

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Facultad de Medicina Humana Programa Profesional de Medicina Humana



TITULO:

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA
EUTANASIA EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR – IREN
SUR, AREQUIPA, 2014”

Autora:

Betsy Belén Ayala Castro
Para obtener el título profesional de
Médico Cirujano

Arequipa- Perú

2015

DEDICATORIA

A mi familia:

*A mis padres **Hugo e Hilda**, por ser firmes al educarme y corregirme cuando ha sido necesario, por ser dos personas luchadoras, sencillas y bondadosas, en quienes he encontrado el ejemplo a seguir y quienes siempre han sabido guiar mi camino y me han dado los motivos y la fuerza necesaria para lograr mis objetivos desde que soy una niña, siempre les estaré muy agradecida y siempre me sentiré bendecida que Dios me haya dado unos padres como ustedes.*

*A mis hermanos **Brian y Kenneth** por su preocupación y cariño en los momentos difíciles, porque sé que cuando necesite de ustedes, estarán para apoyarme.*

*A mi novio y futuro esposo **Marco Antonio**, quien me regala día a día mucha felicidad, amor y respeto, gracias por ser una persona maravillosa, porque siempre tuve tu apoyo incondicional, porque en los momentos malos y buenos siempre estuvimos juntos y supiste comprenderme, pasamos alegrías, tristezas, y ahora la dicha de convertirnos pronto en padres. Aún nos queda camino por recorrer, pero sé que lo haremos juntos de la mano, bendecidos por Dios.*

Este logro es para cada uno de ustedes mi familia amada.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a todos y cada uno de los que formaron parte de la elaboración de esta tesis:

Al Dr. Mendoza del Solar por su buena disposición, tiempo y orientación para la elaboración y asesoramiento del proyecto de tesis.

A mis jurados el Dr. Wilfredo Pino, la Dra. Lili Montesinos y al Dr. Jose Alvarado Aco por sus recomendaciones y paciencia para hacer cada vez mejor el trabajo de investigación.

Al personal sanitario del IREN SUR, que aceptaron responder la encuesta para este trabajo de investigación.

A mi novio Marco Antonio de quien tuve el apoyo incondicional para llegar hasta este peldaño de mi carrera

A Diego Valencia, quien fue un gran apoyo en la elaboración de este trabajo de investigación.

INDICE GENERAL

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I: Material y métodos.....	4
CAPITULO II: Resultados	10
CAPITULO III: Discusión y comentarios	32
CAPITULO IV: Conclusiones y recomendaciones	38
BIBLIOGRAFÍA.....	41
ANEXO 1: Proyecto de tesis	45
ANEXO 2: Ficha de recolección y encuestas	84

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en el personal sanitario que labora en el IREN - SUR en Arequipa, 2014

Material y Métodos: Este es un estudio prospectivo, observacional, descriptivo. Se encuestaron en total a 83 personas que trabajan en el área de salud (médicos, enfermeras, auxiliares) IREN – Sur, Arequipa, se elaboró un cuestionario con preguntas validadas, sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la eutanasia.

Resultados: La población tenía un promedio de edad de 34.9 años, 63.9% eran del sexo masculino, 88% católicos, 69.9% consideran a la religión muy importante, 16.9% médico asistente, 8.4% médico residente, 36.1% enfermera y 38.6% auxiliar de enfermería. En relación a los conocimientos 79.5% desconoce la definición, en las actitudes 51.8% tiene una actitud a favor, con influencia familiar de por medio. Y en las prácticas el 100% de médicos recibió una solicitud de eutanasia, realizándola en la mayoría.

Conclusiones: Los conocimientos no son los adecuados, las actitudes se encuentran divididas a mitades, y las prácticas son frecuentes en médicos

Palabras clave: eutanasia, personal sanitario, conocimiento, actitudes, prácticas

ABSTRACT

This study aimed to determine the knowledge, attitudes and practices of health professionals working in the IREN - SUR in Arequipa, 2014

Material and Methods: This prospective, observational, descriptive study. They surveyed a total of 83 people working in the area of health (doctors, nurses, assistants) IREN - South, Arequipa, validated questionnaire with questions on knowledge, attitudes and practices regarding euthanasia was developed.

Results: The population had a mean age of 34.9 years, 63.9% were male, 88% Catholic, 69.9% consider religion very important, 16.9% medical assistant, medical resident 8.4%, 36.1% and 38.6% nurse assistant nursing. In relation to knowledge 79.5% do not know the definition, 51.8% in attitudes has an attitude in favor, with family influence involved. And in practical 100% of physicians received a request for euthanasia, the operator at most.

Conclusions: Knowledge is not adequate, attitudes are divided into halves, and practices are common in medical

Keywords: euthanasia, health personnel, knowledge, attitudes, practices

INTRODUCCIÓN

Han existido muchos cambios en el desarrollo de la civilización en el último siglo, tanto en la sociedad en general como en la medicina, dentro de los cuales, desde el área de la bioética, resalta la eutanasia.

Vemos que las personas cada vez más se dan el derecho de tomar decisiones por si mismos en el estilo y calidad de vida, y la sociedad acepta tales decisiones, cada vez más independientemente, sin considerar si son buenas o malas para una persona en particular.

Con el control de la mortalidad debido a enfermedades infecciosas, actualmente las causas principales de muertes son las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos, caracterizándose por un largo proceso de morir. Además, actualmente con el avance de la tecnología existen varios dispositivos para la prolongación de la vida que permiten posponer la muerte durante un largo periodo sin mejorar la calidad de vida del paciente por lo que la eutanasia ha cobrado relevancia por la frecuencia de casos donde existe la posibilidad de realizarla, pese a que es ilegal en la gran mayoría de países del mundo, incluyendo el nuestro.

El objetivo del presente trabajo es determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en el personal sanitario que labora en el IREN - SUR en Arequipa, 2014.

Esta investigación surge por el interés de conocer aspectos relacionados a la eutanasia, como el conocimiento, las actitudes y las prácticas, en personal sanitario de un centro de salud que atiende pacientes oncológicos. La información que se obtenga nos servirá para tener una base sobre el tema y observar las diferencias de esto entre los distintos profesionales de la salud. Esta tesis se divide en 4 capítulos: el primer capítulo presenta la muestra y la metodología utilizada, en el segundo capítulo se exponen los resultados obtenidos del estudio, en el siguiente se presenta la discusión y comentarios y finalmente en el último, el cuarto se exponen las conclusiones y sugerencias.



CAPITULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación

- **Técnicas:** Encuesta
- **Instrumentos**
 - o Ficha de recolección de características generales
 - o Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas
- **Materiales de Verificación**
 - o Ficha de recolección datos y cuestionario.
 - o Impresión de los instrumentos.
 - o Material de escritorio.
 - o Computadora portátil.
 - o Sistema Operativo Windows 8.
 - o Paquete Office 2013 para Windows.
 - o Programa SPSS v.18 para Windows.

2. Campo de Verificación:

2.1. Ubicación Espacial:

El estudio se llevó a cabo en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas – IREN SUR, ubicado en el cercado de la Ciudad de Arequipa

2.2. Ubicación Temporal:

La información fue recolectada durante los meses de setiembre y octubre del 2014.

2.3. Unidades de Estudio

Las unidades de estudio estuvieron conformadas las fichas de recolección de datos y los cuestionarios que llenen los participantes del estudio.

2.3.1. Población

Todo el personal sanitario que labore en el IREN SUR, dentro de ellos incluye a médicos asistentes, médicos residentes, enfermeras y auxiliares de enfermería.

2.3.2. Muestra y Muestreo

No se realizará un muestreo debido a que se pretende recolectar la información de toda la población, teniendo como número de muestra según cargo a:

- Médicos asistentes: 26 personas
- Médicos residentes: 11 personas
- Enfermeras: 47 personas
- Auxiliares de enfermería: 44 personas

3.4. Criterios de Selección

- Criterios de Inclusión

- Personal sanitario que se encontraba laborando al menos 1 año en la institución.
- Personal sanitario que aceptó responder a la encuesta.

3. Tipo y nivel de Investigación: Observacional, Transversal, Analítico – Descriptivo.

4. Estrategia de Recolección de Datos

3.1. Organización

Una vez aprobado el proyecto de tesis por la facultad de medicina humana de la Universidad Católica de Santa María, se envió una copia al Comité Institucional de Ética de la UCSM solicitando su aprobación. Luego, se solicitó autorización al director del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del

Sur – IREN Sur, junto a esto se pidió la lista del personal sanitario que labora en las institución con el fin de tener el número actualizado de la población total. Se procedió a contactar con el personal sanitario vía telefónica o presencial para coordinar el momento de la encuesta.

Una vez que se recolectó toda la información en las ficha, se procedió a pasarla a una base de datos en el programa Microsoft Excel 2013, para su análisis, así mismo se utilizó el programa SPSS v.18 para la estadística analítica.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

Autor: Betsy Belén Ayala Castro

Asesor: Dr. Carlos Huanqui Guerra

3.2.2. Recursos Físicos

- Fichas impresas de recolección de datos
- Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas.
- Computadora portátil con sistema operativo Windows 8, paquete Office 2010 y paquete estadístico SPSS v.18
- Material de escritorio

3.2.3. Recursos Financieros

- Recursos del propio autor

3.3. Validación de los instrumentos

- La ficha de recolección de datos generales no requirió de validación.
- Respecto al cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas, tampoco requirió validación como instrumento global

por no tratarse de una medida absoluta como diagnóstico final; sin embargo en él se consideran elementos que han sido utilizados en estudios previos y elaborados por expertos:

- Respecto al segmento de **conocimientos** se utilizan 4 preguntas: la primera evalúa la definición de la eutanasia, basado en el estudio de Pricoli y col., donde se presentan 7 posibles respuestas. La opción “c” se la considera como la más adecuada, además la opción “b” también es correcta ya que corresponde a eutanasia pasiva. La segunda, evalúa en base a la selección anterior sobre a el tipo de eutanasia se está refiriendo en la respuesta escogida. La tercera, indaga sobre si existe diferencia entre eutanasia activa y pasiva. La cuarta, sobre si actualmente la eutanasia está legalizada en nuestro país. (30)
- Referente a las actitudes, se presentan 3 casos clínicos donde dentro de las opciones existe la posibilidad de tomar una decisión acorde a la eutanasia, estos casos fueron basados en las publicaciones de Pricoli y col. y Radulovic y Mojsilovic y col.; en el tercer caso, además, se busca ver la influencia que tiene la opinión y/o deseos que tienen los familiares sobre el futuro del paciente terminal. Además, existen dos preguntas sobre quien debería tomar responsabilidad de decidir, y sobre la opinión de estar a favor o en contra de la legalización de la eutanasia en nuestro país. (30, 31)

- Respecto a las prácticas, se consideran 9 preguntas, todas relacionadas a su actividad total y durante los últimos 9 meses, como número de fallecimientos, solicitudes de eutanasia y concedidas de las misas, éstas fueron basadas según el estudio publicado por Emanuel y col. (32)

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de los resultados

3.4.1. A nivel de la recolección

Las fichas de recolección de datos se manejaron de manera anónima, protegiendo la identidad del participante. Esto avalado por la aprobación del Comité de Ética.

3.4.2. A nivel de la sistematización

La información que se obtuvo de las encuestas fueron procesadas en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2013, y posteriormente fueron pasadas al paquete estadístico SPSS v.18 para su análisis correspondiente.

3.4.3. A nivel de estudio de datos

La descripción de las variables categóricas se presenta en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados. Para las variables numéricas se utilizaron la media, la mediana y la desviación estándar; así como valores mínimos y máximos. Para las asociaciones se usaron las pruebas Chi cuadrado, t de student, considerando un nivel de confianza del 95%. Las pruebas estadísticas se considerarán significativas al tener un $p < 0,05$.



CAPITULO II RESULTADOS

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA EUTANASIA
EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR – IREN SUR, AREQUIPA,
2014”**

Cuadro 1. Características Generales: Edad

Característica	Valor (años)
Media	34.9
Error típico	0.73
Mediana	35
Moda	40
Desviación típica	6.69
Varianza	44.72
Rango	25
Valor mínimo	25
Valor máximo	50

Fuente: Elaboración propia.

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA EUTANASIA
EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR – IREN SUR, AREQUIPA,
2014”**

Cuadro 2.

Características Generales: Edad categorizada

Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Menores de 31 años	30	36.1
De 31 a 40 años	41	49.4
De 41 a 50 años	12	14.5
Total	83	100

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la Cuadro 2 que el grupo etáreo mayoritario se encuentra entre los 31 y 40 años (49.4%), seguido a esto están los menores de 31 años (36.1%), y finalmente están los que tienen edad comprendida entre 41 a 50 años (14.5%).

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA EUTANASIA
EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR – IREN SUR, AREQUIPA,
2014”**

Cuadro 3.

Características generales: Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	53	63.9
Femenino	30	36.1
Total	83	100

Fuente: Elaboración propia.

Observamos que la mayoría de los participantes del estudio fue del sexo masculino (63.9%), y el restante, 36.1%, fue del sexo femenino.

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA EUTANASIA
EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR – IREN SUR, AREQUIPA,
2014”**

Cuadro 4.

Características generales: Religión

Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Católica	73	88
Cristiana	4	4.8
Mormón	1	1.2
Evangélica	3	3.6
Adventista	2	2.4
Total	83	100

Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de los participantes pertenecía a la religión católica (88%), seguida a esta están los cristianos (4.8%), luego los evangélicos (3.6%), los adventistas (2.4%) y finalmente un solo mormón (1.2%)

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA EUTANASIA
EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR – IREN SUR, AREQUIPA,
2014”**

Cuadro 5.

Características generales: Nivel de importancia sobre la religión

Importancia de la religión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Muy importante	58	69.9
Más o menos importante	25	30.1
Nada Importante	0	0
Total	83	100

Fuente: Elaboración propia.

En relación a la importancia de los encuestados sobre la religión, la mayoría (69.9%) la considera muy importante y complementando por los que la consideran más o menos importante (30.1%), nadie la consideró sin importancia.

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA EUTANASIA
EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR – IREN SUR, AREQUIPA,
2014”**

Cuadro 6

Características generales: Cargo

Profesión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Médico asistente	14	16.9
Médico residente	7	8.4
Enfermera	30	36.1
Auxiliar de enfermería	32	38.6
Total	83	100

Fuente: Elaboración propia.

En el personal que fue encuestado y los diferentes cargos que desempeñan, se encontró que los médicos asistentes y residentes formaron 16.9% y 8.4% respectivamente del total, la mayoría fueron auxiliares de enfermería (38.6%) y con un valor próxima las enfermeras (38.6%).

