individuales como situaciones emocionales, sobrecarga académica, demandas en el lugar de atención, que redunden acaso en burnout o depresión que influyan sobre las respuestas, se debe resaltar que esta hipótesis no fue explorada en este estudio y debería considerarse para futuras investigaciones.

Es posible también, que los resultados incongruentes con la literatura previa se deban a razones metodológicas como el procedimiento o el instrumento. Por ejemplo, se evidenció que, al realizar las aplicaciones, los estudiantes de medicina se encontraban bastante ocupados y respondían el cuestionario relativamente rápido, por lo cual hay la sospecha de que algunos al menos no lo hayan contestado a conciencia, o no les hayan prestado mucha atención a algunas preguntas. Como se mencionó, otra posibilidad es que los estudiantes de enfermería en general hayan tenido una reacción negativa hacia el instrumento y esto haya producido error de medida, sin embargo, es necesario enfatizar en este punto acerca las altas propiedades psicométricas que el instrumento reflejó.

Realizando un balance de los resultados, se evidencian fortalezas del estudio y algunas direcciones futuras para la investigación. En cuanto a los puntos para destacar, este trabajo de grado deja como resultado un cuestionario válido para la medición de actitudes hacia la eutanasia, y un conocimiento sobre cómo los grupos estudiantiles de diferentes carreras perciben este concepto. El trabajo se realizó con adecuados estándares éticos y metodológicos, y en ese sentido supone una contribución de valor a la literatura científica sobre el tema en nuestro país.

De igual manera, lo obtenido permite realizar algunas sugerencias que enriquecerían procesos de investigación futuros en el tema. Lo primero es que la eutanasia sigue siendo un asunto delicado de tratar y controversial, por lo cual la deseabilidad social podría estar mediando las respuestas a los instrumentos. Así, un estudio posterior podría utilizar otro tipo de medidas, como por ejemplo implícitas para detectar con mayor precisión las actitudes hacia el concepto. Opciones adicionales podrían ser también involucrar metodologías mixtas para el desarrollo de futuros estudios.

Asimismo, otras variables tales como las características sociodemográficas de los participantes, su relación con la espiritualidad y la religión, o si han tenido contacto con la eutanasia por parte de familiares, o amigos, o tengan personas cercanas con enfermedades terminales, pueden incidir en las actitudes que se tienen hacia la eutanasia, y por lo tanto se sugiere que futuras investigaciones tengan en cuenta estas variables.

Finalmente, se recomienda hacer estudios con procedimientos e instrumentos similares comparando las actitudes de profesionales en ejercicio y estudiantes en formación, con el fin de determinar cuándo se empiezan a establecer y cómo cambian según las experiencias vitales de los participantes. Esto podría dar luces sobre las diferencias encontradas en el presente estudio.

Referencias

- Alarcos, F., Barrio, I., Barbero, J., Couceiro, A., Lorda, P., & Robles, P. (2008). Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Calidad Asistencial*, 23(6), 271-285. Recuperado de http://www.osalde.org/drupal-5.1/files/Documentos/Etica_muerte_simon.pdf
- Araya, A., González, M., & Cerpa, C. (2014). Actitud de universitarios hacia las personas con discapacidad. *Educación y educadores*, 17(2), 289-305. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83432362005>
- Associació Catalana D'estudis Bioetics. (2006). Razones del sí a la vida y del no a la eutanasia. *Cuadernos de bioética*, 17(2), 247-257. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/875/87506008.pdf>
- Biondo, C., Da Silva, M., & Dal Secco, L. (2009). Distanasia, Eutanasia, y Ortotanasia: Percepciones de los enfermeros de unidades de terapias intensivas e implicaciones en la asistencia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(5), 1-8. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/es_03.pdf
- Bohner, G., & Dickel, N. (2011). Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology*, 62(1), 391-417. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20809791>
- Briñol, P., Horcajo, J., Becerra, A., Falces, C., & Sierra, B. (2002). Cambio de actitudes Implícitas. *Psicothema*, 14(4), 771-775. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=797>
- Campos, F., Sánchez, C., & Jaramillo, O. (2001). Consideraciones acerca de la eutanasia. *Medicina legal de Costa Rica*, 18(1), 29-64. Recuperado de

http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152001000200007.

