

Aceptación o rechazo de la eutanasia. Encuesta en 3021 empleados del gobierno federal

Horacio García-Romero,^{*} Alfredo González-González,^{**} Jorge Galicia^{***}

Recepción 17/06/98; aceptación 26/08/98

Resumen

Se practicó una encuesta en 3021 empleados del Gobierno Federal, mediante un cuestionario autoaplicado en el que se recabaron datos socioeconómicos de los encuestados (sexo, edad, estado civil, número de hijos, religión, escolaridad e ingresos mensuales), y preguntas en relación a la eutanasia. Para fines de este trabajo se consideraron tres tipos de eutanasia: 1) pasiva (suspensión de los medios que mantienen vivo a un paciente), 2) activa (aplicación de medios que provocan la muerte inmediata de personas con sufrimiento sin probabilidades de alivio), y 3) activa a mediano plazo (aplicación de sustancias que mantienen sedado y sin molestias a un paciente, con suspensión de su alimentación).

La eutanasia pasiva y la eutanasia activa a mediano plazo fue aceptada por 40% de la población, y la eutanasia activa por 20%. Estos porcentajes se elevan en los jóvenes, en los que no profesan ninguna religión o en quienes la religión no influye ostensiblemente, en los profesionales y en los posgraduados.

Palabras clave: Eutanasia, ética, legislación, paciente terminal.

Summary

A survey was conducted with 3021 employees of the Federal Government using self-administered questionnaires in order to collect data on the socioeconomic background of those surveyed (sex, age, civil status, number of children, religious affiliation, educational level and monthly income), as well as their opinions about euthanasia. For the purposes of this study, three types of euthanasias were considered: 1) passive (the suspension of life support systems), 2) active (the application of immediate death causing means for people who suffer from incurable illnesses), and 3) active in the medium term (the application of substances which keep a patient sedated and comfortable while all food is withheld).

Passive and medium-term active euthanasia were accepted by 40 percent of the population surveyed, while active euthanasia was accepted by 20 percent.

These percentages were higher among young people, among those who were not heavily influenced by or did not practice religion, among professionals and among post graduates.

Key words: Euthanasia, ethics, legislation terminal patient.

^{*} Investigador CLIDDA, ISSSTE.

^{**} Subdirector Médico de CLIDDA, ISSSTE.

^{***} Matemático, Jefatura de Enseñanza. Subdirección General Médica ISSSTE.

Correspondencia solicitud de sobretiros: Av. Universidad # 1321 Col. Florida C.P. 01030 Delegación Alvaro Obregón México, D.F.

En la *multipremiada* película "El paciente Inglés", el protagonista le pide a su enfermera que le aplique 5 o 6 ampollas de narcóticos. *Esta* *proce-* de a hacerlo sin ninguna duda y le produce la muerte. La reacción del público apenas rebasa la emoción producida por el resto de este hermoso film. La escena se contempla como algo natural, incluso deseable, dadas las condiciones terribles del enfermo quien ha sufrido graves y extensas quemaduras y otras lesiones de guerra.

La eutanasia constituye uno de los problemas éticos importantes que debe afrontar el personal de salud. La opinión de la población general es un reflejo del criterio prevaleciente en una área geográfica o en un país. En esta investigación se revisaron algunos datos socioeconómicos de un grupo de empleados del Gobierno Federal de la República Mexicana, y la opinión de este grupo sobre los diversos tipos de eutanasia que en algunas ocasiones puede aplicar el personal de salud a enfermos en estado terminal o con intensos sufrimientos sin posibilidades de alivio. El conocimiento de estos datos puede modificar el enfoque legal de este problema, que ha sido motivo de cuestionamientos a través de la historia.

Material y método

Se aplicó una cédula de encuesta a 3021 personas que asistieron a la Clínica de Detección y Diagnóstico Automatizados (CLIDDA), del ISSSTE, a la que acuden empleados del gobierno federal y maestros de las escuelas de enseñanza superior (UNAM, UAM) aparentemente sanos, para que se les realice un examen médico general periódico.

El documento se usó como cuestionario autoaplicado, e incluyó información socioeconómica del encuestado, (sexo, edad, estado civil, número de hijos, religión, escolaridad e ingresos mensuales) y preguntas en relación con la eutanasia. Para fines de este trabajo, ésta se clasificó en tres clases: a) eutanasia pasiva, b) eutanasia activa y c) eutanasia activa a mediano plazo.

