

Medición funcional en el dominio de la ética empírica

Functional Measurement in the Field of Empirical Ethics

Medição funcional no domínio da ética empírica

Lonzozou Kpanake

Université TÉLUQ

Claudia Pineda Marín

Fundación Konrad Lorenz

Elodie Pajot

Université de Toulouse

Maria Teresa Muñoz Sastre

Université de Toulouse

Etienne Mullet

Ecole Pratique des Hautes Etudes

Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.10419>

Resumen

El presente artículo propone un enfoque empírico de la ética derivado de la teoría psicológica del juicio humano propuesta por Norman Anderson. Muestra cómo la metodología de esta teoría —denominada medición funcional— puede utilizarse para caracterizar las diversas posiciones personales que existen en todas las sociedades respecto a los problemas de salud pública. Los principales resultados de tres estudios realizados en tres países diferentes (Guinea, Francia y Colombia) se presentan como ilustración

de lo que puede aportar este enfoque. Dichos análisis se centraron en tres problemas deliberadamente muy diferentes: (a) el deber de atender a los pacientes infectados, en caso de una epidemia que ponga en peligro la vida de los cuidadores; (b) la aceptabilidad de la reproducción *postmortem*, en el caso de los soldados que mueren en combate, y (c) la aceptabilidad del suicidio asistido por un médico.

Palabras clave: ética empírica; medición funcional; deber de asistencia; reproducción *post mortem*; suicidio asistido por el médico.

Lonzozou Kpanake ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7002-365X>

Claudia Pineda Marín ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0952-6522>

María Teresa Muñoz Sastre ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1811-7309>

Etienne Mullet ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1707-3914>

Dirigir correspondencia a Etienne Mullet. Correo electrónico: mulletetienne1947@gmail.com

Para citar este artículo: Kpanake, L., Pineda Marín, C., Pajot, E., Muñoz Sastre, M. T., & Mullet, E. (2021). Medición funcional en el dominio de la ética empírica. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 39(3), 1-16. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.10419>

Abstract

This paper presents the proposal of an empirical approach to ethics derived from a psychological theory of human judgment proposed by Norman Anderson. It shows how the methodology specific to this theory—functional measurement—makes it possible to characterize the various personal positions that exist in all societies regarding public health problems. The main results of three studies carried out in three different countries (Guinea, France, and Colombia) on various problems are presented as an illustration of what this approach can offer. These analyses focused on three deliberately very different problems: (a) the duty to care for infected patients in the event of a pandemic that puts at risk the lives of the health professionals, (b) the acceptability of postmortem reproduction in the specific context of fallen soldiers, and (c) the acceptability of physician-assisted suicide.

Keywords: Empirical ethics; functional measurement; duty to care; *postmortem* reproduction; physician-assisted suicide.

Resumo

Este artigo propõe uma abordagem empírica da ética derivada da teoria psicológica do julgamento humano proposta por Norman Anderson. Mostra como a metodologia dessa teoria—denominada medição funcional—pode ser utilizada para caracterizar as diversas posições pessoais que existem em todas as sociedades em relação aos problemas de saúde pública. Os principais resultados de três estudos, realizados em três países diferentes (Guiné, França e Colômbia), são apresentados como uma ilustração do que esta abordagem pode contribuir. Esses estudos se concentraram em três problemas deliberadamente muito diferentes: (a) o dever de cuidar de pacientes infectados no caso de uma epidemia que ponha em risco a vida dos cuidadores, (b) a aceitabilidade da reprodução *postmortem* no caso de soldados que morrem em combate, e (c) a aceitabilidade do suicídio assistido por médicos.

Palavras-chave: ética empírica; medição funcional; dever de assistência; reprodução *post mortem*; suicídio assistido por médicos.

Como subrayó Aristóteles (2004), la ética exige juicio. Un cierto comportamiento no es intrínsecamente ético o no ético, sin embargo, este puede considerarse conforme o no a la ética. Es probable que este juicio de conformidad varíe con el tiempo: esclavizar a alguien se consideraba un comportamiento *normal* en la antigua Grecia; ahora está severamente condenado en la Grecia moderna (Finley, 1998). Así mismo, es posible que este juicio de conformidad cambie a lo largo de la cultura: la poligamia se considera actualmente permisible en muchos países africanos y en Arabia; en cambio, está totalmente prohibida en América del Norte (Low, 1988). Es probable, por último, que este juicio de conformidad varíe según la persona en particular. Incluso en la antigua Grecia, algunas personas (conocidas como los *estoicos*) condenaban la esclavitud (Roberts & Westad, 2014), y en Arabia, la poliginia no es tan común hoy en día (Ali-Karamali, 2008).

Los bioeticistas modernos (Berlinguer, 2003; Byk & Saas, 2016; Jacoby & Siminoff, 2008; Kleespies, 2004; Palmer, 2005) convergen en la opinión de que los problemas de ética surgen más a menudo en situaciones que los profesionales tienden a considerar complejas, en contextos que tienen una carga emocional y en casos en que ciertos factores apuntan en una dirección y otros en la dirección opuesta. Según Aristóteles (2004), comportarse éticamente implica tener en cuenta una multiplicidad de factores, ya que se actúa “en los momentos adecuados, con los fundamentos adecuados, con las personas adecuadas, por el motivo adecuado y de la manera adecuada” (p. 41). En las prácticas médicas y de enfermería, la ética es, con frecuencia, la incómoda determinación de lo que es, en un cierto conjunto de circunstancias contradictorias, la conducta menos inaceptable (Beauchamp & Childress, 2001).

Dado que lo más frecuente es que intervengan múltiples factores que probablemente contribuyan de manera compleja al juicio final relativo a la conformidad con la ética, no es sorprendente, por

lo tanto, que los psicólogos sociales que trabajan en el ámbito del juicio y de la toma de decisiones hayan tratado de aplicar sus técnicas para examinar las reglas de juicio que los expertos y los no-expertos utilizan espontáneamente al evaluar el carácter ético y no ético de una determinada conducta (Mullet et al., 2012). El presente artículo tiene por objeto presentar una de esas técnicas: la medición funcional (*functional measurement*; Anderson, 2008), explicar cómo puede aplicarse y mostrar el tipo de conclusiones que cabe esperar de su utilización. A continuación, y con propósitos ilustrativos, se presentan y analizan las principales conclusiones de tres estudios que han utilizado esta técnica. Dichas investigaciones tratan de cuestiones muy diferentes —el deber de los profesionales de la salud de atender en caso de epidemias (Kpanake et al., 2018), el recurso a la reproducción póstuma (Pajot et al., 2017), y la aceptabilidad del suicidio asistido por un médico (Pineda Marín & Mullet, 2020)— en entornos muy distintos: Guinea, Francia y Colombia.

