

Eutanasia y suicidio asistido: actitudes de los médicos en el Instituto de Oncología y Radiobiología de Cuba

(Euthanasia and assisted suicide: attitudes of medical doctors at the Institute of Oncology and Radiobiology of Cuba)

Mariuska Forteza Sáez¹, Darlen Paisan Delis¹, Jorge Grau Abalo¹,
Ignacio Oliva Hernández², Margarita Chacón Roger¹

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar las actitudes ante la eutanasia y el suicidio asistido en los médicos del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba (INOR), capacitados y no capacitados en cuidados paliativos.

Métodos: Estudio exploratorio, observacional-descriptivo y transversal, durante febrero-abril del 2015 en el INOR. El universo estuvo constituido por los médicos del INOR de distintas especialidades, se tomó una muestra intencional (70 médicos) en función de la disponibilidad a participar en la investigación. Se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas: frecuencias absolutas y relativas, la media aritmética y la desviación estándar en cuantitativas continuas. Para las actitudes ante la eutanasia se empleó un componente de la técnica "núcleo central de las actitudes las representaciones sociales" (NCRS), prueba exacta de Fisher y U de Mann-Whitney. El análisis se realizó con SPSS, versión 21.0.

Resultados: Existieron diferencias en ambos grupos en cuanto a si la muerte puede ser salida del sufrimiento y la enfermedad, así como si el contacto con la muerte ayuda a verla natural y como alivio.

La mejor alternativa ante la solicitud de anticipar o facilitar la muerte fue propuesta como los cuidados paliativos, con mayor frecuencia en los capacitados.

Conclusiones: Las actitudes ante la muerte y el suicidio asistido que se ponen de manifiesto en estos médicos. Confirman resultados obtenidos en investigaciones precedentes. Predominan las opiniones contrarias a la práctica de eutanasia o suicidio asistido, aun cuando los criterios son disímiles dentro de cada grupo.

Palabras claves: Cuidados Paliativos, eutanasia, Actitudes al final de la vida.

ABSTRACT

Objective: To characterize the attitudes toward euthanasia and assisted suicide by doctors of National Institute of Oncology and Radiobiology of Cuba (INOR), qualified and not qualified in palliative cares.

Methods: Observational-descriptive and traverse study, during February-April of the 2015, in the INOR. doctors of the INOR of the different specialties constituted the study universe. Intentional sample (70 doctors) in function of the readiness that they had of participating in the investigation. Arithmetic media and standard deviation in quantitative continuous variables were obtained. For the attitudes toward the euthanasia a component of the technique was used "central nucleus of the attitudes the social representations" (NCRS), exact test of Fisher and OR of Mann-Whitney. The analysis was carried out with SPSS, version 21.0.

Results: There were differences in both groups. The best alternative to the request to anticipate or facilitate death was proposed as palliative care, more often in the trained.

Conclusions: The attitudes towards death and assisted suicide that are evident in these doctors confirm results obtained in previous research. Opinions against the practice of euthanasia or assisted suicide predominate, even though the criteria are dissimilar within each group.

Key words: Palliative care, euthanasia, attitudes towards the end of life.

1 Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR). Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba, Calle 29 e/n E y F, Vedado, Plaza, La Habana, Cuba. Correspondencia: mforteza8324@gmail.com.

2 Facultad de Ciencias Médicas "Enrique Cabrera" de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Darlen Paisan D. (darlen@infomed.sld.cu), Dr. Jorge Grau A. (psico@infomed.sld.cu), Ignacio Oliva H. (revistahph@infomed.sld.cu), Dra. Margarita Chacón R. (magali.chacon@infomed.sld.cu).

Fecha de recibido: 23 de abril de 2017 Fecha de aceptado: 7 de agosto de 2017

INTRODUCCIÓN

La eutanasia sigue siendo un tema muy discutido en todo el mundo. La reglamentación legal en algunos contextos ha llevado a impetuosos debates. El tema alude profundamente a la autoimagen, a la comprensión de la enfermedad y la muerte. Trata sobre la libertad y la subordinación, la naturaleza, la sociedad y la cultura. Como opresiva e intimidante para el futuro permanece la experiencia del trato criminal nazi, que significó finalmente la matanza de enfermos, lisiados y moribundos. Nuevas iniciativas y leyes manifiestan la gran actualidad de este tema. La población del Estado de Washington rechazó hace pocos años, con sólo un 55% contra un 45%, la legalización de la ayuda activa a morir proporcionada por los médicos para el caso de pacientes desahuciados sin ninguna posibilidad de curación. En los Países Bajos, se ha abierto el sentido del consentimiento.

