



## Hacia una cultura paliativa: nivel de conocimiento y creencias erróneas sobre cuidados paliativos, sedación paliativa y eutanasia

Towards a Palliative Culture: Level of Knowledge and Misconceptions about Palliative Care, Palliative Sedation, and Euthanasia



### Autores

#### **Pablo Sastre Moyano**

Centro de Humanización de la Salud San Camilo  
Email: [psastre@sancamilo.org](mailto:psastre@sancamilo.org)

#### **Marta Villacieros Durbán**

Centro de Humanización de la Salud San Camilo  
Email: [marta.villacieros@gmail.com](mailto:marta.villacieros@gmail.com)  
 <https://orcid.org/0000-0002-8736-1487>

#### **Rosa Ruiz Aragonese**

Centro de Humanización de la Salud San Camilo  
Email: [investigacion@humanizar.es](mailto:investigacion@humanizar.es)  
 <https://orcid.org/0000-0003-4495-5637>

#### **Cristina Obispo Díaz**

Universidad Autónoma de Madrid  
Email: [cristinaobispodiaz@gmail.com](mailto:cristinaobispodiaz@gmail.com)  
 <https://orcid.org/0000-0002-7949-8125>

**Enrique Pérez Miguel**

Centro de Humanización de la Salud San Camilo

Email: [investigacion1@humanizar.es](mailto:investigacion1@humanizar.es)

 <https://orcid.org/0000-0002-6315-7297>

**José Carlos Bermejo Higuera**

Centro de Humanización de la Salud San Camilo

Email: [jcbermejo@humanizar.es](mailto:jcbermejo@humanizar.es)

 <https://orcid.org/0000-0003-3103-5946>

 **Resumen**

El presente estudio tuvo como objetivo analizar el nivel de conocimiento de los conceptos de cuidados paliativos, sedación paliativa y eutanasia, lo que podría influir en la toma de decisiones éticas relacionadas con final de vida. Para ello, se elaboró un cuestionario *ad hoc* administrado entre los asistentes a unas Jornadas de Cuidados Paliativos en la Comunidad de Madrid ( $n = 142$ ). La T de Student mostró que existen diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) entre los tres pares de conceptos y se encontraron correlaciones entre el grado de conocimiento de los tres constructos. La experiencia laboral y el nivel de conocimientos en cuidados paliativos correlaciona con un mayor conocimiento sobre eutanasia y sedación paliativa, encontrando diferencias estadísticamente significativas por nivel de estudios. Estos resultados sugieren que fomentar el conocimiento de cuidados paliativos disminuirá la presencia de ideas erróneas en deliberaciones relacionadas con el final de la vida, sedación y eutanasia.

 **Abstract**

*The objective of this study was to analyze the level of knowledge of the concepts of palliative care, palliative sedation and euthanasia that could influence ethical decision-making related to the end of life. Accordingly, an ad hoc questionnaire was drawn up and given to those attending Palliative Care Conferences in the Community of Madrid ( $n = 142$ ). Student's T showed that there are significant differences ( $p < 0.05$ ) between the three pairs of concepts, and correlations were found between the degree of knowledge of the three constructs. Work experience and level of knowledge in palliative care correlates with greater knowledge of euthanasia and palliative sedation, finding statistically significant differences according to level of education. These results suggest that promoting knowledge of palliative care will reduce the presence of erroneous ideas in deliberations related to the end of life, sedation and euthanasia.*

 **Key words**

Cuidados paliativos; sedación paliativa; discusiones bioéticas; eutanasia; final de vida; salud pública.

*Palliative care; palliative sedation; bioethical issues; euthanasia; end of life; public health.*

 **Fechas**

Recibido: 27/03/2023. Aceptado: 30/01/2024



## 1. Introducción

La Asociación Europea de Cuidados Paliativos (European Association for Palliative Care, EAPC) promovió en el año 2013 la llamada Carta de Praga (EAPC, 2013; Devay de Freitas, 2017) reclamando la consideración de los cuidados paliativos como un derecho humano.

Posteriormente, en 2018, la OMS había definido los Cuidados Paliativos (CP) como:

[...] la prevención y alivio de sufrimiento de pacientes adultos y pediátricos, así como de sus familias, que se enfrentan a problemas asociados con enfermedades que amenazan la vida. Estos problemas incluyen el sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual de pacientes y familiares. (OMS, 2018, p. 5)

Si bien ya aparecía en la OMS el necesario enfoque interdisciplinario, la EAPC subrayó un aspecto esencial: los CP, por ser un derecho, afectan a toda la comunidad en su conjunto no solo a pacientes y familiares, sino a todo el entorno relacional (Ávila et al., 2020) y sociopolítico (EAPC, 2013).