Principios de la medición funcional

En sus aplicaciones a los problemas de la vida cotidiana, la medición funcional suele ser una metodología basada en escenarios realistas que representan una situación real (Anderson, 1982, 1996). Por ejemplo, si los investigadores planean estudiar los puntos de vista de las personas respecto a la aceptabilidad del suicidio asistido por un médico, crean situaciones que representan a un paciente con enfermedad terminal que expresa o no el deseo de ser ayudado a morir. Estos escenarios, para que sean razonablemente realistas, deben contener varios *informantes*; es decir, las diferentes piezas de información que suelen formar parte de la situación. En el caso del suicidio asistido por un médico, estas informaciones pueden ser la edad del paciente, el nivel de incurabilidad de su enfermedad, la actitud de la familia, la pe-

tición del paciente, etc. En otras aplicaciones, se utilizan otros tipos de estímulos concretos como rostros humanos que varían en función de los rasgos faciales (Oliveira et al., 2008), fragmentos de música que cambian en función del timbre, el ritmo, el contorno y el tono (Makris & Mullet, 2003), o dispositivos complejos extraídos de un laboratorio de física (Masin, 2016).

La mayoría de veces los escenarios se obtienen cruzando ortogonalmente los niveles de los informantes (factores) que han sido seleccionados por considerarse en cada escenario particular, como los más relevantes (Anderson, 1982). En el caso del suicidio asistido, si se consideran tres niveles de edad (paciente joven, paciente adulto y paciente anciano) y dos niveles de petición del paciente, el cruce de estos dos conjuntos de informadores dará lugar a seis escenarios diferentes. A continuación, estos seis escenarios se cruzarán con los niveles de otros informantes, dando como resultado un conjunto que, a veces, puede comprender cerca de 50 escenarios (Frileux et al., 2003). Al crear escenarios de esta manera, es esencial asegurarse de que todas las situaciones representadas en los escenarios sean realistas.

Para cada estudio se selecciona una pregunta y se crea una escala de respuesta, ambas correspondientes al objetivo del análisis. En el caso del suicidio asistido por un médico, la pregunta puede ser ¿Hasta qué punto cree usted que, en estas circunstancias, el suicidio asistido por un médico sería un procedimiento aceptable? La escala es continua, con anclas de *nada aceptable* y *completamente aceptable*. No es necesario que los participantes verbalizaran la respuesta: solo se limitaban a poner una marca en el lugar de la escala de respuesta que les parecía apropiado.

Al relacionar los niveles de informadores y las calificaciones de aceptabilidad, la medición funcional permite determinar la importancia de cada tipo de informante en el proceso de juicio de aceptabilidad del participante. En el caso del suicidio asistido por un médico, por ejemplo, la petición

del paciente puede tener mucho más impacto en la aceptabilidad que en la edad del paciente.

La medición funcional también permite determinar si el proceso de integración de los informantes es simple —p. ej., sumando los efectos de los informadores— o más complejo —p. ej., cuando el impacto de un informante depende del nivel de otros informantes—. En el caso del suicidio asistido por un médico, la edad del paciente y el nivel de incurabilidad de la enfermedad pueden tener un fuerte impacto cuando el paciente solicita repetidamente asistencia para morir, pero pierden todo impacto en los demás casos.

Por último, la medición funcional permite determinar la distancia psicológica entre los informantes según como se haya procesado en la mente de los participantes. En el caso del suicidio asistido por un médico, las peticiones fuertes y repetidas del paciente pueden asociarse con valores de aceptabilidad altos, mientras que la petición leve del paciente y la ausencia de petición del mismo, se asociarían con valores de aceptabilidad bajos. Esta configuración de los valores significaría que, en esta situación, la petición leve y la ausencia de petición tienen un significado cercano, mientras que la petición repetida tiene un significado claramente diferente de ambas.

La medición funcional puede aplicarse a conjuntos de juicios expresados por un solo participante o a conjuntos de juicios medios obtenidos a nivel de grupo. Existen técnicas sencillas que permiten agrupar a los participantes con perfiles similares de juicios (Hofmans & Mullet, 2013) y, de este modo, determinar las posiciones más frecuentes —mayoritarias y minoritarias— en una determinada cultura.

Activos de la medición funcional

Como la medición funcional se basa en escenarios, los participantes siempre se encuentran en situaciones potencialmente cercanas a las reales. Se les presenta una gran cantidad de información

sobre un tema y reaccionan a esta de forma automática. Aunque cada escenario puede ser complejo y los conjuntos de información pueden ser numerosos, los participantes no tardan mucho en responder. Esto se debe a que, como sugieren Haidt y Joseph (2004, p. 56), “los seres humanos vienen equipados con una ética intuitiva, una preparación innata para sentir destellos de aprobación o desaprobación hacia ciertos patrones de eventos que involucran a otros seres humanos”. Examinar las opiniones de las personas utilizando una metodología que les permita expresarlas de forma natural y automática es, por tanto, una ventaja fundamental frente a otros enfoques que utilizan ítems genéricos (p. ej., ¿está usted a favor o en contra de la inseminación artificial?) o conceptos abstractos. Sin embargo, no tiene sentido suponer *a priori*, que todos los seres humanos están dotados del mismo tipo de ética intuitiva.

Al no requerir verbalizaciones, esta metodología sigue siendo aplicable con participantes que, por diversas razones, no pueden verbalizar (Morales Martínez et al., 2010), son demasiado jóvenes para hacerlo (Cuneo, 1982), no están entrenados para hacerlo (Makris & Mullet, 2003) o incluso son reacios a hacerlo (Rogé & Mullet, 2011). Además, como los escenarios pueden ser representados gráficamente o leídos por el investigador, la metodología sigue siendo aplicable con participantes analfabetas (Ouédraogo & Mullet, 2000). En algunos estudios, la escala de respuesta continua se ha ajustado a las características de los participantes, utilizando la longitud del camino recorrido por un animalito familiar (Morales et al., 2016). Dado que las capacidades de integración de la información probablemente precedieron a la aparición del lenguaje en millones de años (Farley & Fantino, 1978), examinar las opiniones de las personas utilizando una metodología que evite hacer el estudio de los procesos de juicio entre las personas demasiado dependientes de su dominio del lenguaje es, sin duda, otra ventaja importante.

Como los escenarios se organizan según un diseño ortogonal, la medición del impacto relativo de cada tipo de informante es técnicamente sencilla. Dado que las personas son capaces de reaccionar ante situaciones reales en pocos segundos (o menos), normalmente no pueden describir sus procesos de juicio. Los seres humanos —antes los mamíferos y otras especies— han evolucionado en situaciones siempre concretas, lo que implica que reaccionar ante patrones de acontecimientos es natural, mientras que la introspección y la descripción de la actividad intelectual lo es mucho menos —incluso para los filósofos—. Sin embargo, determinar con precisión el impacto relativo de cada tipo de informador es de gran importancia para los investigadores. En el caso del suicidio asistido por un médico, por ejemplo, determinar que la petición del paciente es el indicio más importante para un participante que tiene que juzgar la aceptabilidad significa que, en su opinión, el principio de autonomía del paciente, un principio muy querido por los bioéticos modernos, domina —en esta situación— todos los demás principios (Beauchamp & Childress, 2001).

Por último, como en la metodología de la medición funcional cada participante se caracteriza por un perfil de (muchos) juicios, a los investigadores les resulta fácil evaluar las similitudes y las distancias (euclidianas) entre estos perfiles y agrupar a los participantes en función de ellas. En la vida cotidiana, saber si las opiniones de alguien sobre un tema son similares o diferentes a las propias no es fácil —aunque lo parezca—. Discutir con esa persona sobre el tema puede ser esclarecedor o engañoso; no hay forma de estar seguro. Tener un medio para hacerlo con precisión es de gran interés. Pues bien, en materia de ética y como se ha subrayado antes, las opiniones de los expertos suelen ser contradictorias y las de personas que no son expertas distan mucho de ser uniformes. El suicidio asistido por un médico es considerado como admisible por algunos expertos, y como nunca admisible por otros (Cohen et al., 2014).

