

## Estudio observacional descriptivo mediante cuestionario sobre el conocimiento de la población del concepto “eutanasia”

Ana López del Castillo<sup>1</sup>  

<https://dx.doi.org/10.5209/psic.101692>

Recibido: 15 de febrero de 2025 / Aceptado: 5 de marzo de 2025

**Resumen:** Objetivo: Determinar el conocimiento de la población general y sanitaria acerca del concepto eutanasia. Método: Cuestionario *online* que presenta siete casos ficticios de pacientes en el que los participantes tenían que responder a la pregunta “¿Esto es eutanasia?”. Resultado: La muestra fue de 232 personas. El 72 % de los participantes eran mujeres, el 67,4 % de los encuestados tenían estudios universitarios y el 59,4% eran sanitarios (fundamentalmente médicos). Los grupos de edad con mayor representación fueron: 30-39 años, 40-49 años y 60-69 años. Solo 12 personas contestaron correctamente a todas las preguntas (5,2 % de la muestra). Conclusiones: Es evidente que ni la población general ni la sanitaria tiene una idea clara de qué es la eutanasia. No obstante, las mujeres, las personas entre 30-39 años, los que tienen estudios de grado superior y los sanitarios aciertan más.

**Palabras clave:** Eutanasia, cuestionario, conocimiento.

### ENG Descriptive observational study through a questionnaire on the population's knowledge of the concept of “euthanasia”

**Abstract:** Objective: To determine the knowledge of general and healthcare population about the concept euthanasia. Method: Online questionnaire presenting seven fictitious cases of patients in which participants had to answer to the question “Is this euthanasia?”. Results: The sample consisted of 232 people. 72% of participants were women, 67.4% had university studies and 59.4% were healthcare professionals (mainly physicians). Groups of ages with the greatest representation were: 30-39 years, 40-49 years and 60-69 years. Only 12 people answered correctly all the questions (5.2% of the sample). Conclusions: It seems evident that neither general nor healthcare population has a clear idea of what euthanasia is. However, women, people between 30-39 years, those with higher educational studies and healthcare professionals are more likely to get the answers right.

**Keywords:** Euthanasia, questionnaire, knowledge.

<sup>1</sup> Ana López del Castillo. Hospital San Juan de Dios Pamplona-Tudela. Pamplona. España. ORCID: 0000-0002-6831-0406

E-mail: ana.lopezd@sjd.es

\* Dirección de correspondencia: Ana López del Castillo. Hospital San Juan de Dios Pamplona-Tudela. C/ Beloso Alto, 3. 31006. Pamplona. Navarra. España. E-mail: ana.lopezd@sjd.es

**Sumario:** 1. Introducción 2. Método 3. Resultados 4. Discusión 5. Conclusiones 6. Referencias bibliográficas

**Cómo citar:** López del Castillo A. Estudio observacional descriptivo mediante cuestionario sobre el conocimiento de la población del concepto “eutanasia”. *Psicooncología* 2025;22:149-156. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.101692>

## 1. Introducción

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE)<sup>(1)</sup> entró en vigor el 25 de junio de 2021. De acuerdo con ella, la prestación de ayuda para morir está incluida en la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y es de financiación pública.

Una de las grandes críticas desde el ámbito de los profesionales sanitarios que se dedican a los cuidados paliativos en cuanto a la aprobación de esta ley es la sospecha de que aún existe mucha confusión en la población acerca de los distintos conceptos o prácticas que tienen cabida en el contexto de final de vida. Y es que, como apuntaban ya en 2008 los autores del artículo “Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras”<sup>(2)</sup>: “ser precisos con el lenguaje es un requisito imprescindible para garantizar procesos de deliberación moral cuyo resultado tenga sentido para los participantes en él y para los afectados por él”.

En este estudio se plantean seis escenarios clínicos distintos: eutanasia, suicidio médica-mente asistido, homicidio, sedación paliativa, adecuación del esfuerzo terapéutico y rechazo de tratamiento.