En muchos lugares se aplaza el procesamiento penal de la eutanasia activa bajo determinadas circunstancias y al mismo tiempo, se concreta la penalidad de esta intervención, que es sustentada por la legislación de la reglamentación estatal de emergencia en el sentido legal holandés.

El filósofo australiano Peter Singer llamó la atención con su libro "Praktischen Ethik" (1984) y provocó intranquilidad en los discapacitados cuando señaló que los fetos y los recién nacidos podrían ser vistos como menos valiosos, como "la vida de un cerdo, de un perro o de un chimpancé" y justificó también la eutanasia activa en determinadas enfermedades mentales^(1,2).

La idea que el hombre tiene "derecho a morir con dignidad" ha dominado el debate bioético contemporáneo relacionado con el final de la vida humana y ha llevado también a confusiones. Muchos de los autores que abogan por el derecho a una "muerte digna", entienden que éste incluye el derecho a disponer de la propia vida mediante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, basándose para ello en el respeto a la libertad individual o autonomía del paciente.

De acuerdo con esta línea de pensamiento, en situaciones verdaderamente extremas, la eutanasia y la asistencia al suicidio representarían actos de compasión (beneficencia); negarse a su realización podría suponer una forma de maleficencia^(3,4).

En numerosos países se fundaron, a comienzos del siglo XX, sociedades para la eutanasia y en diferentes ocasiones, se promulgaron informes para una legalización de la eutanasia activa⁽⁵⁻⁹⁾.

Según una encuesta empírica, en los Países Bajos en 1995, de 136,000 moribundos, a 3,200 se les practicó la eutanasia activa, la que en su mayoría es aprobada por los médicos holandeses; 9,700 pacientes habían solicitado este tipo de muerte; 900 fueron asesinados por los médicos sin formular una petición expresa, puesto que consideraban innecesario otro tratamiento; en un 41% los médicos fueron obligados a presentarse ante las autoridades⁽¹⁰⁾.

Los movimientos como los hospicios, la medicina paliativa y los grupos de autoayuda, abogan por la humanización en el trato con los moribundos y pretenden contribuir, de esta manera, a superar la separación de la medicina y la vida, al mismo tiempo, contrarrestar la difusión de la eutanasia activa⁽¹¹⁻¹³⁾.

La actitud hacia la eutanasia muestra, finalmente, notables desviaciones entre los partidarios de las diferentes religiones; la exigencia de una conservación incondicional de la vida disminuye, según una investigación empírica⁽¹³⁾ de médicos católicos a protestantes, pasando por los judíos, cambian también las opiniones sobre la eutanasia y sus distintas formas^(2,14-17).

De este modo, en los debates médicos y jurídicos la polémica se mantiene. Pero: ¿qué sucede en Cuba? ¿la cultura, creencias o el propio sistema de salud dejan al margen de la opinión profesional de esta problemática? ¿cómo piensan los médicos cubanos acerca de la eutanasia y el suicidio asistido?

No existen muchas investigaciones al respecto, aun cuando se han dirigido algunos estudios en poblaciones específicas a conocer el concepto de muerte y a reflexiones éticas sobre el mismo, como los realizados por los doctores José Acosta, Calixto Machado y colaboradores, coincidiendo en que se encontraban ante un tema polémico que merecía ser estudiado.

En investigación realizada en Sancti Spíritus en el 2000, se encontró que los médicos cubanos encuestados, opinaban que se debe alargar la vida del paciente, pero se reconocía que la eutanasia había

ganado terreno en la inclinación de muchos^{19,20}. En el 2009 se realizaron 3 estudios peculiares en el Municipio Plaza: en población general (N = 304)²¹, pacientes avanzados y sus cuidadores primarios (N = 182)²² y en 109 médicos (N = 55 capacitados en cuidados paliativos y 104 no capacitados)⁽²³⁾.

Un análisis de estos resultados publicado en el 2012⁽²⁴⁾, condujo a reafirmar una importante reflexión: los temas de la eutanasia y los cuidados paliativos deben considerarse como dos aristas de un mismo problema, todos los grupos estudiados resaltaban la necesidad del respeto por la autonomía, los médicos (capacitados o no) en su mayoría estaban en contra de las prácticas para acortar la vida. Y todos coincidían en la importancia de la esperanza y el optimismo, junto con otras respuestas que caracterizaban a los cuidados paliativos; a la vez que consideraban a la muerte asistida como un método controvertido para aliviar el sufrimiento⁽¹⁸⁾.

La eutanasia representa un gran reto para la humanidad, para la medicina de la sociedad del presente, para el médico, el personal auxiliar y los enfermos. Un reto para todos los seres humanos ante el progreso científico y el cambio demográfico con el aumento de adultos mayores, personas con discapacidades y minusvalías y la explosión de costos de la medicina.

