

# **TRABAJO FIN DE GRADO**

## **Grado en Medicina**



### **‘ESTUDIO DEL CONOCIMIENTO DE LA LEY DE LA EUTANASIA EN PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID’**

Nombre del tutor clínico: Iván Roque González

Nombre del tutor metodológico: Ignacio Miguel Pardillo Gil

Servicio del tutor clínico: Psiquiatría. Hospital Universitario de Getafe.

Nombre de la alumna: María Cano Blanco

## AGRADECIMIENTOS

Gracias a todo aquel  
que hizo posible que el sueño de una niña  
se pudiese cumplir.

# ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>RESUMEN Y PALABRAS CLAVE</b> .....	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>ABSTRACT AND KEY WORDS</b> .....	<b>5</b>
<b>3.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>6</b>
<b>4.</b>	<b>HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</b> .....	<b>9</b>
	4.1- Hipótesis .....	9
	4.2- Objetivo principal .....	9
	4.3- Objetivos secundarios .....	9
<b>5.</b>	<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>10</b>
	5.1- Diseño del estudio:.....	10
	5.2- <b>Ámbito y población de estudio:</b> .....	<b>10</b>
	5.2.1- Criterios de inclusión y exclusión: .....	10
	5.2.2- Tamaño muestral: .....	10
	5.3- <b>Recogida de datos:</b> .....	<b>10</b>
	5.4- <b>Selección y definición de variables</b> .....	<b>11</b>
	3.6- <b>Plan de análisis estadístico:</b> .....	<b>12</b>
	3.6.1 – Validación de la encuesta: .....	12
	3.6.2 – Análisis descriptivo-analítico: .....	12
<b>6.</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES</b> .....	<b>13</b>
<b>7.</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>13</b>
	7.1- Validación de la encuesta .....	13
	7.2 – Características sociodemográficas .....	15
	7.3 – Respuestas de opinión .....	18
<b>8.</b>	<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>23</b>
<b>9.</b>	<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>27</b>
<b>10.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>27</b>
<b>9.</b>	<b>ANEXOS</b> .....	<b>I</b>
	ANEXO 1 – Tabla de variables .....	I
	ANEXO 2 – Formulario de Google Forms .....	IV
	ANEXO 3 – Hoja de información al participante.....	VIII
	ANEXO 4 – Consentimiento informado .....	XI
	ANEXO 5 – Aprobación del CEIm .....	XII

## 1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Introducción y objetivos: La prestación de ayuda para morir ha sido, y sigue siendo uno de los principales debates en la sociedad. Se contextualiza la ley que regula la eutanasia en España desde 2021 con el objetivo de evaluar los conocimientos y la opinión de los profesionales de la salud mental en la Comunidad de Madrid. La ley española contempla dos modalidades: eutanasia y suicidio asistido, cada una con implicaciones diferentes respecto a la autonomía del paciente y responsabilidad sanitaria. Uno de los aspectos más complejos es la prestación de ayuda para morir en pacientes con sufrimiento psíquico, dada la dificultad para valorar objetivamente la capacidad y la autonomía. Además, en la sociedad actual los cuidados paliativos han adquirido un papel fundamental al centrarse en mejorar la calidad de vida del paciente terminal lo que, para una parte de la población, puede representar una alternativa suficiente a la eutanasia.

Metodología: Es un estudio descriptivo-analítico, observacional, transversal y prospectivo realizado mediante una encuesta autoadministrada a 70 profesionales de la salud mental en el que se incluyeron preguntas sobre conocimientos legales y opinión.

Resultados: Los resultados describen que un 38,6% de las personas encuestadas no conocen la Ley. La mayoría estuvieron totalmente de acuerdo con ella (57,1%) y consideraba la eutanasia como un derecho (90%). Se observaron diferencias en conocimiento y opinión según edad, sexo, religión, categoría profesional y hospital, destacando un porcentaje del 22,9% de objetores de conciencia. Asimismo, un 4,3% de los encuestados no reconoce la existencia sufrimiento psíquico insoportable y/o incapacitante y un 38,6% aplicaría la eutanasia en sufrimiento tanto físico como psíquico. Además, se reconoció que la mejora de los cuidados paliativos podría reducir las solicitudes de eutanasia. Los parámetros psicométricos evaluados en la escala indicaron que fue válida, pero no fiable ni discriminante.

Conclusiones: El 38,6% de los profesionales de la salud mental no conocían la Ley de la Eutanasia, mientras que el 61,4% sí.

*Palabras clave: ley, eutanasia, sufrimiento psíquico, objeción de conciencia, profesionales sanitarios de salud mental*

## 2. ABSTRACT AND KEY WORDS

Background and objectives: Medical aid in dying has been, and continues to be, one of the most prominent debates in society, shaped by cultural, philosophical, religious, and legal factors. This study contextualizes the Spanish law regulating euthanasia, in effect since 2021, with the aim of assessing the knowledge and opinions of mental health professionals in the Community of Madrid. The Spanish legislation contemplates two modalities: euthanasia and assisted suicide, each involving different implications regarding patient autonomy and the responsibilities of healthcare professionals. One of the most complex aspects is the provision of MAID in cases of psychological suffering, given the difficulty in objectively assessing decision-making capacity and autonomy. Additionally, in today's society, palliative care has taken on a key role by focusing on improving the quality of life of terminally ill patients, which for some may represent a sufficient alternative to euthanasia.

Methodology: It is a descriptive-analytical, observational, cross-sectional, and prospective study conducted through a self-administered survey of 70 mental health professionals, which included questions on legal knowledge and opinion.

Results: The results show that 38.6% of the respondents are not familiar with the law. The majority strongly agreed with it (57.1%) and considered euthanasia a right (90%). Differences in knowledge and opinion were observed based on age, gender, religion, professional category, and hospital, with 22.9% identifying as conscientious objectors. Additionally, 4.3% of respondents did not acknowledge the existence of unbearable and/or disabling psychological suffering, and 38.6% would apply euthanasia in cases of both physical and psychological suffering. It was also acknowledged that improving palliative care could reduce requests for euthanasia. The psychometric parameters evaluated in the scale indicated that it was valid, but neither reliable nor discriminative.

Conclusions: 38.6% of mental health professionals were not familiar with the Euthanasia Law, while 61.4% were.

*Keywords: law, euthanasia, psychological suffering, conscientious objection, mental health professionals*

### 3. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, la eutanasia ha sido un tema controvertido cuya visión se ha visto condicionada por las necesidades culturales y sociales de cada época. En la Grecia Clásica nace el registro histórico más antiguo que podemos obtener acerca de la eutanasia, el Juramento Hipocrático (500 a.C.), en el que se juraba *'Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo'* **(1)**. En este contexto, surgen los primeros desacuerdos filosóficos como los que se manifestaron entre Aristóteles, defensor de la perseverancia ante el sufrimiento y Epicuro, el cual valoraba la calidad de vida por encima de su duración. Más adelante, en el Imperio Romano, se relaciona por primera vez el sufrimiento psíquico con el deseo de muerte y pensadores como Séneca, entendían el acto de quitarse la vida como un acto de libertad, siempre y cuando fuese en el contexto de padecer un sufrimiento extremo. Esta perspectiva cambió drásticamente en la Edad Media influenciada por la cosmovisión cristiana donde autores como Santo Tomás de Aquino condenaban firmemente cualquier cese voluntario de la vida por considerarlo un pecado capital. Durante la Edad Moderna, vuelve a existir una contraposición de principios y valores, más cercano a la discusión actual. Entre los pensadores más destacados, David Hume defendía el derecho individual a decidir sobre la propia vida mientras que Immanuel Kant consideraba cualquier forma de suicidio como una vulneración al principio de dignidad y libertad humana **(2)**.

La regularización de la eutanasia continúa siendo objeto de debate internacional, con marcos legislativos que varían significativamente: mientras que en algunos países la práctica sigue siendo ilegal, otros la han regulado como un derecho. En esta línea, tras la primera iniciativa presentada en el Congreso en el año 1994 **(3)** y otras seis propuestas más a lo largo del tiempo, finalmente el día 18 de marzo de 2021 España se convierte en uno de los pocos países en legalizar la eutanasia situándose en cuarto lugar dentro de la Unión Europea, siendo el primero Países Bajos en el año 2001 **(4)**. Como resultado, se crea un nuevo derecho que consiste en recibir ayuda para morir a petición expresa, informada y reiterada en el tiempo bajo ciertas condiciones: los pacientes deben ser mayores de edad, con nacionalidad española o residencia legal superior a un año, que presenten una enfermedad severa e incurable o, en su defecto, un sufrimiento grave, crónico y que interfiera con la vida **(5,6)**. El procedimiento requiere la intervención de un médico responsable, quien mantiene la relación

asistencial, un médico consultor que será quien revise el caso de manera externa, así como la evaluación posterior de la Comisión de Garantía y Evaluación **(5,7)**.

La regularización de esta ley reconoce el derecho individual de los profesionales sanitarios a ejercer la objeción de conciencia, entendida como la negativa a intervenir por motivos éticos, morales o religiosos y debiendo ser manifestada con antelación y por escrito para garantizar una adecuada administración de los recursos. No obstante, este sistema puede verse limitado por fenómenos como las cripto-objeciones definido como aquellas personas que no son abiertamente objetoras de conciencia, pero negarían su participación llegado el momento, y por otro lado las pseudo-objeciones, en donde las motivaciones alegadas no responden a convicciones de conciencia **(8)**.