La Asociación Europea de Cuidados Paliativos promovió en el año 2013 la llamada Carta de Praga reclamando la consideración de los cuidados paliativos como un derecho humano

La Asamblea Mundial de la Salud (World Health Assembly) identifica los CP como una responsabilidad ética de los sistemas de salud (Carrasco et al., 2021; World Health Assembly, 2014). Aun así, a pesar del trabajo de muchos para lograr que los CP se consideren parte de los derechos humanos básicos y, por tanto, se universalice el acceso a los mismos (Riveros Río, 2017; Leiva, 2022), todavía queda mucho para que la mayoría de la población mundial tenga acceso a la atención paliativa (OMS, 2021).

Desde la International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC, 2018) se insiste en entender los CP como asistencia activa, holística, a personas de todas las edades con sufrimiento severo relacionado con una enfermedad grave, especialmente de quienes están cerca del final de la vida, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores. Es decir, cada vez se aboga más por entender los CP, no tanto desde el pronóstico sino desde la necesidad, como también defiende el Center to Advance Palliative Care (CAPC, 2020).

Siendo los CP un ámbito tan importante para el sistema sanitario, diversos estudios muestran la existencia de prejuicios asociados al desconocimiento de conceptos como sedación paliativa (SP) o eutanasia (E)(E) (Taber et al., 2019). Además, tal desconocimiento puede generar mitos y creencias erróneas que no contribuyen a su justa valoración, como pensar que la morfina se asocia exclusivamente a personas que van a morir o que los CP son solo para personas con cáncer (Alonso Herrera et al., 2020; Asencio Huertas et al., 2014).

Algo similar ocurre con la eutanasia, que en España es definida por la Ley Orgánica 3/2021 (BOE, 2021) como:



La actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios. (p. 1)

El objetivo de este estudio fue analizar el nivel de conocimiento que existe acerca de cuidados paliativos, sedación paliativa y eutanasia

La E es, por tanto, esencialmente distinta que la SP (Acedo Claro y Rodríguez Martín, 2021). Esta se puede definir, no sin cierta controversia (López Castro, 2016), como:

La administración deliberada de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios con su consentimiento explícito, implícito o delegado. (Rivas García, 2022, p. 3).

Otros estudios muestran que esta confusión entre SP y E se da no solo en población general, sino también entre profesionales sociosanitarios (Asencio Huertas et al., 2014; Morita et al., 2003), al igual que la dificultad para diferenciar E y CP (Gómez-Sancho et al., 2010).

Por todo esto, el objetivo de este estudio fue analizar el nivel de conocimiento que existe acerca de CP, SP y E y explorar la asociación entre perfiles demográficos y nivel de conocimiento.

## 2. Metodología

### 2.1. Población de estudio

Para la elaboración de este estudio, se utilizaron los datos recogidos en una muestra de asistentes a unas Jornadas de CP ofrecidas en un centro sociosanitario de la Comunidad de Madrid, con una conferencia explícita que abordaba los diversos conceptos. Una vez finalizadas las Jornadas, se hizo entrega de los cuestionarios autoinformados totalmente anónimos a los 270 asistentes, obteniendo 151 respuestas (138 de manera presencial y 13 a través de Google Forms). Se eliminaron 9 cuestionarios con valores perdidos en el 50% de las preguntas siendo la muestra final de 142 personas (tasa de respuesta = 53%).

Todos los participantes fueron informados de la finalidad del cuestionario y accedieron desinteresadamente a participar en el estudio, que contaba con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación del Centro, asegurando respetar la Declaración de Helsinki y la legislación vigente de Protección de Datos.



## 2.2. Instrumento

Se diseñó un cuestionario autoinformado *ad hoc* en el que se incluyeron variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios, estado civil), relación con el ámbito de CP (razón de asistencia a las jornadas, ámbito profesional o años de experiencia laboral en CP en 5 tramos), formación e información al respecto (o nivel manifestado de), conocimiento de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la E (con 4 niveles de respuesta), formación en CP (también con 4 niveles de respuesta), y 22 preguntas con 3 opciones de respuesta para evaluar el nivel de conocimientos de los conceptos de CP (6 ítems), SP (11 ítems) y E (5 ítems). Estos 22 ítems se detallan en la tabla 1 y recogen: En primer lugar, dos ítems basados en la definición de SP y E; seguidos de 20 ítems acerca de mitos sobre los CP, la SP y la E.