Castaño, J. (2015). Reflexiones sobre la eutanasia. *Archivos de medicina*, 15(1), 7-8. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273840435001.pdf>

Caycedo, M. (2007). La muerte en la cultura occidental: la antropología de la muerte. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2), 332-339. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80636212.pdf>

Creagh, M. (2012). Dilema ético de la Eutanasia. *Revista Cubana de salud pública*, 38(1), 150-155. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21421516014>

De Miguel, C., & López, A. (2006). Eutanasia y suicidio asistido: Conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia. *Medicina Paliativa*, 13(4), 207-215. Recuperado de <http://eutanasia.ws/hemeroteca/j23.pdf>

Edwards, R., & Graber, G. (1988). *Bioethics*, Wadsworth, United States: Harcourt. Recuperado de <https://philpapers.org/rec/CHIB>

Enke, M., Meyer, P., & Flor, H. (2016). From Memory to Attitude: The Neurocognitive Process beyond Euthanasia Acceptance. *Plos One*, 11(4), 1-17. Recuperado de <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0153910&type=printable>

El Tiempo. (2015, 11 de noviembre). Segunda eutanasia legal en Colombia. *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/segunda-eutanasia-legal-en-colombia/16427715>

Francisconi, C. (2007). Eutanasia: una reflexión desde la mirada bioética. *Revista*

Latinoamericana de Bioética, 7(12), 110-115. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/pdf/1270/127020800009.pdf>

García, H., & Guevara, R. (2014). Percepción de la eutanasia y factores asociados, en estudiantes de medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú. Recuperado de
http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/322312/2/Garcia_HS.pdf

Gascón, M. (2003). ¿De qué estamos hablando cuando hablamos de eutanasia?. *Humanitas, Humanidades Médicas*, 1(1), 15-22. Recuperado de
<http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/m53.pdf>

Gempeler, F. (2015). Derecho a morir dignamente. *Universitas médica*, 56(2), 178-185. Recuperado de
<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v56n2/derecho%20a%20morir>.

Gómez, R. (2008). *Eutanasia: Concepto legal*. Recuperado de
<http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/z14.pdf>

Grassi, L., Magnani, K., & Ercolani, M. (1999). Attitudes Toward Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Among Italian Primary Care Physicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(3), 188-196. Recuperado de
http://www.academia.edu/6631522/Attitudes_Toward_Euthanasia_and_Physician-Assisted_Suicide_Among_Italian_Primary_Care_Physicians

Hosseinzadeh, K., & Rafiei, H. (2017). Nursing student attitudes toward euthanasia: a Cross sectional study. *Nursing Ethics*, 1, 1-8. Recuperado de
<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733017718393>

- Hurtado, M. (2016). La eutanasia en Colombia desde una perspectiva bioética. *Revista Médica de Risaralda*, 22(1), 49-51. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v21n2/v21n2a10.pdf>
- Kamath, S., Bhate, P., Mathew, G., Sashidharan, S., & Daniel, A. (2011). Attitudes Toward Euthanasia Among Doctors in a Tertiary Care Hospital in South India: A Cross Sectional study. *Indian Journal of Palliative Care*, 17(3), 197-201. Recuperado de http://www.jpalliativecare.com/temp/IndianJPalliatCare173197-4319925_115959.pdf
- Kim, M., Kim, G., & Yang, M. (2016). Attitude of the Student Nurses about Euthanasia after Clinical Practice. *Healthcare and Nursing*, 128, 194-198. Recuperado de http://onlinepresent.org/proceedings/vol128_2016/37.pdf
- Merchán, J. (2008). La eutanasia no es un acto médico. *Persona y bioética*, 12(30), 42-52. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/832/83203005.pdf>
- Moral de la Rubia, J., & Martínez, J. (2011). Escala de Actitud hacia la homosexualidad: propiedades psicométricas y aspectos diferenciales por sexos. *Revista Internacional de Ciencias sociales y humanidades*, 21(1), 105-124. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/654/65421407006.pdf>
- Núñez, J. (2010). *APA diccionario conciso de Psicología*. México: Manual Moderno.
- Pacheco, F. (2002). Actitudes. *Euphoros*, (5), 173-186. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1181505>
- Pérez, M. (2004). Bioética: perspectivas históricas e ideológicas sobre Eutanasia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 15(4), 157-160. Recuperado de http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/med_15_4/bioeticaperspectivas.pdf

Redacción Salud. (2015, 20 de abril). Como se aplica la eutanasia en Colombia. *El Espectador*.

Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/salud/minsalud-explica-detalle-se-aplicara-eutanasia-colombia-articulo-556037>

Ríos, A. (2016). La eutanasia en México: una visión comparada. *Amicus Curiae*, 1(7), 5-34.

Recuperado de

<http://www.revistas.unam.mx/index.php/amicus/article/download/57467/50993>

Rodríguez, S. (2000). Actitud hacia la eutanasia, contacto con enfermos terminales y

personalidad. *Interdisciplinaria*, 17(2), 119-136. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18011322003>

Rodríguez, D. (2008). Eutanasia: propuesta de definición. Recuperado de

<http://www.dilemata.net/index.php/component/content/article?id=62:eutanasia>

Roelands, M., Van den Block, L., Geurts, S., Deliens, L., & Cohen, J. (2015). Attitudes of

Belgian Students of Medicine, Philosophy, and Law Toward Euthanasia and the

Conditions for Its Acceptance. *Death Studies*, 39, 139-150.

Sádaba, J. (2015). Eutanasia y ética. *Revista de Bioética y Derecho, recopilatorio especial*

(número extra), 237-246. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/pdf/783/78343122025.pdf>

Semana. (2015, 3 de Julio). Así fue la primera eutanasia legal en Colombia. *Semana*. Recuperado

de <http://www.semana.com/nacion/articulo/primera-eutanasia-en-colombia-al-padre-de-matador/433486-3>

Silva, D. (s.f). La eutanasia: Aspectos doctrinarios, aspectos legales. *Cuadernos de Estudio -*

Centro de Estudios Biojurídicos. Recuperado de <http://muerte.bioetica.org/doc/silva.pdf>

- Suazo, M., Rodríguez, A., & Pérez, M. (2003). Percepciones y posiciones sobre la eutanasia, en médicos y enfermeras en cinco hospitales de Santo Domingo, durante el periodo Septiembre- Noviembre de 2001. *Ciencia y Sociedad*, 28(3), 491-510. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/870/87028308.pdf>
- Subba, S., Khullar, V., Latafat, Y., Chawla, K., Nirmal, A., & Chaudhary, T. (2016). Doctors' Attitude Towards Euthanasia: A Cross-sectional Study Experience. *Journal of the Association of Physicians of India*, 64(6),44-47. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27739266>
- Tsuchida, M., & Bandrés, M. (2002). Actitudes de los médicos residentes sobre la enfermedad terminal: los cuidados al final de la vida. *Revista de la Sociedad peruana de medicina interna*, 15(4), 200-204. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/spmi/v15n4/actidues_m%E9dicos.htm
- Valbuena, A. (2008). La Distanasia. Paradoja del Progreso Biomédico. *Revista Colombiana de Bioética*, 3(1), 145-193. Recuperado de <http://www.bioeticaunbosque.edu.co/publicaciones/Revista/Revista5/Articulo5.pdf>
- Villagómez, A. (2006). El bien morir. *Revista de especialidades médico quirúrgicas*, 11(2), 4-6. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/473/47311956001.pdf>
- Vilches, L. (2001). Sobre la Eutanasia. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10 (1), 177-187. Recuperado de <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/18561/19601>
- Vítolo, F. (2012). *Relación médico-enfermera: esencial para la seguridad de los pacientes*. Recuperado de http://www.nobleseguros.com/src/img_up/27072012.0.pdf.

Vlckova, J., Kubiato, M., Usak, M., & Aydin, H. (2015). Opinions on euthanasia among czech seniors and university students. *Revista de cercetare si interventie sociala*, 50 (1), 193-208. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/281825546_Opinions_on_euthanasia_among_czech_seniors_and_university_students

Anexos

Anexo 1. Ítems tomados o adaptados de Grassi, Magnani & Ercolani, 1999.

30. Pienso que una persona debe tener el derecho a terminar su vida si tiene una enfermedad incurable.
31. Cuando una persona tiene una enfermedad que no se puede curar, pienso que los doctores deben estar autorizados por ley para terminar la vida del paciente mediante métodos indoloros si el paciente o su familia lo solicitan.
32. Considero que es necesario que la ley permita la aplicación de la eutanasia.
33. Considero que, si hay un buen control del dolor del paciente, la eutanasia no es necesaria.
49. Considero que es aceptable suministrar medicamentos a un paciente para terminar con su vida.
-

Anexo 2. Ítems adaptados de Kamath, Bhate., Mathew, Sashidharan, & Daniel, 2011.

35. Pienso que una razón para oponerse a la eutanasia es que puede ser fácilmente mal utilizada.
36. Considero que todo individuo tiene el derecho a morir con dignidad.
51. Considero que es preferible aplicar la eutanasia, que prolongar el sufrimiento de la persona.
-

Anexo 3. Ítems iniciales y modificaciones realizadas a partir de la validación

Ítems iniciales	Modificaciones a partir de la validación
1. Considero que el dolor insoportable es la	Se realizó un cambio en la redacción:

principal razón para pedir la eutanasia	Considero que el dolor insoportable es una razón legítima para que una persona solicite la eutanasia.
2. Considero que el deterioro físico inevitable justifica la petición de eutanasia	Se realizó un cambio en la redacción: Considero que tener un deterioro físico inevitable justifica que alguien solicite la eutanasia.
3. Creo que la eutanasia se debería facilitar a las personas independientemente de sus motivos	Se realizó un cambio en la redacción: Independientemente de los motivos que tenga la persona la eutanasia se les debería facilitar.
4. Considero que los médicos deben negarse a practicar la eutanasia	No se realizó ningún cambio.
5. Como profesional, daría mi apoyo ante una petición de eutanasia	Se realizó un cambio en la redacción: Como profesional, apoyaría una petición de eutanasia.
6. Considero que controlar el dolor y los síntomas a los pacientes mediante métodos paliativos es una mejor alternativa que la eutanasia	No se realizó ningún cambio.
7. Estoy a favor de la eutanasia	Este ítem pasó a encabezar el instrumento.

- | | |
|---|---|
| 8. Siento que mi opinión sobre la eutanasia cambiaría si tuviera un familiar o una persona cercana muy enferma que la pidiera | Se eliminó del instrumento. |
| 9. Considero que la eutanasia se practica por compasión | Se realizó un cambio en la redacción:
Considero que la eutanasia es válida cuando se practica por compasión. |
| 10. Creo que el miedo a convertirse en una carga física para la familia es la causa fundamental para que alguien pida la eutanasia | Se realizó un cambio en la redacción: Creo que el miedo a convertirse en una carga física para la familia es una causa justificada para que el paciente solicite la eutanasia. |
| 11. Creo que el miedo a convertirse en una carga económica para la familia es la causa fundamental para que alguien pida la eutanasia | Se realizó un cambio en la redacción: Creo que el miedo a convertirse en una carga económica para la familia es una causa justificada para que el paciente solicite la eutanasia. |
| 12. Creo que, si un familiar mío padeciera de una enfermedad incurable, estaría de acuerdo con que se le practicara la eutanasia | No se realizó ningún cambio. |
| 13. Considero que la eutanasia evita dolor a los familiares del paciente | Se realizó un cambio en la redacción:
Considero que la eutanasia es buena porque evita dolor a los familiares del paciente. |

- | | |
|---|---|
| 14. Pienso que la eutanasia conduce a una muerte digna | No se realizó ningún cambio. |
| 15. Creo que la eutanasia beneficia más al enfermo que a la familia y a la sociedad | La pregunta se separó en dos preguntas diferentes:
<ul style="list-style-type: none">- Creo que la eutanasia beneficia al enfermo.- Creo que la eutanasia beneficia a la familia del enfermo y a la sociedad. |
| 16. Considero que el hecho de que una persona tenga discapacidad física o cognitiva es un motivo válido para que se le practique la eutanasia | No se realizó ningún cambio. |
| 17. Pienso que los pacientes deben vivir la vida hasta su fin independientemente de la gravedad de su estado | No se realizó ningún cambio. |
| 18. Considero que la muerte no se debe acelerar en ninguna circunstancia | Se realizó un cambio en la redacción:
Considero que la muerte no se debe acelerar bajo ninguna circunstancia. |
| 19. Considero que la eutanasia es una salida que tiene el paciente frente a un dolor insoportable | Se eliminó del instrumento debido a que este tema se abordó en la primera pregunta. |