En el marco de la ley que regula la eutanasia se contemplan dos modalidades de prestación de ayuda para morir: la eutanasia y el suicidio asistido. La eutanasia consiste en la administración intravenosa de los fármacos por parte del profesional sanitario mientras que en el suicidio asistido, es el propio paciente mediante el uso de la vía oral o vía intravenosa quien se autoadministra los fármacos bajo supervisión sanitaria **(9)**. No todos los marcos normativos recogen ambas opciones. En algunos estados de Estados Unidos y en Suiza la legalidad se limita exclusivamente al suicidio asistido **(10)**. Esta diferencia responde en gran parte a las diferentes implicaciones éticas y profesionales que conlleva cada modalidad. Mientras que la eutanasia implica una actuación directa del médico, el suicidio asistido preserva en mayor medida la autonomía del paciente y reduce la responsabilidad directa del personal sanitario, lo cual ha contribuido a su mayor aceptación social en ciertos contextos.

La eutanasia debido al sufrimiento psicológico es un complejo debate ético, reflejado así en que solo una minoría de países (España y los países que conforman el Benelux) permitirían solicitar la eutanasia a pacientes con discapacidad psíquica. En España, se contempla en situaciones en las que el sufrimiento psicológico sea tanto intolerable como refractario a tratamiento pero no se especifica que el padecer un trastorno mental sea un criterio de inclusión o exclusión **(10)**. Los principales problemas que influyen en este debate son la capacidad individual de cada paciente para decidir en el contexto de una enfermedad psiquiátrica y el no poder medir el sufrimiento psicológico puesto que es una condición subjetiva de cada paciente **(11)**. La capacidad de hecho se define por la comprensión, razonamiento y expresión de las elecciones acorde con su situación, valores y creencias, siendo específica para una determinada situación y por lo que no implica que si un paciente es incapaz para tomar

una decisión, sea incapaz para tomar otras **(12,13)**. Por otro lado, el principio de autonomía implicaría libertad y ausencia de influencias externas **(14)**. Ambas requieren competencias específicas que pueden verse alteradas en ciertas patologías psiquiátricas: comprensión de la información, lo que implica una capacidad cognitiva adecuada, voluntariedad y libertad de elección, capacidad de comunicación para expresar las preferencias y decisiones y por último autoconciencia e identidad **(15,16)**. Por ejemplo, aunque algunos pacientes con esquizofrenia pueden presentar alteraciones en la introspección y conciencia de la enfermedad, diversos estudios indican que su capacidad para comprender el tratamiento generalmente permanece conservada **(17)**, lo que demuestra que la evaluación de la autonomía y capacidad en un paciente con patología psiquiátrica varía dependiendo del contexto clínico. Asimismo, es esencial distinguir entre patologías psiquiátricas que por ellas mismas justifican un sufrimiento insoportable y aquellas que asocian sintomatología psiquiátrica, siendo en este caso la depresión una de las comorbilidades más preocupantes por su alta asociación con el suicidio y su impacto en la capacidad de decisión siendo además, una patología potencialmente tratable **(18,19)**.

Los cuidados paliativos pretenden asegurar la máxima calidad de vida posible en los últimos días de los pacientes centrándose en el control de síntomas y la psicología del paciente sin adelantar ni retrasar su muerte. Las diferentes estrategias de los cuidados paliativos deben tener una relación coste-beneficio-efectividad positiva, en otras palabras, se deben evitar la obstinación terapéutica y las medidas fútiles **(20)**. Por ello, surge el concepto de limitación del esfuerzo terapéutico, que consiste en una decisión médica que se plantea en aquella situación donde las estrategias terapéuticas disponibles no proporcionan un claro beneficio debido a la situación terminal de una determinada enfermedad, por lo que se decide dejar de aplicar medidas que mantienen la vida del paciente, retirándolas o no implementándolas **(21)**. Por otro lado, la sedación paliativa se utiliza en aquellos casos en los que existen síntomas refractarios a los tratamientos disponibles en un paciente terminal, cuyo objetivo es reducir la consciencia para así controlar el sufrimiento producido por dichos síntomas mediante fármacos sedantes, por lo que es la situación clínica (con consentimiento del paciente) la que define el requerimiento de sedación paliativa **(20,22)**. Esto genera un debate sustentado principalmente en el argumento de que abstenerse a tratar y permitir la muerte natural de un paciente no es lo mismo éticamente que adelantar la muerte de este, además de que con la existencia y mejora de los cuidados paliativos

no sería necesaria la regulación de la eutanasia.

En la actualidad, la eutanasia sigue siendo una cuestión controvertida desde la perspectiva de la bioética tradicional, donde los principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía pueden entrar en conflicto, especialmente en el sufrimiento psíquico. En este contexto, es esencial conocer cuál es el grado de conocimiento y comprensión que tienen los profesionales de la salud mental en la actualidad ya que su correcta aplicación depende en gran medida de la preparación y disposición del personal sanitario, lo cual también permitiría identificar posibles áreas de mejora formativa. Asimismo, conocer sus opiniones no solo contribuye a mejorar la calidad de la atención asistencial, sino que también proporciona información valiosa para diseñar políticas más adecuadas y asegurar una implementación más eficaz de la ley.

## 4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

### **4.1- Hipótesis**

El 75% de los profesionales de la salud mental no conocen la Ley Orgánica 3/2021 del 24 de marzo de la regulación de la eutanasia, entendiendo como ‘no conocer la Ley’ una puntuación inferior a 6 en la encuesta autoadministrada **(23)** (Anexo 2).

### **4.2- Objetivo principal**

Describir la proporción de profesionales de la salud mental que no conocen la Ley Orgánica 3/2021 del 24 de marzo de la regulación de la eutanasia por medio de una encuesta validada (Anexo 2).

### **4.3- Objetivos secundarios**

- Definir la consistencia interna del cuestionario planteado ‘Nivel de conocimientos’.
- Conocer las propiedades distribucionales de los ítems del cuestionario ‘Nivel de conocimientos’.
- Describir las diferencias de conocimiento y opinión.
- Relacionar las diferencias de conocimiento y opinión en base a características sociodemográficas (sexo, edad, religión, hospital, categoría profesional).
- Describir las diferentes opiniones respecto a la aplicación de la eutanasia en sufrimiento físico y psíquico.
- Describir la proporción de personal sanitario objetor de conciencia.

- Describir las diferentes opiniones respecto a la relación entre la eutanasia y los cuidados paliativos.

## 5. METODOLOGÍA

### **5.1- Diseño del estudio:**

Con el fin de abordar los objetivos mencionados anteriormente se ha realizado un estudio descriptivo-analítico, observacional, transversal y prospectivo realizado mediante una encuesta autoadministrada (Anexo 2).

### **5.2- Ámbito y población de estudio:**

El cuestionario ha sido enviado a enfermero/as, enfermero/as interno residentes, médico/as, médico/as interno residentes, psicólogo/as clínico/as y psicólogo/as interno residentes dedicados profesionalmente al ámbito de la salud mental en los hospitales tanto públicos como privados de la Comunidad de Madrid en el año 2025.

#### 5.2.1- Criterios de inclusión y exclusión:

En este estudio se incluyen profesionales sanitarios que trabajen activamente en la Comunidad de Madrid en el área de salud mental. A su vez, se excluyen profesionales sanitarios que no puedan cumplimentar el consentimiento informado o que no quieran participar en el estudio, que requieran traducción del idioma o que no comprendan adecuadamente el castellano y, por último, personal sanitario que esté realizando una rotación externa en la Comunidad de Madrid.

#### 5.2.2- Tamaño muestral:

Para el cálculo del tamaño muestra se ha utilizado la calculadora de tamaño muestral GRANMO (versión 8.00), utilizando la fórmula de estimación poblacional **(24)**. Con un nivel de confianza del 95% y una precisión de +/- 5 unidades, es necesaria una muestra de 289 profesionales de la salud mental de la Comunidad de Madrid asumiendo una tasa de sustitución de personas de 0. No obstante, la muestra final ha sido de 70 profesionales de la salud mental.

### **5.3- Recogida de datos:**

Los datos han sido recogidos una vez el Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario de Getafe ha enviado la aprobación. La recogida de datos se ha realizado de forma prospectiva, mediante un formulario de Google Forms, dividido en diferentes categorías y constituido por 23 preguntas de respuesta múltiple. Para la difusión del cuestionario, se ha contactado en primer lugar vía e-mail con el/la jefe/a de cada servicio de Psiquiatría de los diferentes hospitales, quien ha servido de intermediario para contactar, a través del e-mail institucional, con el resto de personal sanitario del área de salud mental con el objetivo de abarcar el máximo número de personas. En el e-mail se ha adjuntado la hoja de información al participante (Anexo 3), el consentimiento informado (Anexo 4) así como el enlace que corresponde al cuestionario de Google Forms.

#### **5.4- Selección y definición de variables**

La variable principal que estudia este proyecto es el conocimiento de la ley de la eutanasia. La medición de esta variable se llevó a cabo mediante las 10 preguntas situadas en la parte B del cuestionario. Las preguntas puntúan 1 o 0 puntos según si la respuesta es correcta o incorrecta respectivamente, por tanto, el rango de puntuación es de 0-10. Con un valor de 6 o superior indicaría conocimiento sobre la Ley de la Eutanasia.

En relación con las variables secundarias incluidas en el estudio, se describen a continuación en función de si reflejan parámetros sociodemográficos o forman parte del apartado de opinión.

Las variables secundarias que describen propiedades sociodemográficas son edad, sexo, hospital, categoría profesional (médico/a, MIR, enfermero/a, EIR, psicólogo/a, PIR) y religión. La variable hospital fue recogida mediante una pregunta de respuesta corta en la que los participantes indicaban el centro hospitalario al que pertenecen.

Asimismo en el estudio de variables secundarias incluidas en la sección de opinión se incluye estar o no de acuerdo con la Ley de la Regularización de la Eutanasia, actitud hacia la eutanasia como derecho individual, percepción de los valores profesionales con la práctica de la eutanasia, ser o no objetor de conciencia, reconocer la existencia de sufrimiento físico insoportable y/o incapacitante, reconocer la existencia de sufrimiento psíquico insoportable y/o incapacitante, consideración sobre la diferencia entre sufrimiento psíquico y físico insoportable y/o incapacitante, actitud personal sobre la práctica de la eutanasia, haber tenido una experiencia personal o profesional

y por último la opinión respecto a si una mejora de los cuidados paliativos sería suficiente para atender todos los casos de sufrimiento refractario físico y/o psíquico.