**Tabla 1. Cuestionario utilizado para el estudio**

Definiciones de SP y E
<p>La sedación paliativa es la disminución deliberada de la consciencia del enfermo, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ... causado por uno o más síntomas refractarios*</li> <li>b. ... causado por uno o más síntomas refractarios y finalmente acelerará el proceso del fallecimiento</li> <li>c. ... causado por uno o más síntomas refractarios, finalmente acelerará el proceso del fallecimiento, siendo condición que la persona esté cercana a la muerte</li> </ol>
<p>Según la Ley de Eutanasia (aprobada en el 2021), eutanasia es la provocación intencionada de la muerte mediante la administración de fármacos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ... ante una enfermedad grave e incurable o un padecimiento crónico e imposibilitante</li> <li>b. ... ante sufrimiento psíquico y físico, constante, intolerable y sin posibilidad de alivio</li> <li>c. Ambas opciones son necesarias*</li> </ol>
Mitos de CP, SP y E
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La sedación paliativa se aplica solamente cuando la muerte es cercana:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sí, de hecho se busca acelerar el proceso de fallecimiento</li> <li>b. No, se busca disminuir el nivel de conciencia ante crisis, dolores y/o agitación entre otros, (independientemente de si el fallecimiento es cercano)*</li> <li>c. Se puede aplicar tanto para paliar síntomas como para acelerar el proceso de fallecimiento</li> </ol> </li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>2. La morfina es el medicamento de elección para la sedación paliativa:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sí, es el que se usa principalmente para sedar</li> <li>b. No, la morfina se utiliza principalmente para el control del dolor y otros síntomas como tos y disnea*</li> <li>c. Depende del profesional, del paciente y/o de la familia, entre ellos deciden</li> </ol> </li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>3. La sedación paliativa acaba generando la muerte             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sí, acaba provocando la muerte o la aceleración del proceso de muerte</li> <li>b. No, se aplica para que las personas no sufran, si acaban muriendo es debido al propio proceso de enfermedad*</li> <li>c. Dependiendo del estado de la persona acelera el proceso de muerte o no</li> </ol> </li> </ol>



- 
4. La sedación paliativa es una eutanasia encubierta
- Sí, en el sentido de que acaba acelerando o generando el fallecimiento
  - No, solamente disminuye el nivel de conciencia de la persona\*
  - Sí, porque hace las dos cosas, disminuye el nivel de conciencia y acelera o genera la muerte
- 
5. La toma de decisiones alrededor de la sedación paliativa corresponde a la familia:
- Sí, porque el paciente suele estar inconsciente
  - No, corresponde al paciente (que no está inconsciente)\*
  - Estando consciente el paciente, cualquier parte lo puede decidir
- 
6. La aplicación de la eutanasia, desde que se solicita hasta que se recibe, es inmediata o cuestión de días
- Sí, suele resolverse en el plazo de una semana desde que se pide hasta que se recibe
  - No, se tardan unos 40 días desde que se pide hasta que se recibe\*
  - No, suele transcurrir al menos medio año desde que se pide hasta que se recibe
- 
7. El sufrimiento acaba con la solicitud de eutanasia
- Sí, en un plazo breve de tiempo te la concederán y aplicarán, así puedes acabar con tu sufrimiento
  - No, mientras valoran la solicitud, si el sufrimiento no se trata de otra forma, continua activo\*
  - Sí, la persona decide cuándo se aplica la eutanasia y acaba con su sufrimiento
- 
8. Los médicos que aplican la eutanasia son:
- Los de las unidades de cuidados paliativos
  - El médico de cabecera o el que asiste a domicilio
  - Cualquier médico puede aplicar la eutanasia\*
- 
9. Respecto a los conceptos de sedación paliativa y eutanasia
- La eutanasia lleva a la parada cardiorrespiratoria y la sedación paliativa lleva a la disminución del nivel de conciencia
  - La eutanasia una vez que se aplica es irreversible y la sedación paliativa tiene distintos niveles de intensidad y es reversible
  - Ambas opciones son correctas\*
- 
10. ¿Cuál de las siguientes opciones tiene el objetivo de paliar el dolor?
- Eutanasia
  - Cuidados paliativos\*
  - Ambas son correctas
- 
11. La sedación paliativa se aplica en la agonía para provocar la muerte
- Verdadero
  - Falso\*
  - Depende de la dosis que se aplique
- 
12. La familia es la encargada de elegir cuando se aplica la sedación paliativa y la eutanasia:
- Verdadero
  - Falso\*
  - Depende de si es sedación o eutanasia
- 
13. La sedación paliativa y la eutanasia se administran únicamente en hospitales:
- Verdadero
  - Falso, ambas se pueden aplicar tanto en domicilio como en hospitales\*
  - Depende de si es sedación o eutanasia
-



---

14. La morfina es el fármaco que se administra principalmente para:

- a. Sedar o disminuir el nivel de conciencia
- b. Aliviar o paliar el dolor\*
- c. Ambas son correctas

---

15. ¿Cree que la sedación paliativa lleva directamente a la muerte?