En consecuencia, el suicidio asistido se permite en algunos países, se tolera en otros y se condena severamente en los demás (Mullet et al., 2016). Por lo tanto, al combinar la medición funcional y el análisis de clústeres (Hofmans & Mullet, 2013), es posible delinear con precisión las diversas posiciones de las personas con respecto a un tema que existe en una cultura determinada y sus frecuencias relativas en esta cultura.

Durante los últimos veinte años se han realizado una serie de estudios empíricos utilizando el marco metodológico de la medición funcional. Estas investigaciones han analizado las posiciones de expertos o no-expertos en relación con cuestiones acuciantes como (a) la comunicación de malas noticias a los pacientes enfermos (Igier et al., 2015); (b) la aceptabilidad de la ruptura de la confidencialidad (Olivari et al., 2011); (c) el racionamiento de tratamientos caros o escasos (Nann et al., 2012); (d) la aceptabilidad del tratamiento involuntario (Lhermite et al., 2015) o de la hospitalización involuntaria (Guedj et al., 2012); (e) la aceptabilidad de las técnicas de reproducción asistida (Muñoz Sastre et al., 2016); (f) la donación de órganos y la trasplatación (Fraux et al., 2020); (g) la cuestión del aborto (Muñoz Sastre et al., 2015), y (g) la aceptabilidad de la experimentación con animales no humanos (Muñoz Sastre et al., 2020). La mayoría de estos estudios se han realizado con muestras de occidentales (Muñoz Sastre & Mullet, 2019), pero algunos de ellos se han llevado a cabo en África Occidental (Kpanake & Mullet, 2020), en América Central (Morales et al., 2010), en América del Sur (Pineda Marín & Mullet, 2020), en la India (Kamble et al., 2012), en Oriente Medio (Ahmed et al., 2010) y en el Sudeste Asiático (Nann et al., 2012).

En este artículo se presentarán y analizarán las principales conclusiones de tres de estos estudios, los cuales tratan de cuestiones muy diferentes —el deber de asistencia (*duty to care*) de los profesionales sanitarios en caso de epidemia, el recurso a la reproducción póstuma y la aceptabilidad del

suicidio asistido por un médico— en entornos muy diferentes: Guinea, Francia y Colombia.

Perspectivas de los ciudadanos guineanos sobre el deber de prestar atención a los pacientes con Ébola

La figura 1 muestra algunos de los principales resultados de un estudio que se llevó a cabo en Guinea (Kpanake et al., 2018), en el que se examinó cómo los ciudadanos ($N = 252$) y los proveedores de atención sanitaria ($N = 220$) juzgan la acepta-

bilidad de la negativa de los proveedores de atención sanitaria a prestar atención a los pacientes con Ébola. Es importante resaltar que Guinea fue uno de los países más afectados por el brote de Ébola del 2014 al 2016, con 3811 casos, de los cuales el 67% murieron. El estudio se realizó en el 2015. A los participantes se les presentó 54 escenarios, cada uno de los cuales comprendía una descripción textual de un conjunto de condiciones de trabajo y circunstancias externas, y se les pidió que calificaran hasta qué punto estaría justificado que el profesional de salud no acudiera al centro de salud.

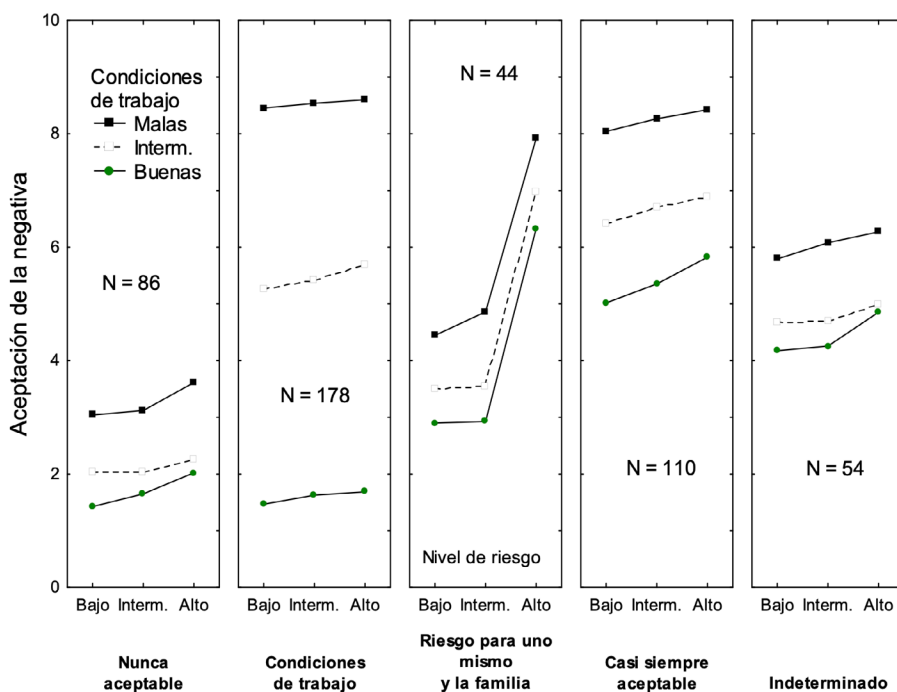


Figura 1. Patrones de resultados correspondientes a los cinco clústeres

Nota. En cada panel la aceptabilidad juzgada de la negativa a prestar atención, está en el eje vertical; los tres niveles de riesgo de infectarse están en el eje horizontal, y las tres curvas corresponden a los tres niveles de condiciones de trabajo.

Los escenarios comprendían cuatro informantes organizados en un diseño de cuatro factores *intra-sujetos*: (a) el nivel de riesgo de infectarse —p. ej., cuatro casos de transmisión de Ébola en ese lugar de trabajo en los últimos 12 meses—, (b) las condiciones de trabajo —p. ej., remuneración retrasada e imprevisible, equipo

de protección personal insuficiente y ausencia de complementos para tareas peligrosas—, (c) las responsabilidades familiares del profesional sanitario —p. ej., hombre soltero sin hijos— y (d) si el profesional era médico o enfermero. Un ejemplo de estas descripciones se presenta en la figura 2.