Se consideró como eutanasia pasiva a la suspensión de los medios que mantienen vivo a un paciente, tales como apagar un respirador artificial, suprimir la aplicación de aminas que mantienen la presión arterial del enfermo o suspenderle la ali-

mentación. En el cuestionario se interrogó a los encuestados sobre su aceptación o rechazo de dos situaciones de eutanasia pasiva:

- 1) Suspensión de todas las medidas médicas en un paciente en estado vegetativo de quien varios médicos afirmaron que las posibilidades de recuperar su vida de relación eran prácticamente nulas.
- 2) A solicitud directa y repetida de una paciente paralítica durante ocho años, suspensión de la alimentación que recibía a través de una sonda nasogástrica.

Se define como eutanasia activa a la aplicación de medios que provocan la muerte inmediata de personas con sufrimiento físico o mental sin probabilidades de alivio.

Se cuestionó a las personas estudiadas sobre la aceptación o rechazo de dos situaciones de eutanasia activa:

- 1) Aplicación de un medicamento letal a un paciente que padecía cáncer de páncreas con metástasis, para el que no había ya ningún tratamiento y le provocaba intensos dolores continuos.
- 2) Aplicación de medicamentos para terminar la vida de un paciente con un profundo y prolongado trastorno psicológico sin solución, que le producía depresión y angustia.

Hemos llamado eutanasia activa a mediano **plazo** a la aplicación de sustancias que mantienen **sedado** y sin molestias a un paciente con suspensión de su alimentación. El enfermo irá poco a poco disminuyendo en sus funciones vitales y fallecerá en un lapso de pocos días. El procedimiento es menos violento que la simple eutanasia activa y más parecido a la muerte natural.

Se preguntó a los encuestados sobre su rechazo o aceptación de la eutanasia activa a mediano plazo en una situación:

- 1) Aplicación de sedantes y analgésicos profundos que suprimían el sufrimiento de un paciente con cáncer terminal, al que se le suspendió la alimentación hasta su fallecimiento dos semanas después.

Los datos fueron procesados en un programa DATA- base 3, y analizados estadísticamente. Se utilizaron las pruebas de X² (Ji cuadrada) y de "t" de Student para establecer la significación estadística de los resultados. Estas diferencias se expresan

como $p > .05$ cuando no hay significación estadística, $p < .05$ cuando las diferencias son estadísticamente significativas, y por $p < .01$ cuando son altamente significativas.

Resultados

En la **cuadro I** se señalan los datos **socioeconómicos** de los encuestados.

Eutanasia pasiva

De las respuestas a las dos preguntas sobre eutanasia pasiva, aceptó ambas condiciones para realizarla 30% de la población, y 48% no aceptó ninguna.

Estuvo de acuerdo con uno de los motivos para practicarla 22% restante. En números redondos puede afirmarse que la mitad de la población admite la eutanasia pasiva, total o parcialmente, y la otra mitad la rechaza.

Entre los que admitieron totalmente esta forma de eutanasia se cuenta 29% de las mujeres y 30% de los hombres. La aceptación tiene relación con la edad: aumenta en el grupo entre 30 a 39 años a 32% y disminuye de los 50 en adelante hasta 24%. ($p < .05$). Las personas que tienen menos de tres hijos, la admiten en 31% y disminuye hasta ser de 13% en los que tienen seis hijos o más ($p < .01$).

Los casados, solteros y los que viven en unión libre la aceptan en porcentajes similares al total de la población. Sólo en los divorciados se eleva al 41%.

Los católicos la prueban en 28%, los cristianos no católicos en 17% y los que informan no tener ninguna religión en 50% ($p < .01$). Los que asisten con frecuencia a servicios religiosos la admiten en 24%, en contraste con 38% y 35% de los que asisten poco o no asisten. ($p < .01$). A medida que la religión influye más en las decisiones, la aceptación es menor, y fluctúa entre 36% y 22% ($p < .01$).

Existe una correlación directa entre el grado de estudios vs. la aceptación de la eutanasia pasiva, que va del 11% en los que estudiaron primaria, 30% en los que cursaron preparatoria y 46% en los que tuvieron estudios de posgrado ($p < .01$).