- a. Sí, al sedar a una persona se provoca la muerte de esta
- b. Sí, ya que provoca la agonía del paciente y por tanto, su muerte
- c. No, la sedación es una manera de paliar el síntoma de la persona\*

---

16. ¿Cree que la eutanasia es un proceso rápido? (desde la solicitud de esta hasta su aplicación)

- a. Sí
- b. No\*
- c. Depende de la urgencia del caso

---

17. Los cuidados paliativos (o sedación paliativa) solo son aplicados cuando el sufrimiento es físico, sin tener en cuenta el existencial o espiritual es:

- a. Verdadero
- b. Falso\*
- c. Al revés, se aplica en el sufrimiento existencial (no tanto en el físico)

---

18. Crees que el control sintomático es una técnica adecuada:

- a. Sí, es importante tener un control de los síntomas que presenta el paciente y adecuar la medicación a estos\*
- b. No, lo importante es que el paciente este inconsciente constantemente sin tener en cuenta otros medicamentos
- c. No, lo único que provoca esto es alargar la vida de la persona y por tanto su sufrimiento

---

19. Es posible llevar a cabo una sedación parcial (intermitente/reversible) teniendo en cuentas las necesidades del paciente

- a. Verdadero\*
- b. Falso
- c. Es más importante lo que decida el familiar

---

20. La sedación paliativa está indicada cuando se presentan:

- a. Síntomas refractarios\*
  - b. Síntomas cardiovasculares
  - c. Síntomas con dolor intenso
- 

\* respuesta correcta

### 2.3. Análisis de datos

En primer lugar, se realizó una recodificación en acierto y error de las 22 preguntas de evaluación de conocimientos, se realizaron sumatorios de las puntuaciones referidas a los constructos CP, SP, E y Total y se trasladaron a una escala de 10 puntos para hacerlas comparables. Se realizaron análisis descriptivos de los tres constructos, aportando la media y desviación típica del sumatorio de cada uno de ellos, así como el mínimo y máximo. Se utilizó la T de Student para muestras relacionadas para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimientos de



los distintos constructos. Se utilizaron correlaciones de Pearson para observar la asociación entre conocimientos de uno u otro constructo. Se realizaron análisis de varianza (ANOVA) con las puntuaciones obtenidas en los sumatorios de cada constructo. Cuando se encontraron diferencias entre grupos se utilizaron comparaciones *post hoc* (Tukey). Se utilizó la *d* de Cohen y la proporción de varianza compartida para observar el tamaño del efecto de las comparaciones de medias y correlaciones respectivamente. Todos los contrastes se realizaron bilateralmente con un nivel de significación de 0.05. El análisis estadístico se hizo mediante IBM SPSS Statistics v.25.

### 3. Resultados

En primer lugar, se presentan las características descriptivas de las variables sociodemográficas, reflejadas en la tabla 2, y acerca del nivel de conocimiento de los tres conceptos que centran el objeto de nuestro estudio, reflejadas en la tabla 3. A continuación, se detallan los resultados del análisis estadístico.

Del total de participantes, el 82,3% fueron mujeres (116) y el 17,7% hombres (25), con una media edad de 42,34 años (DT = 18,17) y mediana de 42. El nivel de estudios mayoritario era Licenciatura/Grado/Doctorado, un 41,4% (58). Respecto al estado civil, más de la mitad de la muestra (62; 53,5%) estaban solos (solteros, viudos, divorciados o separados) y la otra mitad casados o en pareja (54; 46,6%).

La mayoría de los participantes de las Jornadas de Cuidados Paliativos eran alumnos o estudiantes (60; 45,5%), perteneciendo al ámbito sanitario el 52,1% de los asistentes (74). Aun así, más de la mitad (59,7%; 83) no tenía ninguna experiencia en CP y un 42,6% (60) reconocía no tener ninguna formación en CP. En cuanto a la información que tenían acerca de la Ley de Eutanasia, manifestaron tenerla a nivel básico el 46,1% (65), de manera que el 38% (55) dicen no conocer nada de la Ley.