En el Anexo 1 se presenta una tabla con todas las variables estudiadas.

### **3.6- Plan de análisis estadístico:**

El análisis de los datos de este proyecto se realizó con el programa Jamovi 2.5.1. **(25)**.

#### **3.6.1 – Validación de la encuesta:**

La primera fase de la elaboración del cuestionario tuvo como objetivo elegir las preguntas más adecuadas para estudiar los objetivos del estudio. Para ello, se ha utilizado en primer lugar revisión bibliográfica con la que se planteó una lluvia de ideas para así obtener el primer borrador de la encuesta. A este primer borrador, se aplicó el método Delphi, que consistió en la evaluación de las diferentes preguntas por un grupo de 14 expertos en la materia, para asegurar la diversidad de opiniones. De acuerdo con las correcciones y los puntos de vista aportados, se procedió a la modificación del cuestionario. Este proceso se repitió una vez más hasta obtener un esbozo del cuestionario y con ello asegurar la validez de contenido del cuestionario.

Una vez decididas las preguntas, se procedió a la evaluación de la aplicabilidad. En primer lugar, se comprobó la validez criterio relacionando una tabla de contingencia en la que se comparaba la pregunta '¿Consideras que conoces la Ley de la Eutanasia?' con el número de personas que aprobaron y suspendieron el test de conocimientos además de aplicar Chi Cuadrado. Para establecer el punto de corte que determinaba las personas aprobadas en el cuestionario se utilizó el método basado en la media, resultando en un valor de 6. Para evaluar la capacidad discriminante se calcularon la correlación ítem-test, a través del coeficiente de correlación Biserial-Puntual, y el índice de discriminación. Este último se calculó tomando el 27% de los valores más altos y más bajos y restando ambos valores **(26)**. Por otro lado, se utilizó el Alpha de Cronbach para comprobar la consistencia interna. En última instancia, se utilizaron la media, desviación estándar, asimetría y kurtosis para estudiar las propiedades distribucionales de dicho cuestionario.

#### **3.6.2 – Análisis descriptivo-analítico:**

Para el análisis de la variable cuantitativa 'edad' se utilizaron medidas de tendencia central, en concreto la mediana y el rango intercuartílico debido a que la prueba de

Shapiro Wilk indicó que los datos no seguían una distribución normal. En el caso de las variables cualitativas se utilizaron porcentajes. Para la comparación entre las variables cualitativas se aplicó Chi Cuadrado mientras que para comparar la variable `edad` con las variables cualitativas se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney, debido a que no siguió una distribución normal. No obstante, para la pregunta `¿Estás de acuerdo o en desacuerdo con la Ley de la Eutanasia?` se empleó el coeficiente Rho de Spearman al tratarse de una variable ordinal.

## 6. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

El estudio comenzó al recibir la aprobación del Comité de Ética de Investigación del Hospital Universitario de Getafe, con fecha de 30 de enero de 2025 y con código A01/25 (Anexo 2). Se entregará la hoja de información al participante (Anexo 3) y el consentimiento informado (Anexo 4) previo a la realización del cuestionario, junto con un documento explicativo que detalla los objetivos y fines de este proyecto.

El estudio se ha llevado a cabo respetando las normativas en materia de bioética según la declaración de Helsinki, el informe de Belmont, el convenio de Oviedo sobre los derechos humanos y la biomedicina y la ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica.

El estudio se ha desarrollado conforme a la legislación de la UE sobre datos personales, en concreto la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el Real Decreto 1720/2007, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

## 7. RESULTADOS

### **7.1- Validación de la encuesta**

La validez de constructo de la encuesta fue verificada por un lado por la revisión bibliográfica sistemática y por la participación de un grupo de 14 expertos en la materia, confirmando la validez de contenido. Para evaluar la validez criterio se comparó la pregunta `¿Consideras que conoces la Ley de la Eutanasia?` con el número de personas que aprobaron y suspendieron el test (tabla 1) y se aplicó Chi Cuadrado, cuyo

resultado indicó que las preguntas del cuestionario se relacionan con el criterio externo de valoración subjetiva.

Tabla 1. Tabla de contingencia para la valoración criterio del cuestionario.

	Sí conocen	No conocen	Total
Aprobado	19	24	27
Suspenseo	3	24	43
Total	22	48	70
$\chi^2 = 8,42; p = 0,04$			

La consistencia interna se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0,115. Por otro lado, la capacidad discriminante del cuestionario se examinó mediante la correlación ítem-test, a través de la correlación Biserial-Puntual, y los índices de discriminación, que oscilaron entre 0,052 (pregunta 9) y 0,737 (pregunta 10). En la tabla 2 se indican los parámetros evaluados para determinar la fiabilidad de cada ítem. Se encontraron correlaciones negativas en las preguntas 1 (-0,0494), 2 (-0,0508), 7 (-0,1138), 8 (-0,1078) y 9 (-0,0453) y teniendo en cuenta a su vez los valores del alfa de Cronbach, se comprobó que quitando los ítems 2, 4, 5, 7 y 8 el alfa aumentaría a 0,429. No obstante, con el fin de preservar la validez de contenido de la escala, se optó por mantener todos los ítems originales, asumiendo el valor del alfa obtenido.

Tabla 2. Fiabilidad de cada ítem de la encuesta (n = 70).

Pregunta	Media	DE	Correlación ítem-test	Alfa Cronbach si se descarta la pregunta	Índice de discriminación
Pregunta 1	0,286	0,455	-0,0494	0,16631	0,211
Pregunta 2	0,929	0,259	-0,0508	0,14100	0,105
Pregunta 3	0,757	0,432	0,2962	-0,09064	0,632
Pregunta 4	0,829	0,380	0,0813	0,07789	0,263
Pregunta 5	0,90	0,302	0,0332	0,10743	0,210
Pregunta 6	0,343	0,478	0,1524	0,01188	0,631
Pregunta 7	0,186	0,392	-0,1138	0,19411	0,106
Pregunta 8	0,314	0,468	-0,1078	0,20881	0,263
Pregunta 9	0,914	0,282	-0,0453	0,14128	0,052
Pregunta 10	0,429	0,498	0,1555	0,00472	0,737

## **7.2 – Características sociodemográficas**

La encuesta se envió a los jefes de servicio de psiquiatría de diversos hospitales de la comunidad de Madrid siendo respondida por 70 profesionales de la salud. El hospital con mayor participación fue el Hospital Universitario de Getafe con 11 respuestas. En la tabla 3 se detallan las características sociodemográficas de las personas encuestadas, incluyendo la tasa de respuesta de los diferentes hospitales.

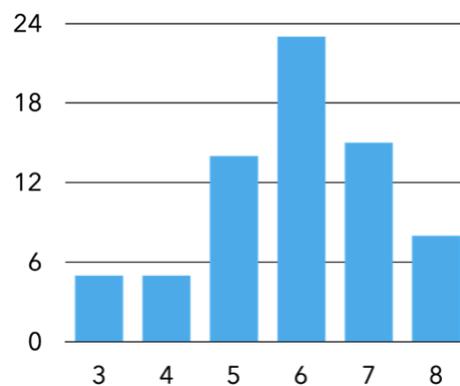
De las 70 respuestas obtenidas, 55 fueron mujeres (78,6%) y 14 fueron varones (20%). La edad de las personas encuestadas se comprende entre los 23 y los 64 años donde la mediana fue de 28,5 [26-36,8] años. La mayoría de las personas que han respondido a la encuesta pertenecen a la categoría profesional de enfermería (42,9%) y respecto a la religión, la mayoría de los encuestados no se consideraba una persona religiosa (75,7%). Dado que no se ha obtenido ninguna respuesta por parte de los enfermero/as interno residentes, esta categoría ha sido excluida del análisis de los resultados.

*Tabla 3. Características sociodemográficas de las personas encuestadas (n=70).*

<b>VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA</b>	<b>MEDIANA</b>	<b>RIC</b>
<b>EDAD</b> ( $p < 0,001$ )	28,5	10,8
<b>VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>% DEL TOTAL</b>
<b>SEXO</b>		
Mujer	55	78,6%
Hombre	14	20%
Prefiero no especificar	1	1,4%
<b>RELIGIÓN</b>		
Sí	17	24,3%
No	53	75,7%
<b>CATEGORÍA PROFESIONAL</b>		
Enfermero/a	30	42,9%
Enfermero/a interno residente	0	0%
Médico/a	16	22,9%
Médico/a interno residente	15	21,4%
Psicólogo/a	8	11,4%
Psicólogo/a interno residente	1	1,4%
<b>HOSPITAL</b>		
Hospital Universitario de Getafe	11	15,7%
Hospital Universitario Puerta de Hierro	5	7,1%

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla	4	5,7%
Hospital Universitario de Fuenlabrada	2	2,9%
Hospital Universitario HLA Moncloa	3	4,3%
Hospital Gregorio Marañón	6	8,6%
Hospital Universitario 12 de Octubre	10	14,3%
Hospital Universitario La Paz	8	11,4%
Hospital Infanta Leonor	3	4,3%
Hospital Infanta Cristina	5	7,1%
Hospital Universitario Severo Ochoa	9	12,9%
Hospital Fundación Jiménez Díaz	2	2,9%
Hospital Fundación de Alcorcón	1	1,4%
Hospital Rey Juan Carlos I	1	1,4%

Los resultados de la encuesta variaron entre una puntuación mínima de 3 (7,1%) y una puntuación máxima de 8 (11,4%). Entendiendo que el punto de corte para considerar que una persona conoce la ley es de 6, el número total de personas con una puntuación de 6 o más fue de 43 (61,4%) y, con puntuaciones de menores, 27 (38,6%). Para facilitar el análisis de esta variable estos grupos se denominaron ‘aprobados’ y ‘suspensos’ respectivamente. La mediana fue de 6 [5-7].