Cuadro I. Condiciones socioeconómicas de las personas encuestadas

	Número de personas	Porcentaje
Sexo		
Femenino	1387	42.9
Masculino	1634	57.1
Grupos etarios(años)		
18-29	598	18.1
30-39	1074	33.7
40-49	864	28.8
50-59	354	13.0
60-69	110	2.0
70-82	21	1.4
Estado civil		
Casados	1942	64.3
Solteros	661	21.9
Divorciados	164	5.4
Unión libre	184	6.1
Viudos	70	2.3
Número de hijos		
0	892	29.5
1	460	15.2
2	688	22.8
3	546	18.1
4	229	7.6
5	99	3.3
6 o más	107	3.5
Grado de estudios		
Primaria	180	6.2
Secundaria	363	12.0
Carrera técnica	599	19.9
Preparatoria	500	16.6
Profesional	1197	39.7
Posgrado	172	5.7
Ingresos mensuales (pesos)		
Menos de 1000	593	19.6
1000 a 2000	1274	42.2
2001 a 3000	495	16.4
3001 a 4000	288	9.5
Más de 4000	371	12.3
Religión		
Católicos	2629	87.0
Cristianos no católicos	159	5.3
Sin religión	230	7.9
Atención a servicios religiosos		
1 vez al mes	1392	46.1
1 vez c/2 meses	423	14.0
Menos de 1 c/2 meses	426	14.1
No asiste	777	25.7
Influencia de la religión		
Importante	1275	42.2
Poco importante	734	26.3
Nada importante	949	31.4

Los ingresos mensuales tuvieron también correlación directa con la aceptación de la eutanasia pasiva: a mayores ingresos, mayor aceptación, que fluctuó entre 18% y 43% ($p < .01$).

Eutanasia activa

De la población aceptó las dos condiciones para practicar la eutanasia activa el 19%, y 57% las rechazó. El resto aprobó solamente una de las condiciones propuestas 24%. En números redondos 60% de la población rechaza totalmente la eutanasia activa y 40% la acepta total o parcialmente.

Entre los individuos que admiten totalmente la eutanasia activa se incluyen 19% de las mujeres y el mismo porcentaje de los hombres.

La edad modifica ligeramente este porcentaje. A mayor edad es menor la aceptación que fluctúa entre 21% en las personas de 18 a 29 años y 16% en las de 60 a 69 ($p < .05$).

Entre mayor es el número de hijos es menor la aceptación de la eutanasia activa. Los que no tienen hijos, la aprueban en 21% de los casos. Si se tiene uno a tres hijos, la admiten del 18% al 20%. Si se tienen cuatro o más hijos, se reduce a 13% al 16% ($p < .01$).

El estado civil no influye en la aceptación de la eutanasia activa. En todas las situaciones el porcentaje es similar al de la población total.

De los católicos 19% y sólo 8% de los cristianos no católicos la aprueban. De los que no profesan ninguna religión está en favor de ella 33% ($p < .01$).

Hay una relación inversa entre la asistencia a los servicios religiosos y la aceptación de la eutanasia. La aprueban 14% de los que asisten regularmente y 22% de los que no asisten ($p < .01$).

Cuando la influencia religiosa es importante, 14% acepta la eutanasia activa, y aquellos en los que la religión no tiene influencia en sus decisiones, 25% están de acuerdo con ella ($p < .01$).

El grado de estudios es proporcional a la aceptación de la eutanasia activa. De los que estudiaron primaria 13% y 24% de los profesionales la aprueban ($p < .01$).

Los ingresos mensuales influyen proporcionalmente en el consentimiento de este tipo de eutanasia. El porcentaje fluctúa entre 15% en los que ganan menos de 1000 pesos mensuales y 26% en los que perciben más de 4000 ($p < .01$).

Eutanasia activa a mediano plazo

En la investigación realizada 37% de los encuestados aceptaron que se mantenga al paciente terminal sedado, sin alimentarlo hasta su fallecimiento. Los que lo admiten incluyen 40% de las mujeres y 34.7% de los hombres.

Los jóvenes admiten este manejo en una proporción ligeramente mayor que las personas de más edad. Con excepción de los individuos que tienen más de seis hijos, de los que solamente 25% aceptan este tipo de eutanasia, el número de hijos del resto del personal no influye en su opinión.