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA EUTANASIA
EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR – IREN SUR, AREQUIPA,
2014”**

Cuadro 7

Conocimientos: Definición

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si conoce	17	20
No conoce	66	80
Total	83	100

Fuente: Elaboración propia.

La Cuadro 7 nos muestra acerca del conocimiento de la definición adecuada para “eutanasia”, encontrándose que solo el 20% conoce la definición y el resto (80%) desconoce el mismo.

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA EUTANASIA
EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR – IREN SUR, AREQUIPA,
2014”**

Cuadro 8

Conocimiento de la definición de eutanasia según cargo

Profesión	Si Conoce	No Conoce	Total
Médico asistente	8 (57.1%)	6 (42.9%)	14
Médico residente	0 (0%)	7 (100%)	7
Enfermera	5 (16.7%)	25 (83.3%)	30
Auxiliar de enfermería	4 (12.5%)	28 (87.5%)	32
Total	17 (20.5%)	66 (79.5%)	83 (100%)

Fuente: Elaboración propia.

Chi cuadrado: 14.876, Grados de libertad: 3, $p=0.02$ (Significativo)

Al asociar el conocimiento de la definición de eutanasia con el cargo hospitalario, encontramos que existe una diferencia estadísticamente significativa, existiendo un mayor conocimiento en médicos asistentes, seguido por las enfermeras, auxiliares de enfermería y finalmente médicos residentes.

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA EUTANASIA
EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR – IREN SUR, AREQUIPA,
2014”**

Cuadro 9

Conocimientos: Tipos de eutanasia

Conocimiento de los tipos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Conoce	14	17
Desconoce	57	83
Total	83	100

Fuente: Elaboración propia.

En la presenta Cuadro observamos el conocimiento que tienen los encuestados sobre los tipos de eutanasia, sólo 17% de ellos, conoce cuales son los tipos (eutanasia activa y pasiva) el resto los desconoce (83%).

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA EUTANASIA
EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR – IREN SUR, AREQUIPA,
2014”**

Cuadro 10

Conocimiento: Diferencia entre eutanasia activa y pasiva

Activa y Pasiva	Frecuencia	Porcentaje (%)
Equivalentes	33	39.8
Diferentes	44	53
Desconoce	6	7.2
Total	83	100

Fuente: Elaboración propia.

En la Gráfico y Cuadro 10 se expone sobre el conocimiento de las diferencias entre eutanasia activa y pasiva, encontrándose que 53% las considera diferentes, seguido a esto el 40% las considera equivalentes y 7% refiere desconocer.

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA EUTANASIA
EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR – IREN SUR, AREQUIPA,
2014”**

Cuadro 11

Conocimiento: Sobre la legalidad de la eutanasia en el Perú

Legalización	Frecuencia	Porcentaje (%)
Conoce	74	89
Desconoce	9	11
Total	83	100

Fuente: Elaboración propia.

Otro de los temas dentro del conocimiento de la eutanasia, fue sobre su legalidad en el Perú, la cual no está legalizada, sin embargo se encontró que al menos 11% de los encuestados desconoce este asunto.

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA EUTANASIA
EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR – IREN SUR, AREQUIPA,
2014”**

Cuadro 12

Actitud: Eutanasia pasiva frente a la activa

Actitud	Frecuencia	Porcentaje (%)
Acepta la activa	11	13.3
Acepta la pasiva	63	75.9
No acepta ninguna	9	10.8
Total	83	100

Fuente: Elaboración propia.

Dentro de las actitudes de la eutanasia se evalúa sobre la situación y el tipo de aplicación, encontrándose que 76% acepta la eutanasia pasiva, 13% la eutanasia activa y 11% no acepta ningún tipo.

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA EUTANASIA
EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR – IREN SUR, AREQUIPA,
2014”**

Cuadro 13

Actitud más concerniente ante:

Paciente varón de 72 años, con antecedente de demencia avanzada sufrió accidente, entró en coma y fue intubado; actualmente no tiene ninguna perspectiva de recuperación.

Actitud:	Frecuencia	Porcentaje (%)
Se suspende la ventilación mecánica por decisión propia (A favor)	15	18.1
Se suspende la ventilación mecánica por decisión familiar (A favor por decisión familiar)	12	14.5
Se mantiene en ventilación mecánica por decisión propia (En contra)	43	51.8
Se mantiene en ventilación mecánica por decisión familiar (En contra por decisión familiar)	13	15.7
Total	83	100

Fuente: Elaboración propia.

Ante el caso que se presenta tenemos que 18.1% se encuentra a favor de realizar eutanasia por decisión propia, 14.5% por decisión familiar. Contrariadamente 51.8% se mantiene en contra de aplicar eutanasia por decisión propia y 15.7% en contra por decisión familiar.

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA EUTANASIA
EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR – IREN SUR, AREQUIPA,
2014”**

Cuadro 14

**Actitud en paciente según el caso: Paciente varón de 40 años que,
después de un infarto de miocardio agudo tuvo un paro cardiaco y entró
en coma, actualmente está con respiración espontánea pero sin
perspectiva de recuperación neurológica.**

Actitud	Paciente sin ningún familiar	Familia solicita mantenerlo vivo	Familia solicita que renuncie al tratamiento
Mantiene apoyo total (En contra)	20 (24.1%)	55 (66.3%)	11 (13.3%)
Mantiene cuidado pero renuncia terapias adicionales (En contra)	25 (30.1%)	11 (13.3%)	26 (31.3%)
No continúa con el tratamiento (A favor)	26 (31.3%)	6 (7.2%)	43 (51.8%)
Administración de sedación (A favor)	11 (13.3%)	10 (12%)	2 (2.4%)
Sin respuesta	1 (1.2%)	1 (1.2%)	1 (1.2%)
Total	83 (100%)	83 (100%)	83 (100%)

Fuente: Elaboración propia.

A continuación se presenta la actitud del personal en relación a un caso clínico, considerando la influencia familiar, encontramos que se mantienen totalmente en contra en 24.1% cuando no existe influencia de la familia, este porcentaje aumenta a 66.3% si la familia solicita mantenerlo vivo, y si la familia pide que renuncie al tratamiento solo 13.3% lo mantiene en apoyo al paciente. En pacientes que no tienen ningún familiar 30.1% lo mantiene cuidado pero sin terapias adicionales y 31.3% no continúa con el tratamiento.

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA EUTANASIA
EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR – IREN SUR, AREQUIPA,
2014”**

Cuadro 15

Actitud: Ante la legalización de la eutanasia según cargo

Cargo	De acuerdo	En Desacuerdo	Sin opinión	Total
Médico asistente	14 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	14
Médico residente	7 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	7
Enfermera	18 (60%)	5 (16.7%)	7 (23.3%)	30
Auxiliar de enfermería	18 (56.3%)	11 (34.4%)	3 (9.4%)	32
Total	57 (68.7%)	16 (19.3%)	10 (12%)	83 (100%)

Fuente: Elaboración propia.

Chi cuadrado: 17.878, Grados de libertad: 6, $p=0.007$ (Significativo)

En la presente Cuadro se observa la actitud frente a la legalización y el cargo, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa. La totalidad de los médicos se encuentra de acuerdo a su legalización, sin embargo hay divergencias en enfermeras y auxiliares de enfermería respecto a su legalización.

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA EUTANASIA
EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR – IREN SUR, AREQUIPA,
2014”**

Cuadro 16

Actitud: Decisión sobre la eutanasia según profesión

Profesión	Paciente	Comité médico	Familiares	Estado	Total
Médico asistente	0 (0%)	14 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	14
Médico residente	0 (0%)	7 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	7
Enfermera	2 (6.7%)	21 (70%)	6 (20%)	1 (3.3%)	30
Auxiliar de enfermería	5 (15.6%)	11 (34.4%)	16 (50%)	0 (0%)	32
Total	7 (8.4%)	53 (63.9%)	22 (26.5%)	1 (1.2%)	83 (100%)

Fuente: Elaboración propia.

Chi cuadrado: 27.149, Grados de libertad: 9, $p=0.001$ (Significativo)

Respecto a la relación entre la toma de la decisión de toma de eutanasia y el cargo que ocupan se encontró una diferencia estadísticamente significativa, los médicos en su totalidad refieren que es decisión del comité médico, las enfermeras consideran que es responsabilidad del paciente, familiares y sobre todo el estado.

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA EUTANASIA
EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR – IREN SUR, AREQUIPA,
2014”**

Cuadro 17

Religión en relación a la actitud ante la eutanasia

Religión	Eutanasia Activa	Eutanasia Pasiva	Ninguno	Total
Católica	10 (13.7%)	59 (80.8%)	4 (5.5%)	73 (100%)
Cristiana	0 (0%)	3 (75%)	1 (25%)	4 (100%)
Mormón	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)
Evangélica	1 (33.3%)	0 (0%)	2 (66.7%)	3 (100%)
Adventista	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)
Total	11 (13.3%)	63 (75.9%)	9 (10.8%)	83 (100%)

Fuente: Elaboración propia.

Chi cuadrado: 26.754, Grados de libertad: 8, $p=0.01$ (Significativo)

En la presente se observa la relación entre la religión y la actitud sobre la eutanasia, existe una relación estadísticamente significativa, que el único que no practicaría sería el de la religión mormón (100%), seguido por los evangélicos, adventistas, cristianos y finalmente católicos donde sólo el 5.5% no acepta ninguno.

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA EUTANASIA
EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR – IREN SUR, AREQUIPA,
2014”**

Cuadro 18

**Prácticas: Número de pacientes fallecidos durante los últimos 12 meses
según el cargo.**

Profesión	Ninguno	Menos de 25	Entre 25 y 49	Total
Médico asistente	0 (0%)	0 (0%)	14 (100%)	14
Médico residente	0 (0%)	0 (0%)	7 (100%)	7
Enfermera	0 (0%)	25 (83.3%)	5 (16.7%)	30
Auxiliar de enfermería	1 (3.1%)	31 (96.9%)	0 (0%)	32
Total	1 (1.2%)	56 (67.5%)	26 (31.3%)	83 (100%)

Fuente: Elaboración propia.

Chi cuadrado: 64.681, Grados de libertad: 6, $p < 0.001$ (Significativo)

Promedio de pacientes durante los últimos 12 meses:

- Médico asistente: 33.7 (+/- 4.05)
- Médico residente: 38.2 (+/- 1.89)
- Enfermera: 15.9 (+/- 9.9)
- Auxiliar de enfermería: 19.4 (+/- 4.01)

Aquí se presenta el número de pacientes que fallecieron durante su cargo, las tasas más altas la manejan los médicos con valores entre 25 y 49 (con un promedio de 33.7 y 38.2 en asistentes y residentes respectivamente). Seguido por las auxiliares de enfermería con un promedio de 19.4 y finalmente las enfermeras con 15.9. Existe diferencia estadísticamente significativa entre los cargos y el número de muertes.

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA EUTANASIA
EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR – IREN SUR, AREQUIPA,
2014”**

Cuadro 19

Practicas: Solicitudes recibidas durante toda la profesión

Cargo	Recibió solicitud	No recibió solicitud	Total
Médico asistente	14 (100%)	0 (0%)	14
Médico residente	6 (85.7%)	1 (14.3%)	7
Enfermera	13 (43.3%)	17 (56.7%)	30
Auxiliar de enfermería	15 (46.9%)	17 (53.1%)	32
Total	48 (57.8%)	35 (42.2%)	83 (100%)

Fuente: Elaboración propia.

Chi cuadrado: 16.601, Grados de libertad: 3, $p=0.001$ (Significativo)

De los que recibieron la solicitud refieren que al menos 12 concedieron la solicitud una vez (10 asistentes, 2 residentes).

En esta Cuadro podemos apreciar la relación entre las solicitudes recibidas y el cargo que cumplen en el Hospital, el total de médicos asistentes al menos recibió una solicitud para practicar eutanasia, el 85.7% de los médicos residentes. Menos de la mitad de enfermeras (43.3%) recibió tal solicitud, valor menor al de los auxiliares de enfermería (46.9%). Existe una diferencia estadísticamente significativa entre las solicitudes y el cargo.

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA EUTANASIA
EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR – IREN SUR, AREQUIPA,
2014”**

Cuadro 20

Practicas: Solicitudes recibidas durante los 12 últimos meses

Cargo	Recibió solicitud	No recibió solicitud	Total
Médico asistente	10 (71.4%)	4 (28.6%)	14
Médico residente	6 (87.5%)	1 (14.3%)	7
Enfermera	4 (13.3%)	26 (86.7%)	30
Auxiliar de enfermería	3 (9.4%)	29 (90.6%)	32
Total	23 (27.7%)	60 (72.3%)	83 (100%)

Fuente: Elaboración propia.

Chi cuadrado: 33.580, Grados de libertad: 3, $p < 0.001$ (significativo)

De los que recibieron la solicitud refieren que al menos 7 concedieron la solicitud una vez (6 médicos, 1 residente).

En la presente Cuadro se presenta de solicitud de eutanasia en relación al cargo durante los últimos 12 meses, existiendo una diferencia estadísticamente muy significativa, predominando la solicitud en médicos residentes (87.5%) y asistentes (71.4%), el cual contrasta notoriamente con las enfermeras (13.3%) y los auxiliares de enfermería (9.4%)

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA EUTANASIA
EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR – IREN SUR, AREQUIPA,
2014”**

Cuadro 21

Practicas: Solicitudes recibidas durante toda la profesión

Cargo	Paciente	Familiares	Otro	Total
Médico asistente	4 (28.6%)	8 (57.1%)	2 (14.3%)	14
Médico residente	0 (0%)	6 (100%)	0 (0%)	6
Enfermera	0 (0%)	12 (100%)	0 (0%)	12
Auxiliar de enfermería	2 (14.3%)	12 (87.5%)	0 (0%)	14
Total	6 (13%)	38 (82.6%)	2 (4.3%)	46 (100%)

Fuente: Elaboración propia.

Casos Válidos: 46. Chi cuadrado: 11.298, Grados de libertad: 6, $p=0.08$ (No significativo)

Aquí se presenta la relación entre el solicitante y el cargo que cumple a quien se dirigen, no existe una relación estadísticamente significativa, sin embargo los médicos y enfermeras han recibido en su totalidad solicitudes de familiares.

CAPITULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS



DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La finalización de la vida en situaciones límites, tanto como su mantención en contextos en límite de la dignidad humana y estos englobados bajo la eutanasia son temas de creciente importancia tanto en ambientes médicos (incluyendo a todo personal de la salud) como sociales. El presente trabajo de tesis tuvo como objetivo determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en el personal sanitario que labora en el IREN - SUR en Arequipa, 2014.