En todos los casos, excepto en el de eutanasia, existía ya un amplio acuerdo entre las doctrinas bioética y legal previamente a la aprobación de la LORE; así, las actuaciones profesionales estaban ya amparadas en el caso de sedación paliativa, adecuación del esfuerzo terapéutico y rechazo de tratamiento. Existía, además, consenso en limitar el empleo del término eutanasia a aquellas actuaciones cuyo único objetivo es producir la muerte y que se realizan de manera voluntaria, activa, directa y mediante una relación causa-efecto única e inmediata.

Como queda de manifiesto, en realidad, son mucho más numerosos los acuerdos éticos y jurídicos que los puntos de controversia. No obstante, el problema persiste en nuestra sociedad, ya que vivimos en un mundo ampliamente globalizado y multicultural en el que, entre otros, los medios de comunicación, las redes sociales, las encuestas de opinión, etc., atribuyen frecuentemente significados totalmente distintos a los conceptos de eutanasia, perpetuándose de este modo la confusión.

En este punto, esclarecedor acudir nuevamente al artículo de Pablo Simón: “Argumentar en serio, en ética, en derecho, en política, exige un acuerdo mínimo sobre el significado de los términos que se usan”<sup>(2)</sup>. Por tanto, ya que hace tiempo que se despejaron las polémicas terminológicas, parece imprescindible un esfuerzo colectivo por adherirnos al correcto uso de las palabras, los términos y su significado, ya que “Sin ese mínimo metodológico estamos abocados al escenario de la confusión permanente”<sup>(2)</sup>.

## 2. Método

Se realizó un cuestionario *online* mediante Google Forms desde el 15/3/2024 al 31/5/2024, al que se le dio difusión informal a través de canales de comunicación y redes sociales. En él se presentaban siete casos clínicos ficticios de pacientes y se pedía a los participantes que respondieran afirmativa o negativamente a la pregunta “¿Esto es eutanasia?”. Además, se incluían una serie de preguntas que permitían caracterizar la edad, el género, el nivel de estudios y profesión de los participantes.

Los casos clínicos y su consideración como eutanasia/no eutanasia se reproduce en la Tabla 1.

Tabla 1. Cuestionario *online*

N.º caso	Descripción	¿Esto es eutanasia?
1	Mujer de 66 años con cáncer de mama avanzado en situación terminal; un equipo de cuidados paliativos la visita en su domicilio desde hace 2 meses. Dispone de toda la información sobre su enfermedad y es consciente de que le queda poco tiempo de vida. No tiene apenas dolor. La situación por la que está pasando le produce una enorme angustia que no consigue mejorar a pesar de tratamiento farmacológico, psicoterapéutico, social y espiritual. Durante el último mes ha pedido varias veces a su médico que le ponga una medicación para terminar con su vida porque no quiere continuar así y prefiere morir ya. El médico ha informado de las diferentes alternativas en cada ocasión y ha confirmado que la paciente es capaz de decidir por sí misma, así como la autenticidad de la petición. Finalmente, tras revisar de nuevo si la paciente está segura de sus deseos, procede a administrarle por vía intravenosa una medicación para sedarla y, al poco rato, otra que le produce la muerte por parada cardiorrespiratoria de forma inmediata.	Sí, es eutanasia.
2	Mujer de 66 años con cáncer de lengua avanzado sin posibilidad de tratamientos curativos. Un equipo de cuidados paliativos la atiende en su casa. La paciente no tiene dolor y se encuentra bastante bien, aunque, de vez en cuando, sangra un poco la úlcera que tiene en la lengua. Está bien informada de su enfermedad y sabe que, como mucho, le quedan algunos meses de vida. Ante la enorme posibilidad de que se presente un síntoma refractario (que no se pueda controlar con los medios disponibles en un tiempo razonable), el equipo de cuidados paliativos explora si la paciente estaría de acuerdo con que se le aplicase una sedación paliativa si fuera necesario. Se le explica en qué consiste, se resuelven sus dudas y la paciente acepta. Dos semanas más tarde, ingresa en el hospital por un sangrado muy abundante y difícil de controlar. La paciente es consciente de que es muy probable que el sangrado se repita y que sería indicación de sedación paliativa; aún está de acuerdo con ello. 36 horas después comienza a sangrar masivamente por lo que se inicia sedación paliativa y, unas horas después, la paciente fallece.	No es eutanasia, es sedación paliativa.
3	Mujer de 59 años con distrofia muscular progresiva (una enfermedad neurológica lentamente progresiva que paraliza los músculos) desde hace 23 años. Esto la hace completamente dependiente ya que no puede mover ninguna de las 4 extremidades y necesita un respirador las 24 horas del día. No tiene familia, está ingresada desde hace años en un hospital de enfermos crónicos. Hace 1 año comenzó a decir de forma ocasional que no desea vivir en estas circunstancias. Sin embargo, hace 1 mes solicitó por escrito a su equipo médico que se la sedara y desconectara de la ventilación mecánica, aun sabiendo que morirá si deja de utilizar el respirador. El equipo médico considera que la paciente es capaz de tomar decisiones por sí misma y hace ya tiempo que viene hablando de que querría morir cuanto antes. Una semana después, de acuerdo con la paciente, la han sedado profundamente y han desconectado la ventilación mecánica. La paciente ha fallecido en apenas 1 hora.	No es eutanasia, es rechazo de tratamiento.
4	Varón de 52 años con tetraplejia (parálisis de las 4 extremidades) como consecuencia de un accidente de tráfico 4 años antes. Vive en su casa junto a su esposa e hijos, con los que mantiene muy buena relación. Sus amigos y familiares le visitan frecuentemente. Cuentan con 2 cuidadores contratados. No tiene dolor. Desde hace 1 año ha empezado a decir, primero ocasionalmente y, después, casi a diario, que no quiere seguir viviendo en estas circunstancias. Por este motivo recibe apoyo psicológico y espiritual a pesar de lo cual sigue sin encontrarle sentido a su vida ya que sabe que su enfermedad no va a mejorar. El paciente es capaz de tomar decisiones por sí mismo. Finalmente, su médico procede a administrarle por vía intravenosa una medicación para sedarle y, al poco rato, otra que le produce la muerte por parada cardiorrespiratoria de forma inmediata.	Sí es eutanasia.