De los divorciados 50% admite la eutanasia activa a mediano plazo. El estado civil del resto de los encuestados no modifica sustancialmente el porcentaje de la población que la acepta.

De los católicos 38%, de los cristianos no católicos 22% y de las personas sin religión están de acuerdo con este tipo de eutanasia 50% ($p < .01$).

La asistencia a los servicios religiosos influye en forma inversamente proporcional con la aceptación; los que asisten frecuentemente la admiten en 33%; en cambio la aceptan 45% de los no practicantes ($p < .01$).

La influencia de la religión produce la misma proporción inversa. La admiten 30% de los muy religiosos y 43% de aquellos en los que la religión no tiene influencia ($p < .01$).

El grado de estudios es proporcional a la aprobación de la eutanasia activa a mediano plazo (Cuadro II).

Los ingresos mensuales tienen también relación con la aceptación (Cuadro III).

Cuadro II. Ingresos mensuales y aceptación de la eutanasia activa a mediano plazo. (EAMP)

Nivel de ingresos en pesos	No. de personas	Personas que aceptaron la EAMP	Porcentaje de personas en cada nivel
Menos de 1000	593	185	31.3
1000 a 2000	1274	445	34.9
2001 a 3000	495	209	42.2
3001 a 4000	288	116	40.4
Más de 4000	371	166	44.8

Cuadro III. Grado de estudios y aceptación de la eutanasia activa a mediano plazo. (EAMP)

Nivel de estudios	Nº de personas	Personas que aceptaron la EAMP	Porcentaje de personas en cada nivel
Primaria	189	41	22.7
Secundaria	363	112	30.8
Carrera técnica	599	229	38.2
Preparatoria	509	197	39.4
Profesional	1197	475	39.7
Posgrado	172	70	40.7

Comentarios

La evolución tecnológica permite en algunos casos mantener la vida de modo artificial casi indefinidamente. ¿Cuál es la calidad de esta vida?, ¿Es en realidad vivir mantenerse con el corazón latiendo a base de drogas, respirar mediante un aparato artificial, y tener destruido y sin funcionar el cerebro sin ninguna posibilidad de recuperación?

Los cambios que a diario se presentan en las ciencias médicas exigen un replanteamiento del valor mismo de la vida humana. Ya se han dado pasos adelante con la aceptación de los trasplantes de órganos y el concepto de muerte cerebral; incluso la famosa afirmación del Papa Pío XII, que en un individuo moribundo no hay obligación de mantener medidas extraordinarias para conservarle la vida, si ésta no ofrece la posibilidad de regresar a una relación social normal, plantea ya el concepto de calidad de vida.

La idea de la muerte y de los sentimientos ligados a ella ha ido cambiando con la historia. Dar muerte a los que amenazan la seguridad de un país ha sido considerado en todos los milenios como un acto necesario de valor y dignidad. Morir por la patria, o por las creencias de un grupo al que pertenecemos, es heroico y nos hace merecedores de la gloria, sea esta pasajera o eterna. Hay pues valores, que así sea por excepción, se han supuesto que se encuentran por encima del valor de la vida humana.

El hombre tiene la capacidad de resistir profundos sufrimientos psicológicos y físicos. La miseria económica, social y moral en la que vive una buena

parte de la humanidad da buena cuenta de este fenómeno. Sin embargo el dolor profundo o la intensa angustia cuando se prolongan sin esperanza, pueden vencer la resistencia humana, y producir una "vida" acompañada de un sufrimiento que va mas allá de lo que se debe exigir a una persona digna y merecedora de respeto y piedad.

En esos casos la ciencia-tecnología no debe obstinarse en mantener por cualquier medio la "vida" de estas personas. El hacerlo se conoce como "obesidad terapéutica", como "ensañamiento terapéutico".

La muerte es la última fase de la vida y como tal, debe ser considerada como parte integrante de ella. La ciencia, con todos sus alardes, no ha podido modificar este hecho, y en su búsqueda sin sentido de lograr lo mas cercano a la inmortalidad en este mundo, solo ha conseguido aumentar la angustia y la desilusión ante lo que no puede cambiar.