El trabajo se llevó a cabo en 83 personas, que al momento de ser encuestadas se encontraban laborando en un Instituto oncológico. En cuanto a las características generales de los encuestados tenemos que la edad promedio de los participantes en el estudio fue de 34.9 años (+/- 6.69 años), la edad mínima fue 25 años y la máxima 50 años. Al categorizar la edad se encontró que el grupo mayoritario tenía entre 31 a 40 años (49.4%), seguido de los menores de 31 años (36.1%). Hubo una mayor frecuencia en cuanto al sexo masculino (63.9%) en relación al femenino (36.1%). Ampliamente la mayoría pertenecía a la religión católica (88%), siguiendo muy por debajo los cristianos o evangélicos con 4.8% y 3.6% respectivamente; y en relación a la importancia que éstos le brinda a la religión se encontró que 69.9% lo consideran “muy importante”, en tanto que el resto, 30.1%, “más o menos” importante. Y como participantes se tuvo que el 16.9% era médico asistente, el 8.4% era médico residente, el 36.1% enfermera o enfermero y 38.6% auxiliar de enfermería.

Al evaluar los conocimientos se tuvo en consideración 4 puntos clave basados en el trabajo realizado por Pricoli y col. (30). Sobre el conocimiento de la definición y el concepto se encontró que 79.5% desconoce el término adecuado de lo que significa la eutanasia, al realizar las comparaciones entre las profesiones se encontró que los médicos asistentes tienen el más alto valor en conocimiento (57.1% de ellos conoce),

y que los médicos residentes tienen el valor más bajo (la totalidad de ellos desconoce); en el caso de las enfermeras y auxiliares de enfermería se tuvo que 16.7% y 12.5% ellas sabe correctamente la definición. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.02$) entre las profesiones y el conocimiento de la definición. Los estudios realizados sobre el nivel de conocimientos son muy pocos, uno de ellos realizado en Sao Paulo, Brasil; en médicos y cuidadores de la salud; encontró que 63.3% de los médicos y 40% de los cuidadores saben la definición, el valor es superior pero cercano al que se encontró en este estudio (57.1%), estos resultados se pueden comparar porque se utilizaron el mismo modo de pregunta para saber la definición (30). Otro estudio que evalúa sobre el conocimiento de la definición es el de Anielli Prieto y col., pero en estudiantes de medicina, donde, según el instrumento que utilizan, no tiene un punto de corte definitorio sobre si conoce o desconoce, ya que evalúan otras definiciones como “ortotanasia”, “distanasia”, “cacotanasia” o “idiotanasia”; para el concepto de eutanasia refiere que 93.3% tiene ideas aproximadas, sin embargo este no fue un dato manejado con un valor preciso, por lo que ese valor puede verse disminuido si a esa población se aplica la pregunta que utilizamos en este estudio (8). Otro punto en consideración sobre el conocimiento fue sobre los tipos de eutanasia, basados en la definición que dieron en la pregunta anterior, aquí 17% tiene conocimiento de los tipos, 83% desconoce los tipos según la definición anterior. Existen dos tipos de eutanasia en forma general: la forma pasiva y la forma activa, al hacer conocer esto al encuestado y consultarle sobre si es lo mismo o existe diferencia entre ambos, 40% considera que se tratan de lo mismo, un valor alto para de por si considerar que se tratan de terminología diferentes. No se han encontrado estudios que busquen las diferencias en estos conocimientos y como último ítem de la parte de conocimientos, se indagó sobre si sabían la legalidad de la eutanasia en el Perú, como se conoce ésta no es legal en este país y en ninguno de América; se encontró un resultado relativamente favorable al conocimiento de esto, ya

que sólo 11%, desconoce completamente esto, a diferencia del 89% que sabe que no es legal actualmente en nuestro país. Existen muchos debates sobre la legalidad de la eutanasia a nivel mundial, los factores a favor y en contra siempre permanecerán en discordancia, sin embargo un punto básico y clave es el hecho de conocer esto, ya que puede estar cometiendo errores al momento de la práctica o de difundir malos conceptos relacionados a la legalidad, que es un punto muy distinto a de lo moral, que no fue tópico principal tocado en este estudio.

La evaluación de las actitudes en este trabajo de tesis se dio mediante la aplicación de tres situaciones, todos basados en los trabajos realizados por Pricoli y col. y Radulovic y Mojsilovic y col. En el primer caso se consideró la actitud frente a la suspensión del apoyo mínimo o la provocación de la muerte, es decir ante una eutanasia activa o pasiva; encontrándose que el 75.9% de los encuestados se muestra a favor de una eutanasia pasiva, o como se menciona en la pregunta “dejar morir”, 13.3% se muestra a favor de aplicar una eutanasia activa, y 10.8% no acepta ninguna de ellas. Esto nos da a entender que cerca al 90% se muestra a favor de aplicarla, sin embargo al no tratarse de un caso propiamente dicho y considerarse una pregunta directa no se puede considerar como una actitud global. Para la siguiente situación, que se trata de un caso clínico, ante un paciente accidentado en coma sin perspectiva de recuperación, la mayoría (51.8%) refirió mantener la ventilación mecánica por decisión propia, seguido a esto 18.1% prefiere suspender la ventilación mecánica por decisión propia, 15.7% mantiene la ventilación mecánica por decisión familiar y 14.5% suspende la ventilación mecánica por decisión familiar. Aquí se apega más a la influencia de la familia en la decisión de mantener la vida, se observa que hay una actitud mayoritaria hacia la permanencia de la vida en el paciente aunque este se encuentre en un estado con bajo pronóstico. Y la tercera situación se consideró justo sobre la influencia de la familia en la decisión en un paciente en coma post paro cardiaco sin perspectiva de recuperación neurológica; para el caso de que el paciente

no cuente con ningún familiar la mayoría prefiere no continuar con el tratamiento (31.3%), sin embargo muy cercano a esto, 30.1%, prefiere mantener el cuidado renunciando a terapias adicionales, en caso de que el paciente tenga familia y ésta solicite mantenerlo vivo 66.3% le da el apoyo total, a diferencia de que si no tuviera familia donde 24.1% le da el apoyo y si la familia solicita que se renuncie al tratamiento 51.8% de los encuestados decide no continuar con el tratamiento. Se observa la gran influencia que tiene la familia en esta decisión, es un factor importante en la decisión de la eutanasia, porque podría tratarse de una responsabilidad consiente y social. La actitud que se tiene referente a las prácticas, sobre la opinión de legalizar o no se encontró diferencias estadísticamente significativas ($p=0.007$), existiendo una mayor aceptación de esto entre los médicos asistentes y residentes, los cuales en su totalidad se mostraron de acuerdo respecto a la legalización de la eutanasia, el 60% de las enfermeras se muestra de acuerdo en este punto, sin embargo existe un grupo (16.7%) que no está de acuerdo, este porcentaje aumenta en los auxiliares de enfermería (34.4%). En un estudio publicado en el *New England Journal of Medicine* por Bachman y colaboradores, donde se evalúan médicos y público en general respecto a la legislación del suicidio asistido en el estado de Michigan en Estados Unidos, encontrando resultados muy dispersos por un lado los que apoyan la legislación cuidadosa del suicidio asistido y por otros que muestra claramente una prohibición total, además también existe un apoyo hacia la eutanasia voluntaria, especialmente para los pacientes que pueden actuar por sí mismos (37) . En la evaluación sobre quién debería tomar la decisión de la eutanasia, se encontró que el 100% de los médicos (asistentes y residentes) consideran que debería encargarse un comité médico, 70% de las enfermeras muestran la misma opinión, estos resultados varían para los auxiliares de enfermería, donde 50% de ellos refieren que la decisión debería ser tomada por un familiar ($p<0.01$). Al tratarse de una decisión de gran complejidad, los idóneos para tomar esta decisión (en caso se pudiese dar o se de en

países donde está legalizado) son los más capacitados en el tema, basados en experiencia, así como con las medidas legales adecuadas, porque tiene la misma implicancia que tiene (38). En relación a la religión y la actitud hacia la eutanasia se halló que todas muestran al menos algún tipo de actitud favorable, salvo la mormona, que en su totalidad no acepta, sin embargo es importante recalcar que sólo se tuvo un participante que profesaba este tipo de religión. Seguida en frecuencia de tener una actitud opuesta a la práctica de la eutanasia están los evangélicos (66.7%), luego los adventistas (50%), cristianos (25%) y por último los católicos (5.5%), se debe tener en cuenta que la mayoría de los participantes eran católicos (73 de 83) ($p=0.01$). En un estudio epidemiológico publicado por Caddell y Newton encontraron que las personas con una educación buena así como políticamente liberales con una autopercepción de poco religiosos son más propensos a aceptar la eutanasia activa o suicidio asistido en el caso de un paciente terminal, prefiriendo que entre el paciente y el médico sea este último quien realice la función en el proceso de muerte. Más allá del tipo de religión que profesen se debería considerar la importancia con que la toman, ninguna de las religiones evaluadas acepta la condición de muerte por causa humana, sin embargo la actitud es otra en los participantes probablemente por el interés y la seriedad con que tomen su religión (39).

En relación a las prácticas, la totalidad de los médicos asistentes recibieron al menos una vez en su vida una solicitud de eutanasia, 85.7% de los residentes lo mismo. Estos porcentajes se invierten levemente al considerar enfermeras o auxiliares de enfermería donde el 43.3% y 46.9% respectivamente recibieron algún tipo de solicitud ($p=0.001$). Se reportan que por lo general esta solicitud es recibida por el encargado del paciente y/o jefe del equipo que está a cargo del mismo, el médico, en los casos que se den a la enfermera o auxiliar de enfermería podría deberse al mayor tiempo de contacto y cercanía que tiene con el paciente y sus familiares.



CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

- PRIMERA: La mayoría del personal sanitario que fue encuestado tenía entre 31 y 40 años, más frecuente el sexo masculino, de religión católica
- SEGUNDA: Se encontró un nivel de conocimientos bajo en el persona personal sanitario en general, en los médicos el nivel fue regular.
- TERCERA: En relación a las actitudes sobre la eutanasia es compartida, la mitad se encuentra a favor y la otra en contra.
- CUARTA: Respecto a las prácticas, médicos y residentes recibieron solicitudes para realizar algún tipo de eutanasia, cumpliéndolas en la mayoría de las veces

SUGERENCIAS

1. Se sugiere a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María realizar trabajos de investigación de este tipo en otros centros hospitalarios
2. Se sugiere a la Facultad de Medicina Humana que las capacitaciones en cursos de Bioética y afines, en especial al tocar el tema de eutanasia se le dé la importancia debida, incluso con la utilización de metodologías prácticas, por ejemplo casos simulados
3. Se sugiere a las direcciones regionales de salud y a los comités encargados en educación de los colegios profesionales de las profesiones de salud brindar capacitaciones referente a temas de bioética y sobretodo eutanasia
4. Se sugiere al Comité de Ética del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas se encuentre presto a recibir comunicaciones de eutanasia, para que se elabore un registro de los motivos por los que se solicita.
5. Se sugiere a la dirección del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas tengan una reunión con todo el personal, o en su defecto sus representantes, para hacer de conocimiento los resultados de la presente tesis.

BIBLIOGRAFÍA

1. M Maret, L'euthanasie: alternative sociale et enjeux pour l'éthique chrétienne (traducido : La Eutanasia : Cuestiones sociales para la ética y alternativas cristianas), Edition Saint Augustin, 2000, p.16
2. Barreto Vaquero, D. (2004). Reflexiones en torno a la eutanasia como problema de salud pública: euthanasia. Revista Cubana de Salud Pública, 30(1), 0-0.
3. J. Montgomery, Health Care Law, second edition, Oxford University Press, 2002, p. 460.
4. See a report commissioned by the French Senate (1997) at www.senat.fr/lc/lc42/lc42.html
5. J-L Baudouin et D. Blondeau, Ethique de la mort et droit à la mort, PUF, Les voies du droit, 1998, p.35.
6. M. Stauch K. Wheat and J. Tingle, Sourcebook on Medical Law, Cavendish Publishing Limited, 1998, p.658.
7. On advance directive, see C. Elliott, "Meaning what you say," in: L. Elliott (ed.) Advance Directives: Expectations, Experience and Future Practice 4(1) Journal of Medical Ethics, 1993, p. 61
8. Wardle, D. (2007). A perfect send-off: Suetonius and the dying art of Augustus (Suetonius, Aug. 99). Mnemosyne, 60(3), 443-463.
9. Creagh Peña, M. (2012). Dilema ético de la eutanasia. Revista Cubana de Salud Pública, 38(1), 150-155.
10. Magdalena, E. M. (2003). Eutanasia, filosofía y religion.
11. Emanuel, E. J. (1994). The history of euthanasia debates in the United States and Britain. Annals of internal medicine, 121(10), 793-802.