N.º caso	Descripción	¿Esto es eutanasia?
5	Mujer de 83 años con una enfermedad de Alzheimer muy avanzada. Dado el alcance de su demencia, la paciente no puede tomar decisiones por sí misma y es imposible comunicarse con ella. A sus hijos les parece que está sufriendo mucho y que, puesto que ellos la conocen, su madre no habría querido seguir viviendo en esas condiciones; por eso piensan que lo mejor es ayudarla a morir. El médico de la residencia tiene la impresión de que la paciente morirá pronto, pero 3 semanas más tarde, ante la insistencia de los familiares, procede a administrarle por vía intravenosa una medicación para sedarla y, al poco rato, otra que le produce la muerte por parada cardiorrespiratoria de forma inmediata.	No es eutanasia, es homicidio.
6	Varón de 46 años con esclerosis lateral amiotrófica (ELA, una enfermedad neurológica que va paralizando progresivamente prácticamente todos los músculos del cuerpo) de rápida evolución. Sus familiares y amigos íntimos le ayudan con cualquier cosa que necesite. Actualmente el paciente tiene un deterioro neurológico moderado. Se desplaza en silla de ruedas, pero aún puede mover los brazos y manos. Está preocupado por cómo será su muerte ya que es consciente de que no le queda mucho tiempo así que le pregunta a su médico sobre la posibilidad de tener medicación para poder suicidarse cuando la falta de control sobre su cuerpo sea inaceptable para él. El médico le da apoyo emocional. El paciente es capaz de tomar decisiones por sí mismo y repite frecuentemente su deseo de poder decidir cuándo terminar con su vida. Dos meses más tarde, su médico le da las recetas de los fármacos que necesita para suicidarse y le explica cómo utilizarlos. Pasadas 3 semanas, el paciente pide al médico que le acompañe mientras él se toma los fármacos y fallece inmediatamente después de hacerlo.	No es eutanasia, es suicidio médica mente asistido.
7	Mujer de 88 años con insuficiencia renal terminal en tratamiento con diálisis tres días a la semana desde hace 5 años. En el último mes la mujer está cada vez más débil y pasa la mayor parte del día encamada, siendo realmente difícil el traslado al hospital de día. Además, vuelve muy cansada de las sesiones de diálisis, donde apenas puede mantenerse sentada en el sillón. La médica responsable de la paciente le propone a ella y a la familia la posibilidad de suspender la diálisis y que un equipo de cuidados paliativos la atienda en su casa. La médica se asegura de que, tanto la paciente como la familia, entienden que si la paciente deja de dializarse fallecerá en poco tiempo. 10 días después la paciente fallece en su domicilio acompañada de sus seres queridos.	No es eutanasia, es adecuación del esfuerzo terapéutico.

### 3. Resultados

La muestra incluyó a un total de 232 encuestados (debido al método de difusión no es posible conocer el número de personas total al que llegó el cuestionario). No fue necesario anular ninguna respuesta.

A nivel descriptivo, se observa que el 72 % de las personas que respondieron eran mujeres. Los grupos de edad con mayor representación fueron: 30-39 años (23,2 %), 40-49 años (23,2 %) y 60-69 años (22,2%). El nivel formativo de los encuestados se distribuye de la siguiente forma: 67,4 % de los encuestados tenía estudios universitarios; el 23,3 % estudios de grado superior. En las Figuras 1 y 2 se muestra el desglose de los encuestados según su edad y nivel de estudios.

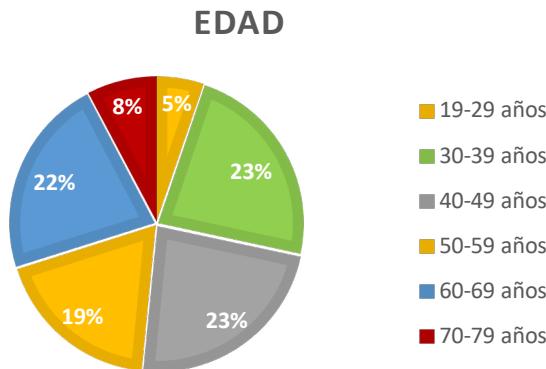


Figura 1. Desglose por edad de los participantes en la encuesta (los porcentajes se han redondeado).



Figura 2. Desglose por nivel de estudios de los participantes en la encuesta (los porcentajes se han redondeado).

En relación a la ocupación laboral de los encuestados, el 59,4% de los participantes eran sanitarios (67,4 % médicos y 15,9 % profesionales de enfermería).

Por otro lado, se indican los datos sobre el rendimiento de los participantes en la encuesta de acuerdo a los diferentes casos, que se han descrito en la Tabla 1. En la mencionada encuesta, el porcentaje de aciertos fue el siguiente:

- Caso 1 (eutanasia): 83,5 % aciertos.
- Caso 2 (sedación paliativa): 79,5 % aciertos.
- Caso 3 (rechazo de tratamiento): 26,3 % aciertos.
- Caso 4 (eutanasia): 79,9 % aciertos.
- Caso 5 (homicidio): 61,5 % aciertos.
- Caso 6 (suicidio médicaamente asistido): 46 % aciertos.
- Caso 7 (adecuación del esfuerzo terapéutico): 81,3 % aciertos.

De forma específica, un total de 12 personas acertaron todas las preguntas (5,2 % de la muestra), cuyas características sociodemográficas se distribuyen de la siguiente forma. A nivel de género, 8 eran mujeres y cuatro hombres. Los rangos de edad de las personas que resolvieron con éxito todos los casos fueron: 4 entre 30 y 39 años; 2 entre 40 y 49 años; 2 entre 60 y 69 años, y 1 entre 50-59 años (3 personas no indicaron los datos acerca de su edad).

Respecto al nivel educativo de estos 12 participantes, once de ellos referían estudios universitarios y uno formación de grado superior. Y la profesión se clasificó del siguiente modo:

- Médicos: 9 (9,1 %).
- Profesionales de enfermería: 2 (8,3 %).
- Otras profesiones sanitarias: 1 (7,7 %).

## 4. Discusión

Este cuestionario surge de la intención de respaldar con datos una percepción que tenía desde que inicié mi práctica clínica como médico paliativista hace nueve años, y que se ha acusado a raíz de la aprobación de la LORE: el imperfecto conocimiento del concepto de eutanasia.

Se trata, obviamente, de un primer acercamiento informal ya que, inicialmente, solo pretendía sondar el grado de información sobre lo que es la eutanasia en las personas de mi entorno más cercano que, *a priori*, supuse que debería ser elevado puesto que en nuestras conversaciones cotidianas es habitual este tema.

Estoy segura de que somos diversos los profesionales sanitarios dedicados a cuidados paliativos que hemos advertido la importancia de una comprensión absoluta de la terminología y de los conceptos propios de final de vida que quedan recogidos en la LORE. Esta ley se desarrolló sin haber llevado a cabo previamente un estudio del estado actual del conocimiento de la población general y de los profesionales sanitarios sobre el tema. Sin embargo, en otros países sí se ha abordado esta cuestión previamente, llegando siempre a la misma conclusión: actualmente la formación sobre final de vida es insuficiente en los profesionales que la atienden de uno u otro modo<sup>(3, 4)</sup>.

Todavía no hay un estudio observacional de tipo transversal que explore el conocimiento de los conceptos que recoge la LORE, ni en la población general ni en la sanitaria. Por ello, los resultados de este cuestionario podrían suponer una primera aproximación a esta pregunta.

Uno de los aspectos metodológicos a considerar en este estudio es la difusión del cuestionario a través de Google Forms, lo que impidió conocer el número exacto de personas a las que llegó la invitación a participar. Esta limitación puede influir en la representatividad de la muestra, dado que no se dispone de una tasa de respuesta precisa. Además, es importante reconocer el posible sesgo en la composición de la población participante, especialmente en términos de edad, género y profesión, lo que podría haber condicionado los resultados y su generalización a la población general o a grupos específicos. Futuras investigaciones podrían beneficiarse de estrategias de muestreo más controladas para mejorar la validez externa de los hallazgos.

Pese a que el nivel de estudios de la muestra es alto, es muy llamativo el desconocimiento que presentan respecto a los conceptos básicos que se exploran, por lo que es de suponer que el desconocimiento de la población general debe ser mayor.

Así, muchas personas pueden, erróneamente, pensar que la nueva legislación ha introducido prácticas que, en realidad, ya eran legales, como el rechazo de tratamiento o la adecuación del esfuerzo terapéutico.

A la luz de los resultados, parece que uno de los aspectos más problemáticos es la dificultad para distinguir entre eutanasia y rechazo de tratamiento. Puede que esto tenga relación con que, en el pasado, hubo quien clasificaba el rechazo de tratamiento como "eutanasia pasiva o indirecta"; sin embargo, hace ya tiempo que existe consenso en limitar el uso del término eutanasia para referirse a una práctica que debe ser siempre activa, voluntaria y directa.

Igualmente, destacable es la frecuencia con la que se confunde la eutanasia con el suicidio médicaamente asistido y con el homicidio. En el primer caso hay que aclarar que es el propio paciente el que se administra la medicación que le producirá la muerte, aunque esta haya sido facilitada por profesionales sanitarios. En el segundo caso, la confusión puede estar relacionada con el desconocimiento de que la eutanasia debe ser solicitada siempre por un paciente capaz - o por uno incapaz, pero con un documento de voluntad previa válido en el que haya dejado clara constancia de adherirse a la prestación en caso de cumplir los requisitos y no ser capaz de manifestarse por sí mismo-.

Un hallazgo llamativo es que las mujeres y las personas jóvenes parecen tener una comprensión más clara de los conceptos evaluados, mientras que la posesión de estudios universitarios

no garantiza un mayor conocimiento de la terminología. Es especialmente preocupante el bajo porcentaje de aciertos entre el personal sanitario, lo que sugiere que la formación es insuficiente en este ámbito. Este hallazgo es especialmente relevante si se tiene en cuenta que los legisladores han regulado la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia, un tema sobre el cual ni la ciudadanía ni muchos de los profesionales implicados tienen una comprensión clara en 2024.

