



INVESTIGACIÓN

Finitud de la vida: comprensión conceptual de la eutanasia, distanasia y ortotanasia

Carlos Wilson de Alencar Cano¹, Ana Leticia Cavenaghi da Silva¹, Andressa Freire Barboza¹, Bianca Ferreira Bazzo¹, Caroline Pereira Martins¹, Décio Iandoli Júnior¹, Leinyara da Silva Brito Benites¹, Lillian Batista Terceros¹, Ricardo dos Santos Gonçalves Nantes¹

1. Curso de Medicina, Universidade Anhanguera (Uniderp), Campo Grande/MS, Brasil.

Resumen

El objetivo de este trabajo fue evaluar el conocimiento de médicos de unidades de cuidados intensivos en la ciudad de Campo Grande, capital del estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, sobre los conceptos de eutanasia, distanasia y ortotanasia. El estudio, transversal y cualicuantitativo, contó con la participación de 80 médicos que respondieron a un cuestionario autoaplicable, con preguntas cerradas y abiertas que tenían como objetivo evaluar el conocimiento del entrevistado acerca de los tres conceptos. El análisis de los datos reveló que el 32% de los encuestados definió de manera inadecuada la eutanasia, y el 75% y el 61,2% definieron con precisión los conceptos de distanasia y ortotanasia, respectivamente, y el 46,2% tenía un conocimiento adecuado de los tres términos y prácticas. Observamos que el tiempo transcurrido desde la graduación fue inversamente proporcional al conocimiento de los conceptos.

Palabras clave: Eutanasia. Muerte. Enfermo terminal. Unidades de cuidados intensivos. Actitud frente a la muerte.

Resumo

Finitude da vida: compreensão conceitual da eutanásia, distanásia e ortotanasia

O objetivo deste trabalho foi avaliar o conhecimento de médicos de unidades de terapia intensiva de Campo Grande/MS acerca dos conceitos de eutanásia, distanásia e ortotanasia. A pesquisa, transversal e qualiquantitativa, envolveu 80 médicos que responderam a um questionário autoaplicável com perguntas fechadas e abertas, as quais visavam aferir o conhecimento do entrevistado sobre os três conceitos. A análise dos dados demonstrou que 32% dos entrevistados definiram inadequadamente eutanásia, 75% e 61,2% definiram com exatidão os conceitos de distanásia e de ortotanasia, respectivamente, e 46,2% tinham conhecimento adequado dos três termos e práticas. Notamos que o tempo de formado foi inversamente proporcional ao conhecimento dos conceitos.

Palavras-chave: Eutanásia. Morte. Doente terminal. Unidades de terapia intensiva. Atitude frente a morte.

Abstract

End of life: conceptual understanding of euthanasia, dysthanasia and orthothanasia

This study evaluates the knowledge of intensive care physicians about the concepts of euthanasia, dysthanasia and orthothanasia in Campo Grande/MS, Brazil. The cross-sectional and qualitative research involved 80 doctors who responded to a self-administered questionnaire, with closed and open questions that aimed to assess the interviewee's knowledge of the three concepts. Data analysis showed that 32% of respondents inadequately defined euthanasia, and 75% and 61.2% accurately defined dysthanasia and orthothanasia, respectively. In turn, 46.2% had adequate knowledge of the three terms and practices. We noticed that the years of practice since graduation were inversely proportional to the knowledge of concepts.

Keywords: Euthanasia. Death. Terminally ill. Intensive care units. Attitude to death.

Aprobación CEP-Uniderp CAAE 51489415.4.0000.5161

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

La humanización de la medicina implica una práctica integral, que considera el paciente y los aspectos biopsicosociales y espirituales abarcados por el binomio salud-enfermedad. En lo que respecta a la finitud de la vida, la medicina humanizada denota, además del respeto a la persona, mayor interacción entre el equipo y el paciente, con mejores resultados en la elección de conductas y tratamientos, para promover el bienestar¹.