12. ADMIRAAL, P. (1996). Euthanasia and assisted suicide. Thomasma DC, Kushner T. Birth to death. Cambridge: Cambridge, 210.
13. Marx, K. F. H. (1826). De Euthanasia medica: Prolusio academica (Doctoral dissertation).
14. Jiale, T. (2012). Study of the Euthanasia in Light of the Confucianism Bioethics.Medicine and Society, 8, 001.
15. VON ENGELHARDT, D. (2002). euthanasia in between shortening life and aiding death: past experiences, present challenges. Acta bioeth, 8(1), 55-66.
16. Rachels, J. (1986). The end of life: euthanasia and morality.
17. Emanuel, E. J. (1994). Euthanasia: historical, ethical, and empiric perspectives.Archives of Internal Medicine, 154(17), 1890-1901.
18. Kevorkian, J. (1991). Prescription--medicide: the goodness of planned death.
19. Hurst, S. A., & Mauron, A. (2003). Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. Bmj, 326(7383), 271-273.
20. Acosta Sario JR. ¿Quien debe decidir? Rev Avances Médicos Cuba. 1996; Año III No 7. p. 60.
21. Sánchez Caro J. Aspectos jurídicos de interés en relación con los trasplantes de órganos. Nefrología. 1994;14(supl 1):64-9.
22. Herranz G. 1995. La eutanasia, una pasión mortal. <http://www.cti.unav.es/capellanía/ldm/eutanasia/euta>. 5 dic 1999. 4 p
23. Muñoz J. 1998. Eutanasia. Eliminar las razones. <http://www.cti.unav.es/capallania/ldm/eutanasia/euta>.
24. Vega J, Martínez D. 1998. El concepto de eutanasia. XVII Congreso Internacional de la Academia de Medicina legal. Madrid. España. 1998.
25. Gómez C. 1998. Angustia y eutanasia. <http://www.cti.unav.es/capellania/ldm/eutanasia/euta>. 5 dic 1999. 3 p

26. Nahmias A. 1995. Eutanasia ¿Desafío para la anestesiología?. Rev. Mex. Anesthesiol. 18: 95-97
27. Rodríguez R, Rodríguez F. 1990. Eutanasia: Sentir de los médicos colombianos que trabajan con pacientes terminales. Colombia Médica. 30: 102-106
28. Sanchez D, Cuartas E, Duque AM, Peláez N. Eutanasia: encuesta de opinión a médicos internistas y pediatras. Medellín, segundo semestre 1998. CES Medicina. 1999; 13(2): 21 - 26
29. Suazo M, Amaro R, Pérez ME. Percepciones y posiciones sobre la eutanasia, en médicos y enfermeras, de 5 hospitales de Santo Domingo, durante el periodo Setiembre – Noviembre del 2001. 2003; 28(3): 491-510
30. Pricori L. Knowledge of the definition of Euthanasia: Study with doctors and caregivers of Alzheimer's Disease Patients. Rev Assoc Med Bra. 2009;55(3):273-7
31. Radulovic S, Mojsilovic S. Attitudes of oncologists, family doctors, medical students and lawyers to euthanasia. Support Care Cancer. 1998;6:410-15.
32. Emanuel EJ, Fairdough D, Clarridge BC, Blum D, Bruera E, Penley WC et al. Attitudes and practices of U.S. oncologists regarding Euthanasia and Physician-Assisted suicide. 2000;133(7):527-32.
33. Guillen-Camargo F. Conocimiento y actitud respecto a la Eutanasia en los médicos del Hospital III Yanahuara, EsSalud y del doctorado de derecho de la UCSM. Tesis de Maestría. Universidad Católica de Santa María. 2006.
34. Rivera-Abarca P. Conocimientos y actitud respecto a la eutanasia en médicos e internos de medicina que laboran en el Hospital Goyeneche de Arequipa. Tesis de Bachiller. Medicina Humana. Universidad Católica de Santa María. 1996

35. Pérez T. Pensamientos y actitudes de médicos acerca de la eutanasia en dos hospitales de la ciudad de Arequipa. 1994. Tesis de Bachiller. Medicina Humana. Universidad Católica de Santa María. 1994.
36. Vera-Portocarrero E. Conocimientos y actitudes del profesional de salud hacia la eutanasia en el paciente terminal. Hospital Goyeneche Arequipa 2009. Tesis de Bachiller. Medicina Humana. Universidad Católica de Santa María. 2009.
37. Bachman JG, Alcsér KH, Doukas DJ, Lichtenstein RL, Corning AD, Brody H. Attitudes of Michigan physicians and the public toward legalizing physician-assisted suicide and voluntary euthanasia. N Engl J Med. 1996 Feb 1;334(5):303-9.
38. Turla A, Ozkara E, Ozkanli C, Alkan N. Health professionals' attitude toward euthanasia: a cross-sectional study from Turkey. Omega (Westport). 2006-2007;54(2):135-45.
39. Caddell DP, Newton RR. Euthanasia: American attitudes toward the physician's role. Soc Sci Med. 1995 Jun;40(12):1671-81.



ANEXO 1

PROYECTO DE TESIS

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA
EUTANASIA EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR –
IREN SUR, AREQUIPA, 2014”**

Autor:

Betsy Belén Ayala Castro

Proyecto de tesis para obtener el título
profesional de Médico Cirujano

Arequipa- Perú

2014

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA EUTANASIA EN PERSONAL SANITARIO DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR – IREN SUR, AREQUIPA, 2014

I. PREAMBULO

Han existido muchos cambios en el desarrollo de la civilización en el último siglo, tanto en la sociedad en general como en la medicina, dentro de los cuales, desde el área de la bioética, resalta la eutanasia.

Vemos que las personas cada vez más se dan el derecho de tomar decisiones por si mismos en el estilo y calidad de vida, y la sociedad acepta tales decisiones, cada vez más independientemente, sin considerar si son buenas o malas para una persona en particular.

Con el control de la mortalidad debido a enfermedades infecciosas, actualmente las causas principales de muertes son las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos, caracterizándose por un largo proceso de morir. Además, actualmente con el avance de la tecnología existen varios dispositivos para la prolongación de la vida que permiten posponer la muerte durante un largo periodo sin mejorar la calidad de vida del paciente por lo que la eutanasia ha cobrado relevancia por la frecuencia de casos donde existe la posibilidad de realizarla, pese a que es ilegal en la gran mayoría de países del mundo, incluyendo el nuestro.

El presente proyecto de investigación surge por el interés de conocer aspectos relacionados a la eutanasia, como el conocimiento, las actitudes y las prácticas, en personal sanitario de un centro de salud que atiende pacientes oncológicos. La información que se obtenga nos servirá para tener una base sobre el tema y observar las diferencias de esto entre los distintos profesionales de la salud.

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de Investigación

Enunciado del problema

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la eutanasia en el personal sanitario del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur – IREN SUR, Arequipa, 2014?

Descripción del Problema

a. Área del Conocimiento

Campo: Ciencias de la salud

Área: Medicina Humana

Especialidad: Bioética

Línea: Eutanasia

b. Análisis u Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Características generales	Sexo	Femenino Masculino	Nominal
	Edad	Años cronológicos	De razón
	Religión	Católica Adventista Mormón Cristiana Evangelista Otro	Nominal
	Años de experiencia	Años cronológicos	De razón
	Personal sanitario	Médico Residente Enfermera Auxiliar de enfermería	Nominal
	Sub-especialidad	Ninguna Quirúrgica Médica Otra	Nominal
Conocimientos	Definición de la eutanasia	Si conoce No conoce	Nominal
	Definición de tipos	Conoce	Nominal

	de eutanasia	Desconoce	
	Diferencia entre tipos de eutanasia	Equivalentes Diferentes Desconoce	Nominal
	Legalización en el Perú	Conoce Desconoce	Nominal
Actitudes	Ante la eutanasia pasiva y activa	Acepta la activa Acepta la pasiva No acepta ninguna	Nominal
	Presentación de situaciones donde existe la posibilidad de aplicar eutanasia	A favor A favor por decisión familiar En contra En contra por decisión familiar	Nominal
	Presentación de situaciones donde existe la posibilidad de aplicar eutanasia con influencia familiar	A favor En contra Sin respuesta	Nominal
	Sobre la legalización de la eutanasia en el Perú	A favor En contra Ni a favor ni en contra	Nominal
	Sobre la toma de la responsabilidad	Paciente Médicos Familiares Estado Abogados	Nominal
Prácticas	Situaciones donde le solicitaron Eutanasia en la carrera profesional	Número de casos	Numérico
	Situaciones donde le solicitaron Eutanasia durante últimos 12 meses	Número de Casos	Numérico
	Origen de la solicitud	Paciente Familiares Otros	Nominal
	Aceptación de la solicitud	Si No	Nominal

c. Interrogantes Básicas:

- ¿Cuáles las características generales del personal sanitario que labora en el IREN - SUR en Arequipa en el 2014?

- ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre la eutanasia en el personal sanitario que labora en el IREN – SUR en Arequipa en el 2014?
- ¿Cuáles son las actitudes respecto a la eutanasia en el personal sanitario que labora en el IREN - SUR en Arequipa en el 2014?
- ¿Cuáles son las características de las prácticas en el personal sanitario que labora en el IREN - SUR en Arequipa en el 2014?
- ¿Existe asociación las características generales y los conocimientos, actitudes y prácticas en el personal sanitario que labora en el IREN - SUR en Arequipa en el 2014?

d. Tipo de Investigación: Observacional, Transversal, Analítico

e. Nivel de Investigación: Descriptivo

Justificación del Problema

Relevancia Social: Los problemas oncológicos son un problema social, ya sea desde el punto de vista como paciente o como familiar o amigo de un paciente con cáncer; por ello la posibilidad de estar cercano a una situación de eutanasia tampoco es ajena, y saber las percepciones sobre esto en personal sanitario es importante para el paciente así como la sociedad.

Relevancia Contemporánea: Pese a que se trate de un término y tema con un origen muy antiguo, cobra importancia contemporánea por el auge que ha tenido la bioética durante el último y presente siglo, y la mayor difusión por los medios de comunicación sobre casos de ética

médica, dándole mayor importancia al respeto de la dignidad al ser humano.

Relevancia Científica: Este estudio aporta información no estudiada previamente en el IREN SUR en Arequipa, donde se llevará a cabo, la cual va a formar parte de los anales de la bioética en nuestra ciudad.

Relevancia Académica: La información que se maneja en relación a temas de bioética como la eutanasia, en este caso, es limitada a usar recursos de estudios realizados en Lima o el extranjero, por lo que este estudio aporta información académica para el área.

Factibilidad: Cumple con esto debido a la posibilidad metodológica que tiene el estudio, además no genera un gasto considerable que no pueda ser suplido por la tesista.

Originalidad: Es original, ya que hasta el momento no se ha realizado ningún trabajo con objetivos similares o parecidos en el lugar de estudio.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Definición de Eutanasia:

La definición en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española es, el acontecimiento voluntario de la vida de quien sufre una enfermedad incurable para poner fin a sus sufrimientos.

El derecho a la muerte es un tema controvertido en toda sociedad, garantizado para generar debates acalorados si una persona enferma tiene derecho a terminar con su vida, sobre todo en casos en donde el paciente entra en un estado de coma irreversible o ha sufrido durante mucho tiempo de una enfermedad incurable causando dolor físico o mental insoportable.

Esta circunstancia se da muy a menudo con o sin el consentimiento de la persona que está muriendo; a veces con la simpatía de la familia a la persona que está muriendo o siendo influenciado por decisión médica; por lo que los médicos se ven obligados a ponerse de acuerdo con un dilema: si dar o no por terminado la vida del paciente antes de su tiempo natural. Tal acto es conocido como "eutanasia", que se puede lograr a través de la suspensión del equipo de soporte vital, de la comida o la administración de altas dosis de alguna sustancia letal.

No existen diferencias entre países civilizados, grandes o pequeños, que se vean ajenos al debate ético de esta práctica, que provoca muchas controversias debido a puntos de vista irreconciliables entre el público en general, así como con los profesionales de la medicina.

Etimológicamente la palabra eutanasia, significa "buena muerte", se deriva de la palabra griega que significa la eu "bueno" y thanatos que significa "muerte". Desde el principio, la palabra se ha asociado con el arte de morir y la calidad del último momento de vida (1). El segundo y contemporáneo significado se introduce a finales del siglo 19. A partir de entonces, la palabra eutanasia ha sido de uso común en el sentido de acabar con la vida de un paciente por un médico con el fin de aliviarle el sufrimiento (2). En este proceso, la intervención intencional para acortar la vida de alguien que ha sufrido una enfermedad grave e incurable ha dado lugar a una deliberación ética y ha llegado a adquirir hasta connotaciones penales. Los que apoyan la eutanasia sostienen que los pacientes tienen el derecho de poner fin a la vida, en lugar de seguir a toda costa.

2.2. Historia de la Eutanasia:

Remontándonos a los orígenes tenemos que:

El primer uso registrado de la palabra eutanasia era por Suetonio, historiador romano, en su *De Vita Caesarum - Divus Augustus* (La vida de los Césares - El deificado Augusto) para describir la muerte de Cesar Augusto (8):

"... mientras él estaba pidiendo a algunos recién llegados de la ciudad acerca de la hija de Druso, estaba enfermo, falleció repentinamente mientras él estaba besando Livia, pronunció estas últimas palabras: " Vivir conscientes de nuestro matrimonio, Livia, y despedida"; así bendecido con una muerte fácil que alguien como él siempre había anhelado. Durante casi siempre, al oír que alguien había muerto de manera rápida y sin dolor, rezó para que él pudiera haber tenido una eutanasia, porque era el término que él estaba acostumbrado a usar."

Con o sin tratamiento se practicaba en la historia, el término correcto para esto es la ortotanasia, que significa "la muerte pasiva." En este método, las acciones de la curación del paciente nunca se aplican y su muerte se hace fácil en una forma pasiva. En la ortotanasia, no se aplica la acción de matar, pero, las acciones pasivas están presentes con el fin de proporcionar la muerte.

Durante los siglos 15 y 17, se le cita a menudo a Tomas Moro (1478-1535) como el primer cristiano prominente en recomendar la eutanasia en su libro "Utopía", donde los sacerdotes utópicos fomentan la eutanasia cuando un paciente tenía una enfermedad terminal y padecían de sufrimiento por el dolor (pero esto sólo puede hacerse si el paciente ha consentido) (9). *"... si una enfermedad no sólo es preocupante, sino también agonizante sin detenerse, a continuación, los sacerdotes y los*

funcionarios públicos exhortan a este hombre ... de liberarse de esta amarga la vida ... o bien para permitir a otros a liberarlo ...". El problema con el uso de esta cita es que más, un devoto católico, escribió Utopía como una obra de sátira (10).

El filósofo inglés, Francis Bacon (1561-1621), fue el primero en hablar sobre la prolongación de la vida como una nueva tarea médica, el tercero de tres oficios del médico: la preservación de la salud, la curación de las enfermedades y la prolongación de la vida. Bacon también afirma que, *"Ellos deben adquirir la habilidad y otorgar la atención por lo que la muerte puede pasar más fácilmente y en silencio de la vida"*. Bacon se refiere a esta eutanasia como externas, o más fácil para los moribundos del cuerpo, en oposición a la preparación del alma. Parece poco probable que él defendiera la "muerte por compasión", más probable fue la promoción de lo que llamaríamos una mejor atención (11).

Durante los siglos 18 y 19:

En Prusia, en el siglo 18, 1794, se aprobó una ley que redujo el castigo de una persona que mató al paciente con una enfermedad incurable (12).

En 1828 Se apertura de la ley estadounidense de manera explícita para prohibir el suicidio asistido.

Hasta finales del siglo XIX, la eutanasia fue considerada como una muerte en paz. Un documento muy citada en el siglo XIX es, *"De euthanasia medica prolusio"*, la conferencia magistral inaugural de Carl Marx, un graduado médico de Jena. *"Es la suerte del hombre a morir"* afirma él. Sostuvo que la muerte, ya sea se produzca como un accidente repentino o por etapas, se da incapacidad mental que precede a la física. *"Filosofía y*

religión pueden ofrecer información y comodidad, pero el médico es el mejor juez de la dolencia del paciente, y administra el alivio del dolor, donde la cura es imposible” (13).

Las condiciones sociales prevalecientes en el siglo XIX empezaron a favorecer a la eutanasia activa. El trabajo de Darwin y las teorías relacionadas de evolución habían impugnado la existencia de un Dios Creador que solo tenía el derecho de determinar la vida o la muerte (11).