En este sentido, los resultados obtenidos refuerzan la hipótesis planteada al inicio de este artículo de que la falta de precisión terminológica genera una confusión que puede afectar la deliberación moral y la toma de decisiones en el ámbito clínico.

A pesar de que desde el punto de vista legislativo parece claro cuáles son las definiciones de las diferentes situaciones, los resultados de esta encuesta confirman el desconocimiento de la población en general de qué es exactamente la eutanasia. A la vista de los resultados, habría que plantearse la necesidad de que este concepto llegue a toda la población de forma clara y precisa. Y ello por un motivo más que sólido: todas las personas pueden encontrarse en alguna de estas situaciones, de modo que es fundamental que sepan en qué consiste cada una de ellas para tomar las decisiones necesarias.

Aunque la legislación regule la eutanasia, y a pesar de las medidas implementadas para prevenir aplicaciones indebidas, Pereira<sup>(4)</sup> ya nos advierte de que estas salvaguardas podrían ser ignoradas o transgredidas, especialmente si no se tiene un conocimiento real de qué es y qué no es eutanasia.

Si bien el presente estudio tiene ciertas limitaciones, como el carácter no probabilístico de la muestra y la falta de control sobre la tasa de respuesta, sus resultados permiten hacerse una idea de la magnitud del problema y sugieren que el principal obstáculo es un error de concepto ampliamente extendido, un problema que requiere una atención más profunda. A futuro, es fundamental desarrollar estudios más amplios y mejor diseñados que contribuyan a esclarecer estos términos y su correcta aplicación en la práctica clínica. Asimismo, es imprescindible desarrollar estrategias educativas y de divulgación que permitan una mayor comprensión de los términos clave en el debate bioético.

En este sentido, es destacable el papel de los medios de comunicación y las redes sociales en la configuración de la opinión pública sobre la eutanasia. Como se menciona anteriormente, vivimos en un mundo globalizado en el que la desinformación y la ambigüedad terminológica pueden influir en la percepción social del tema, y el contexto discursivo y la carga emocional de los medios pueden modificar el umbral de aceptación ética y social de la eutanasia<sup>(5)</sup>.

## 5. Conclusiones

El análisis de los resultados de esta encuesta confirma que aún existe gran confusión en la población respecto a qué es eutanasia y qué no lo es.

Es frecuente entre la población confundir la eutanasia con el rechazo de tratamiento (solo el 26 % aproximadamente de la muestra consigue identificarlo) o con el suicidio médicaamente asistido (identificado como tal por el 46 % de la muestra).

Este desconocimiento es llamativamente alto entre el personal sanitario (casi el 60 % de la muestra eran sanitarios, pero solo 12 acertaron todas las preguntas).

Llama la atención que las mujeres y las personas jóvenes parecen tener los conceptos más claros (de las 12 personas que acertaron todas las preguntas, 8 eran mujeres y solo 3 de estas personas tenían más de 50 años).

Como se desprende de los resultados, es imprescindible la formación específica de los sanitarios en el conocimiento del concepto de eutanasia, así como en los aspectos que la diferencian de otras actuaciones médicas con cabida en el contexto de final de vida.

## 6. Referencias bibliográficas

1. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado 25 mar 2021 [Acceso 11 de febrero de 2025];(72). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>

2. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM, Alarcos Martínez FJ, Barbero Gutiérrez J, Couceiro A, Hernando Robles P. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Rev Calid Asist* 2008;23:271-85. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(08\)75035-8](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)75035-8).
3. Sullivan AM, Warren AG, Lakoma MD, Liaw KR, Hwang D, Block SD. End-of-life care in the curriculum: A national study of medical education deans. *Acad Med* 2004;79:760-8. <https://doi.org/10.1097/00001888-200408000-00011>.
4. Pereira J. Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. *Curr Oncol* 2011;18(2):e38-45. <https://doi.org/10.3747/co.v18i2.883>.
5. Florina P, Sandu A. The Media Impact on the Public Acceptability of Euthanasia. *East-Eur J Med Humanities Bioeth* 2017;1:7-35. <https://doi.org/10.18662/eejmhb/01>