- | | |
|--|--|
| 20. Pienso que el miedo al deterioro físico es una razón por la cual se pide la eutanasia | Se realizó un cambio en la redacción: Pienso que el miedo al deterioro físico es una razón válida para solicitar la eutanasia. |
| 21. Considero que la decisión final sobre la muerte del paciente la debería tener la familia | Se eliminó del instrumento. |
| 22. Considero que la decisión final sobre la muerte del paciente la deberían tener los médicos | Se eliminó del instrumento. |
| 23. Considero que la decisión final sobre la muerte del paciente la debería tener él mismo | Se eliminó del instrumento. |
| 24. Considero que no se deben aplicar medidas que provoquen directamente la muerte del paciente, sin importar que esté sufriendo | Se eliminó del instrumento. |
| 25. Pienso que mi carrera influye de manera positiva en mis actitudes hacia la eutanasia | Se eliminó del instrumento. |
| 26. Pienso que es preferible morir, a vivir sin calidad de vida | Se realizó un cambio en la redacción: Pienso que es preferible solicitar la eutanasia, a vivir sin calidad de vida. |
| 27. Considero que los pacientes que piden la | Se realizó un cambio en la redacción: |

eutanasia lo hacen porque se sienten abandonados

Considero que es válido que los pacientes soliciten la eutanasia cuando se sienten abandonados por sus seres queridos.

28. Pienso que si los familiares de un paciente enfermo, incapaz de comunicarse por sí mismo, piden la eutanasia para él, está se debe aplicar

Se realizó un cambio en la redacción: Pienso que si los familiares de un paciente, el cual es incapaz de comunicarse por sí mismo, piden la eutanasia para este, se le debería aplicar.

29. Pienso que un correcto empleo de los cuidados paliativos hace innecesaria la práctica de la eutanasia

Se eliminó del instrumento.

30. Pienso que una persona debe tener el derecho a terminar su vida si tiene una enfermedad incurable

No se realizó ningún cambio.

31. Cuando una persona tiene una enfermedad que no se puede curar, pienso que los doctores deben estar autorizados por ley para terminar la vida del paciente mediante métodos indoloros si el paciente o su familia lo solicitan

Se realizó un cambio en la redacción: Pienso que los médicos deben estar autorizados por ley para terminar la vida del paciente si el paciente o su familia lo solicitan.

32. Considero que es necesario que la ley permita la aplicación de la eutanasia

Se realizó un cambio en la redacción: Considero que es necesario que la ley permita

- la aplicación de la eutanasia sin restricciones.
33. Considero que, si hay un buen control del dolor del paciente, la eutanasia no es necesaria Se realizó un cambio en la redacción:
34. Pienso que mi carrera influye de manera negativa en mis actitudes hacia la eutanasia Se eliminó del instrumento.
35. Pienso que una razón para oponerse a la eutanasia es que puede ser fácilmente mal utilizada Se eliminó del instrumento.
36. Considero que todo individuo tiene el derecho a morir con dignidad Se eliminó del instrumento.
37. Creo que practicar la eutanasia a alguien es lo mismo que cometer un homicidio No se realizó ningún cambio.
38. Considero que la eutanasia es pecado No se realizó ningún cambio.
39. Considero que la eutanasia es inmoral No se realizó ningún cambio.
40. Considero que la eutanasia es un bien que se hace al paciente No se realizó ningún cambio.
41. Pienso que la práctica de la eutanasia debe ser totalmente prohibida en toda condición Se realizó un cambio en la redacción: Pienso que la práctica de la eutanasia debe ser totalmente prohibida en toda circunstancia.

42. Pienso que la eutanasia es una acción intolerable	No se realizó ningún cambio.
43. Considero que la posibilidad de la eutanasia es buena para la sociedad	Se realizó un cambio en la redacción: Considero que tener la opción de la eutanasia es favorable para la sociedad.
44. Considero adecuada la práctica de la eutanasia en pacientes con cáncer terminal	Se realizó un cambio en la redacción: Considero válida la práctica de la eutanasia en pacientes con enfermedades terminales.
45. Considero adecuada la práctica de la eutanasia en pacientes agonizantes	Se eliminó del instrumento.
46. Considero adecuada la práctica de la eutanasia en pacientes en estado de coma	Se eliminó del instrumento.
47. Considero que retirar el tratamiento a un paciente con una enfermedad terminal, es una alternativa adecuada	No se realizó ningún cambio.
48. Considero ética la práctica de la eutanasia	No se realizó ningún cambio.
49. Considero que es aceptable suministrar medicamentos a un paciente para terminar con su vida	Se realizó un cambio en la redacción: Considero que es válido suministrar dosis letales de medicamentos a un paciente para terminar con su vida.