*Figura 1. Gráfico de columnas en el que se representan las frecuencias de notas de las personas encuestadas.*

Se calculó la asimetría (-0,410) y kurtosis (-0,241) de la variable ‘total de puntuación’ con el objetivo de evaluar la distribución de los resultados, que fue simétrica. La asimetría confirma que existe una tendencia de los resultados hacia puntuaciones altas en la encuesta y la kurtosis que la mayor parte de los resultados se encuentran alrededor de la media.

Como hallazgos clínicamente significativos, se evidenció que las personas que sí se consideraban religiosas tenían un mayor porcentaje de suspensos (58,8%) en comparación con las personas que no se consideraban religiosas (32,1%) ( $\chi^2 = 3,89$ ;  $gl = 1$ ;  $p = 0,049$ ). Además, de las 27 personas suspensas, el 11,1% consideró que sí que estaba informado/a y un 74,1% consideró que había oído hablar de la Ley pero que no estaba informado ( $\chi^2 = 10,5$ ;  $gl = 2$ ;  $p = 0,005$ ).

El resto de las comparaciones entre variables sociodemográficas y los resultados se detallan en la tabla 4.

Tabla 4. Comparación de variables sociodemográficas en función de los resultados.

Variable	Mediana suspensos	Mediana aprobados
<b>EDAD</b>	27	30
(U = 444, p valor = 0,098)		
Variable	Porcentaje suspensos	Porcentaje aprobados
<b>SEXO</b>		
Hombres (n = 13)	38,5%	61,5%
Mujeres (n = 57)	39,3%	60,7%
( $\chi^2 = 0,640$ ; $gl = 2$ ; $p = 0,726$ )		
<b>RELIGIÓN</b>		
No (n = 53)	32,1%	67,9%
Sí (n = 17)	58,8%	41,2%
( $\chi^2 = 3,89$ ; $gl = 1$ ; $p = 0,049$ )		
<b>CATEGORÍA PROFESIONAL</b>		
Enfermero/a (n = 30)	53,3%	46,7%
MIR (n = 16)	37,5%	62,5%
Médico/a (n = 14)	7,1%	92,9%
Psicólogo/a (n = 8)	50%	50%
PIR (n = 8)	37,5%	62,5%
( $\chi^2 = 8,72$ ; $gl = 4$ ; $p = 0,069$ )		
<b>HOSPITAL</b>		
Hospital Universitario de Getafe (n = 11)	18,2%	81,8%
Hospital Universitario Puerta de Hierro (n = 5)	40%	60%
Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla (n = 4)	100%	0%
Hospital Universitario de Fuenlabrada (n = 2)	0%	100%

Hospital Universitario HLA Moncloa (n = 3)	33,3%	66,7%
Hospital Gregorio Marañón (n = 6)	50%	50%
Hospital Universitario 12 de Octubre (n = 10)	50%	50%
Hospital Universitario La Paz (n = 8)	50%	50%
Hospital Infanta Leonor (n = 3)	66,7%	33,3%
Hospital Infanta Cristina (n = 5)	0%	100%
Hospital Universitario Severo Ochoa (n = 9)	33,3%	66,7%
Hospital Fundación Jiménez Díaz (n = 2)	50%	50%
Hospital Fundación de Alcorcón (n = 1)	0%	100%
Hospital Rey Juan Carlos I (n = 1)	0%	100%
( $\chi^2 = 16,5$ ; gl = 13; p = 0,222)		

### **7.3 – Respuestas de opinión**

Los datos recogidos de las 12 preguntas de opinión se resumen en la tabla 5.

En primer lugar y estadísticamente relevante, de las 70 personas encuestadas, 39 estaban totalmente de acuerdo con la despenalización de la eutanasia (57,1%) y de estas, el 95,5% cree que la eutanasia debería considerarse como un derecho individual además de que el 97,5% considera que los valores de su profesión son compatibles con el ejercicio de la eutanasia (p valor < 0,001). A su vez se demostró que, a mayor edad, más desacuerdo con la Ley (Rho de Spearman -0,154 con un p valor de 0,206).

De las personas que se consideraban religiosas, el 35,3% estaba totalmente de acuerdo con la Ley y el 17,6% totalmente en desacuerdo (p valor = 0,039). El 62,8% de las personas aprobadas estaban totalmente de acuerdo con la Ley y el 9,3% totalmente en desacuerdo. En contraposición el 48,1% de las personas suspendidas estaban totalmente de acuerdo y el 7,4% en totalmente en desacuerdo (p valor = 0,458).

*Tabla 5. Resultados de las 70 personas encuestadas de las 12 preguntas de opinión del cuestionario autoadministrado (Anexo 2).*

Respuesta	Frecuencias	% del total
<b>¿Estás de acuerdo o en desacuerdo con la despenalización de la Eutanasia?</b>		
Totalmente de acuerdo	39	57,1%
Parcialmente de acuerdo	20	28,6%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	4,3%
Parcialmente en desacuerdo	6	8,6%
Totalmente en desacuerdo	1	1,4%
<b>¿Crees que la eutanasia se debe considerar como un derecho individual?</b>		

No	7	10%
Sí	63	90%
<b>¿Crees que los valores de la profesión que ejerces son compatibles con el ejercicio de la eutanasia?</b>		
No	12	17,1%
Sí	58	82,9%
<b>En relación con esta Ley, ¿te identificarías como objetor/a de conciencia?</b>		
No	54	77,1%
Sí	16	22,9%
<b>En caso de que te formalizasen una solicitud de eutanasia, ¿cómo crees que reaccionarías?</b>		
Informaría de todos los riesgos y beneficios, así como de otras alternativas e iniciaría el proceso si el/la paciente quiere seguir adelante	39	55,7%
Informaría de todos los riesgos y beneficios, así como de otras alternativas y acompañaría al paciente en su decisión, pero buscaría a un compañero/a que prestase la ayuda para morir	16	22,9%
Informaría de todos los riesgos que supone e intentaría mediante el diálogo que valorase otras opciones	5	7,1%
Buscaría a un compañero/a que le prestase ayuda para morir	1	1,4%
No sé	9	12,9%
<b>¿Reconoces la existencia de sufrimiento físico insoportable y/o incapacitante?</b>		
Sí	70	100%
<b>¿Reconoces la existencia de sufrimiento psíquico insoportable y/o incapacitante?</b>		
No	3	4,3%
Sí	67	95,7%
<b>¿Consideras diferente la aplicación de la eutanasia en caso de sufrimiento físico o psíquico?</b>		
No, la aplicaría en ambos casos	33	47,1%
Sí, solo en causas de sufrimiento físico	5	7,1%
Reconozco la existencia de sufrimiento, pero no aplicaría la eutanasia en ningún caso	8	11,4%
No tengo clara mi opinión	24	34,3%
<b>En una circunstancia de sufrimiento insoportable y/o incapacitante, ¿solicitarías la eutanasia?</b>		
Sí, en circunstancias tanto de sufrimiento psíquico como físico	27	38,6%
Sí, solo en circunstancias de sufrimiento físico	10	14,3%
No, en ningún caso	5	7,1%
No sé	28	40%

<b>¿Has vivido de cerca algún caso de manera profesional o personal?</b>		
Sí, de ambas formas	1	1,4%
Sí, de manera familiar	4	5,7%
Sí, de manera profesional	17	24,3%
No	48	68,6%
<b>¿Consideras que, con recursos adecuados, la participación de equipos de cuidados paliativos en la asistencia de pacientes con enfermedades terminales sería suficiente para atender los casos de sufrimiento refractario tanto físico como psíquico?</b>		
No	45	64,3%
Sí	25	35,7%
<b>¿Crees que, si hubiese una mejor calidad de los cuidados paliativos, se reduciría el número de peticiones de la eutanasia?</b>		
Sí, creo que se reduciría notablemente	41	58,6%
Creo que no alteraría el resultado significativamente	9	12,9%
No, creo que son alternativas diferentes	20	28,6%

Por otro lado, el 22,9% de personas se declaró objetor/a de conciencia. La tabla 6 muestra la distribución de objetores según cada categoría sociodemográfica. De manera estadísticamente significativa el 68,6% de las personas objetoras se consideraba una persona religiosa ( $p$  valor  $<0,001$ ).

*Tabla 6. Distribución de objetores según categoría sociodemográfica.*

<b>Variable</b>	<b>Mediana</b>
<b>EDAD</b>	30,5
(U = 430; p = 0,983)	
<b>Variable</b>	<b>Porcentaje de objetores (n = 16)</b>
<b>SEXO</b>	
Hombres	6,3%
Mujeres	93,8%
( $\chi^2 = 2,48$ ; gl = 2; p = 0,289)	
<b>RELIGIÓN</b>	
Sí	68,8%
No	31,3%
( $\chi^2 = 22,3$ ; gl = 1; p < 0,001)	
<b>CATEGORÍA PROFESIONAL</b>	
Enfermero/a	37,5%
MIR	31,3%

Médico/a	25%
Psicólogo/a	6,3%
PIR	0%
( $\chi^2 = 4,24$ ; gl = 4; p = 0,374)	
<b>HOSPITAL</b>	
Hospital Universitario de Getafe	12,5%
Hospital Universitario Puerta de Hierro	18,8%
Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla	12,5%
Hospital Universitario de Fuenlabrada	0%
Hospital Universitario HLA Moncloa	0%
Hospital Gregorio Marañón	18,8%
Hospital Universitario 12 de Octubre	18,8%
Hospital Universitario La Paz	12,5%
Hospital Infanta Leonor	0%
Hospital Infanta Cristina	0%
Hospital Universitario Severo Ochoa	6,3%
Hospital Fundación Jiménez Díaz	0%
Hospital Fundación de Alcorcón	0%
Hospital Rey Juan Carlos I	0%
( $\chi^2 = 14,2$ ; gl = 13; p = 0,355)	

La tabla 7 muestra cómo se distribuyen las diferentes opiniones sobre la ley entre quienes se declaran objetores de conciencia y los que no. Como hallazgos estadísticamente relevantes, el 43,8% de las personas objetoras respondió que no consideraba la eutanasia como un derecho individual ( $\chi^2 = 26,3$ ; gl = 1; p < 0,001) y el 56,3% no consideraban que los valores profesionales son compatibles con la eutanasia ( $\chi^2 = 22,3$ ; gl = 1; p < 0,001). Por otro lado, un 50% informaría de todos los riesgos y beneficios, así como de otras alternativas y acompañaría al paciente en su decisión, pero buscaría a otro/a compañero/a para que prestase la ayuda para morir en el caso de que le solicitasen dicha petición al igual que un 18,8% informaría de los riesgos e intentaría mediante el dialogo valorar otras opciones con el paciente y por último, el 12,5% informaría de los riesgos y beneficios, así como de otras alternativas e iniciaría el proceso si el paciente desea seguir adelante ( $\chi^2 = 18,4$ ; gl = 4; p < 0,001).