Cuando se mantiene a un sujeto conciente o inconciente con vida, sabiendo que la medicina ya no puede ayudarlo, supliendo las carencias biológicas para posponer una muerte que se sabe inevitable a corto o mediano plazo, se utiliza la ciencia y la técnica solo por su disponibilidad. Si se cuenta con el procedimiento hay que emplearlo, de acuerdo con la corriente que parece dominar actualmente el ejercicio de la medicina. Los valores humanos fundamentales: la dignidad, la calidad de la vida, el beneficio que se logra, el evitar el daño, pasan a un segundo término. La tecnología no tiene ya como fin a la persona humana, no está al servicio del hombre sino que se convierte en un fin en si misma.

¿Cómo mueren actualmente los pacientes en nuestros países?

En las áreas donde domina la pobreza, el enfermo queda en su casa rodeado de sus familiares y de sus amigos que le brindan su afecto y le dan fuerza para llegar al final de su vida. En otros medios el paciente fallece entre tubos y aparatos. Las alarmas electrónicas sustituyen las campanas fúnebres que anunciaban antaño la muerte de algún notable. Lo mas triste es que morirá en una soledad, en un abandono que se antoja inmorales e impíos. Sus familiares tendrán después la oportunidad de contemplar su cadáver. Lo importante,

parece ser, es alejar la muerte y lo que muere. Los médicos estamos incorporando la "cultura de la comodidad" al acto de morir.

Existe, sin embargo, una reacción que se ve cada vez mas fortalecida. La pérdida del sentido de la persona humana y de sus valores ha dado lugar a una tendencia, por ahora incipiente, favorecedora de la "muerte digna", inclusive de la muerte provocada por otras personas, si es grande el sufrimiento del paciente o es prácticamente nula la posibilidad de sobrevivencia a corto o largo plazo. Si no es posible otorgar una *vida digna* a quienes están a cargo del personal de salud, ¿por qué rechazar la idea de proporcionar una *muerte digna* que evitara el sufrimiento extremo, inevitable, y suprimirá el daño que produce?

Es bien conocido que Tomás Moro, elevado a los altares como santo por la Iglesia Católica, en su famoso libro "Utopía" recomienda la eutanasia cuando el dolor que sufre una persona es grande e inevitable.

Vale la pena mencionar el "Testamento en vida" o "Instrucciones para el final de mi vida", que se refiere a las indicaciones que una persona desea que se apliquen en sus últimos días. Si en un documento legal se señala: "no deseo que se tomen medidas para prolongar mi vida, si los médicos que me tratan saben que voy a morir en pocos días o que no podré volver a tener una relación social normal con familiares y amigos", estas indicaciones pueden ser la base del manejo terapéutico de quien expresamente ha manifestado que, en los días cercanos a su muerte, no acepta medidas extraordinarias o heroicas para mantenerlo con vida.

De momento, el testamento en vida es ya materia legalizada en Estados Unidos y en otros países. En México todavía se requiere que se acepte la necesidad de incorporarlo a la legislación vigente.

La ley en México habla del "homicidio por piedad" en el Código Penal de algunos estados y de una disminución de la pena si ese es el origen. He aquí un tema que merece ser retornado y analizado cuidadosamente por los legisladores si se desea que las normas se apeguen a la realidad.

Un criterio que parece indiscutible es la necesidad de exigir la humanización de los cuidados para los moribundos.¹⁻³ En varios países (Inglaterra, Francia y otros) se han creado "hospicios para pacientes terminales" en los que el objetivo funda-

mental es aliviar el sufrimiento de las personas próximas a morir.^{4,5}

Un porcentaje grande de personas en los EU, favorece la eutanasia y el suicidio asistido? En una serie, 44% de las muertes de pacientes psiquiátricos fueron ayudadas por los médicos en forma pasiva o activa? En los niños, se ha recomendado que en las enfermedades donde no hay posibilidades de supervivencia y se presentan dolores y sufrimientos inevitables, es preferible suspender el tratamiento del padecimiento primario.^{8,9}

En Holanda país en el que se admite la eutanasia, en 57% de los certificados de defunción de niños recién nacidos, se indica que se tomó alguna medida para acortar la vida del niño que no tenía posibilidades de supervivencia.¹⁰

Encuestas realizadas en varios países señalan que la población general parece inclinarse a ser más liberal respecto a la eutanasia conforme pasan los años.^{11,12} Los médicos, en ocasiones muestran escepticismo sobre la eutanasia, a medida que se perfeccionan los procedimientos paliativos.