El desarrollo tecnológico ha posibilitado intervenciones que, al aplazar la muerte, provocan debates y cuestionamientos éticos sobre conductas que someten al paciente a sufrimientos innecesarios e indeseables¹. Ante la terminalidad, sobre todo en unidades de cuidados intensivos (UCI), hay tres caminos posibles: eutanasia, distanasia y ortotanasia. La elección de uno de ellos pasa por la humanización de la medicina, una vez que la decisión debe tener en cuenta factores psicosociales que, en el momento de la proximidad de la muerte, son tan o más importantes que los aspectos biológicos.

Distanasia es el intento de mantener la vida a cualquier costo, con actos médicos desproporcionales que hacen la muerte más difícil, lo que inflige más sufrimiento al paciente y a sus familiares², sin perspectiva real de recuperar la vida y el bienestar. La eutanasia, por otra parte, es la abreviación intencional de la vida con el objetivo de aliviar o evitar el sufrimiento del enfermo cuya muerte es inminente. Finalmente, la ortotanasia es la muerte en su proceso natural e inevitable, respetando el derecho de la persona de morir con dignidad, amparada por cuidados paliativos.

Con el fin de salvaguardar el derecho inviolable de la vida y su inalienabilidad, el Consejo Federal de Medicina de Brasil (CFM) elaboró la Resolución 1.805/2006³, que asegura la dignidad del enfermo terminal y permite la suspensión de tratamientos, siempre que se garanticen los debidos cuidados para aliviar el sufrimiento. Posteriormente, por medio de la Resolución CFM 1.931/2009⁴, que aprueba el Código de Ética Médica (CEM), el Consejo reforzó la obligación del médico de ofrecer cuidados paliativos. Aunque la primera de estas resoluciones describe y permite la práctica de la ortotanasia, no menciona el término en sí, tal como el CEM. Además de eso, la falta de una ley que reglamente la práctica favorece las divergencias entre las esferas médica y legal, y genera incertidumbre entre los profesionales.

Se observa aún la falta de información sobre estas prácticas entre profesionales de salud⁵, lo que acarrea no solo infracciones deontológicas y jurídicas⁶, sino también la desconsideración de la dignidad del paciente. Con base en esta realidad

y teniendo en cuenta la relación constante con la muerte en el trabajo en la UCI, el propósito de esta investigación es verificar el conocimiento de intensivistas sobre la distanasia, eutanasia y ortotanasia, una vez que comprender estos conceptos es fundamental para humanizar la atención y aplacar el dolor y el sufrimiento del enfermo³.

Materiales y método

Se trata de un estudio primario de campo, observacional y transversal, con enfoque cualitativo, que contó con la participación de médicos intensivistas de tres instituciones: Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, Santa Casa de Campo Grande y Hospital Universitario Maria Aparecida Pedrossian. La investigación se llevó a cabo entre julio del 2015 y noviembre del 2016, y la recopilación de datos se realizó entre mayo y agosto del 2016.

Se incluyeron en la investigación los médicos cuya guardia se desempeñaba exclusivamente en la UCI y que firmaron el consentimiento libre, previo e informado (CLPI), y se excluyeron aquellos que solo realizaban procedimientos esporádicos en dicho entorno, que no deseaban participar o que no estaban de acuerdo con el contenido del CLPI. En total, la muestra contó con 80 profesionales, considerando, por conveniencia, un nivel de confianza del 95% y un error muestral del 5% para evitar sesgos de selección en la investigación⁷.

Los datos se recopilaron por medio de un cuestionario autoaplicable, elaborado con base en el instrumento presentado en el estudio "Impacto de la Resolución CFM 1.805/06 sobre los médicos que lidian con la muerte"⁸. Se evaluaron el tipo de conducta ya adoptada por los profesionales ante la terminalidad de la vida, la coherencia respecto a la conceptualización de los términos y la percepción de los entrevistados en cuanto al desenlace de la conducta adoptada, si favorable o perjudicial al paciente o a la familia. Las respuestas, tanto objetivas como descriptivas, se dividieron en cuatro ejes.