**Tabla 2. Características descriptivas de las variables sociodemográficas y las variables relativas a la experiencia en cuidados paliativos**

Variable	Categorías	n	%
Nivel de Estudios	Básicos	14	10
	Bachillerato	32	22,9
	Diplomatura/FP/Técnico	36	25,7
	Licenciatura/Grado/Doctorado	58	41,4
Estado civil	Soltero/a	54	46,6
	Casado/a	54	46,6
	Viudo/Divorciado/Separado/Otro	8	6,9



Variable	Categorías	n	%
Motivo de asistencia a las Jornadas de Cuidados Paliativos	Familiar de persona en final de vida	9	6,8
	Alumno o estudiante	60	45,5
	Voluntario en cuidados paliativos	7	5,3
	Trabajador en cuidados paliativos	20	15,2
	Otro	36	27,3
Ámbito profesional	Sanitario	74	57,8
	Social	20	15,6
	Psicología	11	8,6
	Otro	23	18,0
Experiencia laboral en Cuidados Paliativos	Ninguna	83	59,7
	Menos de 1 año	25	18,0
	De 1 a 3 años	11	7,9
	De 3 a 10 años	9	6,5
	Más de 10 años	11	7,9
Conocimiento acerca de la Ley de regulación de la Eutanasia	Nada	55	39,0
	Sí, nivel básico	65	46,1
	Sí, nivel medio	16	11,3
	Sí, nivel avanzado	5	3,5
Formación en Cuidados Paliativos	Nada	60	42,6
	Sí, nivel básico	49	34,8
	Sí, nivel medio	20	14,2
	Sí, nivel avanzado	12	8,5

Abreviaturas: n = número de observaciones (frecuencia), % = porcentaje de observaciones.

Respecto al nivel de conocimientos (tabla 3) de CP, SP y E, la media más alta fue la del sumatorio de preguntas sobre CP con un 6,44 (DT = 2,334). Ningún participante erró en todas las preguntas. A continuación, SP obtuvo una media de 5,98 (DT = 2,365) y E con media de 4,75 (DT = 2,691).



**Tabla 3. Estadísticos descriptivos de los constructos de SP, E y CP**

Constructo	Ítems incluidos	Media	DT	Mín	Máx
Sedación Paliativa	Def 1, 1, 2, 3, 4, 5, 11, 14, 15, 19, 20	5,98	2,365	1	10
Eutanasia	Def 2, 6, 7, 8, 16	4,75	2,691	0	10
Cuidados Paliativos	9, 10, 12, 13, 17, 18	6,44	2,334	2	10
Total	Todos (22 ítems)	5,17	2,876	1	10

Abreviaturas: DT = desviación típica, Mín = Mínimo, Máx = Máximo.

### 3.1. Relación (equivalencia y asociación) entre los constructos

Los resultados obtenidos en las pruebas T de Student para muestras relacionadas determinaron que existen diferencias ( $p < 0.05$ ) entre los tres pares de conceptos (tabla 4), estando la mayor diferencia de medias (más de un punto y medio) entre CP y E ( $p < ,001$ ;  $\delta = 0,622$ ). Además, la correlación de Pearson nos muestra que la mayor asociación se da entre CP y SP ( $r = 0,494$ ; % Var = 0,24).

**Tabla 4. Diferencias de medias (T de student) y correlación (Pearson) entre los tres constructos de estudio**

Par de variables	T de Student para muestras relacionadas							Correlación de Pearson		
	Dif. Medias	DT	IC95%	t	gl	p	d Cohen	r	p	%Var
CP y SP	0,464	2,363	(0,072; 0,856)	2,341	141	0,021	0,195	0,494	<0,001	0,24
CP y E	1,697	2,718	(1,246; 2,148)	7,441	141	<0,001	0,622	0,422	<0,001	0,18
SP y E	1,233	2,843	(0,761; 1,705)	5,169	141	<0,001	0,433	0,394	<0,001	0,14

Abreviaturas: Dif. Medias = Diferencia de medias, DT = desviación típica, IC95% = 95% intervalo de confianza, t = estadístico T, gl= grados de libertad, p = p-valor, r = coeficiente de correlación de Pearson, %Var = Porcentaje de varianza explicada.



### 3.2. Diferencias de conocimientos entre grupos

Respecto a las diferencias de conocimientos entre los grupos formados por el nivel de estudios, el ámbito profesional, motivación para asistir a las Jornadas y relación de los participantes con los cuidados paliativos, los resultados pueden observarse en la tabla 5.