En 1889, el filósofo alemán, Nietzsche, dijo que los pacientes con enfermedades terminales son una carga para los demás y que no deberían tener el derecho de vivir en este mundo (14).

En 1895, un abogado alemán, Jost, preparó un libro llamado "*Killing Law*". Aquí subrayó que sólo los pacientes enfermos sin esperanza que deseaban la muerte, habría que dejarlos morir. Según Jost, a veces la vida ya no tiene valor. Por lo tanto, el valor de la vida de un paciente con una enfermedad incurable es muy poco (15).

En el siglo XX:

Un médico francés, el Dr. Forgue, publicó un artículo llamado "Muerte fácil de los pacientes incurables", en 1925, y señaló que la muerte de un paciente incurable no era una condición legal. Pero otras opiniones daban a entender que matar a un paciente incurable con su libre consentimiento debía ser perdonado (16).

De acuerdo con una encuesta en 1937, el 53% de los médicos estadounidenses defendió la eutanasia. Aproximadamente 2.000 médicos y más de 50 ministros religiosos se encontraban entre los miembros de la

Sociedad Americana de Eutanasia. En 1938, la Sociedad de la Eutanasia de América se estableció en Nueva York (16).

La Sociedad de Eutanasia se reunió en Oxford en los últimos meses de 1980, organizado por Exit, la Sociedad para el Derecho a Morir con Dignidad. Constaba de 200 miembros de 18 países representados. Desde su fundación, la Federación Mundial ha llegado a incluir 38 organizaciones de todo el mundo, y ha ocupado quince conferencias internacionales adicionales, cada uno organizado por una de las organizaciones miembros (17).

En 1999, en Estados Unidos, el Dr. Jack Kevorkian fue condenado a 25 años de prisión por el asesinato en segundo grado de Thomas Youk después de mostrar un video de su muerte, por inyección letal, en la televisión nacional. La primera apelación de Kevorkian fue rechazada en el 2001. Kevorkian ayudó a un número de personas que mueren y aunque él había sido procesado previamente, permaneció libre de los cargos criminales hasta 1999 (18).

En el 2000, en Holanda aprobaron la eutanasia voluntaria. La ley holandesa permite la eutanasia voluntaria y el suicidio asistido por un médico y entró en vigor el 1 de febrero de 2002. Durante 20 años antes, se había permitido bajo determinadas directrices.

En la actualidad:

En el 2002, Bélgica aprobó una ley similar a la de los holandeses, que permite tanto la eutanasia voluntaria y el suicidio asistido por un médico.

Cuando se estableció en 1942, la ley de eutanasia de Suiza estaba destinado principalmente a ofrecer la oportunidad de una muerte digna a las personas con sólo dos o tres semanas de vida. Pero esta se salió de control y ha llegado a convertirse en un sitio donde las personas van a “suicidarse”, hasta incluso algunos sensacionalistas lo han llamado como “turismo suicida”. En los últimos años, sin embargo, se ha aplicado a pacientes con una variedad de dolencias - aquellos con enfermedades terminales o con discapacidad mental agudas, e incluso las personas que sufren la angustia insoportable, tal como un músico, por ejemplo, que ha quedado sordo. Hay varios requisitos bajo la ley suiza. Las personas que optan por la eutanasia deben ser racionalmente capaz de tomar la decisión de morir. Deben realizar el acto final - por lo general el consumo de una dosis letal de barbitúricos - sin ayuda. Y el evento debe ser presenciado por una enfermera o un médico, y otras dos personas (19).

2.3. Tipos de Eutanasia:

Ante los diferentes modos en los cuales se aplica la eutanasia se le ha clasificado en varios tipos: Eutanasia Activa, Pasiva, Voluntaria e Involuntaria.

2.3.1. Eutanasia Activa y Pasiva:

La distinción entre eutanasia activa y pasiva se basa en la naturaleza de la participación del profesional médico u otra personal de salud en el control de la atención del paciente. Por lo tanto, la diferencia que se puede sacar es la de actuar con el fin de causar la muerte u omitiendo para actuar, de modo que se permite que se produzca la muerte (3).

La **eutanasia activa** corresponde a la administración intencional de la sustancia letal con la intención de provocar la muerte, solicitada por el

paciente, por una decisión familiar o una persona médica en caso de que el paciente ya no puede dar su consentimiento.

En cuanto a la **eutanasia pasiva**, se refiere a la retirada de los tratamientos necesarios para mantener la vida (4).

Aunque no parezca, la distinción entre estos dos términos da lugar a confusión. La pregunta es qué tipo de conducta, en el contexto de la atención médica, será considerado por la alguna normativa legal como una omisión (eutanasia pasiva) en lugar de un acto (eutanasia activa). Según algunos autores, la eutanasia pasiva es un término sin sentido porque es en realidad una intervención no terapéutica que no puede ser percibida como la eutanasia en el sentido de que provoca la muerte. En tal caso, la enfermedad es la principal causa de muerte, mientras que en el caso de la eutanasia activa la conducta del médico es la primera causa de muerte (5).

Otros autores señalan que lo que hace el médico cuando se apaga una máquina de soporte vital es "que en esencia, no es un acto sino una omisión para luchar", y que "la omisión no es un incumplimiento del deber por el médico, porque él no está obligado a seguir en un caso perdido ". Está claro que los profesionales de la salud tienen el deber de cuidar a los pacientes. Se tiene el riesgo de ser procesado por homicidio si sus pacientes mueren después de una negligencia al no tratarlos. En otras palabras, la eutanasia pasiva por omisión de actuar equivale a un incumplimiento de la obligación de adoptar las medidas adecuadas que normalmente se requiere para la labor médica (6).

2.3.2. Eutanasia voluntaria, no voluntaria e involuntaria:

Ya que en algunas ocasiones la distinción entre eutanasia activa y pasiva conduce a la confusión, parece más prudente optar por la clasificación de la eutanasia que se basa en la voluntad del paciente.

Esto puede caer en una de las tres categorías (7):

En primer lugar, la **eutanasia voluntaria** es descrita como el hecho de que el médico pone fin a la vida de un paciente de acuerdo con la voluntad del paciente competente o de instrucción anticipada por el mismo.

En segundo lugar, la **eutanasia no voluntaria** se refiere a casos en que el médico decida, con o sin la consulta de la familia del paciente sin que el paciente que no ha expresado la voluntad en esta materia, porque éste se encuentra incompetente. El médico a menudo decide si ciertos pacientes deberían estar obligados a ser reanimado artificialmente o no.

En tercer lugar, la **eutanasia involuntaria** significa que la eutanasia es aplicada en contra de la voluntad del paciente.

2.3.3. Otras clasificaciones de la Eutanasia:

- Distanasia:

En la oposición a la eutanasia se encuentra la distanasia, cuyo vocablo está compuesto por el prefijo griego “dis” que significa dificultad u obstáculo y la palabra “thanatos” la cual significa muerte. Distanasia es la prolongación de la vida al costo que sea necesario, no importa el sufrimiento a que se vea sometido el paciente en tanto se encuentre con vida; se trata de una suerte de encarnizamiento terapéutico.

Higuera, define la distanasia como la práctica que tiende a alejar lo más posible la muerte, prolongando la vida de un enfermo, de un

anciano o de un moribundo, ya inútiles, desahuciados, sin esperanza humana de recuperación y utilizando para ello no sólo los medios ordinarios, si no extraordinarios muy costosos en sí mismos o en relación con la situación económica del enfermo y de su familia.

Son los medios aplicados ante dudosas probabilidades de recuperación no ofrecen una esperanza de beneficio para el paciente, y son una carga para el enfermo y su familia. Incluye la admisión de la unidad de cuidados intensivos, la resucitación cardiopulmonar, la monitorización invasiva, los soportes mecánicos de la vida, los órganos artificiales, los trasplantes y transfusiones, la nutrición artificial y los fármacos potentes intravenosos aplicados con otro fin que no sea el bienestar (encarnizamiento terapéutico).

En concreto, se trata de alejar lo más posible y a toda costa el momento de la muerte del enfermo terminal.

- **Ortotanasia:**

La palabra ortotanasia proviene del griego “orto” que significa recto o justo y de la palabra “thanatos” que como ya se ha mencionado significa muerte.

Higuera la define como aquella postura que tiende a conocer y respetar el momento natural de la muerte de cada hombre y sus concretas circunstancias, sin querer adelantarlo para no incidir en la eutanasia reprobable, ni tampoco prolongar artificialmente cualquier tipo de vida con medios improporcionados, para no crear en el

extremo opuesto de una distanasia, también reprobable; aunque siempre dejando actuar e intervenir la relativa libertad de conducta que permite y exige la racionalidad humana, frente a una pasividad meramente animal.

Por lo tanto, la palabra ortotanasia se encuentra entre los extremos de la eutanasia y la distanasia; en la ortotanasia se deben considerar todos los cuidados positivos, médicos, psicológicos, sociales y espirituales que se pueden proporcionar al paciente.

De alguna forma la ortotanasia incluye casos como los de la eutanasia pasiva indirecta (en tanto no haya omisión dolorosa o culposa) en que aliviar el dolor puede acortar la vida, y todos los demás cuidados que buscan proporcionar al enfermo terminal una auténtica buena muerte.

- Autanasia: Proviene del griego “autos” que significa si mismo y “thanatos” que significa muerte. Rodríguez Estrada dice: “la autanasia es la muerte que el paciente pide para si mismo”.

La autanasia pudiese consistir en administrar la vida con inteligencia. Si se administra retardando la muerte, también se hace apresurándola cuando lo soliciten.

Algunos autores argumentan que:

Se trata de la propia vida y la propia muerte. No habló de casos en que se propusiera que uno tomara la decisión por el otro.

Aunque se parece al suicidio de que se ocupan los juristas, los moralistas y los psicólogos, la semejanza es más aparente que real.

No se trata del suicidio que nace del miedo a la vida que es la desesperación y autodestrucción.

Se trata de personas en estado terminal, que pueden haber perdido la capacidad de decisión; se plantea la alternativa de una delegación con todas las formas legales: ente notario y a cargo de una persona, que deberá tomar la decisión de contar misericordiosamente la vida del sufriente incurable.

Se postula, por supuesto, la legislación al respecto, con previas discusiones en las cámaras correspondientes del país.

Se propone una mera posibilidad, una alternativa, un camino opcional, no una norma que se imponga a nadie.

Estos autores aunque muestran teorías atrevidas, presenta varias inconsistencias que harían difícil su viabilidad; algunos de los alegatos que maneja están en realización con los siguientes puntos: algunas personas escandalizan de que si alguien decida por sí mismo, quitarse la vida para no sufrir una enfermedad crónica o terminal. Y no dicen nada cuando un médico, con el pretexto de una operación peligrosa, ocasiona la muerte de su paciente. De igual forma sucede con el cuerpo médico más cercano al paciente, en muchos casos la enfermera, bajo el pretexto de aliviar el dolor, en forma directa o indirecta eleva la dosis de los medicamentos provocando la muerte.

2.4. Dilema ético de la Eutanasia:

La eutanasia se ha conducida por dos líneas filosóficas, integradas por los científicos y los religioso basándose en las creencias y conocimientos que, han desarrollado poniendo en base a la dignidad humana, tanto para defenderla como para rechazarla. Para los que la defienden, la dignidad

humana del enfermo consiste en el hecho de que ésta persona tenga la posibilidad de elegir libremente el momento en el cual quiere dejar de vivir. Para los opositores, la dignidad humana es estar completamente en contra a este derecho por ser considerado una decisión sin razón humana frente a un asunto exclusivamente divino para algunos y exclusivamente científico-legal para otros (20).

Pese a la consideración que se le está dando, la eutanasia solo está permitida legalmente en tres países, en el estado de Oregón, Estados Unidos, donde sus ciudadanos aprobaron por referéndum en 1997 la ley de muerte con dignidad; en Holanda, vigente desde abril de 2001, como ya mencionamos anteriormente en el segmento de la historia, con una serie de requisitos y limitantes legales que de no cumplirse pueden generar procesos legales que perjudiquen a los médicos, y finalmente en Bélgica, que hace 10 años, en septiembre del 2003, se convierte en el segundo país en aprobar leyes a favor de la eutanasia, más flexibles que en el caso de Holanda pero también rígidas en cuanto a procedimientos legales (20). El debate sobre la libertad de la eutanasia se ha incrementado tanto que incluso se han creado asociaciones que reclaman el reconocimiento de un derecho legítimo a morir con dignidad.

Para poner un ejemplo real sobre el debate que se origina en la práctica médica se manifiesta al diagnosticar una muerte cerebral. Unas personas consideran acertado el hecho de auxiliar a morir a un paciente a quien se le haya diagnosticado muerte cerebral, lo cual evitará sufrimiento a los familiares, al personal médico y paramédico, evitará gastos de recursos materiales y humanos, dando la posibilidad de brindar atención especializada a pacientes cuya expectativa de vida puede ser mejor. Los que se oponen, mantienen el criterio de que aunque el paciente no puede

realizar ninguna de sus funciones por sí mismo, sus órganos vitales no dejarán de funcionar mientras reciba ayuda médica y paramédica especializada, no obstante, oponentes y proponentes, apoyados en el consentimiento científico, reconocen que esta práctica da la posibilidad de disponer de los órganos y tejidos para el trasplante con tiempo suficiente para mantener su perfusión, extracción y conservación una vez certificada la muerte cerebral y con el consentimiento familiar realizar ablaciones de estos órganos (21).

La ética médica siempre será la evaluación política de un sistema de salud, porque éstas afectan directa o indirectamente a todos los aspectos de la vida cotidiana. Pueden además, prohibir conductas que se perciben como riesgosas, alentar las que se consideran beneficiosas, proteger los derechos y el bienestar de algunas poblaciones, en especial las que se encuentren en poblaciones vulnerables, impulsar ciertas actividades o proporcionar beneficios directos a los ciudadanos necesitados.

2.5. Posición de la Iglesia Católica y la Eutanasia

Con un llamado a defender la vida y a “desenmascarar todo ardid supuestamente humanitario que atente contra ella”, la Iglesia Católica dejó clara la oposición al proyecto de la Ley que pretende legalizar la eutanasia, pues “es matar a una persona, siempre el homicidio y el suicidio van contra el proyecto de Dios”, estableció el Cardenal Norberto Rivera Carrera.

A nadie, dijo, le es permitido poner un acto positivo por el cual se le quita la vida a otras personas. La Iglesia Católica no está de acuerdo con la pena de muerte, ni de que un inocente se le prive de la vida. Sin embargo, en entrevista al término de la misa dominical el arzobispo primado de México

dejó claro que no se oponen a revisar casos extremos de personas que durante años han estado en coma, ni tampoco al debate o a escuchar diferentes opiniones, “pero sí tenemos que declarar nuestros principios y decir cuál es el proyecto de Dios sobre la vida humana.