Tabla 7. Relación entre personas objetoras de conciencia y opinión sobre la Ley de la Eutanasia.

Opinión respecto a la Ley de la Eutanasia	Objetores de conciencia	
	Sí	No
Totalmente de acuerdo (n = 40)	12,5%	69,8%
Parcialmente de acuerdo (n = 20)	37,5%	26,4%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo (n = 3)	18,8%	0%
Parcialmente en desacuerdo (n = 1)	6,3%	0%
Totalmente en desacuerdo (n = 6)	25%	3,8%
( $\chi^2 = 27,3$ ; gl = 4; p < 0,001)		

Tabla 8. Relación entre personas objetoras y actitud ante la solicitud eutanasia en sufrimiento insoportable y/o incapacitante.

¿En una circunstancia de sufrimiento insoportable y/o incapacitante ¿solicitarías la eutanasia?	Porcentaje de objetores (n = 16)
No sé	43,8%
No, en ningún caso	31,3%
Sí, en circunstancias tanto de sufrimiento físico como psíquico	6,3%
Sí, solo en circunstancias de sufrimiento físico	18,8%
( $\chi^2 = 22,9$ ; gl = 3; p < 0,001)	

El 100% de los participantes reconocían la existencia de sufrimiento físico insoportable y/o incapacitante de los cuales el 97,5% también reconocían la existencia de sufrimiento psíquico. La comparación de las personas que reconocen la existencia de sufrimiento físico y/o psíquico junto con la actitud frente a la eutanasia se detalla en la tabla 9.

Tabla 9. Relación entre las personas que reconocen la existencia de sufrimiento físico/psíquico y la actitud frente a la eutanasia.

¿Considerarías la aplicación de la eutanasia en casos de sufrimiento físico y/o psíquico?	Reconocen la existencia de sufrimiento físico (n = 70)	Reconocen la existencia de sufrimiento psíquico (n = 67)
Aplicación en ambos casos	47,1%	47,8%
Aplicación en sufrimiento físico	7,1%	6%
No aplicación en ningún caso	11,4%	11,9%
No tienen clara su opinión	34,3%	34,3%

$(\chi^2 = 3,50; gl = 3; p = 0,321)$		
¿En una circunstancia de sufrimiento insoportable y/o incapacitante, ¿solicitarías la eutanasia?	Reconocen la existencia de sufrimiento físico (n = 70)	Reconocen la existencia de sufrimiento psíquico (n = 67)
No sé	40%	40,3%
No, en ningún caso	7,1%	7,5%
Sí, en sufrimiento físico y psíquico	38,6%	38,8%
Sí, solo en sufrimiento físico	14,3%	13,4%
$(\chi^2 = 1,08; gl = 3; p = 0,783)$		

## 8. DISCUSIÓN

En este proyecto se abordaron, por una parte, el nivel de conocimientos sobre la Ley de la Eutanasia para poder contrastar la hipótesis principal y por otra, la opinión respecto a dicha ley debido a su reciente instauración. Para ello, se elaboró una encuesta en la que se evaluaron las propiedades psicométricas del mismo. En relación con ello, se puede afirmar que la validez de constructo fue adecuada. No obstante, la capacidad de discriminación evaluada mediante la correlación ítem-test y el índice de discriminación demostró que los ítems 1, 2, 7, 8 y 9 (Anexo 2) presentaron un bajo poder discriminativo, lo que indica que no están contribuyendo adecuadamente a diferenciar entre los individuos con mayor y menor puntuación en la escala. Por consiguiente, esto podría estar afectando a la consistencia interna evaluada mediante el alfa de Cronbach, motivo que explicaría su bajo valor (0,115). En este contexto se decidió mantener la escala sin eliminar ningún ítem con el fin de preservar la validez. No obstante, se proponen posibles modificaciones orientadas a mejorar la fiabilidad, los cuales se detallan en el apartado correspondiente más adelante. En consecuencia de todo ello, este cuestionario es válido pero no fiable ni discriminante **(27)**.

Los resultados de la encuesta mostraron que el 38,6% de las 70 personas encuestadas no conocen la Ley de la Eutanasia. Este valor es significativamente más bajo del esperado y observado en otros estudios **(23)** lo que llevaría a rechazar la hipótesis planteada en este trabajo. Teniendo en cuenta que el tamaño de la muestra ha sido insuficiente, y que, por tanto, los resultados pueden no representar a la población general, estos datos podrían explicarse porque actualmente la Ley lleva en vigor 4 años y por ello, ha podido ser tiempo suficiente para ser incluida en la formación

y la práctica de los profesionales. Algunas comunidades autónomas, incluida la Comunidad de Madrid **(28)**, han desarrollado guías prácticas y recursos formativos específicos fácilmente accesibles, lo que también ha podido favorecer a la ampliación de su conocimiento.

En el presente estudio, un 57,1% de las personas encuestadas se declaró totalmente de acuerdo con la Ley junto con un 26,6% que manifestaron estar parcialmente de acuerdo. Estos resultados evidencian una tendencia mayoritaria hacia la aceptación de dicha Ley, de acuerdo con los resultados reflejados en anteriores estudios. En este sentido, la encuesta realizada en 2019 por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid expuso que un 69,26% de los médicos encuestados estaba totalmente de acuerdo con la despenalización de la eutanasia **(29)**. Por otro lado, en este mismo estudio se indicó que un 37% de los profesionales se declararían objetores de conciencia, y gran parte de estas personas, estaban a favor de la eutanasia. En este estudio el porcentaje fue de un 22,9% y de estos, el 12,5% estaba totalmente de acuerdo y un 37,5% parcialmente de acuerdo. Si bien el derecho a la objeción de conciencia protege la integridad moral de los profesionales, en algunas situaciones puede representar un obstáculo real para garantizar el acceso efectivo a la prestación de ayuda para morir. Así se evidenció en el caso de José Díaz en Huelva (España), paciente con necrosis cerebral el cual solicitó la prestación en 2022 y debido a la ausencia de personal no objetor no pudo ejercer su derecho legal hasta el año 2024 **(30)**. Este caso pone de manifiesto la necesidad de mejorar los protocolos asegurando que exista una red de profesionales disponibles y mecanismos de supervisión que eviten que un derecho fundamental se convierta en una barrera estructural.

Mientras que en España actualmente se desconoce el porcentaje de solicitudes de eutanasia por sufrimiento psíquico o patología psiquiátrica, un estudio en Bélgica reveló que de las 33.647 solicitudes realizadas entre los años 2002 y 2023, 427 (1,27%) se explican únicamente por sufrimiento psicológico **(31)**. Esto desmiente la creencia de que los pacientes con patología psiquiátrica representan un volumen significativo de solicitudes de prestación de ayuda para morir, cuestionando así la idea errónea de que la capacidad para tomar decisiones autónomas está sistemáticamente comprometida. La principal diferencia con el sufrimiento físico es la falta de herramientas que permitan evaluar de forma más objetiva el sufrimiento mental. Para tratar de encontrar una solución con el fin de poder determinar el sufrimiento de los pacientes, un estudio hecho en los Países Bajos con pacientes psiquiátricos que

solicitaron la eutanasia plantea dividir el dolor psíquico en diferentes dimensiones, lo que ayudaría a comprender y evaluar el sufrimiento psíquico de dichos pacientes, siendo las dimensiones implicadas más frecuentes la irreversibilidad de recuperar el estado basal, la pérdida de control y el vacío **(32)**.

Por otra parte en una encuesta del CIS del año 2002 el 84% de los profesionales sanitarios opinaban que los cuidados paliativos no solucionarían todos los casos de patologías terminales **(33)**. Esta tendencia se mantiene en el presente estudio donde la mayoría de las personas encuestadas comparte esta misma opinión. No obstante, un 58,6% consideraba que con una mejoría en los cuidados paliativos se reduciría el número de peticiones. Esto sugiere que, si bien los cuidados paliativos no sustituyen el derecho de la eutanasia, su mejora podría ofrecer alternativas válidas para muchos pacientes. La realidad en España es que más de 70.000 personas cada año fallecen sin recibir recursos paliativos adecuados debido principalmente a la desigual distribución de recursos entre comunidades autónomas, siendo especialmente crítica en los medios rurales. A ello se suma la insuficiente disponibilidad de profesionales como lo demuestra el hecho de que el 75% de los equipos paliativos carecen de psicólogo/as. Además, el acceso a la formación es limitada evidenciándose en que no existe una especialidad regulada o en que el 50% de las facultades de medicina en España no incluyen esta disciplina en sus planes de estudio **(34,35)**.

#### Principales aportes y líneas de investigación futuras

Debido a la reciente instauración de la ley, el principal aporte de este estudio reside en la posibilidad de elaborar por primera vez un cuestionario que permita evaluar el conocimiento de manera sistemática y objetiva el nivel de conocimientos. Este instrumento no solo permitiría identificar el grado de comprensión de los contenidos legales, sino también facilitaría la detección de posibles errores que puedan surgir en la práctica clínica. En este sentido, el cuestionario podría presentarse como un futuro recurso a la hora de implementar nuevas normativas además de poder orientar la formación de ellas.

Una posible línea de investigación podría ser el diseño de herramientas específicas que valoren la capacidad de los pacientes con patologías psiquiátricas. Actualmente la escala MacCAT-T constituye el gold-standard para la evaluación de la capacidad de decisión sobre el tratamiento, pero presenta algunas limitaciones como la ausencia de una evaluación de dimensiones clave como la esfera emocional, el entorno social y los factores culturales del propio paciente. Además, la falta de puntos de corte

cuantitativos dificulta la interpretación objetiva de los resultados y puede incrementar el sesgo interobservador **(36)**. Estos datos pueden además de dificultar la toma de decisiones clínicas, generar incertidumbre en la seguridad de los pacientes, por lo que, en este contexto, se vuelve fundamental desarrollar nuevas herramientas más precisas. En la misma línea, la creación de escalas validadas que permitan evaluar el sufrimiento psíquico de manera más objetiva permitiría por una parte abordar con mayor rigor el debate ético respecto a las intervenciones sanitarias en estos pacientes y por otra adoptar mayor fundamento a las decisiones clínicas, lo que podría resultar en una mejor calidad asistencial.

Finalmente, este proyecto podría ayudar a que las instituciones gubernamentales valoren y optimicen la distribución de recursos relacionados con la eutanasia y los cuidados paliativos asegurando el cuarto principio ético de justicia.

#### Sesgos, limitaciones y mejoras

Tal y como se ha detallado anteriormente, la tasa de respuestas obtenida no alcanzó el objetivo y podríamos estar ante un sesgo de selección. Esto podría atribuirse, en base a lo observado en otros estudios de difusión de cuestionarios en profesionales de la salud, a la limitación del tiempo, a la extensión excesiva del cuestionario y/o a la desconfianza respecto al anonimato en las respuestas al tratarse de un ámbito controvertido **(37)**. Por otro lado, la prestación de ayuda para morir puede suponer un conflicto ético personal que podría disuadir a algunas personas de participar en el estudio. Esto podría ser motivado por convicciones morales o religiosas, así como por temor a ser objeto de juicio social o profesional.

En relación con el cuestionario, se identificó un sesgo de información dado que algunos ítems del cuestionario indican no medir con precisión los conocimientos reales sobre la ley, lo que limita la validez de las respuestas obtenidas. Asimismo, se asumió un sesgo de fiabilidad dado que la eliminación de estos ítems podría haber mejorado la consistencia interna. Sin embargo, no fue posible realizar esta modificación ya que podría haber afectado al contenido teórico. Esta situación representa una limitación metodológica importante que deberá ser revisada y corregida en futuras investigaciones. Una estrategia para ello podría ser plantear un número más elevado de preguntas inicialmente, para la posterior aplicación de un pre-test y en base a ello, seleccionar y reformular las preguntas adecuadamente junto con la aplicación de un análisis factorial exploratorio para identificar las categorías existentes y poder agrupar

las preguntas en base a ello.

## 9. CONCLUSIONES

- Un 38,6% de los profesionales de la salud mental obtuvieron una puntuación menor de 6 en la encuesta, lo que indicó un desconocimiento de la Ley de la Eutanasia, mientras que un 61,4% una puntuación de 6 o superior, lo que sugiere un conocimiento adecuado de la misma.
- El análisis psicométrico del cuestionario autoadministrado fue válido, pero carecía de fiabilidad y capacidad discriminante.
- La proporción de personas que no superaron la evaluación fue mayor en personas que se consideraban religiosas (58,5%).
- El 100% de los participantes reconocen la existencia de sufrimiento físico insoportable y/o incapacitante, al igual que un 97,5% reconocen la existencia de sufrimiento psíquico. Un 47,1% de personas aplicaría la eutanasia en ambas situaciones mientras que un 11,4% no la aplicaría, aunque reconozcan la existencia de sufrimiento.
- Un 22,9% se declaró objetor/a de conciencia con una mediana de edad de 30,5 años. Se estableció una relación estadísticamente significativa entre objetores de conciencia y personas religiosas.
- Un 12,5% de las personas objetoras de conciencia declaró que además de informar al paciente, iniciaría el proceso de prestación de ayuda para morir, lo que sugiere la presencia de pseudoobjetores.
- La mayoría de los participantes indicaron que con los recursos adecuados no sería suficiente para atender los casos de sufrimiento refractario (64,3%) y que si se mejorase la calidad de los cuidados paliativos se reduciría notablemente el número de solicitudes de eutanasia (58,6%).

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clínica Universidad de Navarra [Internet]. Juramento Hipocrático. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/juramento-hipocratico>
2. Juanatey Dorado C. Notas históricas sobre el suicidio y la eutanasia. Rev Humanit. marzo de 2003;1(1):25-34.
3. Lucía Velázquez. Así ha sido el largo camino hasta la entrada en vigor de la ley de eutanasia. | Público. Público. 25 de junio de 2021;

4. Henk ten Have. Euthanasia in the Netherlands: a complicated case. *BMJ: British Medical Journal*. 17 de octubre de 2001;323(7318):795-7.
5. Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia [Internet]. *Boletín Oficial del Estado*, número 72; 2021. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-4628>
6. Eutanasia y suicidio asistido en el mundo | Derecho a Morir Dignamente [Internet]. [citado 10 de junio de 2024]. Disponible en: <https://derechoamorrir.org/eutanasia-mundo/>
7. Eutanasia en España | Derecho a Morir Dignamente [Internet]. [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://derechoamorrir.org/eutanasia-en-espana/>
8. Comité de Bioética de Andalucía. Objeción de conciencia en eutanasia y suicidio asistido [Internet]. Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía; 2021 abr. Disponible en: [https://www.bioetica-andalucia.es/wp-content/uploads/2021/07/InformeOC\\_CBAF.pdf](https://www.bioetica-andalucia.es/wp-content/uploads/2021/07/InformeOC_CBAF.pdf)
9. Qué son la eutanasia pasiva y activa y en qué se diferencian del suicidio asistido - *BBC News Mundo* [Internet]. 2019 [citado 10 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-48551092>
10. Mercedes Alcalde-Cabero, Julián Librero-López, María Victoria Zunzunegui. Leyes de la eutanasia en España y en el mundo: aspectos médicos. *Elsevier* [Internet]. 53(10). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721002043>
11. Fernández MA, Valero VP. ¿Es la eutanasia justificable por sufrimiento? 2023;
12. Capacidad (competencia) e incapacidad - Temas especiales - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 14 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/temas-especiales/cuestiones-medicolegales/capacidad-competencia-e-incapacidad>
13. Universidad de Navarra. Qué es Paciente Capaz. *Diccionario Médico*. Clínica U. Navarra [Internet]. [citado 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/paciente-capaz>
14. Universidad Internacional de Valencia. Principio de autonomía, uno de los más importantes de la bioética | VIU España [Internet]. 2024 [citado 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/principio-de-autonomia-uno-de-los-mas-importantes-de-la-bioetica>
15. Enrique H Prat. El principio de autonomía: una nueva perspectiva. *Material de Bioética*. Unidad de Humanidades y Ética Médica [Internet]. 2009 [citado 15 de abril de 2025]. Disponible en: [https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/el-principio-de-autonomia-una-nueva-perspectiva?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/el-principio-de-autonomia-una-nueva-perspectiva?utm_source=chatgpt.com)
16. Diana Restrepo, Carlos Cardeño, Marle Duque, Santiago Jaramillo. *Scielo*. 2012 [citado 15 de abril de 2025]. Del principio de beneficencia al principio de autonomía:

aproximación a la evaluación de la competencia mental de los pacientes en el hospital general. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502012000200004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502012000200004)

17. Enric Vincens Pons, Luis Salvador Carulla, Alfredo Calcedo Barba, Silvia Paz, Thomas Messer, Bruno Pacciardi, et al. The capacity of schizophrenia and bipolar disorder individuals to make autonomous decisions about pharmacological treatments for their illness in real life: A scoping review - Pons - 2020 - Health Science Reports - Wiley Online Library [Internet]. 2020 [citado 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hsr2.179>

18. Bachmann Silke. Epidemiology of the Suicide and the Psiquiatric Perspective. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2018;15(7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6068947/>

19. Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental. Posicionamiento sobre eutanasia y enfermedad mental. 2021 feb.

20. Sacristán Rodea A, Ferrari Sanjuan M. Tratamientos al final de la vida: cuidados paliativos, sedación terminal, eutanasia y suicidio medicamente asistido (SMA). Rev Investig Educ En Cienc Salud RIECS. 30 de noviembre de 2021;6(2):94-105.

21. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Rev Clínica Esp. marzo de 2012;212(3):134-40.

22. Comité de Bioética de la Comunidad Valenciana. La sedación paliativa en la fase final de la enfermedad, una buena práctica clínica. 2021;

23. Pujol-Fontrodona G, Domínguez-Roldan JM, Valero R. Ley orgánica de regulación de la eutanasia: conocimiento e implicación de los médicos en España tras un año de su aplicación. Rev Clínica Esp. diciembre de 2023;223(10):596-603.