El primer eje recogió datos sociodemográficos: edad, género y tiempo de formación en el área médica. En los demás ejes se abordaron cuestiones relativas a la eutanasia, distanasia y ortotanasia, respectivamente. Se les preguntó a los profesionales si ya habían practicado alguna de estas conductas, y se les solicitó que las definieran para que los investigadores pudieran analizar la compatibilidad de dichas explicaciones con la definición científica de los conceptos.

Se consideró que la respuesta sobre el término "eutanasia" debería contener al menos dos de las

ideas siguientes: “práctica para abreviar la vida del paciente” o “provocar la muerte del paciente”, “alivio del sufrimiento” y “muerte sin dolor”. Se consideraron inadecuadas las respuestas que contenían solo una o ninguna de estas nociones.

Para “distanasia”, la respuesta debería contener, como mínimo, una de las ideas siguientes: “obstinación terapéutica”, “prolongación del proceso de morir”, “mantenimiento de tratamientos ineficaces que prologan de forma dolorosa la vida biológica del paciente, sin calidad de vida o dignidad” y “enfermos sin pronóstico”. Se consideraron inadecuadas las respuestas que no contenían ninguna de estas nociones.

Por fin, para “ortotanasia”, la respuesta debería contener una de las ideas siguientes: “muerte adecuada” o “muerte en el tiempo adecuado”, “no interferencia de la ciencia”, “muerte natural sin interferencia”, “cuidados paliativos que proporcionen confort al paciente” y “no uso de métodos desproporcionales de prolongación de la vida”. Se consideraron inadecuadas las respuestas que no contenían ninguna de estas nociones.

El análisis estadístico se realizó de forma descriptiva, con el *software* Excel 2016, versión 1701 (compilación 7766.2060). Se empleó la prueba chi-cuadrado para establecer el nivel de significancia (5%), y el intervalo de confianza fue del 95%.

Resultados

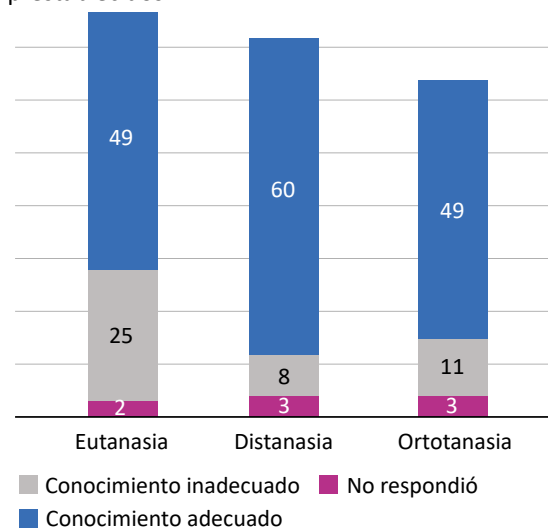
El perfil sociodemográfico de la muestra se presenta en la Tabla 1. De los 80 participantes, 76 respondieron a la pregunta sobre el término “eutanasia”, entre los cuales 49 (61,3%) presentaron conocimiento considerado adecuado y 2 (2,5%), a pesar de haber declarado conocimiento, no respondieron en cuanto a la autopercepción respecto al término (Figura 1). Sobre “distanasia”, 71 respondieron, y 60 (75%) de ellos demostraron conocimiento adecuado (Figura 1). En cuanto a la “ortotanasia”, 63 respondieron, 49 (61,3%) de los cuales demostraron conocimiento adecuado (Figura 1). De los 80 entrevistados, solo 37 (46,3%) demostraron conocimiento adecuado de las tres prácticas.

Ocho médicos (10%) afirmaron ya haber practicado eutanasia, 70 (87,5%) lo negaron y 2 (2,5%) no respondieron. Entre los que la practicaron, 6 (75%) consideraron la decisión beneficiosa para el paciente o para la familia, 1 (12,5%) consideró que no hubo impacto y 1 (12,5%) no indicó su percepción. Ninguno de ellos consideró la acción perjudicial.