¿Se opondrían a que el proyecto de la ley prospere?, se preguntó, a lo que el Cardenal Rivera estableció que se opondrán a que maten personas, pues tiene el derecho a la vida desde que están en el seno paterno.

“La eutanasia es poner un acto positivo para quitarle la vida a otro, nunca es permitido. No estamos de acuerdo con la pena de muerte, ni de que a un inocente se le prive de la vida” subrayó. De ahí que la Iglesia respetará la decisión de los familiares que quieran aplicar la eutanasia a alguien, “pero no estamos de acuerdo”. El Cardenal Rivera Carrera dijo, “Desde la fe”, contiene una declaración precisa de cuál es la doctrina de la Iglesia. “No condenamos a nadie, pero sí tenemos derecho a manifestar a los demás cuál es nuestra convicción y qué es lo que Dios ha manifestado al respecto”.

2.6. La Medicina y la eutanasia

La eutanasia afecta en su totalidad al mundo de la Medicina, ya que que las propuestas de los que están a favor siempre hacen intervenir al médico o al personal sanitario. Pero el tema de la eutanasia no necesariamente es un tema médico propiamente dicho.

La eutanasia tiene una misma estandarización sea practicado por cualquier personal de salud, ya sea médico, enfermera, técnico de enfermería o

cualquier otro como un familiar o un amigo del paciente. En ambos casos se trata de una persona que da muerte a otra. Existen algunas posiciones firmes y algo radicales que la tratan como una forma de homicidio; y si la practica un médico, éste estará negando la medicina; estas posiciones la ponen como negación de la medicina, porque la razón de ser de la Medicina es la curación del enfermo en cualquier fase de su dolencia, la mitigación de sus dolores, y la ayuda a sobrellevar el trance supremo de la muerte cuando la curación no es posible y por ello dicen que la eutanasia no sólo es la renuncia a esa razón de ser, sino que consiste en la deliberada decisión de practicar justamente lo opuesto a la medicina.

Quienes argumentan en contra de la eutanasia, consideran que el respeto absoluto a la vida es un valor fundamental y la práctica de la eutanasia destruye la base del acto médico porque no congenia con el propio ser de la medicina, más bien es todo lo contrario (22) (23): La medicina está al servicio de la vida, y la eutanasia al servicio de la muerte, porque curar, aliviar y consolar son las tres columnas maestras del intento de ayudar a un semejante enfermo (24) (25).

Los que argumentan a favor de la eutanasia, es decir, los defensores, la consideran como un fin digno para los enfermos terminales que sufren grandes y largas agonías; por lo que se debe poner fin a los sufrimientos atroces, especialmente cuando la muerte es inevitable. Muestran la eutanasia, no como eliminar vidas, sino como una ayuda al bien morir, parten de la consideración de que el hombre tiene derecho a una muerte digna (26) (27).

2.7. Eutanasia y la deontología médica

En todos los Códigos de Deontología Médica de la Historia, se indica al médico que su misión es siempre la de curar o aliviar a sus enfermos, pero nunca provocarles deliberadamente la muerte. El médico debe guardar el máximo respeto hacia la vida humana; a continuación algunos ejemplos:

En el Juramento Hipocrático (460 a.c.) se dice de la siguiente manera: "Y no daré ninguna droga mortal a nadie, aunque me lo pidan, ni sugeriré un tal uso".

El Código Internacional de Deontología (Ginebra 1948; Sidney 1968. Adoptado por la OMS) traduce a un lenguaje actual las expresiones del Juramento Hipocrático, conservando el espíritu, de sus preceptos.

En el párrafo nueve dice: "Guardaré el máximo respeto hacia la vida humana desde el momento de su concepción".

Y más recientemente, hace tan sólo unos años, se aprobó en Madrid-España la última declaración sobre la eutanasia en el transcurso de la última reunión de la Asamblea Médica Mundial. En la misma se señala que "la eutanasia, es decir el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, ya sea por su propio requerimiento o a petición de sus familiares, es contraria a la ética".

El vigente código de Deontología Médica, en su Capítulo XVII: Del respeto a la Vida, en su Art. 116 dice: "El médico está obligado a poner los medios preventivos y terapéuticos necesarios para conservar la vida del enfermo y aliviar sus sufrimientos. No provocará nunca la muerte deliberadamente, ni por propia decisión, ni cuando el enfermo, la familia, o ambos, lo soliciten, ni por otras exigencias".

Este precepto está, lógicamente, encuadrado dentro del conjunto de la deontología médica, pero hay que estudiarlo en conexión con su vecino, el Art. 117. En efecto, hoy no se puede hablar de ética de la eutanasia sin

hacer referencia a la del ensañamiento terapéutico. Con la misma energía con que el Art. 116 condena la eutanasia, el Art. 117 rechaza el ensañamiento terapéutico, al obstinarse inútilmente en dar la vuelta a una situación irreversible. Lo hace con estas palabras: "En caso de enfermedad terminal, el médico debe evitar emprender acciones terapéuticas sin esperanza cuando haya la evidencia de que estas medidas no pueden modificar la irreversibilidad del proceso que conduce a la muerte. Debe evitarse toda obstinación terapéutica inútil. El Médico favorecerá y velará por el derecho a una muerte acorde con el respeto a los valores de la condición humana.

Por tanto, el médico debe, en primer lugar, emplear con competencia todos sus recursos. Ha de prevenir el que se produzca daños o situaciones que deterioren el curso clínico, disminuyan la calidad de vida o la pongan en peligro. Ha de tratar con competencia la enfermedad, evitará hacer daño con errores de diagnóstico o terapéuticos, ha de ser experto en el alivio del sufrimiento, ya tome la forma de dolor o de incapacidad. Se esforzará en crear un ambiente de serenidad ante los familiares del enfermo, que a veces, están tan necesitados de atención como el propio paciente.

Hoy, por fortuna, tiene el médico recursos muy eficaces para hacerlo. Necesita formación científica, sensibilidad humana y tiempo.

El dramatismo con que se presentan a veces los casos de eutanasia, se debe a que el médico o anda corto de recursos humanos y profesionales, o no tiene tiempo, paradójicamente, para atender a lo más importante.

La muerte deliberada nunca podrá ser considerada como un remedio genuinamente médico de ninguna situación clínica.

Por otro lado, si la eutanasia se aceptase por amplios círculos de médicos, mermaría la capacidad de innovación y de progreso de la Medicina en su

conjunto; es indudable que si el parapléjico, al anciano disminuido, al canceroso terminal se le aplica la eutanasia, la Neurología o la Oncología contemporáneas se verían frenadas, no tendrían interés alguno por esos enfermos.

La eutanasia es una actitud que no congenia con el propio ser de la medicina; más bien es todo lo contrario: la medicina está al servicio de la vida y la eutanasia al servicio de la muerte.

3. Análisis de Antecedentes Investigativos

3.1 A nivel local:

3.1.1 Título: Conocimiento y actitud respecto a la Eutanasia en los médicos del Hospital III Yanahuara, EsSalud y del doctorado de derecho de la UCSM (33)

Autores: Filiberto Guillén Camargo

Lugar - Año: Arequipa 2006

Resumen:

Este estudio se realizó en base al conocimiento y la actitud de los médicos asistentes del Hospital III Yanahuara y Abogados alumnos del Doctorado de Derecho en el sur del país, Cusco, Puno y Arequipa frente a la Eutanasia. Se llevo a cabo, a través de un formulario dividido en 2 partes, las cuales permitieron evaluar el conocimiento de la eutanasia, en 10 preguntas de opción múltiple y actitud frente a la eutanasia, en 10 ítems con dos alternativas de respuesta. El objetivo fue determinar el conocimiento y actitud frente a la eutanasia de médicos y abogados planteando como hipótesis que partiendo de un buen nivel de conocimientos tengan una actitud favorable respecto a la eutanasia. De igual manera que a mayor

experiencia profesional mayor conocimiento y tendencia favorable a la eutanasia

3.1.2 Título: Conocimientos y actitud respecto a la eutanasia en médicos e internos de medicina que laboran en el Hospital Goyeneche de Arequipa (34)

Autor: Paola Rivera Abarca

Lugar - Año: Arequipa 2006

Resumen:

El estudio se realizó en base al conocimiento y la actitud de los médicos asistentes, médicos residentes e internos de medicina del hospital Goyeneche de Arequipa frente a la eutanasia. Se obtuvo que el mayor porcentaje de los encuestados no tienen un buen nivel de conocimientos acerca de la eutanasia y además el mayor porcentaje no tiene una actitud favorable a esta.

3.1.3 Título: Pensamientos y actitudes de médicos acerca de la eutanasia en dos hospitales de la ciudad de Arequipa. 1994 (35)

Autor: Perez T.

Lugar - Año: Arequipa 1994

Resumen:

En este estudio se plantearon 3 casos relacionados a la eutanasia, el encarnizamiento terapéutico y la omisión de procedimientos médicos en pacientes terminales, obteniéndose los siguientes resultados: solo el 27% de los médicos estuvieron de acuerdo con la eutanasia activa, voluntaria, a solicitud del paciente y el 65% estuvo en desacuerdo. En cuanto al encarnizamiento terapéutico, el 66% estuvieron en desacuerdo y el 26% estuvieron de acuerdo, y en el

tercer caso el 71% estuvieron de acuerdo con la eutanasia pasiva, por omisión y en un paciente que no puede expresar su voluntad

3.1.4 Título: Conocimientos y actitudes del profesional de salud hacia la eutanasia en el paciente terminal. Hospital Goyeneche Arequipa 2009 (36)

Autores: Einer Vera Portocarrero

Lugar - Año: Arequipa - 2009

Resumen:

Este proyecto tiene la iniciativa de conocer como son los conocimientos y las actitudes de los profesionales de la salud frente a un tema controversial como lo es la eutanasia. Para lograr este objetivo se entrevistaron a 70 médicos del Hospital Goyeneche de Arequipa en el periodo comprendido desde enero a marzo del 2009. Se obtuvo que el mayor porcentaje de encuestados no tiene buen nivel de conocimientos acerca de la eutanasia pero más de la mitad (62.9%) presenta una actitud favorable frente a esta. Se ha llegado a la conclusión que la mayoría de los profesionales de la salud tienen una actitud favorable hacia la eutanasia pasiva.

3.2 A nivel Internacional:

3.2.1 Título: Eutanasia: encuesta de opinión a médicos internistas y pediatras. Medellín, segundo semestre 1998

Autores: Daniel Sánchez P, Esteban Cuartas S, Ana María Duque G, Natalia Peláez R

Revista - Año: Revista CES Medicina – Vol 13- Nro 2. 1999

Resumen:

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en la ciudad de Medellín durante 1998 entre Pediatras e Internistas, con el fin de determinar el grado de conocimientos, opiniones y prácticas que tienen éstos sobre la eutanasia. Del universo de 403 pediatras e internistas registrados en la Guía Médica y Hospitalaria de Medellín de 1997, se encuestaron 118, que representan el 29.28% del total (26.06% y 32.29% respectivamente). El 83% fueron hombres, 63.2% menores de 50 años, 54% egresados de la Universidad de Antioquia (U de A), 52.5% internistas y 89% católicos. La gran mayoría de los encuestados afirmó conocer el concepto de eutanasia y estar de acuerdo con ésta dependiendo de múltiples factores, algunos de los cuales se evaluaron en este estudio. Más de la cuarta parte reconoció haber realizado ó participado alguna vez en eutanasia y un 44% admitió haber visto u oído realizarla durante su práctica médica (experiencia indirecta). Se concluyó que hay un gran conocimiento del concepto de eutanasia dentro del gremio médico estudiado, estando a favor de ésta un alto porcentaje y que, como mínimo, uno de cada cuatro médicos encuestados ha realizado eutanasia alguna vez, demostrando que ésta no es un fenómeno aislado, sino un tema de vital importancia, especialmente en nuestro país, donde a pesar de haber sido despenalizada la eutanasia desde hace 2 años, no ha sido reglamentada aún. Se recomienda profundizar ágilmente en este tema con más investigaciones que permitan a la opinión pública, al gremio médico, a las distintas estancias gubernamentales, y a la comunidad internacional, conocer las verdaderas dimensiones de la eutanasia y

actuar al respecto, cada una de ellas de acuerdo a su función en la sociedad.

3.2.2 Título: Percepciones y posiciones sobre la eutanasia, en médicos y enfermeras, de 5 hospitales de Santo Domingo, durante el periodo Setiembre – Noviembre del 2001.

Autores: Suazo M, Amaro R, Pérez ME

Revista – Año: Ciencia y Sociedad. Vol 28 Nro 3. 2003

Resumen:

Esta investigación fue hecha de manera analítica-prospectiva para determinar percepciones y posiciones sobre la eutanasia, en médicos y enfermeras de 5 hospitales de Santo Domingo, durante Setiembre – Noviembre de 2001. El objetivo fue conocer y valorar las opiniones de los entrevistados. Se utilizó un cuestionario para ser aplicado a 25 médicos y a 25 enfermeras. De los 25 médicos, resultó que todos sabían el concepto de eutanasia pero al momento de definir en que consistía resultó que sólo 9 (36%), sabían correctamente su significado. En tanto que las enfermeras, también decían conocer la eutanasia pero al momento de definirla sólo 2 (8%), dieron la respuesta correcta. Esto nos lleva a la conclusión de que el personal de salud que labora en nuestros hospitales tiene una errada concepción de eutanasia lo que puede llevar a prácticas y conclusiones equivocadas. De los médicos, el 64% dijo estar de acuerdo con practicarla junto con el 24% de las enfermeras.

4. Objetivos

Objetivo general:

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en el personal sanitario que labora en el IREN - SUR en Arequipa, 2014.

Objetivos específicos

- Determinar las características generales del personal sanitario que labora en el IREN - SUR en Arequipa, 2014.
- Identificar el nivel de conocimientos sobre la eutanasia en el personal sanitario que labora en el IREN - SUR en Arequipa, 2014.
- Determinar las actitudes respecto a la eutanasia en el personal sanitario que labora en el IREN - SUR en Arequipa, 2014.
- Determinar las características de las prácticas en relación a la eutanasia en el personal sanitario que labora en el IREN - SUR en Arequipa, 2014.
- Identificar asociaciones entre las características generales y los conocimientos, actitudes y prácticas en el personal sanitario que labora en el IREN - SUR en Arequipa, 2014.

5. Hipótesis

Debido a que se trata de un trabajo de nivel descriptivo no requiere hipótesis

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

5. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación

- **Técnicas:** Encuesta
- **Instrumentos**
 - Ficha de recolección de características generales
 - Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas
- **Materiales de Verificación**
 - Ficha de recolección datos y cuestionario.

- Impresión de los instrumentos.
- Material de escritorio.
- Computadora portátil.
- Sistema Operativo Windows 8.
- Paquete Office 2013 para Windows.
- Programa SPSS v.18 para Windows.

6. Campo de Verificación:

2.1. Ubicación Espacial:

El estudio se llevará a cabo en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas – IREN SUR, ubicado en el cercado de la Ciudad de Arequipa

2.2. Ubicación Temporal:

La información será recolectada durante los meses de setiembre y octubre del 2014.

2.3. Unidades de Estudio

Las unidades de estudio estarán conformadas las fichas de recolección de datos y los cuestionarios que llenen los participantes del estudio.

2.3.1. Población

Todo el personal sanitario que labore en el IREN SUR, dentro de ellos incluye a médicos asistentes, médicos residentes, enfermeras y auxiliares de enfermería.

2.3.2. Muestra y Muestreo

No se realizará un muestreo debido a que se pretende recolectar la información de toda la población, teniendo número referencial del personal sanitario a:

- Medicos asistentes: 26 personas

- Médicos residentes: 11 personas
- Enfermeras: 47 personas
- Auxiliares de enfermería: 44 personas

3.4. Criterios de Selección

- Criterios de Inclusión

- Personal sanitario que se encuentre laborando al menos 1 año en la institución.
- Personal sanitario que acepte responder a la encuesta.

7. Estrategia de Recolección de Datos

3.1. Organización

Una vez aprobado el proyecto de tesis por la facultad de medicina humana de la Universidad Católica de Santa María, se enviará una copia al Comité Institucional de Ética de la UCSM solicitando su aprobación. Luego, se solicitará autorización al director del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur – IREN Sur, junto a esto se pedirá la lista de personal sanitario que labore en las institución con el fin de tener el número actualizado de la población total. Se procederá a contactar con el personal sanitario vía telefónica o presencial para coordinar el momento de la encuesta.

Una vez recolectada toda la información en las ficha, se procederá a pasarla a una base de datos en el programa Microsoft Excel 2013, para su posterior análisis, así mismo se utilizará el programa SPSS v.18 para la estadística analítica.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

Autor: Betsy Belén Ayala Castro

Asesor: Dr. Carlos Huanqui Guerra

3.2.2. Recursos Físicos

- Fichas impresas de recolección de datos
- Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas.
- Computadora portátil con sistema operativo Windows 8, paquete Office 2010 y paquete estadístico SPSS v.18
- Material de escritorio

3.2.3. Recursos Financieros

- Recursos del propio autor

3.3. Validación de los instrumentos

- La ficha de recolección de datos generales no requiere de validación.
- Respecto al cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas, tampoco requiere validación como instrumento global por no tratarse de una medida absoluta como diagnóstico final; sin embargo en él se consideran elementos que han sido utilizados en estudios previos y elaborados por expertos:
 - o Respecto al segmento de **conocimientos** se utilizan 4 preguntas: la primera evalúa la definición de la eutanasia, basado en el estudio de Pricoli y col., donde se presentan 7 posibles respuestas. La opción “c” se la considera como la más adecuada, además la opción “b” también es correcta ya que corresponde a eutanasia pasiva. La segunda, evalúa en base a la selección anterior sobre si el tipo de eutanasia se está refiriendo

en la respuesta escogida. La tercera, indaga sobre si existe diferencia entre eutanasia activa y pasiva. Consideramos que si existe diferencia entre ambos. La cuarta, sobre si actualmente la eutanasia está legalizada en nuestro país. (30)

- Referente a las actitudes, se presentan 3 casos clínicos donde dentro de las opciones existe la posibilidad de tomar una decisión acorde a la eutanasia, estos casos fueron basados en las publicaciones de Pricoli y col. y Radulovic y Mojsilovic y col.; en el tercer caso, además, se busca ver la influencia que tiene la opinión y/o deseos que tienen los familiares sobre el futuro del paciente terminal. Además, existen dos preguntas sobre quien debería tomar responsabilidad de decidir, y sobre la opinión de estar a favor o en contra de la legalización de la eutanasia en nuestro país. (30, 31)
- Respecto a las prácticas, se consideran 9 preguntas, todas relacionadas a su actividad total y durante los últimos 12 meses, como número de fallecimientos, solicitudes de eutanasia y concedidas de las mismas, éstas fueron basadas según el estudio publicado por Emanuel y col. (32)

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de los resultados

3.4.1. A nivel de la recolección

Las fichas de recolección de datos se manejarán de manera anónima, protegiendo la identidad del participante. Esto avalado por la aprobación del Comité de Ética.

3.4.2. A nivel de la sistematización

La información que se obtenga de las encuestas serán procesadas en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2013, y posteriormente serán pasadas al paquete estadístico SPSS v.18 para su análisis correspondiente.

3.4.3. A nivel de estudio de datos

La descripción de las variables categóricas se presentará en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados. Para las variables numéricas se utilizarán la media, la mediana y la desviación estándar; así como valores mínimos y máximos.

Para las asociaciones se usarán pruebas Chi cuadrado, considerando un nivel de confianza del 95%. Las pruebas estadísticas se considerarán significativas al tener un $p < 0,05$.

III. CRONOGRAMA DE TRABAJO

TIEMPO	Agosto				Setiembre				Octubre				Nov-Dic				Enero			
Actividades	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Finalización de la elaboración del proyecto																				
Presentación y aprobación del Proyecto																				
Recolección de datos																				
Tabulación, análisis e interpretación de datos																				
Elaboración del Informe final																				
Sustentación de la tesis																				

IV. BIBLIOGRAFIA:

1. M Maret, L'euthanasie: alternative sociale et enjeux pour l'éthique chrétienne (traducido : La Eutanasia : Cuestiones sociales para la ética y alternativas cristianas), Edition Saint Augustin, 2000, p.16
2. Barreto Vaquero, D. (2004). Reflexiones en torno a la eutanasia como problema de salud pública: euthanasia. Revista Cubana de Salud Pública, 30(1), 0-0.
3. J. Montgomery, Health Care Law, second edition, Oxford University Press, 2002, p. 460.
4. See a report commissioned by the French Senate (1997) at www.senat.fr/lc/lc42/lc42.html
5. J-L Baudouin et D. Blondeau, Ethique de la mort et droit à la mort, PUF, Les voies du droit, 1998, p.35.
6. M. Stauch K. Wheat and J. Tingle, Sourcebook on Medical Law, Cavendish Publishing Limited, 1998, p.658.
7. On advance directive, see C. Elliott, "Meaning what you say," in: L. Elliott (ed.) Advance Directives: Expectations, Experience and Future Practice 4(1) Journal of Medical Ethics, 1993, p. 61
8. Wardle, D. (2007). A perfect send-off: Suetonius and the dying art of Augustus (Suetonius, Aug. 99). Mnemosyne, 60(3), 443-463.
9. Creagh Peña, M. (2012). Dilema ético de la eutanasia. Revista Cubana de Salud Pública, 38(1), 150-155.
10. Magdalena, E. M. (2003). Eutanasia, filosofía y religion.
11. Emanuel, E. J. (1994). The history of euthanasia debates in the United States and Britain. Annals of internal medicine, 121(10), 793-802.
12. ADMIRAAL, P. (1996). Euthanasia and assisted suicide. Thomasma DC, Kushner T. Birth to death. Cambridge: Cambridge, 210.

13. Marx, K. F. H. (1826). De Euthanasia medica: Prolusio academica (Doctoral dissertation).
14. Jiale, T. (2012). Study of the Euthanasia in Light of the Confucianism Bioethics.Medicine and Society, 8, 001.
15. VON ENGELHARDT, D. (2002). euthanasia in between shortening life and aiding death: past experiences, present challenges. Acta bioeth, 8(1), 55-66.
16. Rachels, J. (1986). The end of life: euthanasia and morality.
17. Emanuel, E. J. (1994). Euthanasia: historical, ethical, and empiric perspectives.Archives of Internal Medicine, 154(17), 1890-1901.
18. Kevorkian, J. (1991). Prescription--medicide: the goodness of planned death.
19. Hurst, S. A., & Mauron, A. (2003). Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. Bmj, 326(7383), 271-273.
20. Acosta Sariego JR. ¿Quien debe decidir? Rev Avances Médicos Cuba. 1996; Año III No 7. p. 60.
21. Sánchez Caro J. Aspectos jurídicos de interés en relación con los transplantes de órganos. Nefrología. 1994;14(supl 1):64-9.
22. Herranz G. 1995. La eutanasia, una pasión mortal. <http://www.cti.unav.es/capellanía/ldm/eutanasia/euta>. 5 dic 1999. 4 p
23. Muñoz J. 1998. Eutanasia. Eliminar las razones. <http://www.cti.unav.es/capallania/ldm/eutanasia/euta>.
24. Vega J, Martínez D. 1998. El concepto de eutanasia. XVII Congreso Internacional de la Academia de Medicina legal. Madrid. España. 1998.
25. Gómez C. 1998. Angustia y eutanasia. <http://www.cti.unav.es/capellania/ldm/eutanasia/euta>. 5 dic 1999. 3 p
26. Nahmias A. 1995. Eutanasia ¿Desafió para la anestesiología?. Rev. Mex. Anesthesiol. 18: 95-97

27. Rodríguez R, Rodríguez F. 1990. Eutanasia: Sentir de los médicos colombianos que trabajan con pacientes terminales. Colombia Médica. 30: 102-106
28. Sanchez D, Cuartas E, Duque AM, Peláez N. Eutanasia: encuesta de opinión a médicos internistas y pediatras. Medellín, segundo semestre 1998. CES Medicina. 1999; 13(2): 21 - 26
29. Suazo M, Amaro R, Pérez ME. Percepciones y posiciones sobre la eutanasia, en médicos y enfermeras, de 5 hospitales de Santo Domingo, durante el periodo Setiembre – Noviembre del 2001. 2003; 28(3): 491-510
30. Pricori L. Knowledge of the definition of Euthanasia: Study with doctors and caregivers of Alzheimer's Disease Patients. Rev Assoc Med Bra. 2009;55(3):273-7
31. Radulovic S, Mojsilovic S. Attitudes of oncologists, family doctors, medical students and lawyers to euthanasia. Support Care Cancer. 1998;6:410-15.
32. Emanuel EJ, Fairdough D, Clarridge BC, Blum D, Bruera E, Penley WC et al. Attitudes and practices of U.S. oncologists regarding Euthanasia and Physician-Assisted suicide. 2000;133(7):527-32.
33. Guillen-Camargo F. Conocimiento y actitud respecto a la Eutanasia en los médicos del Hospital III Yanahuara, EsSalud y del doctorado de derecho de la UCSM. Tesis de Maestría. Universidad Católica de Santa María. 2006.
34. Rivera-Abarca P. Conocimientos y actitud respecto a la eutanasia en médicos e internos de medicina que laboran en el Hospital Goyeneche de Arequipa. Tesis de Bachiller. Medicina Humana. Universidad Católica de Santa María. 1996
35. Pérez T. Pensamientos y actitudes de médicos acerca de la eutanasia en dos hospitales de la ciudad de Arequipa. 1994. Tesis de Bachiller. Medicina Humana. Universidad Católica de Santa María. 1994.

36. Vera-Portocarrero E. Conocimientos y actitudes del profesional de salud hacia la eutanasia en el paciente terminal. Hospital Goyeneche Arequipa 2009. Tesis de Bachiller. Medicina Humana. Universidad Católica de Santa María. 2009.





ANEXO 2

INSTRUMENTOS

Buenos días estimado doctor:

A continuación se le presento un cuestionario de 24 preguntas referentes a la Eutanasia, la finalidad de esta encuesta es realizar un trabajo de investigación para conocer **nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Médicos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas – IREN SUR**, y así mismo servir para la tesis de pregrado de una alumna de la facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María.

Toda información que usted llene se mantendrá en completa confidencialidad y anonimato, así mismo con el llenado del mismo autoriza al uso de los datos llenados para la elaboración de la tesis.

Primera Parte: Datos Generales		
1	Edad:	_____ años
2	Sexo:	1.- Femenino 2.- Masculino
3	Religión:	1.- Católica 2.- Cristiana 3.- Mormón 4.- Evangélica 5.- Adventista 6.- Otro: detallar:_____
4	¿Cuán importante considera a la religión?	1.- Muy Importante 2.- Mas o menos importante 3.- Nada importante
5	Año de graduación como médico	____ - ____ - ____
6	Especialidad	1.- _____ 2.- _____ 3.- _____

Segunda Parte: Conocimientos	
7	¿Qué entiende usted sobre eutanasia? (si lo ve conveniente puede elegir más de una opción) a) Es dejar que uno muera sin dar ningún tipo de asistencia médica b) Es dejar que uno muera sin dar asistencia médica sofisticada (ventilación mecánica, diálisis, alimentación directamente a la vena, etc.) c) Es inducir la muerte, por ejemplo, dando un medicamento con efecto letal. d) Es el intento de reducir el sufrimiento del paciente mediante la administración de medicamentos que controlan el dolor pero acortando la vida. e) Es dar al paciente un medicamento letal permitiéndole a él mismo tomar la decisión de acortar su vida. f) Desconozco g) Tengo una respuesta diferente a las anteriores
8	¿A qué tipo de eutanasia se refiere la definición que usted ha seleccionado? a) Eutanasia activa b) Eutanasia pasiva c) Desconozco
9	¿Cómo considera a la eutanasia activa y a la eutanasia pasiva? a) Equivalentes b) Diferentes c) Desconozco
10	En el Perú, ¿la práctica de la eutanasia se encuentra legalizada? a) Si b) No c) Desconozco