24. GRANMO - DATARUS [Internet]. [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.datarus.eu/aplicaciones/granmo/>

25. The Jamovi Proyect. Jamovi [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.jamovi.org/>

26. Robert L Ebel, David A Frisbie. Essentials of Educational Measurement. 5ª. Prentice Hall; 1991. 370 p.

27. Leonardo Medrano, Edgardo Pérez. Manual de Psicometría y Evaluación Psicológica [Internet]. 2ª edición ampliada. Córdoba, Argentina: Brujas; 2019. 308 p. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/351094332\\_Manual\\_de\\_Psicometria\\_y\\_Evaluacion\\_Psicologica](https://www.researchgate.net/publication/351094332_Manual_de_Psicometria_y_Evaluacion_Psicologica)

28. Prestación de ayuda para morir (eutanasia) | Comunidad de Madrid [Internet]. [citado 20 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/prestacion-ayuda-morir-eutanasia>

- 29.Redacción Actualidad Sanitaria. Actualidad Sanitaria. [citado 20 de abril de 2025]. 7 de cada 10 médicos en la Comunidad de Madrid apoyan la regulación de la eutanasia - Actualidad Sanitaria. Disponible en: [https://actualidadsanitaria.com/politica-sanitaria/7-de-cada-10-medicos-en-la-comunidad-de-madrid-apoyan-la-regulacion-de-la-eutanasia/?utm\\_source=chatgpt.com](https://actualidadsanitaria.com/politica-sanitaria/7-de-cada-10-medicos-en-la-comunidad-de-madrid-apoyan-la-regulacion-de-la-eutanasia/?utm_source=chatgpt.com)
- 30.Noelia Adánez. Un joven de Huelva recibe la eutanasia dos años después de haberla solicitado. Público [Internet]. 21 de febrero de 2024; Disponible en: <https://www.publico.es/sociedad/joven-huelva-recibe-eutanasia-despues-haberla-solicitado-2022.html>
- 31.Jacques Wels, Natasia Hamarat. Addressing the Slippery Slope Argument: Trends in Euthanasia Among Patients with Psychiatric Disorders and Dementia in Belgium, 2002–2023 | medRxiv [Internet]. [citado 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.01.09.25320248v1.full>
- 32.Lengvenyte A, Strumila R, Courtet P, Y H Kim S, Olié E. «Nothing Hurts Less Than Being Dead»: Psychological Pain in Case Descriptions of Psychiatric Euthanasia and Assisted Suicide from the Netherlands: « Rien ne fait moins mal qu’être mort »: La douleur psychologique dans les descriptions de cas d’euthanasie et de suicide assisté psychiatrique aux Pays-Bas - PubMed [Internet]. 2020 [citado 22 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32501108/>
- 33.Fernando Aguiar, Rafael Serrano, Dolores Sesma. Eutanasia y suicidio asistido: Un debate necesario. Cent Estud Andal Cons Pres. noviembre de 2009;15.
- 34.Isabel Oriol. Informe de la situación actual en Cuidados Paliativos [Internet]. Observatorio contra el cáncer; 2014 jun. Disponible en: [https://observatorio.contraelcancer.es/sites/default/files/informes/Situacion\\_cuidados\\_paliativos.pdf](https://observatorio.contraelcancer.es/sites/default/files/informes/Situacion_cuidados_paliativos.pdf)
- 35.Fortalecer y regular los cuidados paliativos en España - Elia Martínez Moreno [Internet]. España: Youtube; 2024. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=PmUGcuOGr9I>
- 36.Thomas Grisso, Paul S Appelbaum. Herramienta de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento [Internet]. Editorial Médica Panamericana; 1998. Disponible en: [https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=389\\_004a894f-2ae8-4770-901a-5095ac1009b7.pdf](https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=389_004a894f-2ae8-4770-901a-5095ac1009b7.pdf)
- 37.María Isabel Tamayo Velázquez, Pablo Simón-Lorda and Maite Cruz-Piqueras. Researchgate. 2019 [citado 20 de abril de 2025]. Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain). Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/230879512\\_Euthanasia\\_and\\_physician-assisted\\_suicide](https://www.researchgate.net/publication/230879512_Euthanasia_and_physician-assisted_suicide)

## 9. ANEXOS

### ANEXO 1 – Tabla de variables

<b>VARIABLE PRINCIPAL</b>			
<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Unidades de medida/ categoría</b>
<b>Conocimiento de la ley de la eutanasia</b>	Puntuación de 5 o superior en la encuesta	Cualitativa, dicotómica	Sí/ No
<b>VARIABLES SECUNDARIAS</b>			
<b>A) Variables sociodemográficas</b>			
<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Unidades de medida/ categoría</b>
<b>Sexo</b>	Identidad	Cualitativa, nominal	Mujer/ Hombre/ Prefiero no especificar
<b>Edad</b>	Años cumplidos en el momento del estudio	Cuantitativa, discreta	Valores absolutos, años cumplidos
<b>Religión</b>	Afiliación religiosa en el momento del estudio	Cualitativa, dicotómica	Sí/ No
<b>Categoría profesional</b>	Ocupación en el momento del estudio	Cualitativa, nominal	Médico/ MIR/ enfermero/ EIR/ psicólogo/ PIR
<b>Hospital</b>	Centro sanitario que ocupa en el momento del estudio	Cualitativa, nominal	Hospitales de la Comunidad de Madrid
<b>VARIABLES SECUNDARIAS</b>			
<b>B) Variables de conocimiento</b>			
<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Unidades de medida/ categoría</b>

<b>Autopercepción del conocimiento sobre la Ley de la Eutanasia</b>		Cualitativa, nominal	Sí/ He oído hablar de ella, pero no estoy informado/ No
<b>VARIABLES SECUNDARIAS</b>			
<b>C) Variables de opinión</b>			
<b>Variable</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Unidades de medida/ categoría</b>	
<b>Estar de acuerdo con la Ley de la Regularización de la Eutanasia</b>	Cualitativa, dicotómica	De acuerdo/ parcialmente de acuerdo/ ni de acuerdo ni en desacuerdo/ parcialmente desacuerdo/ desacuerdo	
<b>Actitud hacia la eutanasia como derecho individual</b>	Cualitativa, dicotómica	Sí/ No	
<b>Percepción de los valores profesionales con la práctica de la eutanasia</b>	Cualitativa, dicotómica	Sí/ No	
<b>Ser objetor de conciencia</b>	Cualitativa, dicotómica	Sí/ No	
<b>Reconocer la existencia de sufrimiento físico insoportable y/o incapacitante</b>	Cualitativa, dicotómica	Sí/ No	
<b>Reconocer la existencia de sufrimiento psíquico insoportable y/o incapacitante</b>	Cualitativa, dicotómica	Sí/ No	
<b>Consideración sobre</b>	Cualitativa, nominal	No, la aplicaría en ambos casos/ Sí, solo la	

<b>la diferencia entre sufrimiento psíquico y físico insoportable y/o incapacitante</b>		aplicaría en caso de sufrimiento físico/ Sí, solo la aplicaría en caso de sufrimiento psíquico/ Reconozco la existencia de sufrimiento, pero no aplicaría eutanasia en ningún caso/ No tengo clara mi opinión
<b>Actitud personal sobre la práctica de la eutanasia</b>	Cualitativa, nominal	Sí, solo en circunstancias de sufrimiento físico incapacitante/ Sí, solo en circunstancias de sufrimiento psíquico incapacitante/ Sí, en circunstancias tanto de sufrimiento psíquico como físico/ No
<b>Haber tenido una experiencia personal o profesional</b>	Cualitativa, nominal	Sí, de forma profesional/ Sí, de forma personal/ Sí, de ambas formas/ No
<b>Opinión respecto a si una mejora de los cuidados paliativos sería suficiente para atender todos los casos de sufrimiento refractario físico y/o psíquico</b>	Cualitativa, dicotómica	Sí/ No
<b>Opinión respecto a si la mejora de la calidad de los cuidados paliativos podrían reducir la aplicación de la eutanasia</b>	Cualitativa, nominal	Sí, creo que se reduciría notablemente/ Creo que no alteraría el resultado significativamente/ No, creo que son alternativas diferentes

## ANEXO 2 – Formulario de Google Forms

### A. DATOS PERSONALES

- EDAD: \_\_\_\_\_
- SEXO:
  - Mujer:
  - Hombre:
  - Prefiero no especificar:
- CATEGORÍA PROFESIONAL:
  - Médico/a:
  - Médico/a interno residente:
  - Enfermero/a:
  - Enfermero/a interno residente:
  - Psicólogo/a:
  - Psicólogo/a interno residente:
- HOSPITAL: \_\_\_\_\_
- ¿TE CONSIDERAS UNA PERSONA RELIGIOSA?:
  - Sí:
  - No:

### B. PREGUNTAS SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA LEY DE LA REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

Pregunta 0: ¿Conoces la ley que regula la Eutanasia instaurada en España en el año 2021?