Tabla 1. Caracterización de la muestra de los médicos

Variable	n	%
Edad		
Menos de 30 años	19	23,8
De 30 a 40 años	34	42,5
Más de 40 años	27	33,7
Género		
Femenino	46	57,5
Masculino	33	41,3
No informado	1	1,2
Tiempo de formación médica		
Menos de 4 años	16	20,0
De 4 a 5 años	5	6,3
De 6 a 10 años	21	26,3
11 años o más	37	46,2
No informado	1	1,2
Religión		
Católico	46	57,5
Protestante	9	11,3
Espírita	13	16,2
Declaró no seguir ninguna religión	7	8,7
Otra religión	4	5,0
No respondió	1	1,2

Figura 1. Conocimiento evaluado según criterios preestablecidos



Cuarenta y cinco entrevistados (56,3%) afirmaron ya haber practicado la distanasia, 32 (40%) lo negaron y 3 (3,7%) no respondieron. Entre los que la practicaron, 10 (22,2%) la consideraron beneficiosa para el paciente o para la familia, 31 (68,9%), perjudicial, y 3 (6,7%) declararon no haber observado impacto. Uno de los participantes (2,2%) no respondió la pregunta sobre la percepción de la conducta adoptada.

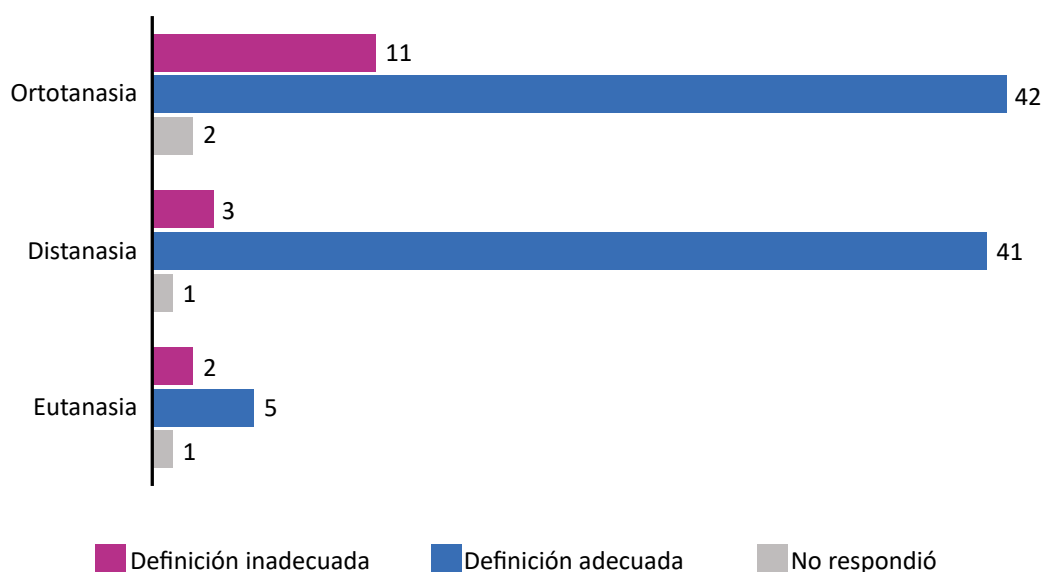
Cincuenta y cinco participantes (68,8%) afirmaron ya haber practicado ortotanasia, 18 (22,5%) lo negaron y 7 (8,7%) no respondieron. Entre los que la practicaron, 49 (89,1%) la consideraron beneficiosa, 2 (3,6%) perjudicial, y 3 (5,5%) declararon no haber observado impacto. Uno de los entrevistados (1,8%) no respondió la pregunta sobre la percepción de la conducta adoptada.

De los entrevistados que practicaron eutanasia (8 médicos), distanasia (45) y ortotanasia (55), respectivamente, 2 (25%), 3 (6,7%) y 11 (20%) no

definieron adecuadamente la práctica que declararon haber adoptado (Figura 2). Los datos tuvieron significancia estadística ($p=0,04$).