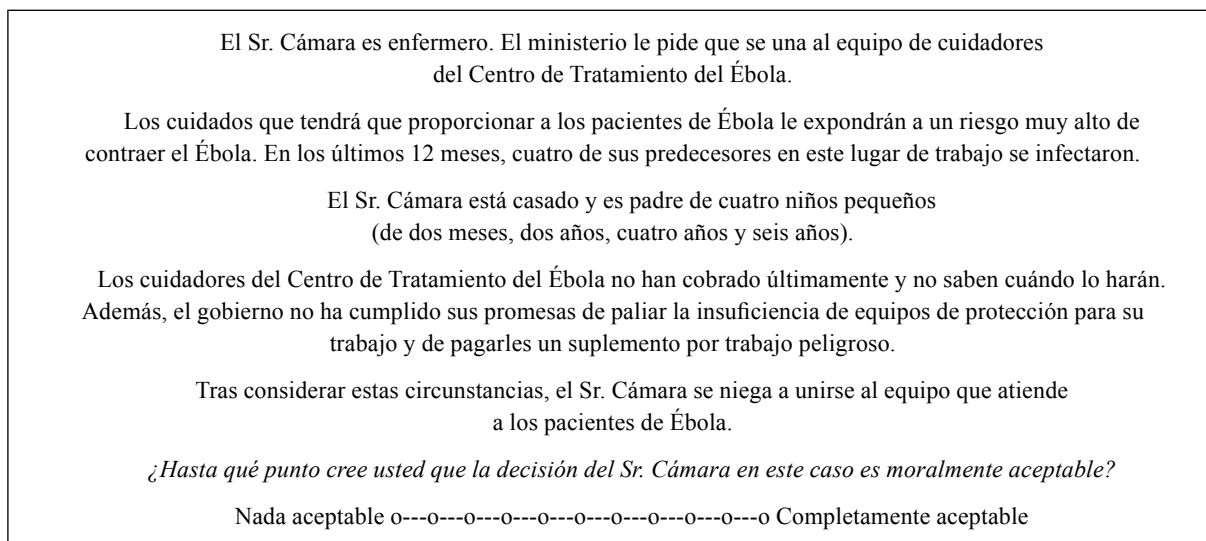


Figura 2. Ejemplo de escenario utilizado en el estudio de Kpanake et al. (2018)

De ese modo, se realizó un análisis de clústeres con los datos brutos. Surgieron cinco posiciones diferentes sobre el deber de asistencia de los profesionales sanitarios. Como se muestra en la figura 1, la primera posición (18% de la muestra) era la de los participantes para quienes la negativa a prestar atención a los pacientes con Ébola *nunca era aceptable*. Los juicios de aceptabilidad fueron siempre bajos. De forma interesante, los cristianos, animistas o musulmanes eran más propensos a expresar esta posición que los ateos. La segunda posición (38%) se denominó *condiciones de trabajo* porque el impacto de este factor era, con diferencia, el más importante. Los no-expertos eran más propensos a expresar esta posición que el personal de enfermería. Los ateos también eran más propensos a respaldar esta posición que los cristianos o los musulmanes.

La tercera posición (9%) se denominó *riesgo para uno mismo y la familia* porque el nivel de riesgo y las responsabilidades familiares fueron los factores que más influyeron en los juicios de los participantes. Los juicios de aceptabilidad también fueron ligeramente más altos cuando las condiciones de trabajo eran más malas que buenas. Los no-expertos eran más propensos a expresar

esta posición que los médicos o el personal de enfermería. Los ateos nunca formaron parte de este grupo. La cuarta posición (23%) era la de los participantes para quienes la negativa a prestar atención a los pacientes con Ébola era siempre *bastante aceptable*. El personal de enfermería, especialmente los que habían tenido experiencia de primera mano con pacientes infectados por el Ébola, eran más propensos a expresar esta posición que los no-expertos. Por último, un pequeño grupo de participantes (12%) no expresó ninguna posición firme. Sus juicios se situaron siempre cerca del centro de la escala de respuesta.

Por tanto, para el grupo más numeroso de participantes, el deber de asistencia no es absoluto, depende de las circunstancias, ya sea principalmente de las condiciones de trabajo —salario y disponibilidad de equipos de protección— o de las responsabilidades familiares. Sin embargo, grupos más pequeños pero sustanciales apoyaron las posiciones absolutistas o voluntaristas; es decir, o bien un deber ilimitado de cuidar, independientemente de las circunstancias, o bien una ausencia de deber, que permite a los profesionales negarse a prestar cuidados. Estos resultados fueron coherentes con los hallazgos de Bensimon et al. (2012, p. 2568) en

el contexto de una pandemia de gripe en Canadá, de “un amplio espectro de puntos de vista que van desde los que postulan un deber ilimitado absoluto de cuidar hasta los que sostienen que debe haber límites claramente definidos”.

Mapeo de las perspectivas de los franceses sobre la reproducción póstuma

La figura 3 muestra algunos de los principales resultados de un estudio realizado en Francia sobre un tema voluntariamente muy diferente (Pajot et al., 2017), en el que se examinó la forma en que los no-expertos ($N = 104$), los profesionales sanitarios ($N = 47$) y los juristas ($N = 15$) juzgan

la aceptabilidad de la reproducción póstuma. La reproducción póstuma implica que los gametos de una persona fallecida se utilicen con fines procreativos. Implica una serie de cuestiones éticas relacionadas con (a) los derechos de la persona superviviente a tener descendencia, (b) la violación de la integridad física de la persona fallecida, (c) los sentimientos, creencias y puntos de vista de los familiares cercanos, (d) sus intereses económicos, (e) el bienestar de la posible descendencia y (e) el interés del Estado en mantener las leyes de herencia legales (Collins, 2005). En Francia, la reproducción póstuma está prohibida (Artículo L2141-2 del Code Français de Santé Publique, 2011).

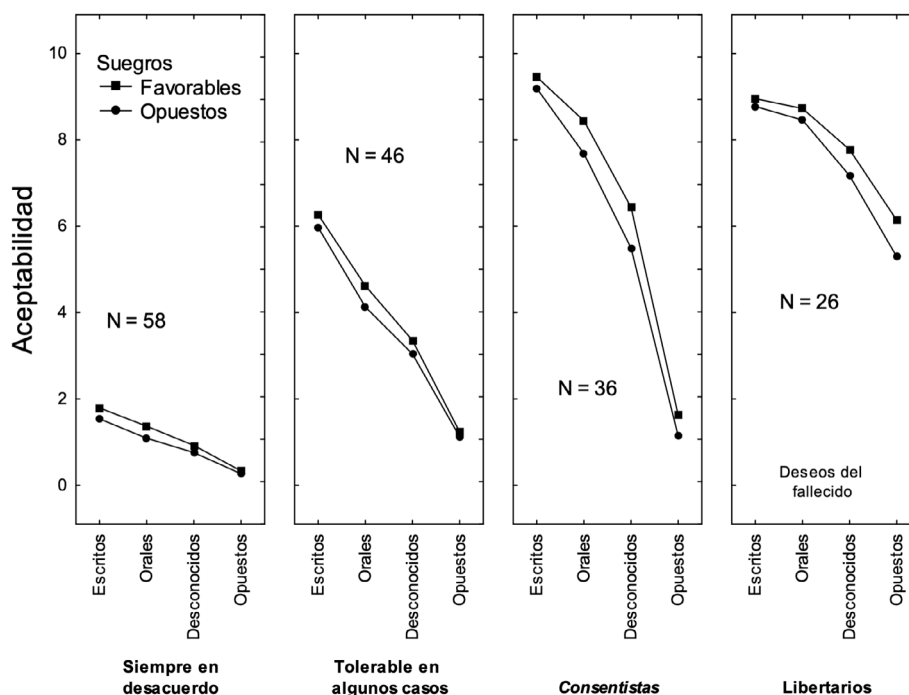


Figura 3. Patrón de resultados para cada uno de los cuatro clústeres

Nota. En cada panel los niveles medios de aceptabilidad juzgados están en el eje vertical, los cuatro niveles del factor de los deseos del fallecido considerados en el estudio están en el eje horizontal, y las dos curvas corresponden a los dos niveles de la actitud de los suegros.