- Sí, considero que estoy informado/a sobre ella
- He oído hablar de ella, pero no estoy informado/a
- No, no conozco la ley

Señala cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera o falsa:

1. 'Según la legislación española sobre esta Ley se deben cumplir ciertos requisitos para solicitar la eutanasia entre los que destacan ser mayor de 16 años o tener nacionalidad española'
  - VERDADERO
  - FALSO
2. 'Para solicitar la eutanasia es necesario al menos dos solicitudes separadas en el tiempo y deberá hacerse obligatoriamente por escrito'

- VERDADERO
  - FALSO
3. 'La eutanasia difiere del suicidio asistido en el fármaco empleado'
- VERDADERO
  - FALSO
4. 'El suicidio asistido requiere intervención de asistencia sanitaria para la administración del fármaco, mientras que en la eutanasia es el propio paciente quién se administra el fármaco'
- VERDADERO
  - FALSO
5. 'El papel de enfermería en el proceso de eutanasia es fundamental, estando entre sus competencias informar, acompañar y suministrar la medicación a los pacientes'
- VERDADERO
  - FALSO
6. 'El médico consultor es aquel facultativo que tiene como objetivo coordinar toda la información y asistencia sanitaria del paciente (es el profesional sanitario que actúa como interlocutor principal)'
- VERDADERO
  - FALSO
7. 'Médico responsable es sinónimo de interlocutor principal'
- VERDADERO
  - FALSO
8. 'Si un familiar directo solicita la eutanasia en una persona incapaz con una patología grave, crónica e incapacitante sin voluntades anticipadas se debería conceder la prestación de ayuda para morir'
- VERDADERO
  - FALSO
9. 'La Comisión de Garantía y Evaluación es una entidad propia de cada Comunidad Autónoma formada por un mínimo de siete miembros entre los que deberán estar incluidos médicos/as, enfermeros/as y juristas'
- VERDADERO
  - FALSO
10. 'La función principal de la Comisión de Garantía y Evaluaciones revisar la situación clínica de los/as pacientes solicitantes por medio de una entrevista personal'

-  VERDADERO

-  FALSO

### C. PREGUNTAS DE OPINIÓN

1. **¿Estás de acuerdo o en desacuerdo con la despenalización de la Eutanasia?**

- Estoy totalmente de acuerdo
- Estoy parcialmente de acuerdo
- Ni acuerdo ni en desacuerdo
- Estoy parcialmente en desacuerdo
- Estoy totalmente en desacuerdo

2. **¿Crees que la eutanasia se debe considerar como un derecho individual?**

- Sí
- No

3. **¿Crees que los valores de la profesión que ejerces son compatibles con el ejercicio de la eutanasia?**

- Sí
- No

4. **En relación con esta Ley, ¿te identificarías como objetor/a de conciencia?**

- Sí
- No

5. **En caso de que te formalizasen una solicitud de eutanasia, ¿Cómo crees que reaccionarías?**

- Buscaría a un compañero/a para que prestase la ayuda para morir
- Informaría de todos los riesgos y beneficios, así como de otras alternativas y acompañaría al paciente en su decisión, pero buscaría a un compañero/a para que prestase la ayuda para morir
- Informaría de todos los riesgos y beneficios, así como de otras alternativas e iniciaría el proceso si el/la paciente quiere seguir adelante
- Informaría de los riesgos que supone e intentaría mediante el diálogo que valorase otras opciones
- No sé

6. **¿Reconoces la existencia de sufrimiento físico insoportable y/o incapacitante?**

- Sí
- No

7. **¿Reconoces la existencia de sufrimiento psíquico insoportable y/o incapacitante?**

- Sí

- No

8. **¿Consideras diferente la aplicación de la eutanasia en caso de sufrimiento físico o psíquico?**

- No, la aplicaría en ambos casos

- Sí, solo la aplicaría en caso de sufrimiento físico

- Sí, solo la aplicaría en caso de sufrimiento psíquico

- Reconozco la existencia de sufrimiento, pero no aplicaría la eutanasia en ningún caso

- No tengo clara mi opinión

9. **En una circunstancia de sufrimiento insoportable y/o incapacitante, ¿solicitarías la eutanasia?**

- Sí, solo en circunstancias de sufrimiento físico

- Sí, solo en circunstancias de sufrimiento psíquico

- Sí, en circunstancias tanto de sufrimiento psíquico como físico

- No, en ningún caso

- No sé

10. **¿Has vivido de cerca algún caso de manera profesional o personal?**

- Sí, de forma profesional

- Sí, de forma familiar

- Sí, de ambas formas

- No

11. **¿Consideras que, con recursos adecuados, la participación de equipos de cuidados paliativos en la asistencia de pacientes con enfermedades terminales sería suficiente para atender los casos de sufrimiento refractario tanto físico como psíquico?**

- Sí

- No

12. **¿Crees que, si hubiese una mejor calidad de los cuidados paliativos, se reduciría el número de peticiones de la eutanasia?**

- Sí, creo que se reduciría notablemente

- Creo que no alteraría el resultado significativamente

- No, creo que son alternativas diferentes

## **ANEXO 3 – Hoja de información al participante**

### **HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE**

<b>TÍTULO DEL ESTUDIO</b>	Estudio del nivel de conocimientos de la Ley la Eutanasia en profesionales de la salud mental en la Comunidad de Madrid
<b>CÓDIGO DEL ESTUDIO</b>	
<b>INVESTIGADOR/ ES</b>	Tutor clínico: Iván Roque González  Alumna: María Cano Blanco
<b>CENTRO</b>	Hospital Universitario de Getafe

### **INTRODUCCIÓN**

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por un Comité de Ética de Investigación en el Hospital Universitario de Getafe.

Nuestra intención es que reciba la información correcta y suficiente para que pueda decidir si acepta o no participar en este estudio. Para ello, lea esta hoja informativa con atención. Puede consultar cuando considere oportuno.

Este estudio tiene como objetivo realizar un Trabajo de Final de Grado en el Hospital Universitario de Getafe por la Universidad Europea de Madrid, con Iván Roque González como tutor clínico del servicio de psiquiatría y María Cano Blanco como alumna.

### **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

Su participación consistirá en rellenar el formulario de 22 preguntas, dividido en tres partes. La primera parte consistirá en rellenar datos personales, la segunda parte contiene 10 preguntas acerca del conocimiento sobre la Ley de la Eutanasia y por último, las 12 preguntas restantes acerca de opinión general.

Debe saber que su participación es voluntaria y que puede decidir NO participar. Si decide participar, puede cambiar su decisión en cualquier momento a la hora de realizar el formulario y retirar el consentimiento.

### **OBJETIVO DEL ESTUDIO**

El objetivo principal es estudiar el conocimiento acerca de la Ley de la regulación de la Eutanasia aprobada en 2021 en profesionales de la salud mental. Como objetivos secundarios, se desea estudiar la opinión general acerca de la misma Ley.

### **DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO**

En este estudio se incluirán 289 personas que trabajen en el ámbito de la salud mental. Ni el médico ni la alumna sabrán el nombre de la persona participante, quedando en absoluto anonimato. En rellenar este cuestionario tardará aproximadamente unos 10 minutos.

### **POSIBLES BENEFICIOS**

No experimentará un beneficio directo, pero gracias a su participación podremos obtener respuestas que ayudarán a nuestro estudio, que servirán para conocer la situación profesional en el ámbito de la salud mental acerca de la prestación de ayuda para morir. Por este trabajo no se obtendrá ninguna recompensa económica puesto que es un Trabajo de Fin de Grado, al igual que su participación no está remunerada.

### **PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

Los investigadores se comprometen al cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los derechos digitales.

Los datos obtenidos para el estudio estarán identificados mediante un código, de manera que no se incluya información que pueda identificarle directamente. El acceso a su información personal quedará restringido al médico del estudio y colaboradores, autoridades sanitarias, monitores o auditores, aunque en ningún momento se pedirá el nombre de la persona participante. Se mantendrá en todo momento la confidencialidad y la buena práctica clínica. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustarán a lo dispuesto en la normativa mencionada anteriormente.

Toda la información que le solicitemos es necesaria para poder participar en este ensayo y es obligatorio proporcionarla para poder garantizar el correcto desarrollo del ensayo.

De acuerdo con la normativa vigente, usted tiene derechos sobre sus datos personales. Sin embargo, le informamos que existen algunas limitaciones con objeto garantizar la validez de la investigación y cumplir con los deberes legales.

Sus datos codificados pueden ser transmitidos a terceros y a otros países siempre para los mismos fines del estudio descrito o para su uso en publicaciones científicas y siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo con la legislación vigente (en ningún

caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, no de la seguridad social, etc).

Tanto el Centro como el investigador principal son responsables respectivamente del tratamiento de sus datos y se comprometen a cumplir con la normativa de protección de datos.

## **ANEXO 4 – Consentimiento informado**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO**

**Título del Proyecto:** ‘Estudio del conocimiento de la Ley de la Eutanasia en profesionales de la salud mental en la Comunidad de Madrid’

**Tutor clínico:** Iván Roque González

**Alumna:** María Cano Blanco

Yo, \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellidos en MAYÚSCULAS)

Declaro que:

- He leído la hoja de información que me han facilitado.
- He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.
- He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:
  - Los objetivos del estudio y sus procedimientos.
  - Los beneficios e inconvenientes del proceso.
  - Que mi participación es voluntaria y altruista
  - El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.
  - Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello afecte a mi atención médica) y solicitar la eliminación de mis datos personales.
  - Que tengo derecho de acceso y rectificación a mis datos personales.

### **CONSIENTO EN LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE ESTUDIO**

SÍ                      NO

(marcar lo que corresponda)

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del investigador y firma.....

## ANEXO 5 – Aprobación del CEIm

### INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

**Dña. M<sup>a</sup> Teresa Ramírez López**, Vicepresidenta del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Hospital Universitario de Getafe

#### **CERTIFICA:**

Que este Comité en su reunión del día jueves, 30 de enero de 2025 (A01/25) ha evaluado la documentación presentada por Dña. María Cano Blanco, correspondiente al Trabajo fin de Grado titulado: **“Estudio del conocimiento de la Ley de la Eutanasia en profesionales de la salud mental en la Comunidad de Madrid”**.

- **Protocolo:** *Sin versión*

y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del Protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto de los postulados éticos.

Por ello, este Comité emite **Informe Favorable** sobre la realización de dicho Trabajo fin de Grado a, Dña. María Cano Blanco, alumna del Grado de Medicina de la Universidad Europea de Madrid, como Investigadora principal y cuyo tutor es el Dr. Iván Roque González, del Servicio de Psiquiatría de nuestro centro.

Lo que firmo en Getafe, a 30 de enero 2025.

RAMIREZ  
LOPEZ MARIA  
TERESA - DNI  
53136999F

Firmado digitalmente  
por RAMIREZ LOPEZ  
MARIA TERESA - DNI  
53136999F  
Fecha: 2025.02.08  
01:52:08 +01'00'

Fdo.: Dña. M<sup>a</sup> Teresa Ramírez López  
Vicepresidenta del CEIm  
Hospital Universitario de Getafe