Así en Alberta, Canadá, 50 a 60 % de la población acepta la eutanasia, lo que ocurre solamente en el 20% al 40% de los médicos.¹⁴ En San Francisco, California, por otra parte, en 90% de 200 muertes se recomendó suspender o no aplicar medidas terapéuticas a un grupo de pacientes en 1993. En un estudio similar realizado seis años antes, esta recomendación se dió únicamente en 51 de los enfermos.¹⁵

En 1995, 48% de los médicos aceptaron coadyuvar al suicidio asistido en pacientes con SIDA, a diferencia de 28% en 1990.¹⁶ Entre médicos que tratan este tipo de pacientes, 53% manifestó que ya lo habían hecho cuando menos en una ocasión.

Una encuesta en 355 oncólogos reflejó que la mitad desearían para sí mismos que les aplicaran eutanasia activa o suicidio asistido, si se diera el caso. De los médicos restantes 42% señaló que estos procedimientos pueden a veces ser útiles en sus pacientes.¹⁷

En un grupo de médicos familiares o generales, 24% afirmó que en un año había practicado eutanasia activa o suicidio asistido. De los pacientes 85% padecían neoplasias malignas.¹²

Estudios cuidadosos han llevado a la conclusión que son los médicos o las enfermeras los que,

de hecho, aplican la eutanasia, con frecuencia sin que vaya implícita la solicitud o la autorización del paciente o de sus familiares.^{18,19}

En Australia, país en la que la eutanasia está parcialmente permitida, 78% de la población y 54% de los médicos admiten la eutanasia pasiva. La eutanasia activa es aceptada por 70% de la población y por 33% de los médicos. El suicidio asistido lo admitió 65% de la población y 36% de los médicos.¹⁸

La Ley en la mayoría de los países está en contra de la eutanasia activa, pero en los casos conocidos en que se lleva a cabo, si se presenta un juicio los jueces se muestran flexibles y con tendencia a no aplicar castigos.²⁰

La idea del Papa Pio XII sobre las medidas extraordinarias ha sido interpretada de diversas maneras. Así se ha considerado como "extraordinaria" la suspensión de la alimentación por ejemplo en los cuádruplémicos tomando en cuenta la carga que representa en comparación con los beneficios o ~. Se ha dicho que no hay justificación ni ningún mérito en prolongar un sufrimiento.²³ A propósito de la respiración artificial y si se trata de un procedimiento ordinario o extraordinario, se ha sostenido que cualquier opinión es convencional y subjetiva, y sólo lleva a una polémica estéril.¹⁵

Por otra parte, son numerosos los ensayos provenientes sobre todo de medios religiosos, que condenan la eutanasia a la que consideran como un homicidio.^{24,25}

Los datos que se encontraron en los países mencionados, contrastan con los de la encuesta reportada en este artículo. Los trabajadores al servicio del Estado, en México, se muestran más conservadores y menos anuentes a aceptar cualquier forma de eutanasia. En la población encuestada la eutanasia pasiva se admite por más del 40% solamente entre los divorciados, los que no profesan ninguna religión, los que tienen estudios de posgrado y los que tienen ingresos mayores de 4000 pesos mensuales. La eutanasia activa es aceptada únicamente por 20% de la población, es este porcentaje un poco mayor entre los jóvenes, los que no tienen hijos, los que no profesan ninguna religión, o no asisten a servicios religiosos o en los que la religión no tiene importancia; es también un poco más alta en los profesionales y en los que tienen ingresos mayores de 4000 pesos mensuales.

La eutanasia que hemos llamado "activa a mediano plazo" (paciente sedado intensamente sin alimentarlo, hasta que fallece) es aceptado por cerca de 40% de los encuestados, con un porcentaje mayor entre los jóvenes, los divorciados, los que no profesan ninguna religión o en quienes la religión no influye ostensiblemente en los profesionales y en los posgraduados.

En una encuesta (1997) que se realizó a 114 médicos y estudiantes de medicina por el Centro de Investigaciones en Bioética, en León, Guanajuato, 32% estuvo de acuerdo con la eutanasia pasiva y 20% con la eutanasia activa, a pesar que 92% afirmó que la vida es sagrada e intocable.²⁶

Los resultados que se obtuvieron seguramente sufrirán cambios, y será necesario repetir este estudio en encuestas similares en los próximos lustros.