Tercera Parte: Actitudes	
11	Concerniente a la suspensión del apoyo mínimo (es decir, líquidos intravenosos y nutrición parenteral) frente a la administración de medicamentos que provocan la muerte: a) La primera es más aceptable que la segunda ya que es “dejar morir”, mientras el segundo es “matar” b) Ambos enfoques conducen a la muerte, pero la segunda es preferible, ya que

	reduce el sufrimiento. c) Ambos son inaceptables	
12	Paciente varón de 72 años, con antecedente de demencia avanzada sufrió accidente, entró en coma y fue intubado; actualmente no tiene ninguna perspectiva de recuperación. ¿Qué opción le parece la más concerniente a usted? a) Suspender la ventilación mecánica por decisión propia. b) Suspender la ventilación mecánica por decisión de la familia. c) Mantenerlo en ventilación mecánica por decisión propia d) Mantenerlo en ventilación mecánica por decisión de la familia.	
13	Paciente varón de 40 años que, después de un infarto de miocardio agudo tuvo un paro cardíaco y entró en coma, actualmente está con respiración espontánea pero sin perspectiva de recuperación neurológica. Colocar la respuesta según el caso en la columna de la derecha:	
13.1	a) Usted mantiene el apoyo total, incluyendo la ventilación mecánica si es necesario.	Si se trata de un paciente que no tiene ningún familiar, ¿qué decisión usted tomaría? Respuesta: _____
13.2	b) Usted renuncia a terapias adicionales (incluyendo la ventilación mecánica o antibióticos si es necesario), pero mantiene presente el cuidado.	Si se trata de un paciente con familia muy al pendiente de él y pidiendo apoyo para mantenerlo vivo, ¿qué decisión usted tomaría? Respuesta: _____
13.3	c) Usted no continúa con el tratamiento (incluyendo líquidos intravenosos y nutrición), y deja que el paciente muera lentamente (con las mínimas molestias usando medicación, si es necesario).	Si se trata de un paciente con familia al pendiente de él, pidiéndole que renuncie al tratamiento, ¿qué decisión usted tomaría? Respuesta: _____
13.4	d) Usted permite administrar la sedación (Ej. Morfina) dejando morir al paciente rápidamente.	
14	De ser ilegal la eutanasia en el Perú, usted estaría:	1.- De acuerdo en que se legalice 2.- En desacuerdo en que se legalice 3.- No opino
15	La decisión de la eutanasia deberá ser tomada por:	1.- Únicamente por el paciente 2.- Comité conjunto de médicos que trabajan en diversas especialidades 3.- Familiares del paciente

		4.- Órganos del estado 5.- Abogados
Cuarta Parte: Prácticas		
16	¿Cuántos pacientes que han pasado en algún momento a su cargo han fallecido durante los últimos 12 meses?	1.- Ninguno 2.- Menos de 25 3.- Entre 25 y 49 4.- De 50 a más
17	Aproximadamente, ¿Cuántos pacientes, que pasaron en algún momento a su cargo, tuvo durante los últimos 12 meses?	_____ pacientes
18	¿Usted ha recibido alguna solicitud de eutanasia o similar a esta durante su carrera profesional?	1.- Si 2.- No --- Pase
19	¿Usted concedió tal solicitud?	1.- Si 2.- No
20	Durante toda su carrera profesional, ¿cuántas veces ha recibido este tipo de solicitudes?	_____ veces
21	¿Usted ha recibido alguna solicitud de eutanasia o similar a esta durante los últimos 12 meses?	1.- Si 2.- No --- Pase
22	¿Quién le dio la solicitud mencionada? (si han sido dos o más considere la más reciente)	1.- El paciente 2.- Sus familiares 3.- Otro: _____
23	¿Usted concedió tal solicitud?	1.- Si 2.- No
24	Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha recibido este tipo de solicitudes?	_____ veces

Gracias por su colaboración

Edad	Edad_Cat	Sexo	Religion	Imp_reg	Profesión	7	7a	8	8a	9	10	11	12	13	13	13	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
48	3	2	1	2	1	3	1	1	1	1	2	2	3	3	1	3	0	1	2	3	35	1	1	2	2	2	2	-
46	3	2	1	2	1	3	1	1	1	1	2	2	1	3	4	3	0	1	2	3	33	1	1	4	1	2	1	1
38	2	2	1	1	1	1,2,3	2	-	2	1	2	2	3	3	1	3	0	1	2	3	34	1	1	6	1	1	1	-
45	3	2	1	1	1	3,5	2	1	2	1	2	2	1	3	4	3	3	1	2	3	40	1	1	2	2	1	2	-
40	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	2	3	3	1	3	0	1	2	3	36	1	2	6	1	2	1	-
48	3	2	1	2	1	3	1	1	1	2	2	2	3	3	1	3	3	1	2	3	30	1	1	5	1	2	1	-
42	3	2	1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	3	3	4	3	0	1	2	3	33	1	1	8	1	3	2	-
48	3	2	1	2	1	2,4	2	2	2	1	2	2	3	3	1	3	0	1	2	3	30	1	2	7	1	2	2	-
45	3	1	1	2	1	2,4,5	2	2	2	1	2	2	3	3	4	3	3	1	2	3	30	1	1	5	1	3	1	5
47	3	2	1	2	1	3	1	1	1	1	2	2	3	3	4	3	0	1	2	3	25	1	1	6	1	2	2	-
50	3	2	1	2	1	3	1	1	1	2	2	2	1	3	1	2	0	1	2	3	35	1	1	6	1	2	2	-
50	3	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	3	3	4	3	3	1	2	3	40	1	2	8	2	1	2	2
45	3	2	1	2	1	1,2,4	2	2	2	1	2	2	3	3	1	3	0	1	2	3	36	1	2	6	2	1	2	-
37	2	2	1	2	2	5	2	1	2	1	2	2	1	2	1	3	2	1	2	3	40	1	1	2	1	2	2	1
28	1	2	1	1	2	5	2	1	2	1	2	2	1	2	1	3	0	1	2	3	40	2	2	-	2	.	2	-
30	1	2	1	1	2	3,5	2	1	2	1	2	2	1	2	1	3	0	1	2	3	35	1	2	4	1	2	2	-
31	2	2	1	1	2	2,5	2	1,2	2	1	2	2	3	2	1	3	0	1	2	3	38	1	2	-	1	2	2	-
35	2	2	1	1	1	2,3,5	2	1	2	1	2	2	1	2	2	3	0	1	2	3	35	1	1	1	1	2	1	1
36	2	2	1	2	2	5	2	1	2	1	2	2	1	2	1	3	3	1	2	3	38	1	2	3	1	2	2	-
28	1	2	1	2	2	4,5	2	1	2	2	2	2	2	2	1	3	0	1	2	3	40	1	2	4	1	2	2	-
33	2	2	1	2	2	5	2	1	2	1	2	2	1	2	1	3	0	1	2	3	37	1	1	5	1	2	1	-
49	3	1	1	1	3	4	2	1	2	2	2	2	3	3	2	2	3	1	3	2	15	1	2	-	2	2	2	-
30	1	2	1	2	3	4,5	2	2	2	2	2	1	3	1	4	2	2	1	3	2	10	1	2	-	1	2	2	-
34	2	2	1	2	3	4,5	2	2	2	2	2	1	3	1	4	2	2	1	3	2	12	1	2	-	1	2	2	-
28	1	1	1	1	3	4	2	2	2	1	3	2	2	4	1	2	0	3	1	2	7	2	2	-	2	.	2	-
26	1	1	1	1	3	4,5	2	2	2	1	3	2	2	4	1	2	3	3	1	2	5	2	2	-	2	.	2	-
27	1	1	1	1	3	2	1	2	1	2	1	2	2	-	-	-	0	2	2	2	7	2	2	2	2	.	2	-
28	1	1	1	1	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	0	1	2	2	6	2	2	3	2	2	2	-

26	1	1	1	2	3	2	1	1	4	2	2	2	4	1	1	1	0	1	3	2	15	1	2	5	1	2	2	2
28	1	2	1	2	3	2,4	2	2	2	1	2	1	4	2	1	2	4	1	2	2	15	2	2	-	2	.	2	-
37	2	1	1	1	3	2,4,5	2	1	2	1	2	2	3	3	1	3	3	1	2	2	25	1	2	-	2	2	2	-
29	1	2	1	2	3	2,4	2	2	2	1	2	1	4	2	1	2	0	3	3	2	10	2	2	-	2	.	1	-
40	2	1	1	1	3	2,4,5	2	1	2	1	2	2	3	3	1	3	3	1	2	2	24	1	2	-	2	2	2	-
32	2	2	1	1	3	2	1	1	4	1	2	2	1	4	2	3	0	1	4	3	25	2	2	-	2	.	2	-
36	2	1	1	1	3	2	1	1	4	1	2	2	1	4	2	3	0	1	2	2	20	2	2	-	2	.	2	-
32	2	1	1	2	3	2,4	2	3	3	3	3	2	4	3	3	3	4	3	2	3	30	2	2	-	2	.	2	-
35	2	1	1	1	3	1,4,5	2	1	2	2	2	2	1	3	1	2	4	1	2	2	12	1	2	-	2	.	2	-
29	1	1	1	1	3	7	2	3	3	3	2	3	2	4	1	2	3	2	3	2	10	2	2	-	2	.	2	-
27	1	2	1	1	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	0	1	2	2	21	1	2	-	2	.	2	-
40	2	1	4	1	4	3	1	1	1	2	2	3	3	1	1	1	0	2	1	2	24	2	2	-	2	.	2	-
40	2	1	1	1	4	4	2	2	2	2	2	2	2	4	3	3	0	1	2	2	19	1	2	-	2	1	2	-
29	1	1	1	2	4	2	1	2	1	2	2	2	3	1	1	1	0	1	3	2	18	2	2	-	2	.	2	-
40	2	2	5	1	4	3	1	1	1	3	2	3	3	1	1	1	0	2	1	2	20	1	2	-	2	.	2	-
40	2	1	2	1	4	2,4,5	2	1	2	2	2	2	3	1	1	1	0	2	1	2	24	1	2	-	1	2	2	-
37	2	1	1	1	4	2,4	2	3	3	3	2	3	3	1	1	1	0	2	3	2	20	2	2	-	2	2	2	-
30	1	1	2	1	4	3,4	2	1	2	2	2	3	3	1	1	2	0	2	3	2	18	2	2	-	2	.	2	-
25	1	1	1	1	4	2,4,7	2	3	3	2	2	2	3	1	1	1	0	1	3	2	10	2	2	-	2	.	2	-
27	1	1	1	1	4	3,4	2	1	2	2	2	2	4	3	1	3	0	3	2	2	24	2	2	-	2	.	2	-
40	2	1	1	1	3	2,4,7	2	2	2	1	2	2	1	3	1	3	0	1	2	2	10	1	2	-	2	2	2	-
26	1	1	1	1	3	4	2	1	2	2	2	2	3	3	2	2	3	1	2	2	11	1	2	-	2	2	2	-
35	2	1	1	1	3	4	2	1	2	2	2	2	3	1	1	1	0	2	2	2	9	1	2	-	2	2	2	-
38	2	1	1	1	3	4	2	1	2	2	2	2	3	4	2	2	3	1	2	2	10	1	2	-	2	2	2	-
30	1	1	1	1	3	1,4,5	2	1	2	1	2	2	1	3	1	2	2	1	2	2	10	1	2	15	1	2	2	-
33	2	1	1	1	3	4	2	2	2	1	2	2	3	2	1	2	3	1	2	3	26	1	2	-	2	.	2	-
32	2	1	1	1	3	2	1	2	1	1	2	3	2	4	1	3	0	2	2	2	15	2	2	-	2	.	2	-
31	2	1	1	1	3	2,4,6	2	2	2	2	2	1	3	2	1	2	3	3	2	3	49	2	2	-	2	.	2	-
40	2	1	1	1	3	2,4	2	2	2	2	2	1	3	4	1	4	0	3	2	3	30	2	2	-	2	.	2	-
40	2	1	1	1	3	4	2	2	2	1	2	2	4	2	1	2	2	3	2	2		2	2	-	2	.	2	-
30	1	1	1	1	3	2,4	2	2	2	1	2	2	1	3	1	3	4	2	2	2	20	2	2	-	2	.	2	-

30	1	1	1	1	3	7	2	3	3	2	2	1	4	3	1	3	4	1	2	2	20	2	2	-	2	.	2	-
30	1	1	1	1	3	2,4	2	3	3	2	2	1	4	4	1	3	0	1	2	2	18	2	2	-	2	.	2	-
29	1	1	1	1	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	1	2	2	20	1	2	-	2	2	2	-
32	2	1	5	1	4	3,4	2	1	2	2	2	2	4	3	1	3	3	3	2	2	20	2	2	0	2	2	2	-
35	2	2	4	1	4	2,4	2	1	2	2	2	3	3	2	4	3	3	2	2	2	23	2	2	-	2	.	2	-
38	2	1	1	1	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	1	2	2	20	1	2	-	2	2	2	-
32	2	1	1	1	4	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	0	1	3	2	15	2	2	-	2	.	2	-
38	2	1	1	2	4	2,4	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1	0	1	3	2	18	2	2	-	2	.	2	-
29	1	1	1	2	4	2,4,5	2	1	2	2	3	2	4	2	2	2	0	1	3	2	19	1	2	-	2	2	2	-
40	2	1	2	1	4	2,4	2	3	3	2	2	2	3	2	4	3	0	1	3	2	10	2	2	-	2	.	2	-
36	2	1	1	2	4	4	2	3	3	1	2	2	3	1	2	2	0	1	3	2	12	1	2	-	2	2	2	-
26	1	1	1	1	4	2,4,5	2	1	2	2	3	2	4	2	2	4	0	2	3	2	15	1	2	-	1	2	2	-
40	2	1	4	1	4	2,4	2	2	2	2	2	1	3	1	1	3	0	1	2	2	25	2	2	-	2	.	2	-
29	1	1	1	1	4	4	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	0	1	2	2	18	1	2	-	2	2	2	-
35	2	1	1	1	4	2,4	2	2	2	2	2	2	3	1	1	2	0	2	1	1	15	2	2	-	2	.	2	-
26	1	1	1	1	4	4,5	2	1	2	2	2	2	3	2	1	2	0	1	3	2	23	1	2	-	2	1	2	-
29	1	1	1	1	4	2,4,5	2	1	2	2	3	2	4	2	2	2	4	2	3	2	20	1	2	-	2	2	2	-
35	2	2	2	1	4	2,4	2	1	2	2	2	2	3	4	1	3	0	1	2	2	20	1	2	-	1	2	2	-
27	1	1	1	1	4	2,4	2	1	2	2	2	2	3	2	1	3	0	1	3	2	24	1	2	-	2	.	2	-
36	2	1	1	1	4	3,4	2	1	2	2	2	2	4	3	1	3	0	3	2	2	23	2	2	-	2	.	2	-
36	2	2	1	2	4	2,4,5	2	1	2	3	2	1	3	1	2	2	0	1	3	2	25	1	2	-	2	2	2	-
40	2	1	1	1	4	2,4	2	3	3	3	3	1	3	1	1	1	0	1	3	2	17	2	2	-	2	.	2	0
30	1	1	3	1	4	2,4,7	2	2	2	2	3	3	3	1	1	2	0	2	3	2	20	2	2	-	2	.	2	-
33	2	1	1	2	4	2,4	2	1	2	2	2	3	3	1	1	1	0	2	1	2	21	2	2	-	2	.	2	-