**Tabla 5. Contrastes de medias de conocimientos en las variables del estudio (ANOVA de un factor)**

Variable	Categoría (n)	Medias en conocimientos (sobre 10 puntos)			
		Total	Cuidados Paliativos	Sedación Paliativa	Eutanasia
Mi nivel de estudios (elija una opción por favor):	Básicos (14)	3,4a	4,6a	4,8a	4,1a
	Bachillerato (32)	3,2a	5,2a	4,6a	3,8a
	Diplomatura/FP/Técnico (36)	4,5a	6,1a	5,6a	3,7a
	Licenciatura/Grado/Doctorado (58)	7,1b	7,8b	7,2b	6,1b
Asisto a estas Jornadas como:	Familiar persona FV (9)	5,1a.b	7,0a.b	5,7a	5,1a
	Alumno o estudiante (60)	4,1a	5,7a	5,3a	4,0a
	Voluntario CP (7)	5,7a.b	6,7a.b	6,1a	5,4a
	Trabajador CP (20)	6,2b	7,3b	6,5a	5,4a
	Otro (36)	5,9b	7,0b	6,6a	5,0a
Por mi profesión (o estudios) pertenezco al ámbito:	Sanitario (74)	5,7a	6,9a	6,3a	5,1a
	Social (20)	3,9a	5,0b	5,1a	4,0a
	Psicología (11)	5,9a	8,0a	5,8a	4,9a
	Otro (23)	5,0a	6,1a.b	6,1a	4,4a
¿Tiene conocimiento de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia?	Nada (55)	4,1a	5,7a	5,4a	4,0a
	Bajo (65)	5,5b	6,7a,b	6,1a	5,0a
	Medio (16)	6,2b,c	7,1a,b	6,5a,b	5,6a,b
	Avanzado (5)	9,6c	9,3b	9,3b	8,8b
¿Tiene formación en Cuidados Paliativos?	Nada (60)	3,9a	5,3a	5,2a	4,0a
	Bajo (49)	5,6b	7,1b	6,3a,b	4,8a,b
	Medio (20)	6,7b	7,5b	6,6a,b	6,0b
	Avanzado (12)	7,7b	7,9b	7,7b	6,7b,c

Nota: los valores de la misma columna y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en  $p < .05$  (se señalan en **negrita** los valores superiores).



Respecto al nivel de estudios, las personas que tenían el nivel de Licenciatura, Grado o Doctorado obtuvieron una media significativamente superior en el total y en cualquiera de los tres constructos (cuidados paliativos, sedación paliativa y eutanasia) que el resto de grupos ( $F=23,38$ ,  $F=16,915$ ,  $F=10,224$  y  $F=12,076$  respectivamente;  $p<,001$ ).

En el perfil de asistente a las Jornadas también se observaron diferencias significativas. Los trabajadores de CP y el grupo de otros perfiles mostraron mayor nivel de conocimientos en cuanto a la puntuación total ( $F=3,931$ ;  $p=0,005$ ) y a la del concepto de CP ( $F=3,292$ ;  $p=0,013$ ). También los profesionales del ámbito sanitario y de la Psicología obtuvieron medias de conocimiento superiores en el constructo CP que los del ámbito social ( $F=5,925$ ;  $p=0,001$ ).

Centrándonos en el nivel manifestado tanto de conocimiento de la Ley de Eutanasia ( $F=8,627$ ,  $F=5,746$ ,  $F=4,988$  y  $F=6,889$ ;  $p<,001$ ) como de formación en CP ( $F=10,661$ ,  $F=10,503$ ,  $F=5,431$  y  $F=5,597$ ;  $p<,001$ ), los que reportaron un nivel de conocimiento avanzado tuvieron medias significativamente mayores en el total y en cada uno de los conceptos que el resto de niveles (ninguno, básico y medio). Además, aquellos que manifestaron tener un nivel básico y medio de formación en CP presentaron medias superiores en todos los conceptos que aquellos que indicaron no tener ninguna formación.

Por último, se comprobó la asociación de la experiencia laboral en CP (medida en cinco tramos de años) con el nivel de conocimientos de los conceptos del estudio, reflejado en la tabla 6. Se observó que esta correlación es directa significativamente ( $p<,01$ ) con el nivel de conocimiento de concepto de CP ( $r = 0,257$ ; %Var = 0,07) y con el de E ( $r = 0,184$ ; %Var = 0,03;  $p<,05$ ), aunque este último de manera leve (Tabla 6).