Referencias

1. **Kúbler-** Ross **Elizabeth**. On death and dying. Ed **Mac-Millan**- Nueva York. 1969.
2. **Gauthier PA**. Living with dignity until the end- Can Nurse. 1997, 93:38-42.
3. **Campbell ML**, **Frank RR**. Experience with an end-of-life practice at a university hospital. *Crit Care Med* 1997, 25: 197-202.
4. **Verspielen P**. Face a celui qui meurt. Ed. **Descleé de Brower**. Paris. 1995.
5. **Lifshitz A**. Morir con dignidad. *Rev Med IMSS*, 1995, 33: 9-16.
6. **Coulehan J**. The man with stars inside. *Ann Intern Med*. 1997, 126:799-802.
7. **Van-Thiel GJ**, **van-Delden II**, de-Haan K, y cols. Retrospective study of doctors "end of life decisions" in caring for mentally handicapped people institutions in the Netherlands. *BMJ*. 1997, 10: 197-204.
8. **Yu VY**. Ethical decision making in newborn infants. *Acta Med Port*. 1997, 10:197-204.
9. **Van-der-Heide A**, **van-der-Maas PJ**, **van-der-Wal G** y cols. Medical end-of-life decisions made for neonates and infants in the Netherlands. *Lancet* 1997, 350:251-5.
10. **Randolph AG**, **Zollo MB**, **Wigton RS** y cols. Factors explaining variability among to restrict life-support interventions in a pediatric intensive care unit. *Crit Care Med*. 1997, 25:435-9.
11. **Lichtenstein RL**, **Alcser KH**, **Corning AD** y cols. Black/White differences in attitudes toward physician-assisted suicide. *J Natl Med Assoc* 1997, 89:125-33.
12. **Verhoef MJ**, **van-der-Wal G**. Euthanasia in family practice in the Netherlands. Toward a better understanding. *Can Fam physician*. 1997, 43:231-7.
13. **Willard C**. Killing and caring: is euthanasia incompatible with care? *Eur J Care* 1997, 6:40-4.

14. Suárez Almazor- ME, **Betzile** M, Bruera E. Euthanasia and physician assisted suicide: a comparative survey of physicians, terminally ill cancer patients and the general population. *J Clin Oncol* 1997, 15:418-27.
15. Prendergast TJ, Luce JM. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support. *Am J Resp Crit Care Med* 1997, 155:15-20.
16. Siome LR, Mitchell TF, Charlebois E y cols. Physician assisted suicide and patients with human immunodeficiency virus disease. *N Engl J Med* 1997, 336: 417-21.
17. **Howard OM, Fairclough DL, Daniels ER.** Physician desire for euthanasia and assisted suicide: would physicians practice what they preach? 1997, 15: 428-32.
18. Steinberg MA, **Najman JM, Cariwright RM y cols.** End of life decisionmaking: community and medical practitioners perspectives. *Med J Aust* 1993, 3:191-6.
19. Kuhse H, Singer P, Daume P y cols. End of life decisions in Australian medical practice. *Med J Aust* 1993, 3: 191-6.
20. D. **Humphry,** Jean's way. Ed Harper and Row, Nueva York, 1987.
21. **Boyle J.** Does the benefit outweigh the burden in the artificial provision of nutrition and hydration? Affirmative position. En R Smith (Ed): *Critical issues in Contemporary Health Care.* The Pope John Center. Braintree, Massachusetts. 1989, p. 60-69.
22. Boyle J., op. cit. Negative position 1989, p. 70-77.
23. Baudouin JL, **Blondeau D.** Etica ante la muerte y el derecho a morir. Ed Herder. Barcelona, 1995.
24. Maiherbe JF. Pour une éthique de la médecine. Ed Larousse, Paris 1987, p. 233.
25. **Porter K.** Eutanasia y muerte digna. En introducción a la Bioética de Porter K y cols. Menoz Editores. México D.F. 1997. p. 209-27.
26. Hernández-Arriaga JL, Morales- Estrada A y Cortés GG. Encuesta de actitudes médicas ante el paciente terminal. *Rev invest Clin* 1997, 49: 497-500.