En cuanto a la correlación con el tiempo desde la graduación, definieron adecuadamente los conceptos 10 (62,5%) de los 16 médicos graduados hace menos de 4 años, 3 (60%) de los 5 formados entre hace 4 a 5 años, 10 (47,6%) de los 21 graduados entre hace 5 y 10 años, y 10 (27%) de los 37 formados hace más de 11 años ($p=0,03$).

Figura 2. Correlación entre la práctica y el conocimiento adecuado de los conceptos



Discusión

Los profesionales de la UCI conviven con la terminalidad de la vida diariamente, y estudios realizados en este escenario pueden revelar un panorama general sobre el tema. En este trabajo en particular, se puede observar que participantes formados hace más tiempo tuvieron más dificultades para definir los conceptos de distanasia, eutanasia y ortotanasia, un resultado semejante al de otras investigaciones^{8,9}. Este hecho puede explicarse por lagunas en la formación académica de los médicos con más experiencia, puesto que estos temas solo lograron destacar en los últimos años.

Por otro lado, el mejor desempeño de los participantes más jóvenes demuestra cierto avance en la formación, aunque aún falten cursos de capacitación y actualización para que los profesionales conozcan las nuevas prácticas relacionadas con la terminalidad de la vida. Las lagunas percibidas por el médico al enfrentar conflictos éticos del

cotidiano⁸ se deben al foco exclusivo de la educación en aspectos biomédicos y técnicos sin una perspectiva humanística.

En una investigación realizada en los hospitales de la Facultad de Medicina de Marília⁸, la mayoría de los médicos afirmó tener conocimiento adecuado sobre la eutanasia y la distanasia, tal como ocurrió en un estudio con enfermeros de la UCI de un gran hospital de São Paulo¹⁰. En cuanto a la ortotanasia, en el estudio de Vasconcelos, Imamura y Villar⁸ casi todos los participantes afirmaron conocer el concepto. Todavía, en la presente investigación el número de profesionales con conocimiento adecuado fue menor que en estos dos estudios.

Al revisar la bibliografía, se nota que son raros los estudios que miden el conocimiento declarado por medio de una verificación crítica. Este cuidado metodológico es importante, ya que, como demuestra esta investigación, puede haber divergencia entre la percepción del profesional y

la realidad. La discrepancia queda clara sobre todo en el concepto de eutanasia, que 76 intensivistas afirmaron conocer, aunque más de la mitad de las definiciones haya sido equivocada. La definición clara de conceptos es fundamental a la buena práctica médica, una vez que la percepción equivocada sobre la cual se determina la conducta puede interferir en su aplicación, perjudicando al paciente. Sobreestimar los propios conocimientos termina, también, por desestimular la búsqueda por nueva información y perfeccionamiento⁵.

El desconocimiento de términos de la tanatología demuestra que aún hay muchos médicos que vivencian la terminalidad de la vida diariamente sin informaciones fundamentales para tomar decisiones que eviten distorsiones y fallos en la comunicación. El resultado es la aflicción y el sufrimiento no solo para los pacientes y los familiares, sino también para los mismos profesionales.

En lo que respecta a la prevalencia de las prácticas entre los entrevistados, la ortotanasia fue la más frecuente, seguida por la distanasia, lo que corrobora el estudio de Vasconcelos, Imamura y Villar⁸. Con relación a la ortotanasia, su mayor frecuencia era esperada, visto que se trata de procedimiento considerado adecuado por la clase médica y por el CFM, aunque su distinción con relación a la eutanasia y a la distanasia en algunos casos sea imprecisa.

En cuanto a la distanasia, se infiere que su ocurrencia se debe a problemas de comunicación entre médico y paciente/familia, una vez que la falta de aclaración en cuanto a pronósticos puede generar esperanza infundada de mejora⁶. Esta expectativa puede causar más dolor y sufrimiento, con métodos terapéuticos inútiles y uso inapropiado de los escasos recursos del sistema de salud. Finalmente, preocupa el hecho de que ocho médicos hayan declarado haber realizado eutanasia, práctica caracterizada como delito por la legislación brasileña⁶.