A los participantes se les presentaron 48 escenarios realistas que incluían cuatro tipos de informantes: (a) el estado civil de la mujer —p. ej., convivía con el fallecido desde hacía tres años y no

tenían hijos—, (b) la actitud de los padres del fallecido —p. ej., eran favorables al procedimiento—, (c) el tiempo transcurrido desde el fallecimiento de la pareja, y (d) los deseos del fallecido

—p. ej., había dejado por escrito su consentimiento a la procreación póstuma—. Un ejemplo de escenario se presenta en la figura 4.

Se realizó un análisis de clústeres con los datos brutos. Surgieron cuatro posiciones diferentes sobre la aceptabilidad de la reproducción póstuma. Como se muestra en la figura 3, la primera posición (35% de la muestra) fue la de los participantes que expresaron su *total desacuerdo*. Todos los juicios de aceptabilidad fueron bajos. Los practicantes —asistentes habituales a la iglesia— y los profesionales de la salud se encontraban mayoritariamente en este grupo. La segunda posición (28%) se denominó *tolerable en algunos casos* porque los juicios de aceptabilidad eran superiores al centro de la escala de aceptabilidad cuando se disponía del consentimiento escrito del fallecido.

La tercera posición (22%) se denominó *consentistas* porque la aceptabilidad variaba drásticamente en función del factor de los deseos del fallecido. Las puntuaciones también eran más altas cuando la familia política era favorable, que cuando no lo era, y el factor de la familia política tenía un efecto ligeramente más fuerte en los niveles intermedios del factor *deseos* que en sus niveles extremos. La cuarta posición (16%) era la de los participantes

que expresaban opiniones *libertarias*. Todos los juicios fueron bastante altos. Los no-expertos pertenecían con más frecuencia a estos dos últimos grupos que los juristas y los profesionales de la salud.

Las cuatro posiciones encontradas en esta muestra francesa eran similares a las posiciones sugeridas por Hans (2008, véase también Hans & Dooley, 2014). En su estudio sobre una muestra estadounidense, también encontró un grupo de disidentes que se oponía sistemáticamente a la extracción póstuma por razones morales, un grupo de libertarios que tendía a centrarse en el derecho de la pareja superviviente a procrear, independientemente de las demás circunstancias, y un pequeño grupo que tendía a tener muy en cuenta los deseos de la pareja fallecida en sus juicios.

Los profesionales sanitarios franceses parecen expresar mayoritariamente una posición conforme a las leyes prohibitivas actuales. Los no-expertos, sin embargo, estaban más divididos. La mitad de ellos expresaron, en efecto, posiciones similares a las de los profesionales de la salud. Las respuestas de la otra mitad, sin embargo, sugieren que pueden considerar que las leyes actuales relativas a la reproducción asistida póstuma en un país como el

<p>El Sr. y la Sra. Weiss llevan diez años casados. Tienen dos hijos y les hubiera gustado tener al menos uno más.</p> <p>El Sr. Weiss es militar, por lo tanto, es probable que esté expuesto a acciones violentas. Ambos cónyuges han decidido crio-preservar muestras de esperma del Sr. Weiss en un centro de conservación de esperma. En su opinión, estas muestras podrían utilizarse en caso de que la capacidad reproductiva del Sr. Weiss se viera limitada como consecuencia de una lesión o un envenenamiento.</p> <p>El Sr. Weiss es asesinado en una emboscada durante una misión en África. Tras varias semanas de completo desconcierto, la Sra. Weiss decide someterse a una inseminación artificial con el esperma de su marido.</p> <p>Ha discutido el tema con sus suegros. Ellos la apoyan moralmente y psicológicamente, pero han expresado su total oposición al plan.</p> <p>La Sra. Weiss tiene en su poder un documento escrito por su marido en el que se estipula que la muestra de esperma puede ser utilizada por su esposa para la reproducción póstuma.</p> <p><i>¿Hasta qué punto considera que el plan de la señora Weiss es aceptable?</i></p> <p>Nada aceptable 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Completamente aceptable</p>
--

Figura 4. Ejemplo de escenario utilizado en el estudio de Pajot et al. (2017)

Reino Unido (Human Fertilisation and Embryology [Deceased Fathers], 2003) se acercan más a sus opiniones que las leyes francesas.

Mapeo de las posiciones de los colombianos sobre la aceptabilidad del suicidio asistido

La figura 5 muestra los principales resultados de un estudio preliminar realizado en Colombia (Pineda Marín et al., 2021), en el que se examinaron las opiniones de los adultos ($N = 134$) sobre la aceptabilidad del suicidio asistido por un

médico en diversas circunstancias. La cuestión de si los profesionales de la salud deben ayudar activamente a los pacientes a morir y recurrir a la eutanasia o al suicidio asistido por un médico, siempre se ha considerado muy controvertida. En la eutanasia activa, los profesionales intervienen directa y deliberadamente para acabar con la vida de los pacientes. En la eutanasia pasiva, retiran el tratamiento necesario para mantener la vida. En el suicidio asistido por el médico, proporcionan a los pacientes los medios para acabar con su vida.

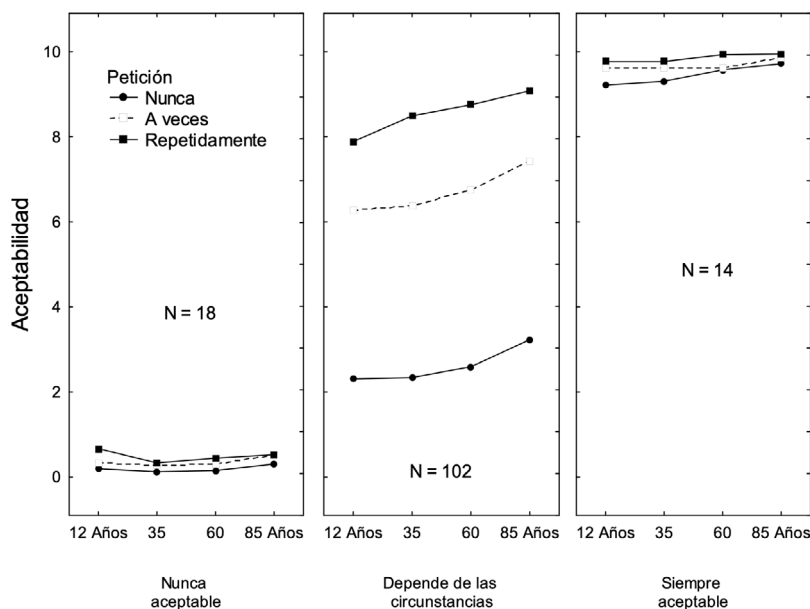


Figura 5. Patrones de resultados correspondientes a los tres clústeres

Nota. En cada panel la media de los juicios de aceptabilidad está en el eje vertical, los tres niveles de edad de los pacientes están en el eje horizontal, y las tres curvas corresponden a los tres niveles del factor petición.