En Cuba no existe aprobación legal para la realización de la eutanasia, pero no significa que sea un tema que no debe ser investigado. Teniendo en cuenta estos elementos se realizó este estudio con el objetivo de explorar el conocimiento y las actitudes de los médicos en el INOR ante esta práctica.

MÉTODOS

Tipo de investigación

Estudio exploratorio, observacional-descriptivo y transversal, en el periodo comprendido entre febrero y abril del 2015 en el INOR.

Unidad de análisis y criterios de conformación de la muestra.

El universo estuvo constituido por los médicos del INOR de las distintas especialidades, se tomó una muestra intencional en función de la disponibilidad que tuvieran de participar en la investigación, aun cuando no todos estuvieran en contacto frecuente

con la muerte y los enfermos terminales.

Técnicas y procedimientos.

Se utilizó un instrumento re-elaborado por los investigadores de este estudio, empleado antes para la caracterización de las creencias y actitudes ante la eutanasia y el suicidio asistido en los profesionales de la salud en La Habana.

Para su confección se tuvieron en cuenta algunos de los ítems del Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM-2), instrumento previamente validado en nuestro país entre 1997 y 2003 por Hernández⁽²⁵⁾ y Mari⁽²⁶⁾.

Se emplearon preguntas de sondeo estructuradas en escalas directamente enfocadas hacia las creencias y actitudes en relación con la pertinencia de la eutanasia y el suicidio asistido.

Se registraron variables demográficas como la especialidad médica y capacitación previa o no en cuidados paliativos, características que podrían influir en las diferencias en relación a estas creencias y actitudes.

Este instrumento fue sometido a una validación de contenido por criterios de 11 expertos en temas de cuidados paliativos y bioética; siguiendo la metodología de Moriyama⁽²⁷⁾.

Aspectos éticos del estudio.

Se solicitó de forma escrita y verbal el consentimiento a cada médico que participó en el estudio, aclarando que su participación era totalmente voluntaria y que podían dejar de contestar en el momento en que lo considerasen.

Procesamiento estadístico.

El análisis se realizó con el SPSS, versión 21.0. Se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas: frecuencias absolutas y relativas, así como la media aritmética y la desviación estándar en aquellas variables cuantitativas continuas.

En el estudio de las actitudes de los profesionales, capacitados o no, con respecto a la eutanasia se empleó un componente de la técnica "núcleo central de las representaciones sociales" (NCRS)⁽²⁸⁾.

La misma se basó en el promedio de la frecuencia de

las categorías en cada grupo, identificándose como componente del núcleo central aquellos criterios que alcanzaron una frecuencia mayor o igual a este promedio y como parte del núcleo periférico el resto de las categorías.

Se construyeron tablas de contingencia y se calcularon los estadígrafos de Fisher y U de Mann-Whitney según el nivel de medición de la variables, se fijó intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

Se encuestaron 70 médicos: 16 (22.9%) tenían capacitación previa en cuidados paliativos, un porcentaje bajo teniendo en cuenta que, independientemente de la especialidad, un gran porcentaje de los pacientes oncológicos son tributarios de estos cuidados en algún momento de la evolución de la enfermedad.

Ante la pregunta “aceptar la muerte ayuda a la responsabilidad ante la vida”, la mayoría estuvo de acuerdo o totalmente de acuerdo (75.7%) y un 7.1% en desacuerdo, ligeramente mayor entre los no capacitados. Esta diferencia no es significativa ($p=0.679$).

En cuanto a “si la muerte puede ser salida del sufrimiento y la enfermedad”, encontramos respuestas divididas: un 25.7% estuvo totalmente de acuerdo y un 35.7% manifestó desacuerdo. Existieron diferencias significativas en la distribución de respuestas entre ambos grupos (cuadro I).

Resultan bastante disímiles los criterios sobre “si al perder la calidad de vida deberíamos aceptar la muerte” (cuadro II). Un 30% estuvo totalmente de acuerdo, porcentaje ligeramente superior en el grupo de cuidados paliativos, como era de esperar, y un 14.3% en desacuerdo, especialmente en el grupo con capacitación previa, reflejando contradicciones en este sentido. La diferencia entre los grupos no fue significativa ($p=0.133$).

Existe diferencia significativa ($p=0.048$) entre los grupos en el criterio sobre “si el contacto con la muerte ayuda a verla natural y como alivio” (ver figura 1). Se encontraron criterios divididos: un 40% está de acuerdo o totalmente de acuerdo, un 28.6% está solo parcialmente de acuerdo y el 31.4% expresa desacuerdo.

Cuadro I Criterios sobre si la muerte puede ser salida del sufrimiento y la enfermedad.

Criterios			Capacitados CP		Total
			No	Si	
La muerte puede ser salida del sufrimiento y la enfermedad	Totalmente de acuerdo	Cantidad %	1	17	18
			6.3%	31.5%	25.7%
	De acuerdo	Cantidad %	1	7	8
			6.3%	13.0%	11.4%
	Parcialmente de acuerdo	Cantidad %	4	15	19
			25.0%	27.8%	27.1%
	En desacuerdo	Cantidad %	10	15	25
			62.5%	27.8%	35.7%
Total	Cantidad %	16	54	70	
		100%	100%	100%	
U = 244.000			p=0.006		

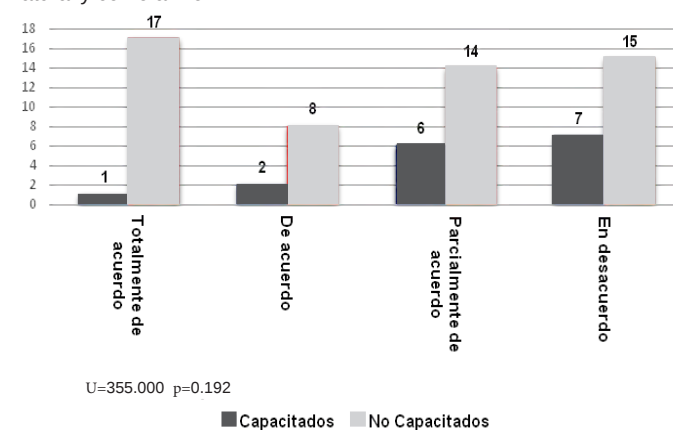
Fuente: planilla de recogida de datos Nota: CP (cuidados paliativos)

Cuadro II Criterios sobre el hecho de que al perder la calidad de vida debemos aceptar la muerte.

Criterios			Capacitados CP		Total
			No	Si	
Al perder calidad de vida debemos aceptar la muerte	Totalmente de acuerdo	Cantidad %	3	18	21
			18.8%	33.3%	30.0%
	De acuerdo	Cantidad %	4	15	19
			25.0%	27.8%	27.1%
	Parcialmente de acuerdo	Cantidad %	5	15	20
			31.3%	27.8%	28.6%
	En desacuerdo	Cantidad %	4	6	10
			25.0%	11.1%	14.3%
Total		Cantidad %	16	54	70
			100%	100%	100%
U = 328.500			p=0.133		

Fuente: planilla de recogida de datos Nota: CP (cuidados paliativos)

Figura 1 Criterios sobre si el contacto con la muerte ayuda a verla natural y como alivio.



Fuente: planilla de recogida de datos

WAXAPA/ Año 9, no. 16, ene-jun 2017

La figura 2 muestra los criterios sobre “si aplicaría eutanasia o suicidio asistido al paciente que lo solicitara” intentando explorar el criterio conductual de las actitudes. Predominan las opiniones negativas (67.1%), solo el 8.6% no deciden que hacer.

Esta distribución es bastante similar entre grupos ($p=0.192$). Sin embargo, las razones que fundamentan la respuesta sí parecen diferir entre ellos como muestra la figura 3; mientras mayor es la frecuencia, mayor es el número de médicos que se expresaron en este sentido, y mientras menor es el orden medio, mayor es la importancia concedida a la categoría resultante del análisis de contenido. Así, en ambos grupos se expresó frecuentemente que se debería respetar la autonomía del paciente, con un primer orden de importancia. La opinión sobre que la ética médica está en contra de la eutanasia, es mucho más frecuente entre los no capacitados, es menos frecuente y con menor importancia en los capacitados.

Las respuestas acerca de “las condiciones ante las cuales se aplicaría eutanasia o suicidio asistido” (que intenta precisar si el profesional se inclina o no a aplicarla), se resumen en la figura 4 y cuadro III. Solo un 20% del personal médico se pronuncia en aplicarla en una enfermedad terminal, pero no existen diferencias entre ambos grupos.

Por último, es mayor la proporción (31.4%) de quienes serían capaces de aplicar la muerte asistida en casos de dolor o sufrimiento extremos, pero dicha proporción sigue siendo similar en ambos grupos. Es interesante, en primer lugar, como aumenta el número de médicos que se pronunciarían a aplicarla a medida que se ofrece un gradiente de severidad de la enfermedad (de enfermedad avanzada a terminal, de enfermedad terminal a dolor y sufrimiento extremo), vale destacar que el 41.4% de ellos se pronunció en no usarla bajo ninguna condición.

Ante la pregunta “¿Existen alternativas que ante determinadas condiciones hagan pensar en eutanasia o suicidio asistido?”, las respuestas fueron diferentes entre los grupos.

El 60% habló de la existencia de tales alternativas, mientras que el 40 % de los no capacitados mencionaron su existencia. Esta diferencia no fue significativa ($p=0.816$).

WAXAPA/ Año 9, no. 16, ene-jun 2017

Figura 2 ¿Aplicaría la eutanasia o suicidio asistido a un paciente que lo solicite?

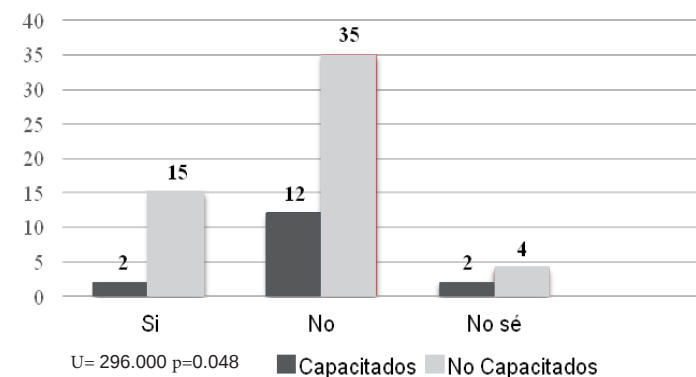


Figura 3 Razones por las que se aplicaría o no eutanasia o suicidio asistido.

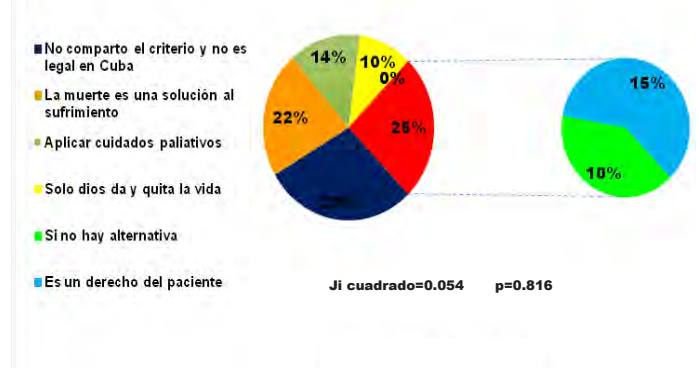
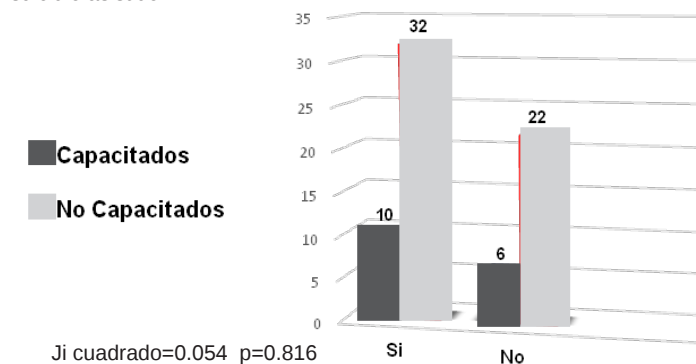


Figura 4 ¿Existen alternativas que hagan pensar en eutanasia o suicidio asistido?



Fueron diferentes las categorías de fundamentación. El grupo de capacitados mencionó frecuentemente la aplicación de cuidados paliativos y el hecho de sembrar esperanzas. En el grupo no capacitado mencionaron los cuidados paliativos con menos frecuencia y plantean la necesidad de educar sobre el tema.

Respondiendo a la pregunta sobre si la eutanasia “es una práctica necesaria, posible y legal o moralmente defendible”, se muestran algunas diferencias: respon-

-diendo a “si es necesaria”, los no capacitados opinan que en determinados casos, con más frecuencia que los capacitados. Entre estos últimos hay posiciones más extremas: los que dicen que “sí” o los que dicen que “no” y también dudas (respuestas de “no sé”). Las diferencias no resultan estadísticamente significativas.

En relación a “si es posible” aparecen menos diferencias entre los grupos: alrededor del 35.7% de ambos grupos piensa que “sí” con un porcentaje ligeramente mayor entre los capacitados, un 22.9% opina que “no”, un 35.7% opina que “es posible en determinados casos” y el 8.6% manifiesta dudas.

Cuadro III Razones alternativas para pensar en eutanasia o suicidio asistido según condición del enfermo.

Fundamentos	Capacitados CP			
	Si		No	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Aplicar cuidados paliativos	4	25.0	13	24.1
La muerte no es una solución	4	25.0	21	38.9
Dar apoyo familiar	3	18.8	7	13.0
Depende del paciente	2	12.5	4	7.4
Pérdida calidad de vida y sufrimiento extremo	1	6.3	2	3.7
Ayuda a morir con dignidad	1	6.3	3	5.6
Hay que educar sobre el tema	1	6.3	2	3.7
Derecho del paciente para evitar el sufrimiento	0	0	2	3.7
Promedio (frecuencia)	2		7	

Nota: Lo sombreado en tono oscuro es el núcleo central de la representación social en el grupo estudiado (lo más frecuente) y lo sombreado en tono más claro pertenece al núcleo periférico (lo menos frecuente).

En relación a “si la eutanasia es legal o moralmente defendible” aparecen diferencias entre los grupos (no son significativas: $p=0.160$). Entre los capacitados predomina siempre el criterio de que en determinados casos es defendible mientras que en los no capacitados, predominan las opiniones extremas (“sí” o “no”). Esto es comprensible por los conocimientos adquiridos en torno a aspectos éticos del cuidado al final de la vida.

DISCUSIÓN

Los criterios de los especialistas estudiados están divididos acerca de la connotación de la muerte como resultado de la interacción profesional con pacientes moribundos; en primer lugar, como algo que ayuda a la responsabilidad ante la vida; en segundo lugar, como una salida al sufrimiento y la enfermedad; en tercer lugar, como algo que debemos aceptar cuando

se pierde la calidad de vida y, en cuarto lugar, como un hecho natural que puede significar un alivio.

Recordemos que se reconoce que la actitud es una realidad psicosocial ambigua y difícil de estudiar, individualmente matizada⁽²⁹⁾ y que la mayoría de las teorías de las actitudes identifican tres componentes: afectivo, cognitivo y conductual⁽³⁰⁾. No está clara la forma de interrelación entre cada uno de estos componentes, especialmente en actitudes complejas como las que se forman a lo largo de la vida y por influencias socioculturales y personales muy diversas como las actitudes ante la muerte y ante la posibilidad de facilitar o anticiparla para aliviar el sufrimiento.

Los componentes cognitivos, por otra parte, no tienen siempre por qué ser conscientes. Se ha establecido que cada componente, aun estando relacionado de forma moderada con el otro, tiene una contribución importante y distinta al constructo “actitud”⁽³¹⁾, la cual se expresa frecuentemente como una variable latente, externamente manifestada por medio de expresiones verbales o no verbales, opiniones y comportamientos que implican el signo afectivo positivo o negativo, a favor o en contra^(32,33). Estas consideraciones permiten explicar algunos de los resultados obtenidos. La evaluación de las actitudes ante la muerte en profesionales de la salud se ha centrado, en la valoración (opiniones, creencias) de acuerdo o desacuerdo con estas cuatro direcciones ligadas a la connotación de la muerte. Prácticamente imposible sería evaluarlas a través de otro tipo de respuestas (psicofisiológicas, afectivas o comportamentales).

Pero esto, a su vez, hace difícil la evaluación integral de estos componentes a partir de sencillas preguntas que tienen como objetivo esencial explorar inicialmente el componente cognitivo de las actitudes ante la muerte para relacionarlas con las actitudes ante la práctica potencial de anticiparla o facilitarla a solicitud de un enfermo que sufre.

En la estructuración de estos componentes cognitivos en las actitudes ante la muerte y su incorporación al trabajo profesional, parece jugar un papel fundamental el desarrollo de creencias a lo largo de la vida moduladas por factores personales. De ello habla la propia subdivisión de criterios en diferente grado de acuerdo-desacuerdo. Estas actitudes ante la muerte no necesariamente predeterminan las actitudes ante

la eutanasia o el suicidio asistido, pero indudablemente, las creencias de profesionales en este sentido pueden influir en el desarrollo de contradicciones y dilemas éticos en torno a estas prácticas polémicas.

No olvidemos que, psicológicamente, la actitud es un constructo que nos permite conocer, más indirecta que directamente, lo que las personas dicen, piensan, sienten o hacen, de forma que dados determinados componentes conductuales de estas actitudes, se pueden predecir otras futuras⁽³³⁾. Otro aspecto a destacar es que aparecen diferencias significativas entre los profesionales que han recibido previamente algún tipo de capacitación en cuidados paliativos y los que no la han recibido, en dos de las cuatro direcciones estudiadas sobre las actitudes ante la muerte.

Evidentemente, la mera capacitación en temas relacionados con estos cuidados no es suficiente para modificar todos los componentes actitudinales acerca de la muerte, puede ser necesaria una práctica consistente y duradera y/o una intervención especialmente diseñada para modificar tales actitudes en el sentido más favorable de mejorar la actuación profesional^(34,35). En general, los resultados del análisis confirman los encontrados en investigaciones anteriores en profesionales cubanos de la salud, investigando actitudes ante la muerte con el instrumento íntegro: CAM-2^(25,26,34,35). Si bien la capacitados en cuidados paliativos puede desarrollar conocimientos en relación con algunos componentes cognitivos (creencias) de las actitudes ante la muerte en profesionales y no modificar discretamente componentes evasivos de temor exagerado y defensivos, se mantienen inalterables algunos componentes actitudinales acerca de la vida y la muerte que son cardinales y que pueden haberse desarrollado a lo largo de la vida personal y profesional de estos médicos⁽³⁵⁾.

Hay que destacar que se incrementa el número de médicos que se rehúsa a responder a medida que aumenta el gradiente de severidad, lo cual confirma el componente emocional negativo y el rechazo a pronunciarse ante el asunto cuando se trata de un caso no excepcional.

Es interesante como este tema “estigmatiza” las propias respuestas ante instrumentos que intentan indagar sobre ello, confirmando cierto carácter “tabú” al polémico debate acerca de la eutanasia.

Llama la atención que no existan diferencias significativas en estas respuestas de carácter afectivo entre los grupos, lo cual contribuye a confirmar que las actitudes ante la muerte que han ido desarrollando a lo largo de su vida personal y profesional inciden en el componente afectivo de las actitudes ante la muerte asistida.

En este estudio se muestra, en general, bastante heterogeneidad en las actitudes del personal médico ante la eutanasia y el suicidio asistido, incluso dentro de cada grupo. Las opiniones, como “envolturas verbales” de estas actitudes son discrepantes y muchas veces contradictorias.

Existen algunas diferencias entre las actitudes de los grupos, especialmente en la frecuencia e importancia de algunos componentes actitudinales que se dan como fundamentación en preguntas abiertas y en las propuestas de alternativas para enfermos que se encuentren en condiciones que hagan pensar en ella (cuidados paliativos u otras consideraciones). Sin embargo, tales diferencias son sutiles, incluyen varios componentes inter-influyentes y no siempre son definitorias en cuanto a la determinación de su naturaleza⁽³⁶⁾.

Al caracterizar las actitudes ante la eutanasia y el suicidio asistido cobra especial importancia conocer las actitudes ante la muerte de estos profesionales. No se diferencian los grupos capacitados o no en cuidados paliativos en los criterios sobre si la muerte ayuda a la responsabilidad con la vida, si es una salida al sufrimiento y la enfermedad, si debemos aceptarla al perder la calidad de vida y si debe verse como un hecho natural que puede significar alivio; se pone en evidencia que la estructuración de estas actitudes descansa en el desarrollo de creencias moduladas más por factores personales a lo largo de la vida, que en la formación profesional en el tema.

Predominan las opiniones contrarias a la práctica de eutanasia o suicidio asistido en los médicos investigados, aun cuando los criterios de justificación son disímiles, incluso dentro de cada grupo, donde se erigen los cuidados paliativos como alternativa a la muerte asistida, con más frecuencia en los médicos capacitados.