50. Mis creencias religiosas me impedirían practicar la eutanasia a un paciente	Se realizó un cambio en la redacción: Mis creencias religiosas me impedirían aceptar la práctica de la eutanasia a un paciente.
51. Considero que es preferible aplicar la eutanasia, que prolongar el sufrimiento de la persona	Se realizó un cambio en la redacción: Considero que es preferible suministrar la eutanasia, que prolongar el sufrimiento de la persona.

Anexo 4. Cuestionario final utilizado en la prueba piloto y en la aplicación final

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer sus actitudes frente a la eutanasia.

Datos Generales

Edad: _____

Género: (M) (F) (Otro)

Carrera: _____

Semestre que cursa: _____

Escala Likert de 7 puntos: Totalmente de acuerdo- Totalmente en desacuerdo.

1. Estoy a favor de la eutanasia.
2. Considero que el dolor insoportable es una razón legítima para que una persona solicite la eutanasia.
3. Considero que tener un deterioro físico inevitable justifica que alguien solicite la eutanasia.
4. Independientemente de los motivos que tenga la persona la eutanasia se les debería facilitar.
5. Considero que los médicos deben negarse a practicar la eutanasia.

6. Como profesional, apoyaría una petición de eutanasia
7. Considero que controlar el dolor y los síntomas a los pacientes mediante métodos paliativos es una mejor alternativa que la eutanasia.
8. Considero que la eutanasia es válida cuando se practica por compasión.
9. Creo que el miedo a convertirse en una carga física para la familia es una causa justificada para que el paciente solicite la eutanasia.
10. Creo que el miedo a convertirse en una carga económica para la familia es una causa justificada para que el paciente solicite la eutanasia.
11. Creo que, si un familiar mío padeciera de una enfermedad incurable, estaría de acuerdo con que se le practicara la eutanasia.
12. Considero que la eutanasia es buena porque evita dolor a los familiares del paciente.
13. Pienso que la eutanasia conduce a una muerte digna.
14. Creo que la eutanasia beneficia al enfermo.
15. Creo que la eutanasia beneficia a la familia del enfermo y a la sociedad.
16. Considero que el hecho de que una persona tenga discapacidad física o cognitiva es un motivo válido para que se le practique la eutanasia.
17. Pienso que los pacientes deben vivir la vida hasta su fin independientemente de la gravedad de su estado de salud.
18. Considero que la muerte no se debe acelerar bajo ninguna circunstancia.

19. Pienso que el miedo al deterioro físico es una razón válida para solicitar la eutanasia.
20. Pienso que es preferible solicitar la eutanasia, a vivir sin calidad de vida.
21. Considero que es válido que los pacientes soliciten la eutanasia cuando se sienten abandonados por sus seres queridos.
22. Pienso que si los familiares de un paciente, el cual es incapaz de comunicarse por sí mismo, piden la eutanasia para este, se le debería aplicar.
23. Pienso que una persona debe tener el derecho a terminar su vida si tiene una enfermedad incurable.
24. Pienso que los médicos deben estar autorizados por ley para terminar la vida del paciente si el paciente o su familia lo solicitan.
25. Considero que es necesario que la ley permita la aplicación de la eutanasia sin restricciones.
26. Considero que la eutanasia no es necesaria si hay un buen control del dolor del paciente.
27. Creo que practicar la eutanasia a alguien es lo mismo que cometer un homicidio.
28. Considero que la eutanasia es pecado.
29. Considero que la eutanasia es inmoral.
30. Considero que la eutanasia es un bien que se hace al paciente.
31. Pienso que la práctica de la eutanasia debe ser totalmente prohibida en toda circunstancia.
32. Pienso que la eutanasia es una acción intolerable.