La Corte Constitucional de Colombia adoptó en 1997 el artículo 326 del Código Penal, que permite la eutanasia de enfermos terminales a condición de que estos pacientes hayan solicitado públicamente que se ponga fin a su vida. Sin embargo, hasta hace poco los médicos colombianos se abstendían de ayudar a morir a sus pacientes por miedo a las acciones legales, a la opinión pública, a la pérdida de pacientes o por

oposición a la ley (Mendoza-Villa & Herrera-Morales, 2016). El primer caso de eutanasia del que se tiene constancia se llevó a cabo en el 2015, a petición de un hombre de 79 años que padecía un cáncer oral que le causaba un sufrimiento intolerable (López Benavides, 2018). Además, en marzo del 2018, el Gobierno emitió una normativa que permite la eutanasia en niños de hasta siete años (Cook, 2019).

Actualmente no se dispone de datos sobre la opinión de los colombianos respecto a estas cuestiones. Aunque la legislación actual se ocupa específicamente de la eutanasia, el estudio se centró en el suicidio asistido, un procedimiento más específico, menos controvertido para el final de la vida, porque implica la acción directa del paciente.

A los participantes se les presentaron 48 escenarios que representaban la situación de un paciente con enfermedad terminal y que incluían cuatro informantes: (a) la edad del paciente —p. ej., 85 años—, (b) el nivel de incurabilidad —p. ej., completamente incurable—, (c) el tipo de sufrimiento —p. ej., dolor físico extremo—, y (d) el grado en que el paciente solicitaba un procedimiento para poner fin a su vida —p. ej., repetidas solicitudes formales—. Un ejemplo de este escenario se presenta en la figura 6.

Se realizó un análisis de clústeres con los datos brutos. Surgieron tres posiciones diferentes sobre la aceptabilidad del suicidio asistido. Como se muestra en la figura 5, la primera posición (13 % de la muestra) fue la de los participantes que expresaron la opinión de que este procedimiento *nunca era aceptable*. Los juicios fueron uniformemente bajos. Los participantes de más edad, los casados y los viudos, los de derecha, los que asisten regularmente a la iglesia o al templo y los mormones o evangélicos expresaron esta postura con más frecuencia que los demás.

La segunda posición (76 %) se denominó *depende de las circunstancias* porque los juicios de aceptabilidad dependían esencialmente de la solicitud del paciente y de otros aspectos. Los participantes más jóvenes, los solteros y los de izquierda expresaron esta postura con más frecuencia que los demás. La tercera posición (9 %) se denominó *siempre aceptable*. Los juicios fueron casi siempre altos.

Como lo muestra la figura 5, el hecho de que las posiciones de los participantes no se vieran afectadas por la corta edad de algunos pacientes es importante a la luz de la reciente ampliación de la eutanasia en los niños y es coherente con estudios anteriores que muestran que la edad del paciente tiene poco efecto en las posiciones de los europeos, en contraste, por ejemplo, con el enorme efecto que este factor puede tener en las posiciones de los hindúes.

La figura 7 se ha elaborado combinando los datos de varios otros estudios que han utilizado el mismo material. Estos estudios se han realizado en Francia (Teyssiere et al., 2005), en Kuwait (Ahmed et al., 2010), en la India (Kamble et al., 2011), en Togo (Kpanake et al., 2014), en Turquía (Bugay et al., 2014), y en Rumanía (Teodorescu et al., 2018). Las valoraciones medias observadas en la muestra colombiana son muy similares a las observadas en Francia y se alejan mucho de las observadas en Kuwait o en Turquía.

La señora Morales tiene 85 años.

Tiene una enfermedad grave, totalmente incurable según los conocimientos actuales.
Actualmente está recibiendo el mejor tratamiento posible.

Es completamente dependiente, no puede respirar por sí misma y no puede alimentarse.

Ha pedido clara y repetidamente recurrir a la eutanasia o al suicidio asistido por un médico.

¿Cree usted que el suicidio asistido por un médico sería un procedimiento aceptable en este caso?

Nada aceptable 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Completamente aceptable

Figura 6. Ejemplo de escenario utilizado en el estudio de Pineda Marín et al. (2020)

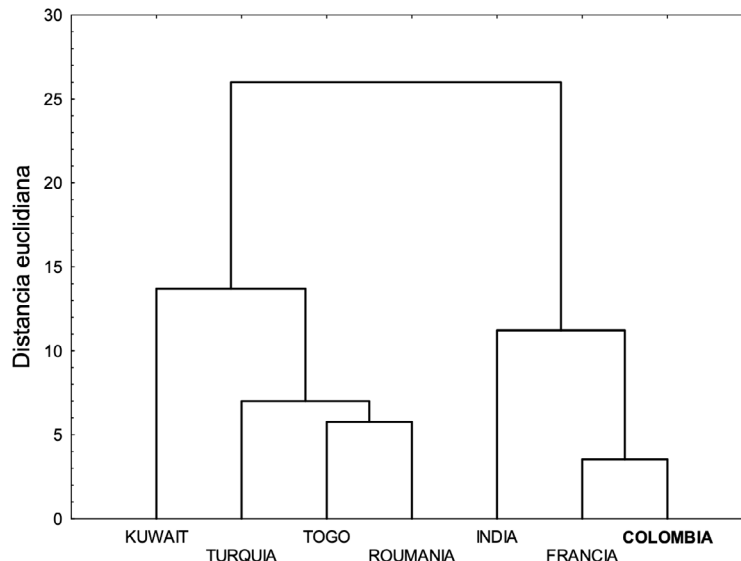


Figura 7. Dendrograma que muestra las distancias euclidianas entre los siete países

Conclusión

La mayoría de los participantes en los tres estudios empíricos de los que se ha informado en este artículo, no mostraron posiciones extremas del tipo *todo o nada*. Los participantes se mostraron sensibles a los factores circunstanciales a la hora de juzgar la aceptabilidad de ciertas conductas. Por lo tanto, se comportaron de la manera que Aristóteles (2004) consideraba como *prudente*. Además, en los tres estudios de los que se extrajeron los principales resultados se han evidenciado reglas de juicio claras: los juicios de aceptabilidad, por tanto, obedecían a reglas estables y no se expresaban de forma casual.

Los factores situacionales que se han tenido en cuenta en estos estudios, y a los que la mayoría de los participantes han sido sistemáticamente sensibles, pueden clasificarse utilizando el esquema de los cuatro principios de la bioética sugeridos por Beauchamp y Childress (2004). El primer principio —respeto a la autonomía de las personas—, ha adoptado en los tres estudios analizados diferentes formas, por ejemplo: (a) los deseos del fallecido en el estudio de Pajot et al. (2017), y (b)

la petición del paciente terminal en el estudio piloto de Pineda Marín et al. (2020). La autonomía también fue el principio investigado en el estudio de Kpanake et al. (2018): ¿En qué medida los profesionales sanitarios tienen derecho a decidir no ir a atender a los pacientes? El impacto de los factores de tipo de autonomía, claramente varió en función del contexto y de los participantes. El 75 % de los adultos colombianos participantes en el estudio de Pineda Marín et al. (2020), y el 50 % de los participantes franceses en el estudio de Pajot et al. (2017), atribuyeron gran importancia a este principio. Asimismo, el 70 % de los participantes en el estudio de Kpanake et al. (2018) consideraron que el deber de proporcionar cuidados estaba asociado al deber recíproco de los gobiernos de proporcionar las condiciones mínimas necesarias para cumplir con su deber.