La respuesta de los médicos en cuanto a haber o no realizado uno de los tres procedimientos debe ser analizada críticamente, una vez que, como se demostró, un número expresivo de profesionales mostró desconocer los conceptos. Es posible, por tanto, que muchos adopten conductas sin la debida aclaración, equivocándose al pensar que están actuando de forma ética. Puede ocurrir, por ejemplo, que un médico piense haber adoptado la ortotanasia, cuando en realidad, por no conocer con seguridad el concepto, haya practicado la eutanasia.

Sobre el impacto de las conductas adoptadas, los datos demostraron que, según la percepción de los médicos, la distanasia tiende a generar desenlaces negativos, mientras que la ortotanasia beneficia pacientes y familiares ($p=0,04$). El resultado era esperado, una vez que, como demuestra la literatura⁵, la ortotanasia es la práctica más adecuada para una asistencia humana que respete la dignidad del paciente, ofreciéndole las mejores condiciones.

Finalmente, se resalta que tan importante como la comprensión de términos y conceptos es la buena relación con el paciente y su familia. Mantenerlos informados es fundamental, pues la aclaración aporta amparo y confianza, minimizando el sufrimiento inherente a la muerte.

Consideraciones finales

Menos de la mitad de los participantes de la investigación demostró conocer de modo satisfactorio los conceptos de distanasia, ortotanasia y eutanasia (esta última la más frecuentemente definida de forma equivocada). El panorama es preocupante, una vez que los conocimientos sobre una conducta determinan su ejecución en la práctica. Para revertir esta situación, es necesario invertir en la capacitación de los profesionales que lidian cotidianamente con la terminalidad de la vida. Otro problema detectado fue el gran número de intensivistas que admiten haber practicado la distanasia, más de la mitad de los entrevistados. Entre estos, la mayoría consideró esta práctica desfavorable, por prolongar el sufrimiento del paciente y de su familia sin aportar beneficios, acarreando aun perjuicios materiales.

Un resultado significativo fue la relación entre la experiencia del profesional y el conocimiento de los conceptos. Los médicos formados hace más tiempo demostraron estar menos aptos para definir la eutanasia, la distanasia y la ortotanasia, mientras que los que concluyeron el grado más recientemente tuvieron un mejor desempeño. El dato, aunque ponga de manifiesto los progresos de la formación en los últimos años, indica que aún es necesario ampliar el enfoque de la tanatología en el currículo de los cursos de medicina, incluidas las discusiones sobre el bioderecho y la bioética. Asimismo, para actualizar a los profesionales ya formados, es necesario desarrollar programas de formación continua.

Referencias

1. Santos DA, Almeida ERP, Silva FF, Andrade LHC, Azevêdo LA, Neves NMBC. Reflexões bioéticas sobre a eutanásia a partir de caso paradigmático. *Rev. bioét.* (Impr.) [Internet]. 2014 [acesso 1º set 2015];22(2):367-72. DOI: 10.1590/1983-80422014222018
2. Pessini L. Lidando com pedidos de eutanásia: a inserção do filtro paliativo. *Rev. bioét.* (Impr.) [Internet]. 2010 [acesso 22 maio 2015];18(3):549-60. Disponível: <http://bit.ly/2NBvufx>
3. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. *Diário Oficial da União. Brasília*, 28 nov 2006.
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União. Brasília*, 24 set 2009.
5. Felix ZC, Costa SFG, Alves AMPM, Andrade CG, Duarte MCS, Brito FM. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [acesso 1º set 2015];18(9):2733-46. Disponível: <http://bit.ly/2NCV6bT>
6. Soares AMM, Piñeiro WE. *Bioética e biodireito: uma introdução*. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2002.
7. Crespo AA. *Estatística fácil*. São Paulo: Saraiva; 1996.
8. Vasconcelos TJQ, Imamura NR, Villar HCEC. Impacto da Resolução CFM 1.805/06 sobre os médicos que lidam com a morte. *Rev. bioét.* (Impr.) [Internet]. 2011 [acesso 15 set 2015];19(2):501-21. Disponível: <http://bit.ly/2TIO3Cz>
9. Machado KDG, Pessini L, Hossne WS. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. *Bioethikos* [Internet]. 2007 [acesso 28 maio 2015];1(1):34-42. Disponível: <http://bit.ly/365v4Eu>
10. Biondo CA, Silva MJP, Secco LM. Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2006 [acesso 5 set 2015];17(5):613-9. DOI: 10.1590/S0104-11692009000500003