REFERENCIAS

1. Singer, P., Praktische, E., Stuttgart, R. El problema de la eutanasia desde la perspectiva filosófica. *Acta bioeth.* Santiago 2002, 8(1): 169
2. Gruman, G.J. An historical introduction to ideas about voluntary euthanasia: with a bibliographic survey and guide for interdisciplinary studies. *Omega* 1973; (2); 87-138.
3. Dietrich Von Engelhardt. La eutanasia entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir: experiencias del pasado, retos del presente. *Acta bioethica* 2002; 8(1): 90-93.
4. Van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B.D., Rurup, M.L., Buiting, H.M., van Delden, J.J., Hanssen-de Wolf, J.E., et al. End-of-life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med* 2007; 356: 1957-65.
5. Montero, F. Repensar la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. En: Beca, J.P. y Astete, C. (Eds.) *Bioética Clínica*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2012: 498-510.
6. Tollemache, L.A. The new cure of incurables. In: *Fortnightly Review* 1873; (febr.): 218- 230.
7. Haeckel, E. *Ewigkeit. Weltkriegsgedankenüber Leben und Tod, Religion und Entwicklungslehre*. Berlin; 1915: 77-79
8. Hernando, P., Diestre, G., Baigorri, F. De la limitación de esfuerzo terapéutico a la adecuación del esfuerzo terapéutico. En: Beca, J.P. y Astete, C. (Eds.) *Bioética Clínica*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2012: 397-405.
9. Ossandón, M. El derecho a rechazar tratamientos médicos ¿un reconocimiento del derecho a disponer de la propia vida? *Revista de Derecho Público Iberoamericano*, Universidad del Desarrollo de Santiago de Chile 2013: 153-204.
10. Gordijn, B. Euthanasie in den Nederlanden - eine kritische Betrachtung (Berliner Medizinethische Schriften, H. 19). Dortmund; 1997: 17-27
11. Dworkin, N., Nozick, R., Scanlon, J. Assisted Suicide: The Philosophers' Brief" en *The New York Review of Books*, 1997, 44(5).
12. Birnbacher, D. Ethische Aspekte der aktiven und passiven Sterbehilfe. In: Hepp H, Hg. *Hilfe zum Sterben? Hilfe beim Sterben*. Düsseldorf; 1992: 50-73.
13. Crane, D. The sanctity of social life: Physicians' treatment of critically ill patients. New York, 1979.
14. Romeo Casabona, C. Ma, El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, 1994.
15. Guardini, R. *Tugenden. Meditationen über Gestaltensittlichen Lebens*. Würzburg; 1963: 192.
16. Zúñiga Fajuri, A.F. El interés público del derecho a la vida. En: González, F. (Ed.) *Litigio y Políticas Públicas en Derechos Humanos*, Cuadernos de Análisis Jurídico, Publicaciones Especiales N° 14, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile, 2002.
17. Kuhn, T. *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press, 1962.
18. Sgreccia, E. Aspectos éticos de la asistencia al paciente moribundo. *Revista Humanitas* 1999; 4(15): 435-450.
19. Martínez, J.A., Delgado, A., Obregón, M. La eutanasia, el problema de su fundamentación ético-jurídica. Ediciones Luminaria, colección Pensamiento, 2003.
20. Acosta, J.R. Eutanasia ¿una solución para morir dignamente? *Revista* 16 de Abril 1995: 188.
21. Morales, D. Eutanasia y suicidio asistido: la polémica en la población. Trabajo final de investigación en Licenciatura en Psicología. Universidad de las Ciencias Médicas de la Habana, 2009.
22. Galego, R. Eutanasia y suicidio asistido: deseos y realidades en pacientes y cuidadores. Trabajo final de investigación en Licenciatura en Psicología. Universidad de las Ciencias Médicas de la Habana, 2009.
23. Barroso, I. Eutanasia y suicidio asistido: actitud de los médicos como protagonistas. Trabajo final de investigación en Licenciatura en Psicología. Universidad de las Ciencias Médicas de la Habana, 2009.
24. Barroso, I., Grau, J.A. Eutanasia y cuidados paliativos: ¿diferentes aristas de un mismo problema? *Revista Psicología y Salud* (Universidad Veracruzana) 2012; 22: 5-19.
25. Hernández, G. Actitud ante la muerte en los médicos de familia del Policlínico "Plaza de la Revolución". Tesis para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. La Habana, 1997 (tutoría de J. Grau y O. Infante).
26. Mari, M. Actitudes ante la muerte en médicos y enfermeras del Policlínico "Plaza". Tesis para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, La Habana, 2003 (tutoría de J. Grau y O. Infante).
27. Moriyama, I.M. Indicators of social change. Problems in the measurements health status. New York: Russell Sage Foundation, 1968.
28. Abric, J.C. Central System, Peripheral System: Their Functions and Roles in the Dynamics of Social Representations. France, Univ. de Provence, Aix en Provence, 1993.
29. Dawes, R., Smith, T. Attitude and opinion measurement. In: Lindzey, G., Aronson, E. (Dir.). *Handbook of social psychology* New York: Random House, 1, 1985.
30. Allport, G. Attitudes. In: Murchison, C. (Dir.) *A handbook of social psychology*. Worcester: Clark University Press, 1935.
31. Breckler, S. Empirical validations of affect, behaviour and cognition as distinct components of attitude. *Journal of Personality and Social Psychology* 1984. 47, 1191-1205.
32. Thurstone, L. Attitudes can be measured. *American Journal of Sociology* 1928, 33, 529-544.
33. Neto, F., Sierra, J.C. Evaluación de las actitudes. En: Buela-Casal, G., Sierra, J.C. (Dir.). *Manual de Evaluación Psicológica*. Fundamentos, técnicas y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI, 1997; 881-900.
34. Grau, J., Chacón, M., Llantá, M.C., Guerra, M.E., Infante, O., Reyes, M.C., Romero, T., Barbat, T. Validación de una metodología para modificar actitudes ante la muerte en profesionales de la salud. INOR, Reporte final de investigación, marzo de 2009.
35. Grau, J., Llantá, M.C., Massip, C., Chacón, M., Reyes, M.C., Infante, O., Romero, T., Barroso, I., Morales, D. Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacitan en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico* 2008, 4(10), 1-12.
36. Gómez Sancho, M., García Yanneo, E., Alvarez Echevarri, T. Reflexiones en torno a la eutanasia. En: Gómez Sancho, M. (Ed.) *Avances en Cuidados Paliativos*. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, 2003, T. III, Cap. 97: 615-640.