33. Considero que tener la opción de la eutanasia es favorable para la sociedad.
34. Considero válida la práctica de la eutanasia en pacientes con enfermedades terminales.
35. Considero que retirar el tratamiento a un paciente con una enfermedad terminal, es una alternativa adecuada
36. Considero ética la práctica de la eutanasia.
37. Considero que es válido suministrar dosis letales de medicamentos a un paciente para terminar con su vida.
38. Mis creencias religiosas me impedirían aceptar la práctica de la eutanasia a un paciente.
39. Considero que es preferible suministrar la eutanasia, que prolongar el sufrimiento de la persona.

Anexo 5. Tabla correspondiente a la estructura trifactorial obtenida en la primera fase

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Uniqueness
p01	-0.564	0.517	.	0.386
p02	.	0.601	.	0.481
p03	.	0.663	.	0.505
p04	.	0.405	.	0.711
p05	0.554	.	.	0.677
p06	-0.442	.	.	0.612
p07	0.410	.	.	0.685
p08	.	0.459	.	0.717
p09	.	.	0.799	0.309

p10	.	.	0.858	0.254
p11	.	0.460	0.414	0.508
p12	.	.	0.542	0.627
p13	.	.	.	0.644
p14	.	0.538	.	0.484
p15	.	.	0.576	0.527
p16	.	0.554	.	0.690
p17	0.611	.	.	0.583
p18	0.696	.	.	0.427
p19	.	0.552	.	0.615
p20	.	0.504	.	0.647
p21	.	.	.	0.866
p22	.	.	.	0.807
p23	-0.445	.	.	0.620
p24	-0.407	.	.	0.609
p25	.	0.497	.	0.618
p26	.	.	.	0.761
p27	0.742	.	.	0.416
p28	0.695	.	.	0.387
p29	0.792	.	.	0.369
p30	.	0.545	.	0.450
p31	0.738	.	.	0.360
p32	0.756	.	.	0.361
p33	.	.	0.411	0.750
p34	.	0.657	.	0.313

p35	.	.	.	0.893
p36	-0.545	0.432	.	0.459
p37	.	0.516	.	0.617
p38	0.646	.	.	0.575
p39	-0.607	0.522	.	0.339

Cargas factoriales

Anexo 6. Tabla correspondiente a la estructura trifactorial obtenida en la segunda fase

Factor	Indicator	Estimate	SE	Z	p
Moral	p01	- 0.6000	0.1885	-	0.001
				3.182	
	p05	0.6689	0.1231	5.434	< .001
	p06	- 1.1029	0.1147	-	< .001
				9.613	
	p07	0.7586	0.1264	6.002	< .001
	p17	1.1361	0.1246	9.117	< .001
	p18	1.2640	0.1158	10.917	< .001
	p23	- 1.1040	0.1301	-	< .001
				8.485	
	p24	- 1.1344	0.1379	-	< .001
				8.225	
	p27	1.1589	0.0976	11.878	< .001
p28	1.1745	0.1184	9.918	< .001	
p29	0.9360	0.1005	9.310	< .001	
p31	1.0004	0.0804	12.442	< .001	
p32	0.9206	0.0912	10.091	< .001	

	p38	1.1262	0.1442	7.810	< .001
	p36	- 0.2307	0.2201	-	0.295
				1.048	
	p39	- 0.3204	0.2033	-	0.115
				1.576	
Motiv	p01	0.6337	0.1842	3.439	< .001
	p02	1.0208	0.0974	10.480	< .001
	p03	1.1113	0.1204	9.228	< .001
	p04	0.8460	0.1475	5.735	< .001
	p08	0.7414	0.1454	5.099	< .001
	p14	1.2434	0.1038	11.980	< .001
	p16	0.6485	0.1316	4.929	< .001
	p19	0.4821	0.1230	3.921	< .001
	p20	1.0647	0.1314	8.103	< .001
	p25	0.9696	0.1509	6.424	< .001
	p30	1.1128	0.1023	10.880	< .001
	p34	1.2437	0.0961	12.937	< .001
	p37	1.0242	0.1479	6.925	< .001
	p39	0.9335	0.2090	4.467	< .001
	p36	0.8888	0.2243	3.963	< .001
	p11	1.4233	0.2032	7.005	< .001
SFAM	p09	1.2192	0.2420	5.037	< .001
	p10	1.1697	0.2349	4.979	< .001
	p12	1.1188	0.1448	7.724	< .001
	p15	1.1890	0.1630	7.292	< .001
	p33	1.0332	0.1677	6.160	< .001

p11	- 0.0441	0.2030	-	0.828
			0.217	