Participación de los autores

Todos los autores participaron activamente en la discusión del tema y de la elaboración y revisión del manuscrito.


Correspondencia

Carlos Wilson de Alencar Cano – Rua Doutor Zerbini, 1.011, casa 21, Chácara Cachoeira CEP 79040-040. Campo Grande/MS, Brasil.


Carlos Wilson de Alencar Cano – Estudiante de grado – carloswalencar@gmail.com

 0000-0002-0847-3908


Ana Letícia Cavenaghi da Silva – Estudiante de grado – leticia.cavenaghi@gmail.com

 0000-0003-3993-6407


Andressa Freire Barboza – Estudiante de grado – andressafreireb@gmail.com

 0000-0002-8897-8243


Bianca Ferreira Bazzo – Graduada – biancabbazzo@live.com

 0000-0001-9522-9489


Caroline Pereira Martins – Estudiante de grado – caroline3pmartins@gmail.com

 0000-0003-1145-4166


Décio Iandoli Júnior – Doctor – iandolijr@gmail.com

 0000-0003-2801-9515


Leinyara da Silva Brito Benites – Graduada – leinyabb@gmail.com

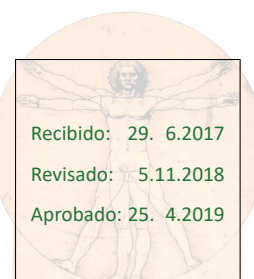
 0000-0002-2956-346X

Lillian Batista Terceros – Estudiante de grado – lillian_rbtg@hotmail.com

 0000-0001-8010-9820

Ricardo dos Santos Gonçalves Nantes – Graduated – ric.nantes@gmail.com

 0000-0003-3712-7876



Anexo

Cuestionario

Identificación

Edad: () menos de 30 años () de 30 a 40 años () más de 40 años

Sexo: () masculino () femenino

Tiempo de formación médica: () menos de 4 años () de 4 a 5 años () de 6 a 10 años () 11 años o más

Tema: Eutanasia

1. ¿Tiene usted conocimiento sobre la eutanasia?

() Sí

() No

2. Describa su conocimiento acerca de la definición de la eutanasia.

3. ¿Ya ha practicado la eutanasia?

() Sí

() No

En caso afirmativo, pase a la pregunta siguiente. En caso negativo, pase a la cuestión 5.

4. ¿Identificó algún impacto de esta práctica en el paciente o en la familia?

() Sí, fue favorable

() Sí, fue desfavorable

() No

Tema: Distanasia

5. ¿Tiene usted conocimiento sobre la distanasia?

() Sí

() No

6. Describa su conocimiento acerca de la definición de la distanasia.

7. ¿Ya ha practicado la distanasia?

() Sí

() No

En caso afirmativo, pase a la pregunta siguiente. En caso negativo, pase a la pregunta 9.

8. ¿Identificó algún impacto de esta práctica en el paciente o en la familia?

() Sí, fue favorable

() Sí, fue desfavorable

() No

Tema: Ortotanasia

9. ¿Tiene usted conocimiento sobre la ortotanasia?

() Sí

() No

10. Describa su conocimiento acerca de la definición de la ortotanasia.

11. ¿Ya ha practicado la ortotanasia?

() Sí

() No

En caso afirmativo, pase a la pregunta siguiente. En caso negativo, ¡ha terminado el cuestionario!

12. ¿Identificó algún impacto de esta práctica en el paciente o en la familia?

() Sí, fue favorable

() Sí, fue desfavorable

() No