**Tabla 6. Correlación entre experiencia laboral y nivel de conocimiento de los constructos**

Correlaciones de Pearson	Total	Cuidados Paliativos	Sedación Paliativa	Eutanasia
Experiencia laboral en CP	,199*	,257**	0,071	,184*
Conocimientos Total	1	,754**	,873**	,642**
Cuidados Paliativos	,754**	1	,494**	,422**
Sedación Paliativa	,873**	,494**	1	,374**
Eutanasia	,642**	,422**	,374**	1

Nota: La correlación es significativa en el nivel \*,05 (bilateral) y \*\*,01 (bilateral).



## 4. Discusión

Los resultados del estudio muestran que, a pesar de ser asistentes a unas Jornadas de CP y haber escuchado una conferencia clarificando los diversos conceptos, el nivel de conocimiento sobre CP y SP es básico (medias en torno a los 6 puntos sobre 10), siendo aún menor sobre E (media inferior a 5 puntos sobre 10). Es significativo que, tratándose de una muestra interesada en este tema, siga siendo alto el desconocimiento expresado, lo que confirma estudios previos al respecto (Taber et al., 2019; Morita et al., 2003).

En el concepto de CP fue donde se obtuvo la mayor tasa de acierto. Seguido de este, el de SP y por último el de E, a pesar de que el 60,9% dice conocer la Ley de Eutanasia, ya sea a nivel básico, medio o avanzado.

Se puede concluir, en la línea de otros estudios y muestras diversas, la necesidad de mayor formación e información sobre estos conceptos básicos relacionados con el final de la vida

Desde el punto de vista de la ética, los resultados muestran que existe una confusión práctica entre E y SP, como ya indicaban otros estudios (Acedo Claro y Rodríguez Martín, 2021; Sharp, 2018). Esto es algo a tener en cuenta ya que el desconocimiento hace que se potencie y legitimen mitos en torno a este ámbito que puede dificultar deliberaciones éticas e incluso sanitarias llegado el momento (Simón Lorda et al., 2008; Menezes y Mota da Cruz, 2019).

Además, los resultados sugieren que poner el foco en mayor formación e información sobre CP podría ayudar a mejorar el conocimiento tanto en SP como en E, ya que la puntuación en CP

correlaciona con la puntuación total.

Respecto a los perfiles sociodemográficos, el nivel más alto de conocimientos sobre E lo encontramos entre personas con mayor nivel formativo (estudios de Licenciatura, Grado o Doctorado), trabajadores de CP y pertenecientes al ámbito sanitario y de la psicología. Estos resultados sugieren la necesidad de potenciar el esfuerzo formativo para personas con estudios básicos, de bachillerato y diplomatura, formación profesional o técnicos, y sobre todo pertenecientes al ámbito de lo social. Puede ser también un elemento de interés detectar la carencia de claridad en los conceptos entre los profesionales del ámbito social, puesto que muchos de ellos tendrán tener un papel significativo en el acompañamiento y la toma de decisiones al final de la vida (Menezes y Mota da Cruz, 2019).

En cuanto a las limitaciones del estudio, siendo la muestra suficiente queda muy fragmentada en las diversas categorías sociodemográficas, lo que no nos permite generalizar los resultados a toda la población. Además, el cuestionario no ha sido previamente validado y deberá ser empleado en otras poblaciones para garantizar su fiabilidad.

Sí aporta validez interna a los resultados del estudio el que las personas que manifiestan tener conocimientos avanzados respecto a la Ley de Eutanasia y la formación en CP obtienen medias de conocimientos en todos los campos significativamente superiores que el resto.



Por ello, se puede concluir, en la línea de otros estudios y muestras diversas, la necesidad de mayor formación e información sobre estos conceptos básicos relacionados con el final de la vida, especialmente por la relevancia que adquieren las creencias y mitos a la hora de tomar una decisión de tal calibre, como puede ser solicitar la eutanasia o aplicarla, al igual que la sedación paliativa.

Poner en marcha iniciativas que generen una cultura de la atención paliativa, considerando estos cuidados como un derecho humano básico en cualquier sociedad, ayudará también a clarificar adecuadamente conceptos como eutanasia y sedación paliativa, que ayude a garantizar el acompañamiento y los cuidados más apropiados para todas las personas en el final de la vida (Fabre y Hernández Sánchez, 2020).