El segundo principio —la benevolencia, es decir, la exigencia de actuar en interés de la persona— fue también en cierto modo el principio investigado en el estudio de Kpanake et al. (2018): ¿Hasta qué punto los pacientes tienen derecho a ser atendidos, incluso cuando las condiciones de trabajo son tales que los profesionales sanitarios

corren un alto riesgo de ser contaminados, y en consecuencia, de morir por la misma enfermedad? Solo una pequeña minoría de los participantes guineanos (18%) considera que el principio de benevolencia debe prevalecer sobre cualquier otra consideración.

El tercer principio —la no maleficencia, es decir, la exigencia de no actuar en contra de los intereses de las personas— se ha expresado en los tres estudios analizados anteriormente mediante: (a) el factor de riesgo para la familia en el estudio de Kpanake et al. (2018), y (b) la actitud de los padres del fallecido en el estudio de Pajot et al. (2017). La no maleficencia también fue el principio investigado en el estudio de Pineda Marín et al. (2020): ¿En qué medida los profesionales sanitarios tienen derecho a ayudar a los pacientes a poner fin a su vida? El impacto de los factores de no maleficencia varió en función del contexto y de los participantes. El 9% de los participantes guineanos en el estudio de Kpanake et al. (2018) y el 10% de los participantes colombianos en el estudio de Pineda Marín et al. (2020) atribuyeron gran importancia a este principio. En el estudio de Pajot et al. (2017), se atribuyó a este principio una importancia secundaria.

El efecto del cuarto factor —la justicia— se ha estudiado a través de los efectos de: (a) el factor del estatus profesional en el estudio de Kpanake et al. (2018), (b) el factor del estado civil en el estudio de Pajot et al. (2017), y (c) el factor de la edad del paciente en el estudio de Pineda Marín et al. (2020). Según el principio de justicia, los pacientes independientemente de su sexo, edad o etnia deben ser tratados de forma no discriminatoria. En los tres estudios sobre participantes guineanos, franceses y colombianos, estos factores no tuvieron mucho efecto.

En muchas cuestiones sociales, las personas tienen opiniones estructuradas (Anderson, 2008). Al hacer que los participantes consideren las cuestiones del deber de asistencia, la reproducción póstuma o el suicidio asistido por un médico desde

diferentes perspectivas y en distintas circunstancias, la técnica presentada en el presente artículo —la medición funcional— permite mapear estas posiciones. Aunque se centra principalmente en las estructuras —es decir, las posiciones personales—, esta técnica, como se ha demostrado anteriormente, no es ciega al efecto de las características demográficas. En consecuencia puede considerarse un complemento útil de las encuestas cuantitativas que utilizan ítems genéricos, por un lado, Cohen et al. (2014), y por otro lado, los métodos cualitativos aplicados en el trabajo antropológico de Bensimon et al. (2012).

Referencias

- Ahmed, R. A., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2010). Young Kuwaitis' views of the acceptability of physician-assisted-suicide. *Journal of Medical Ethics*, 36(11), 671-676. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2010.036012>
- Ali-Karamali, S. (2008). *The Muslim next door: The Qur'an, the media, and that veil thing*. White Cloud Press.
- Anderson, N. H. (1982). *Methods in information integration theory*. Academic Press.
- Anderson, N. H. (1996). *A functional theory of cognition*. Lawrence Erlbaum.
- Anderson, N. H. (2008). *Unified social cognition*. Psychology Press.
- Aristóteles. (2004). *The Nichomachean ethics*. Pinguin Books.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). Oxford University Press.
- Bensimon, C. M., Smith, M. J., Pisartchik, D., Sahni, S., & Upshur, R. E. (2012). The duty to care in an influenza pandemic: A qualitative study of Canadian public perspectives. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2425-2430. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.09.021>
- Berlinguer, G. (2003). *Everyday bioethics*. Baywood.

- Bugay, A., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2014). The acceptability of physician-assisted-suicide as a function of circumstances: A preliminary study of Turkish students' views. *Psicologica: International Journal of Methodology and Experimental Psychology*, 35(3), 715-727. <https://acikerisim.tedu.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12485/159>
- Byk, C., & Saas, H. M. (2016). *Fritz Jarh: From the origin of bioethics to integrative bioethics*. Eska.
- Code Français de Santé Publique. (2011). Article L2141-2. 7 de julio del 2011. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000024325534/2011-07-09#:~:text=Version%20en%20vigueur%20du%2009%20juillet%202011%20au%2001%20janvier%202021&text=L'assistance%20m%C3%A9dicale%20%C3%A0%20la,maladie%20d'une%20particulier%C3%A8re%20gravit%C3%A9
- Cohen, J., Van Landeghem, P., Carpentier, N., & Deliens, L. (2014). Public acceptance of euthanasia in Europe: A survey study in 47 countries. *International Journal of Public Health*, 59(1), 143-156. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0461-6>
- Collins, R. (2005). Posthumous reproduction and the presumption against consent in cases of death caused by sudden trauma. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 30(4), 431-442. <https://doi.org/10.1080/03605310591008612>
- Cook, M. (2019, 4 de marzo). *The other country where euthanasia for children is legal—Colombia*. MercatorNet. <https://mercatornet.com/the-other-country-where-euthanasia-for-children-is-legalcolombia/24106/>
- Cuneo, D. O. (1982). Children's judgment of numerical quantity: A new view on early quantification. *Cognitive Psychology*, 14(1), 13-44. [https://doi.org/10.1016/0010-0285\(82\)90003-2](https://doi.org/10.1016/0010-0285(82)90003-2)
- Farley, J., & Fantino, E. (1978). The symmetrical law of effect and the matching relation in choice behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 29(1), 37-60. <https://doi.org/10.1901/jeab.1978.29-37>
- Finley, M. (1998). *Ancient slavery & modern ideology*. Markus Wiener.
- Fraux, C., Muñoz Sastre, M. T., Kpanake, L., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2020). Mapping French people's views regarding xenotransplantation. En *Transplantation Proceedings* (pp. 529-538). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2020.08.032>
- Frileux, S., Lelièvre, C., Muñoz Sastre, M. T., Mullet, E., & Sorum, P. (2003). Deciding to end a patient's life. *Journal of Medical Ethics*, 29, 330-336.
- Guedj, M., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2012). French lay people's views regarding the acceptability of involuntary hospitalization of patients suffering from psychiatric illness. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(1), 50-56. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2011.11.010>
- Haidt, J., & Joseph, C. (2004). Intuitive ethics: How innately prepared intuitions generate culturally variable virtues. *Daedalus*, 133(4), 55-66. <https://www.jstor.org/stable/20027945>
- Hans, J. D. (2008). Attitudes toward posthumous harvesting and reproduction. *Death Studies*, 32(9), 837-869. <https://doi.org/10.1080/07481180802359789>
- Hans, J. D., & Dooley, B. (2014). Attitudes toward making babies...with a deceased partner's cryopreserved gametes. *Death Studies*, 38(9), 571-581. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.809033>
- Hofmans, J., & Mullet, E. (2013). Towards unveiling individual differences in different stages of information processing: A clustering-based approach. *Quality & Quantity*, 47(1), 455-464. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9529-7>
- Human Fertilisation and Embryology (Deceased Fathers). Act. (2003). <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2003/24/contents/enacted>
- Igier, V., Muñoz Sastre, M. T., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2015). A mapping of people's views regarding the communication of bad news to elderly people. *Health Communication*, 30(7), 694-701. <https://doi.org/10.1080/10410236.2014.898013>

- Jacoby, L., & Siminoff, L. A. (Eds.). (2008). *Empirical methods for bioethics: A primer*. Elsevier.
- Kamble, S., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2012). Young Indians' views of the acceptability of physician-assisted suicide. *International Perspectives in Psychology, 1*(3), 165-176. <https://doi.org/10.1037/a0029380>
- Kleespies, P. M. (2004). *Life and death decisions: Psychological and ethical considerations in end-of-life care*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10661-000>
- Kpanake, L., Dassa, S. K., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2014). Togolese lay people's and health professionals' views about the acceptability of physician-assisted suicide. *Journal of Medical Ethics, 40*, 621-624. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-5.rlph>
- Kpanake, L., & Mullet, E. (2020). *Ethique des soins: Perspectives Africaines*. Complicités.
- Kpanake, L., Tonguino, T. K., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2018). Duty to provide care to Ebola patients: The perspectives of Guinean lay people and healthcare providers. *Journal of Medical Ethics, 44*(9), 599-605. <https://jme.bmj.com/content/44/9/599.abstract>
- Lhermite, A., Muñoz Sastre, M. T., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2015). French lay people's and health professionals' views regarding the acceptability of involuntary treatment of nursing home residents. *International Journal of Law and Psychiatry, 38*, 38-43. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.01.005>
- López Benavides, L. L. (2018). The right to die with dignity in Colombia. *Forensic Research & Criminology International Journal, 6*(6), 426-429. <https://medcraveonline.com/FRCIJ/FRCIJ-06-00239.pdf>
- Low, B. (1988). Measures of polygyny in humans. *Current Anthropology, 29*(1), 189-194. <https://doi.org/10.1086/203627>
- Makris, I., & Mullet, E. (2003). Judging the pleasantness of contour-rhythm-pitch-timbre combinations. *The American Journal of Psychology, 116*(4), 581-611. <https://doi.org/10.2307/1423661>
- Masin, S. C. (2016). The cognitive and perceptual laws of the inclined plane. *The American Journal of Psychology, 129*(3), 221-234. <https://doi.org/10.5406/amerjpsyc.129.3.0221>
- Mendoza-Villa, J. M., & Herrera-Morales, L. A. (2016). Reflections on euthanasia in Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología, 44*(4), 324-329. <https://doi.org/10.1016/j.rcae.2016.06.007>
- Morales Martínez, G., López Ramírez, E. O., Esterle, M., Muñoz Sastre, M. T., & Mullet, E. (2010). Judging the acceptability of sexual intercourse among persons with learning disabilities: A Mexico-France comparison. *Sexuality & Disability, 28*(2), 81-91. <https://doi.org/10.1007/s11195-010-9147-7>
- Morales, G. E., López, E. O., & Mullet, E. (2016). Blame judgments among people with Down Syndrome. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 41*(1), 61-65. <https://doi.org/10.3109/13668250.2015.1093104>
- Mullet, E., Kpanake, L., Kamble, S., Ahmed, R. A., Bugay, A., Muñoz Sastre, M. T., & Sorum, P. C. (2016). Mapping people's views regarding physician assisted suicide: A five-country study. *International Psychology Bulletin, 20*(2), 16-25.
- Mullet, E., Morales, G. E., Makris, I., Rogé, B., & Muñoz Sastre, M. T. (2012). Functional Measurement: An incredibly flexible tool. *Psicologica: International Journal of Methodology and Experimental Psychology, 33*(3), 631-654. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ980498.pdf>
- Muñoz Sastre, M. T., & Mullet, E. (2019). *Ethique empirique de la sexualité et de la reproduction humaines*. Complicités.
- Muñoz Sastre, M. T., Petitfils, C., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2015). A mapping of the positions of adults in Toulouse, France, regarding induced abortion. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 20*(3), 158-169. <https://doi.org/10.3109/13625187.2014.971741>

- Muñoz Sastre, M. T., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2016). The acceptability of assisted reproductive technology among French lay people. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 34*(4), 329-342. <https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1188279>
- Muñoz Sastre, M. T., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2020). Mapping French laypeople's views on nonhuman animal experimentation. *Society & Animals, 28*(3), 272-290. https://brill.com/view/journals/soan/28/3/article-p272_4.xml?ebody=abstract%2Fexcerpt
- Nann, S., Dousset, J. P., Sok, C., Khim, P. Y. S., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2012). Cambodian patients' and health professionals' views regarding the allocation of antiretroviral drugs. *Developing World Bioethics, 12*(2), 96-103. <https://doi.org/10.1111/j.1471-8847.2012.00323.x>
- Olivari, C., Muñoz Sastre, M. T., Guedj, M., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2011). Breaking patient confidentiality: Comparing Chilean and French viewpoints regarding the conditions of its acceptability. *Universitas Psychologica: Pan American Journal of Psychology, 10*(1), 13-26. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672011000100002
- Oliveira, A., Teixeira, N., Oliveira, M., Brêda, M. S., Viegas, R., Simões, M., & Fonseca, I. (2008). Subjective metrics of hostile and friendly facial expressions: An issue with schematic faces. In B. Schneider & B. Ben-David (Eds.), *Proceedings of the 24th Annual Meeting of the International Society for Psychophysics: Fechner Day 2008* (pp. 117-122). ISP.
- Ouédraogo, A., & Mullet, E. (2001). Prediction of performance among west African farmers: Natural and supernatural factors. *International Journal of Psychology, 36*(1), 32-41. <https://doi.org/10.1080/00207590042000038>
- Pajot, E., Muñoz Sastre, M. T., & Mullet, E. (2017). Mapping French people's views regarding posthumous reproduction. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 35*(5), 524-537. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1371283>
- Palmer, M. (2005). *Moral problems in medicine*. Lutterworth.
- Pineda Marín, C., Franco Sierra, L., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2021). Colombian people's positions regarding physician-assisted suicide. *Clinical Ethics*. <https://doi.org/10.1177/14777509211040166>
- Roberts, J. M., & Westad, O. A. (2014). *The Penguin history of the world*. Penguin.
- Rogé, B., & Mullet, E. (2011). Blame and forgiveness judgments among children adolescents and adults with autism. *Autism, 15*(6), 702-712. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1362361310394219>
- Teodorescu, D. I., Muñoz Sastre, M. T., & Sorum, P. C. (2019). Romanian lay people's and health professionals' views about the acceptability of physician assisted suicide. *Universitas Psychologica, 18*(5), 1-7. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-5.rlph>
- Teisseyre, N., Mullet, E., & Sorum, P. C. (2005). Under what conditions is euthanasia acceptable to lay people and health professionals? *Social Science & Medicine, 60*(2), 357-368. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.05.016>

Recibido: abril 4, 2021
Aprobado: enero 18, 2022