## Referencias

- Acedo Claro, C. y Rodríguez Martín, B. (2021). Sedación paliativa. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14(2), 93-97. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v14n2/1699-695X-albacete-14-02-93.pdf>
- Fabre, A. A. y Hernández Sánchez, M. L. (2020). Muerte digna. *Enfoques Jurídicos*, 36(1), 35-49. <https://doi.org/10.25009/ej.v0i1.2531>
- Alonso Herrera, F., Romeo Alcalde, T., Vera Martínez, A. I., Gil Camacho, M. J., Checa Calvo, A. y Garrido Merino, C. (2020). Desmontando mitos en Cuidados Paliativos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 13(2), 139-142. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2020000200006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000200006)
- Asencio Huertas, L., Allende Pérez, S. R. y Verastegui Avilés, E. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*, 11(1), 101-115. [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2014.v11.n1.44920](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44920)
- Ávila, E., Carretero, H., Sastre, P., Bermejo, J. C. y Villaceros, M. (2020). Análisis de concordancia entre el pronóstico vital esperado y la supervivencia real en una unidad de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 27(2), 114-120. <https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1148/2020>
- BOE. (2021). Ley Orgánica 3/21, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. BOE (Boletín Oficial del Estado) 72, de 25 de marzo de 2021. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3/dof/spa/pdf>
- Carrasco, J. M., Inbadas, H., Whitelaw, A. y Clark, D. (2021). Early impact of the 2014 World Health Assembly resolution on palliative care: a qualitative study using semistructured interviews with key experts. *Journal of Palliative Medicine*, 24(1), 103-106. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0384>
- Center to Advance Palliative Care (CAPC) (2020). About Palliative Care. <https://www.capc.org/about/palliative-care/>
- Devay de Freitas, E. (2017). Manifesto pelos cuidados paliativos na graduação em medicina: estudo dirigido da Carta de Praga. *Revista Bioética*, 25(3), 527-535. <https://doi.org/10.1590/1983-80422017253209>
- European Association for Palliative Care (EAPC) (2013). Palliative Care: a human right.
- Gómez-Sancho, M., Altisent, R., Bátiz, J., Ciprés, L., Corral, P., González-Fernández, J. L., Herranz, J. A., Rocafort, J. y Rodríguez-Sendín, J. J. (2010). Atención médica al final de la vida. Conceptos. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17(3), 177-179. [https://doi.org/10.1016/S1134-8046\(10\)70028-8](https://doi.org/10.1016/S1134-8046(10)70028-8)



- International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC) (2018). Global Consensus based palliative care definition. <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
- Leiva, J. P. (2022). *Comprender los cuidados paliativos. Una responsabilidad de todos*. SECPAL. <http://informacioncuidadospaliativos.com/wp-content/uploads/2022/02/160222-secpal-comprender-los-cuidados-paliativos-responsabilidad-de-todos.pdf>
- López Castro, J. (2016). Cuidados paliativos integrales y limitación del esfuerzo terapéutico. *Galicia Clínica*, 77(4), 173-174. <https://doi.org/10.22546/38/1140>
- Menezes, M. S. y Mota da Cruz, M. G. (2019). The role of end-of-life palliative sedation: medical and ethical aspects - Review. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 69(1), 72-77. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.03.002>
- Morita, T., Hirai, K., Akechi, T. y Uchitomi, Y. (2003). Similarity and difference among standard medical care, palliative sedation therapy, and euthanasia: a multidimensional scaling analysis on physicians' and the general population's opinions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 25(4), 357-362. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00684-x](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00684-x)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). Integrating palliative care and symptom relief into primary health care. A WHO guide for planners, implementers and managers. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators. <https://iris.who.int/handle/10665/345532>
- Rivas García, F. (2022) Sedación paliativa en el final de la vida, ¿un cajón desastre? *Revista Iberoamericana de Bioética*, (18), 01-10. <https://doi.org/10.14422/rib.i18.y2022.007>
- Riveros Río, M. (2017). Acceso universal de los cuidados paliativos: Derecho universal a no sufrir. Análisis desde la visión bioética y de derechos humanos. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 50(2), 67-77. [https://doi.org/10.18004/anales/2017.050\(02\)67-078](https://doi.org/10.18004/anales/2017.050(02)67-078)
- Sharp, S. (2018). Beliefs in and about God and attitudes toward voluntary euthanasia. *Journal of Religion and Health*, 57(3), 1020-1037. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0510-1>
- Simón Lorda, P., Barrio Cantalejo, I. M., Alarcos Martínez, F. J., Barbero Gutiérrez, J., Couceiro, A. y Hernando Robles, P. (2008). Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Revista de Calidad Asistencial*, 23(6), 271-285. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(08\)75035-8](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)75035-8)
- Taber, J. M., Ellis, E. M., Reblin, M., Ellington, L. y Ferrer, R. A. (2019). Knowledge of and beliefs about palliative care in a nationally-representative U.S. sample. *PLoS ONE*, 14(8), e0219074. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219074>
- World Health Assembly, 67 (2014). *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*. World Health Organization. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_R19-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf)