

La religión en México y su relación con las decisiones al final de la vida: encuesta de opinión a población general

*Religion in Mexico and its relationship to end of life decisions:
an opinion survey of the general population*

NORMA ALICIA ORDÓÑEZ VÁZQUEZ *
Universidad Nacional Autónoma de México, México

GUSTAVO ORTIZ MILLÁN **
Universidad Nacional Autónoma de México, México

RESUMEN. Diversas religiones se han manifestado en contra de la eutanasia y el suicidio asistido. El objetivo de este estudio es presentar la relación que tiene la religión con la toma de decisiones al final de la vida. Se llevó a cabo un estudio cuantitativo correlacional. Se aplicó una encuesta de opinión a 802 personas de la población general. Los resultados muestran que hay una asociación significativa con un tamaño del efecto pequeño entre la religión con el derecho a solicitar libremente la muerte ($X^2= 3533$, g.l. = 12, $p \leq .000$, V de Cramér= 0.14), con el suicidio asistido ($X^2= 42217$, g.l. = 12, $p \leq .000$, V de Cramér= 0.16), con el suicidio médicalemente asistido ($X^2= 40155$, g.l. = 12, $p \leq .000$, V de Cramér= 0.15), con la legalización de la eutanasia ($X^2= 65820$, g.l. = 6, $p \leq .000$, V de Cramér= 0.28), con la legalización del suicidio médicalemente asistido ($X^2= 41075$, g.l. = 6, $p \leq .000$, V de Cramér= 0.22), y con la legalización de la sedación terminal ($X^2= 28124$, g.l. = 6, $p \leq .000$, V de Cramér= 0.18). Por lo tanto, existen diferencias entre las diferentes religiones respecto a la aceptación de las decisiones al final de la vida.

PALABRAS CLAVE: decisiones al final de la vida; suicidio asistido; eutanasia; muerte digna; religión

ABSTRACT. Various religions have spoken out against euthanasia and assisted suicide. The aim of this study is to present the relationship between religion and end-of-life decision making. A quantitative correlational study was carried out. An opinion survey was administered to 802 people from the general population. The results show that there is a significant association with a small effect size between religion with the right to freely request death ($X^2= 3533$, g.l. = 12, $p \leq .000$, Cramer's V =.14), with assisted suicide ($X^2= 42217$, g.l. = 12, $p \leq .000$, Cramer's V =.16), with medically assisted suicide ($X^2= 40155$, g.l. = 12, $p \leq .000$, Cramer's V=.15), with the legalization of euthanasia ($X^2= 65820$, g.l. = 6, $p \leq .000$, Cramer's V= 0.28), with the legalization of medically assisted suicide ($X^2= 41075$, g.l. = 6, $p \leq .000$, Cramer's V= 0.22), and with the legalization of terminal sedation ($X^2= 28124$, g.l. = 6, $p \leq .000$, Cramer's V= 0.18). Therefore, there are differences between the different religions with respect to the acceptance of end-of-life decisions.

KEY WORDS: end-of-life decisions; assisted suicide; euthanasia; death with dignity; religion

* Dra. en Ciencias de la Salud. Programa Universitario de Bioética, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Profesora online Universidad del Valle de México. E-mail: camel1806@yahoo.com.mx
 <https://orcid.org/0000-0002-1722-6546>

** Dr. en Filosofía. Instituto de Investigaciones Filosóficas, Universidad Nacional Autónoma de México. E-mail: [gmon@filosoficas.unam.mx](mailto:gmom@filosoficas.unam.mx)  <https://orcid.org/0000-0002-7203-3974>

Introducción

La religión es y ha sido importante en las sociedades para influir en la forma en la que las personas tienen que conducir su comportamiento frente a dilemas morales. Dentro de estos dilemas se pueden encontrar el aborto, la eutanasia, la clonación, las decisiones al final de la vida.

Respecto al tema de las decisiones al final de la vida, diversas religiones se han manifestado en contra de la eutanasia y suicidio asistido. Sus principales argumentos se centran en que sea quien sea el Dios que veneran, la vida le pertenece a él y de ninguna forma se tiene que hacer un uso indebido de la vida, como terminar con ella. Por esta razón, se prohíbe que se lleve a cabo el suicidio con o sin ayuda, así como la eutanasia.

En México, al ser un estado laico, se han dado pasos importantes en las decisiones al final de la vida. Aunque se han propuesto iniciativas por parte de legisladores para la regulación de la muerte digna, no se ha llegado a dar respuestas a favor de ésta. El avance más significativo ha sido la Ley de Voluntad Anticipada; siendo la Ciudad de México la primera entidad en la que se aprobó en el año 2008. Posteriormente se decretó en los estados de Aguascalientes, Chihuahua, Coahuila, Colima, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán, Zacatecas.

Respecto a la muerte asistida, sigue habiendo controversia pues la religión católica, que es la que predomina en el país, precisa estar en favor de que los enfermos terminales no sean sometidos a tratamientos fútiles que les causen dolor, pero no permite que se adelante o se precipite la muerte. No obstante, el rechazo al encarnizamiento terapéutico, al retiro de tratamientos que alargan la muerte, va a producir la muerte, que se va a ir presentando de manera paulatina y que va a generar dolor y sufrimiento. Quizás esta parte del sufrimiento, sea una de las consignas que alienta la religión católica, debido a que habla del valor redentor del sufrimiento, algunos católicos creen que deben aceptar el dolor para unir su sufrimiento al de Cristo (Catholic Health Association of the United States, 2022).

En años recientes las personas piensan más en la toma de decisiones respecto a dilemas éticos como las decisiones al final de la vida, donación de órganos, aborto, etc., quizá puede deberse al acceso a la información y a la influencia de sus valores individuales más que la religión que profesan, aunque aún la religión sigue ejerciendo predominio en las personas.

Acorde con lo comentado anteriormente, es importante analizar la religión y su relación con las decisiones al final de la vida, para lo cual se llevó a cabo una encuesta de opinión a la población general sobre estas decisiones, realizándose análisis descriptivos y correlacionales. El objetivo de este artículo es describir y conocer la relación que la religión establece con la implementación de la toma de decisiones al final de la vida, específicamente la sedación paliativa, sedación terminal, el suicidio asistido y médicaamente asistido, así como la eutanasia.

Desarrollo

En México, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, el 77.7% de la población se declara católica, 11.2% protestante o cristiano evangélico, 0.2% manifiesta otra religión, 2.5% dice ser creyente sin tener una adscripción religiosa y 8.1% se declara sin religión (INEGI, 2021).

Debido a que en el país predomina la religión cristiana, este trabajo se apegará más a hablar sobre ésta, ya que puede tener influencia en la opinión de las personas respecto a dilemas bioéticos como las decisiones al final de la vida. Aunque es relevante señalar que la religión y la religiosidad pueden ser dos conceptos diferentes que merecen atención. La religión es un conjunto de dogmas que son considerados como verdades incuestionables porque se reconocen que están relacionadas con la divinidad, mientras que la religiosidad es la forma de relacionarse personalmente con dicha divinidad. La religión sería el marco externo, que es lo que se analiza en este trabajo, mientras que la religiosidad se refiere al interior, a la forma particular en que uno vive esa religión (Soler *et al.*, 2016, Fernández, Álvarez y Valls, 2023).

Es por esta razón que las personas pueden considerarse cristianas pero no siguen sus declaraciones, creencias y prácticas al pie de la letra, sino que se guían por su religiosidad que está ligada a la espiritualidad, es decir, a la forma en que los individuos le dan significado a su mundo, a la vida y a la relación con los demás.

Si bien algunas personas pueden considerarse católicas, se guían de acuerdo con sus convicciones personales, y por esta razón puedan tener una visión más abierta a cuestiones relacionadas con el final de la vida. Anteriormente la religión tuvo una fuerte influencia en el comportamiento de las personas respecto a lo que debía o no hacerse, determinando de alguna forma la moral; es decir, la brújula que orienta o guía a realizar ciertas acciones que pueden tener un impacto en los otros.

Respecto a las decisiones al final de la vida, la iglesia católica se ha pronunciado en contra del encarnizamiento terapéutico y de la eutanasia. En 1980, se publicó la Declaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe. En ella se condena la eutanasia, pero también el otro extremo, el encarnizamiento terapéutico y los medios desproporcionados. El papa Pío XII, en un discurso del año 1957, señala bien claramente que cuando hay dolores violentos, estados de depresión y de angustia, la anestesia es moralmente lícita, ya que se trata únicamente de evitar al paciente dolores insoportables. Sería lícita la utilización de un paliativo aunque produjese por sí misma dos efectos distintos, el alivio de los dolores y, por otra parte, la abreviación de la vida (Miret, 2003).

En general las religiones católica, islámica, judía, budista e hinduista rechazan la eutanasia y el suicidio asistido. No obstante, permiten la utilización de la adecuación del esfuerzo terapéutico y el rechazo de tratamientos extraordinarios. De esta forma, se ha encontrado que las diversas creencias religiosas influyen de forma importante en la toma de decisiones al final de la vida (Toro, 2021, Fileva, 2023, Chintu y Azimkhan, 2023, Savani, Arora y Brown, 2024, Pua, Yarovskiy, Socol y Shaki, 2024).

Por ejemplo, los protestantes liberales, judíos y agnósticos, generalmente tienden a estar de acuerdo con el suicidio asistido, mientras que los protestantes conservadores, judíos, budistas, hindúes, islámicos y cristianos tienden a exhibir su gran oposición en cuanto a la muerte médica asistida. El debate anterior tiene dos puntos de vista: por un lado están aquellos quienes prefieren la autonomía en la decisión entre la vida y la muerte; mientras por el otro lado están quienes están a favor del dominio absoluto en la transición de la vida a la muerte, es decir, Dios es el único que puede controlar esto (Burdette *et al.*, 2005).

Anteriormente se comentó sobre las decisiones para el final de la vida; que son las medidas que se llevan a cabo para tener una muerte digna,¹ es decir, respetando la autonomía, valores y creencias de los enfermos en etapa terminal. Por lo que es importante que se tenga presente a qué hacen referencia, cuál es su finalidad. En el siguiente cuadro se presentan las definiciones de las decisiones que se exploraron en este trabajo.

Decisiones al final de la vida	Definición
Eutanasia	La eutanasia es la intervención activa y directa del médico para provocar en un enfermo, generalmente con muchos sufrimientos, la muerte que pide de forma voluntaria y en completa libertad (Abohaimed <i>et al.</i> , 2019).

¹ De acuerdo con Álvarez (2014) se puede definir la muerte digna como la muerte deseada por una persona, que se produce asistida de todos los alivios y cuidados paliativos médicos, así como con todos los consuelos humanos posibles. En otras palabras; una muerte digna es el hecho y el derecho a finalizar la vida voluntariamente sin sufrimiento, cuando la ciencia médica nada puede hacer para la curación de una enfermedad terminal.

Suicidio médicaamente asistido (SMA)	Lorda, <i>et al.</i> , (2008) definen el suicidio médicaamente asistido, como la actuación de los profesionales médicos que se limita a proporcionar a los pacientes los medios imprescindibles para que sean ellos mismos quienes se provoquen la muerte.
Suicidio asistido	El suicidio asistido, es definido por Schüklenk <i>et al.</i> (2011), como el acto intencional de terminar con la vida de uno mismo con la asistencia de otro.
Sedación paliativa	La Asociación Europea de Cuidados Paliativos, la define como el uso de medicamentos para aliviar un sufrimiento intolerable y refractario al reducir la conciencia en un paciente (Van Dooren <i>et al.</i> , 2009).
Sedación terminal	Es la administración intencional de fármacos sedantes en dosis y combinaciones necesarias para reducir la conciencia de un paciente terminal tanto como sea necesario para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios (Gurschick, Mayer y Hanson, 2015).

Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía revisada.

Estos procedimientos médicos, lo que tratan es de evitar sufrimiento en los enfermos en fases terminales, uno de los objetivos de algunas religiones entre ellas la iglesia católica. En México, un país con un Estado laico en el que hay una separación entre sus leyes y la religión, ha ido avanzando en la implementación de leyes que sustenten la muerte digna. De esta forma, en algunos estados de la República Mexicana se ha aprobado la Ley de Voluntad Anticipada (LVA), que tiene como objetivo establecer las normas para regular el otorgamiento de la voluntad de una persona con capacidad de ejercicio, que de acuerdo con Lorda (2008) es un aspecto relevante para la toma de decisiones, para que las personas expresen su decisión de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona (Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal, 2012; Artículo 1).

Como se señaló anteriormente, a pesar de que las religiones condenan la eutanasia y cualquier tipo de suicidio, las personas están de acuerdo en que los enfermos en fase terminal tengan una muerte digna, sin dolor y sufrimiento, como se verá más adelante en diversos estudios.

Respecto a la LVA, lo que indica no implica que se esté implementando la eutanasia, pues algunas personas han confundido el verdadero objetivo de la LVA, que se centra en respetar las decisiones de los enfermos. Por ejemplo, lo que comentó el vocero de la Arquidiócesis de San Luis Potosí, Juan Jesús Priego Rivera (Aranda, 2019):

La Iglesia siempre ha estado a favor de la vida, ciertamente el magisterio de la iglesia se ha expresado en varias ocasiones en contra del encarnizamiento terapéutico, es decir que cuando ya no hay nada que hacer y hay una especie de encarnizamiento se deja básicamente que la muerte llegue, pero no es lo mismo dejar que llegue la muerte a provocar la muerte, entonces en ese sentido nosotros nunca vamos a estar a favor.

Este tipo de argumentos es lo que puede distorsionar el sentido que se le ha dado a la LVA, ya que

su principal finalidad es evitar el encarnizamiento terapéutico, no precipitar o provocar la muerte.

Al respecto, Soler *et al.* (2016), Rodríguez *et al.* (2020), Mihelič y Zelko (2024) comentan que la eutanasia pasiva (permitir la muerte, sin buscarla, cuando no hay posibilidades de recuperación), es admitida en general, aunque con matices. En el caso de la iglesia católica, la doctrina distingue entre medios ordinarios y extraordinarios. Sólo sería lícito retirar los procedimientos extraordinarios, pero considera ordinarios y, como tal obligatorio, la hidratación y alimentación artificiales incluso en situaciones de coma irreversible.

Por lo tanto, existe una tendencia de la religión a evitar el sufrimiento en los enfermos en estado terminal, sin embargo, se oponen a medidas centradas en ciertos procedimientos en los que la muerte puede ser más rápida, como sería el suicidio asistido o la eutanasia. Aunque la limitación del esfuerzo terapéutico o la sedación paliativa van a llegar al mismo resultado, que es la muerte, esta va a producirse en un lapso de tiempo más largo que si se aplica la eutanasia o el suicidio asistido.

Diversos estudios han presentado resultados sobre la relación que ha tenido la religión con la implementación de estas decisiones. En 2014 se aplicó una encuesta a 2,660 católicos de todo el país: 65% estuvo de acuerdo con que un médico ayudara a una persona a morir si ésta lo solicitaba (Aldaz, 2014). En otra encuesta realizada por la organización Por el Derecho a Morir con Dignidad (2016), se encontró que ante la pregunta: si un paciente se encuentra en la fase terminal de su enfermedad, ¿cree que debería tener la opción de decidir adelantar su muerte? El 76.7% de los que no tienen religión y el 68.8% de los católicos afirman que sí. Y en la pregunta: en caso de que usted se encontrara en la fase terminal de una enfermedad, ¿le gustaría tener la posibilidad de pedir ayuda a su médico para adelantar su muerte si usted así lo decidiera? Nuevamente sobresalen los que no tienen religión con el 73.4% y el 64.3% de los católicos que consideran que sí pedirían ayuda.

En el año 2016 en Canadá, se llevó a cabo una encuesta para conocer si las personas están a favor del consentimiento para la muerte asistida, el 76% de los cristianos está a favor, de los cuales el 78% son católicos (Ipsos Reid, 2016).

O'Neill *et al.* (2003) indican que las actitudes de las personas están influidas por diferentes variables, una de ellas es precisamente la religión, de esta forma Steck *et al.*, (2014), Torke *et al.* (2020), Bodas, *et al.* (2020), Borovecki *et al.* (2022), Guzowski, Fiłon, Kułak (2024), Bodas *et al.* (2023), Shack, Fried y Siedner (2024), señalan que existe una alta inclinación religiosa que se relaciona positivamente con el rechazo de la eutanasia y del suicidio asistido. De esta forma en el estudio de Malhotra *et al.* (2022) los pacientes budistas o taoístas recibían más intervenciones agresivas en el final de la vida, aunque las enseñanzas de ambas religiones enfatizan la inevitabilidad de la muerte. Los autores teorizan que tal vez algunos pacientes creen que la muerte puede conducir a una vida futura de tortura y sufrimiento, lo que les hace preferir intervenciones más agresivas para prolongar la vida.

En el estudio cualitativo llevado a cabo por Mihelič y Zelko (2024) se encontró que un participante católico afirmó: "En nuestro país no hay problemas porque nuestra legislación se alinea con estándares éticos. Si se legalizara la eutanasia, por ejemplo, esto cambiaría y las creencias religiosas jugarían un papel importante, pero no por la fe en sí, sino por argumentos razonables contra prácticas médicas éticamente cuestionables" (Mihelič y Zelko, 2024: 11). Del mismo modo, un participante de fe islámica menciona: "Las preocupaciones éticas relativas al Islam nunca están en conflicto con la medicina oficial, al menos no en nuestro contexto esloveno y la legislación en esta área, como la eutanasia" (Mihelič y Zelko, 2024: 11).

Se puede decir que la religión sigue teniendo influencia en la forma en la que las personas piensan y actúan respecto a las decisiones al final de la vida. De acuerdo con Milesi (2003) algunos segmentos sociales, cuyo criterio está relacionado con sus creencias religiosas, persisten en alguna interpretación sesgada, negando este derecho fundamental que concierne a la defensa de la vida y de la integridad física y moral. En resumen, niegan el derecho de no sufrir tratos inhumanos o degradantes, aspectos que en enfermos en etapa terminal son vulnerados cuando el sustento de la vida se basa en la tecnología médica.

Materiales y Método

Tipo de estudio

Es un estudio cuantitativo observacional, descriptivo, transversal y correlacional. La aplicación del cuestionario fue llevada a cabo por el Centro de Opinión Pública (COP) de la Universidad del Valle de México. La autora diseñó el cuestionario de acuerdo con su proyecto posdoctoral y dio continuidad al desarrollo de la aplicación. Se llevó a cabo una encuesta de opinión a la población general con una representatividad a nivel nacional, el margen de error fue de +/-3.46% con un nivel de confianza del 95%. La selección de la muestra se efectuó a partir de una campaña de marketing digital en redes sociales que ayudó a captar a la población del país con acceso a internet. Se fijaron cuotas por edad, género, escolaridad, situación laboral y entidad de residencia, para que de esta manera se obtuviera una representación de estos grupos de acuerdo a su peso real en el territorio nacional. Se aplicó un cuestionario tipo Likert vía internet entre el 14 y 20 de agosto del 2020 a 802 personas integrantes de un panel online. En la sección del instrumento se describe el texto de las preguntas que se eligieron para este trabajo.

Objetivo general

Describir y conocer la relación que establece la religión de las personas con la implementación de la toma de decisiones al final de la vida, específicamente la sedación paliativa, sedación terminal, el suicidio asistido y médicaamente asistido, así como la eutanasia.

Objetivos específicos

1. Conocer la opinión de las personas con diferente religión respecto a que un enfermo en estado terminal solicite voluntariamente la muerte.
2. Identificar la opinión de las personas con diferente religión en cuanto a solicitar el suicidio asistido, el suicidio médicaamente asistido, sedación paliativa, sedación terminal.
3. Conocer la opinión de las personas con diferente religión referente a la legalización de la eutanasia, del suicidio médicaamente asistido y de la sedación terminal.
4. Determinar la relación entre la religión con las diversas decisiones al final de la vida como suicidio asistido, el suicidio médicaamente asistido, sedación paliativa, sedación terminal, la legalización de la eutanasia, el suicidio médicaamente asistido y la sedación terminal.

Participantes

Se aplicó el cuestionario a personas mayores de 18 años que accedieron a participar en el panel online y que viven en la República Mexicana. El rango de edad de los encuestados fue de 18-67 años; el 16% se concentró en el rango de 18-22 años, el 20% en el de 25-34 años, el 25% en el de 35-44 años, el 21% en el de 45-54 años, y el 18% en el de 55 y más años. El 41% fueron hombres y el 59% mujeres. El 8% tiene como escolaridad un posgrado, el 52% licenciatura, el 33% educación media superior, y el 7% instrucción básica o sin instrucción.

Instrumento

Se realizó un cuestionario tipo Likert en el que se redactaron diferentes preguntas acerca del tema

de las decisiones al final de la vida. Para la elaboración del cuestionario se tomó en cuenta el cuestionario de Casas, Pichardo, Manzano, Torres y Gómez (2007, 188-189), que al ser aplicado se encontró una diferencia significativa entre las poblaciones de estudiantes, médicos y enfermeras respecto de la aplicación del suicidio asistido por razón de calidad de vida, al que favorecen estas últimas. Se utilizó este instrumento realizando ciertas adaptaciones a las preguntas para alcanzar los objetivos de la investigación. También se tomó en cuenta la revisión bibliográfica del tema de las decisiones al final de la vida, y de un estudio cualitativo previo llevado a cabo en el año 2017.

Las secciones que integran el cuestionario sobre las decisiones al final de la vida son:

1. Opinión del sistema de salud
2. Opinión sobre la muerte
3. Decisiones al final de la vida
4. Legislación relacionada con las decisiones al final de la vida
5. Visión personal de las decisiones al final de la vida

La elaboración de este artículo consideró la información que se obtuvo de las preguntas del apartado 3. Decisiones al final de la vida. La elaboración del cuestionario consideró lenguaje comprensible, congruencia entre las preguntas, una pregunta por enunciado. Se estimó que las preguntas al hablar de la eutanasia, muerte digna, etc., no serían conocidas por lo que se incluyó una definición para impedir la interpretación de la pregunta. Se integraron conceptos para crear una idea homogénea creando una misma base para todos los entrevistados, de manera que fuera comprensible para el entrevistado, con el concepto preciso, evitando tanto la interpretación como sesgo por interpretación o la no respuesta. Al ser un tema sensible, no está exento de un sesgo cultural o creencias, en estos casos las preguntas utilizaron un lenguaje sencillo, sin carga negativa, incluso con preguntas de control. En la tabla 1 se muestran las preguntas que se analizaron para este artículo:

Tabla 1.
Preguntas que integran el cuestionario

8. Pensando en las personas que tienen una enfermedad en fase terminal ¿Qué tan acuerdo está con las siguientes frases?...	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No sé
Las personas que tienen una enfermedad en fase terminal deberían tener derecho a solicitar voluntaria y libremente la muerte					
Una persona que tiene una enfermedad en fase terminal debería tener derecho a tomar medicamentos que le causen la muerte con la asistencia y ayuda de otra persona					
Una persona que tiene una enfermedad en fase terminal debería tener derecho a solicitar al médico medicamentos para tomarlo y así acabar con su vida.					



9. ¿Qué tanto apoya las siguientes medidas...?

Me opongo totalmente

Opongo

Ni me opongo ni apoyo

Apoyo

Apoyo totalmente

9.1 Administrar medicamentos para mantener dormida a una persona que tiene una enfermedad terminal que está sufriendo mucho dolor ¿Qué tanto apoya esto? _____

9.2 A una persona que tiene una enfermedad terminal administrarle medicamentos para mantenerla dormida de manera profunda e irreversible hasta que se produzca la muerte ¿Qué tanto apoya esto? _____

10. La eutanasia consiste en que un médico aplique medicamentos para provocar la muerte en un enfermo terminal que tiene sufrimiento y que pide voluntariamente este fin. ¿En su opinión la eutanasia debería legalizarse en el país?

- a) Debería legalizarse la eutanasia b) No debería legalizarse la eutanasia c) No sé

11. El suicidio médicaamente asistido es una intervención en la que el médico receta al paciente los medicamentos que debe tomar para acabar con su vida. ¿En su opinión esta medida debe implementarse con bases legales en el país?

- a) Debería legalizarse el suicidio médicaamente asistido b) No debería legalizarse el suicidio médicaamente asistido c) No sé

12. La sedación terminal ayuda a mantener dormido de manera profunda e irreversible a un enfermo terminal que tiene muchos dolores y sufrimiento, hasta que llega la muerte. ¿En su opinión esta medida debe implementarse con bases legales en el país?

- a) Debería legalizarse la sedación terminal b) No debería legalizarse la sedación terminal
c) No sé

Nota: Elaboración propia a partir del cuestionario.

Procedimiento

Se llevaron a cabo las siguientes fases en el desarrollo del estudio: se captaron a 802 personas que aceptaron responder el cuestionario autoadministrado vía internet entre el 14 y 20 de agosto del 2020. Los datos fueron capturados en una base en SPSS. Después se realizaron los análisis estadísticos pertinentes. La investigación atendió los lineamientos éticos que no violan las normas del consentimiento informado.

Análisis de datos

Un primer análisis de los datos fue realizar tablas de contingencia cruzadas entre la religión y las decisiones al final de la vida para conocer la frecuencia de las respuestas. Después de acuerdo con los objetivos se buscó la relación de las variables religión y las decisiones al final de la vida a partir de la prueba Chi cuadrada (χ^2).

Variable 1. Religión, con cuatro categorías: católica, sin religión, protestantes, otras.

Variable 2. Decisiones al final de la vida con cinco categorías: Totalmente de acuerdo, De

acuerdo, En desacuerdo, Totalmente en desacuerdo, No sé, y Me opongo totalmente, Opongo, Ni me opongo ni apoyo, Apoyo, Apoyo totalmente.

Supuestos

1. Variables con escala de medida nominal
2. Muestras grandes ($n \geq 30$)
3. $FE \geq 5$

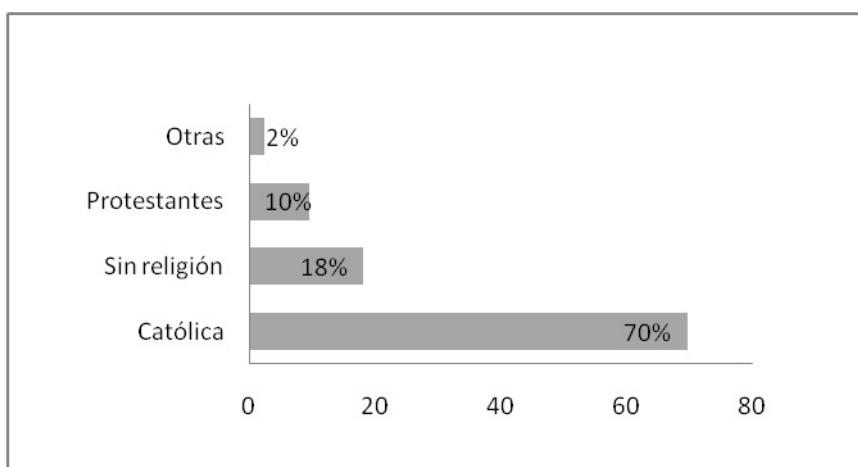
Se escogió aplicar la Chi cuadrada (X^2) para conocer la relación de la religión con las decisiones al final de la vida ya que se cumple con los supuestos anteriores. Para el tamaño del efecto del análisis de X^2 se utilizó la prueba V de Cramér. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics (versión 29).

Resultados

Se aplicó el cuestionario a 802 personas que viven en la República Mexicana. El rango de edad fue de 18 a los 67 años. La media de edad para los hombres fue de 41 años mientras que para las mujeres fue de 39.4 años. El 40.4% está casado y el 34.9% soltero. Con relación a la religión, se puede apreciar en la gráfica 1 que el 70% es católicoristiano, el 18% manifiesta no profesar alguna religión, el 10% es protestante y el 2% tienen otras religiones.

Gráfica 1

Religión de los encuestados



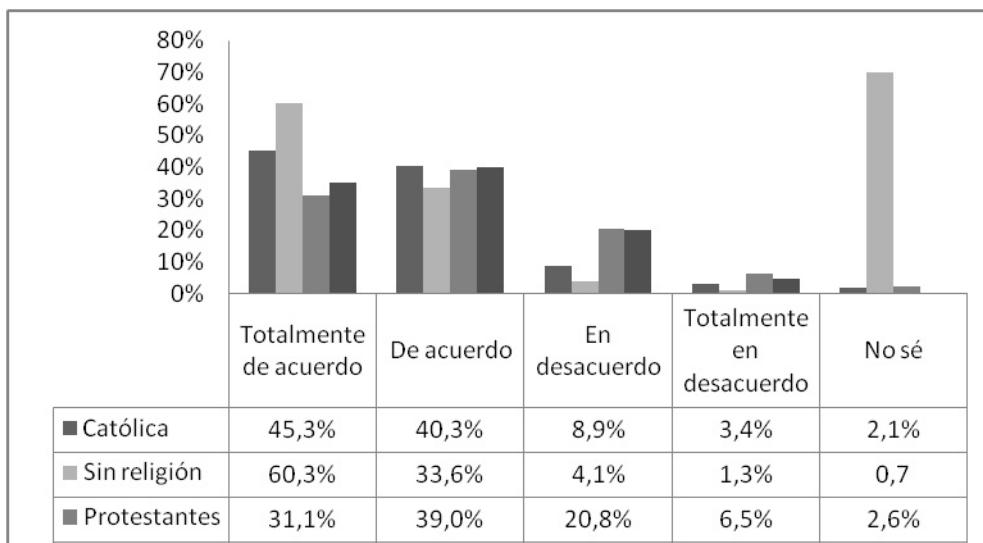
Nota: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

En esta encuesta, las personas de acuerdo con la religión que profesan respondieron a las preguntas sobre las decisiones al final de la vida de la siguiente forma:

En la pregunta acerca de si las personas que tienen una enfermedad terminal deberían tener derecho a solicitar voluntaria y libremente la muerte, en la gráfica 2 se observa que el 60.3% de los que no tienen religión y el 45.3% de los católicos, respondieron que están totalmente de acuerdo en que los enfermos terminales tengan derecho a solicitar la muerte.

Gráfica 2

Opinión de las personas respecto a que un enfermo terminal solicite voluntaria y libremente la muerte

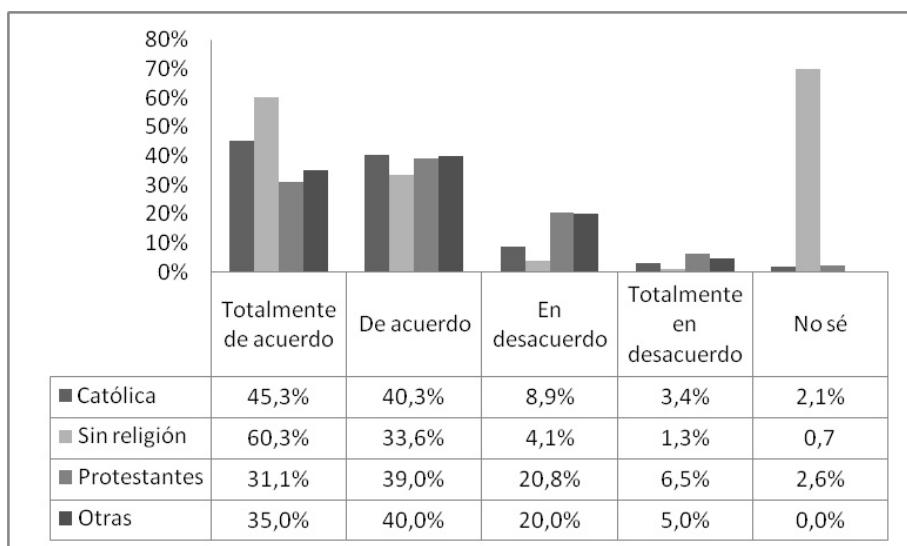


Nota: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta. Se presentan los porcentajes de la opinión de las personas de acuerdo a su religión y las decisiones al final de la vida.

Respecto a la pregunta sobre el suicidio asistido, que se formuló de la siguiente forma: Una persona que tiene una enfermedad en fase terminal debería tener derecho a tomar medicamentos que le causen la muerte con la asistencia y ayuda de otra persona, en la gráfica 3 se observa que el 41.1% de las personas sin religión están totalmente de acuerdo con esta medida, y el 35.2 de las cristianas respondieron que están de acuerdo.

Gráfica 3

Opinión de las personas respecto a que un enfermo terminal tenga derecho al suicidio asistido

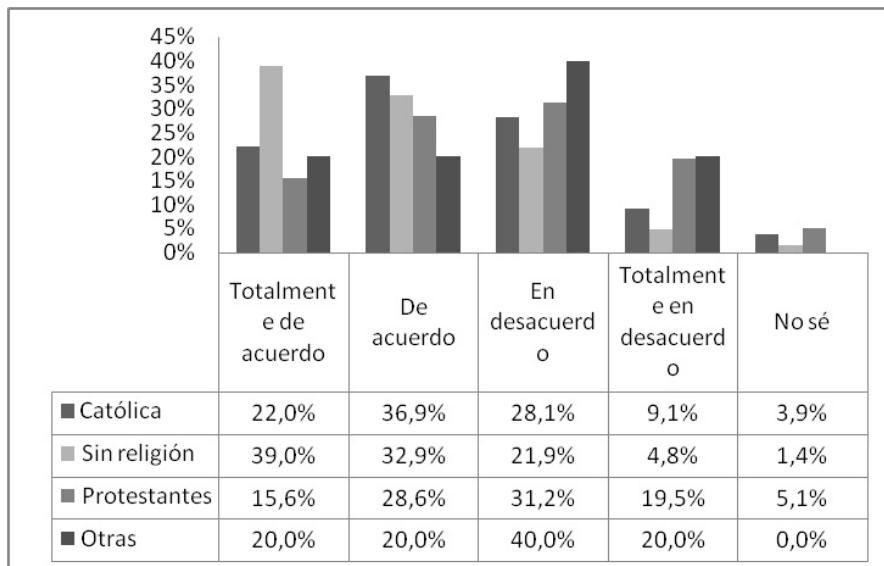


Nota: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta. Se presentan los porcentajes de la opinión de las personas de acuerdo a su religión y las decisiones al final de la vida.

En la gráfica 4 se presentan los porcentajes a la pregunta sobre el suicidio médicaamente asistido. El 39% de los encuestados que refirieron no tener religión están totalmente de acuerdo con esta medida, mientras que el 36.9 % de los católicos afirman estar de acuerdo con que una persona tenga derecho a solicitar al médico medicamentos para terminar con su vida. Es importante resaltar que el 31.2% de los protestantes está en desacuerdo con el suicidio médicaamente asistido.

Gráfica 4

Opinión de las personas respecto al suicidio médicaamente asistido

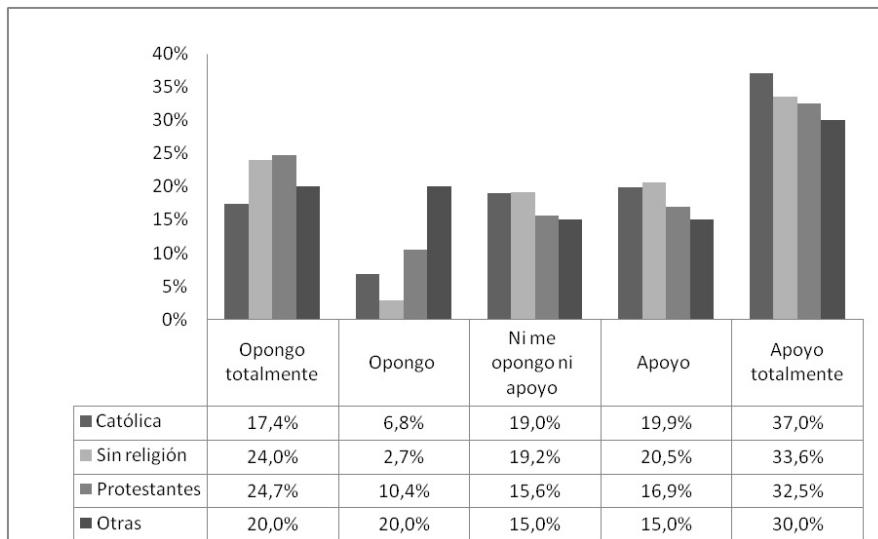


Nota: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta. Se presentan los porcentajes de la opinión de las personas de acuerdo a su religión y las decisiones al final de la vida.

La pregunta que se relaciona con la sedación paliativa, que se formuló de la siguiente manera: “Administrar medicamentos para mantener dormida a una persona que tiene una enfermedad terminal que está sufriendo mucho dolor ¿Qué tanto apoya esto?”, en la gráfica 5 se muestra que los encuestados de todas la religiones en mayor proporción apoyan totalmente la sedación paliativa.

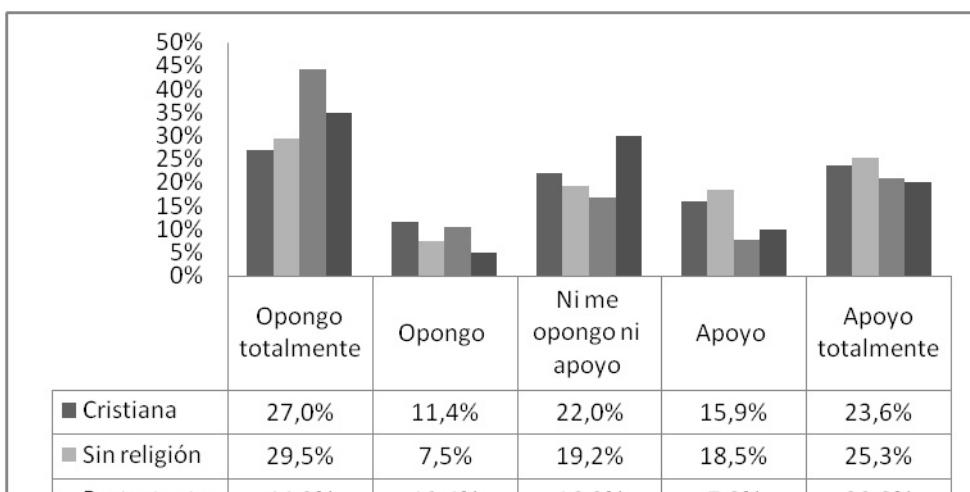
Gráfica 5

Opinión de las personas respecto a la sedación paliativa



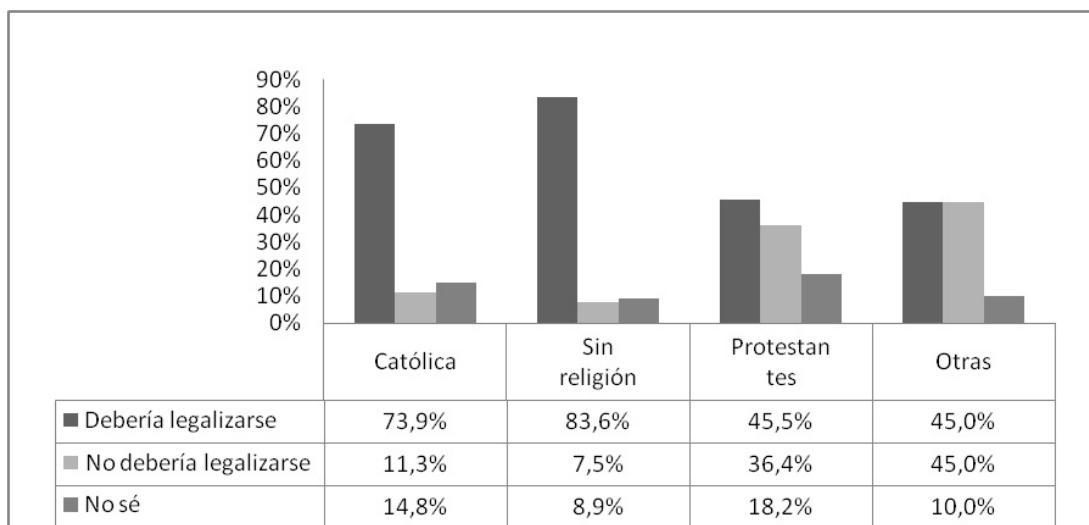
Nota: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta. Se presentan los porcentajes de la opinión de las personas de acuerdo a su religión y las decisiones al final de la vida.

Al cuestionar sobre la sedación terminal con la siguiente pregunta: “una persona que tiene una enfermedad en situación terminal hay que administrarle medicamentos para mantenerla dormida de manera profunda e irreversible hasta que se produzca la muerte ¿Qué tanto apoya esto? En la gráfica 6 se aprecia que las personas de las diferentes religiones se oponen totalmente a este tipo de medida.

Gráfica 6*Opinión de las personas respecto a la sedación terminal*

Nota: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta. Se presentan los porcentajes de la opinión de las personas de acuerdo a su religión y las decisiones al final de la vida.

En lo que respecta a la legalización de la eutanasia, en la gráfica 7 se observa que el 83.6% de las personas sin religión consideran debe legalizarse y el 73.9% de los cristianos opinan lo mismo. Es interesante observar que en mayor proporción estos dos sectores están a favor de la eutanasia.

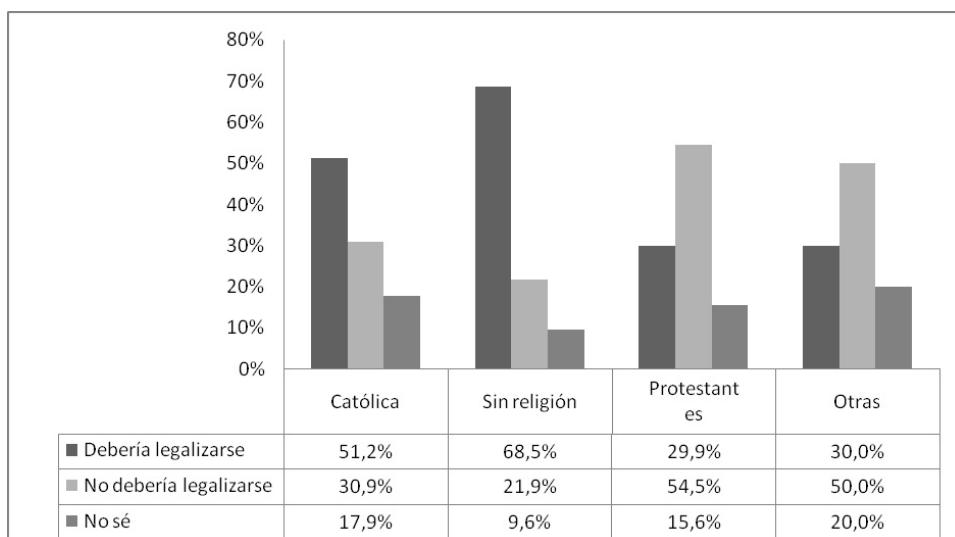
Gráfica 7.*Opinión de las personas respecto a la legalización de la eutanasia*

Nota: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta. Se presentan los porcentajes de la opinión de las personas de acuerdo a su religión y las decisiones al final de la vida.

En la gráfica 8 se muestra que el 68.5% de los encuestados sin religión consideran que debería legalizarse el suicidio médicaamente asistido, y el 51.2% de los cristianos también se encuentran a favor de esta propuesta.

Gráfica 8

Opinión de las personas respecto a la legalización del suicidio médicaamente asistido

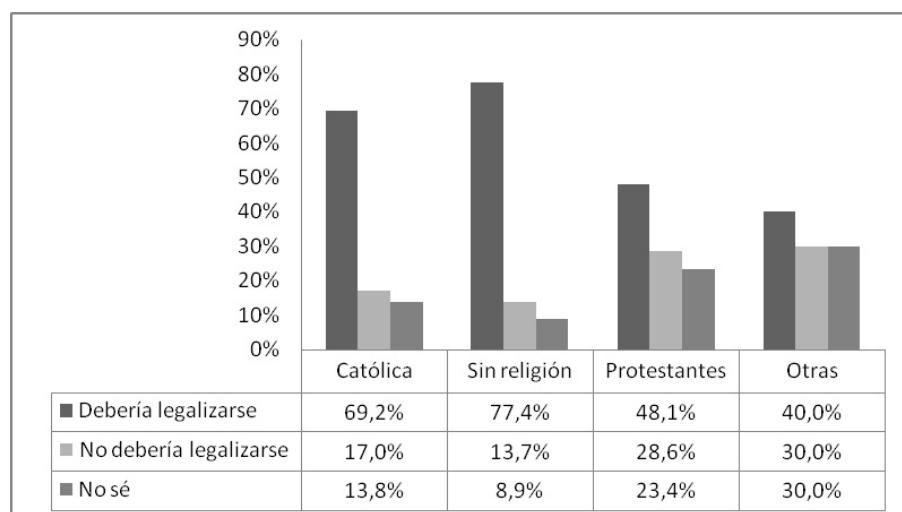


Nota: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta. Se presentan los porcentajes de la opinión de las personas de acuerdo a su religión y las decisiones al final de la vida.

En la gráfica 9 se presentan los porcentajes referentes a la legalización de la sedación terminal; el 77.4% de las personas que no tienen religión y el 69.2% de los católicos, respondieron que debería legalizarse esta medida para que los enfermos terminales tengan una muerte digna, sin dolor ni sufrimiento.

Gráfica 9.

Opinión de las personas respecto a la legalización de la sedación terminal



Nota: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta. Se presentan los porcentajes de la opinión de las personas de acuerdo a su religión y las decisiones al final de la vida.

Como se puede observar, en mayor proporción las personas que no tienen religión o son católicas, refieren estar de acuerdo con la legalización de algunas de las decisiones al final de la vida, como la eutanasia, suicidio médicaamente asistido y sedación paliativa. Esto puede indicar que las personas independientemente de sus creencias o valores, lo que buscan es que los enfermos tengan una muerte digna, que como se ha comentado, esto es respetando los valores, creencias y estilo de vida, para de esta forma, tener una muerte sin dolor ni sufrimiento, dependiendo de las elecciones de cada individuo.

Al realizar el análisis X² para encontrar relación entre la religión con las diversas decisiones al final de la vida, se encontró asociación significativa con un tamaño del efecto pequeño entre la religión con el derecho a solicitar voluntaria y libremente la muerte ($\chi^2 = 3533$, g.l. = 12, $p \leq .000$, V de Crámer= 0.14), con el suicidio asistido (derecho a tomar medicamentos que le causen la muerte con la asistencia y ayuda de otra persona), ($\chi^2 = 42217$, g.l. = 12, $p \leq .000$, V de Crámer= 0.16), con el suicidio médicaamente asistido (una persona que tiene una enfermedad terminal debería tener derecho a solicitar al médico medicamentos para tomarlos y así acabar con su vida), ($\chi^2 = 40155$, g.l. = 12, $p \leq .000$, V de Crámer= 0.15), con la legalización de la eutanasia ($\chi^2 = 65820$, g.l. = 6, $p \leq .000$, V de Crámer= 0.28), con la legalización del suicidio médicaamente asistido ($\chi^2 = 41075$, g.l. = 6, $p \leq .000$, V de Crámer= 0.22), y con la legalización de la sedación terminal ($\chi^2 = 28124$, g.l. = 6, $p \leq .000$, V de Crámer= 0.18).

La religión es una variable que se asocia con la forma de opinar acerca de las decisiones al final de la vida. Se puede comentar que en este trabajo solamente se presenta la relación entre la religión con la aceptación, apoyo o legalización de las decisiones al final de la vida. Por lo tanto, existen diferencias entre las religiones respecto a la aceptación de las decisiones al final de la vida. En el cuadro 1 se presenta el resumen de los valores de la X².

Cuadro 1.

Relación de las variables con la religión

Chi-cuadrado de Pearson			
Preguntas al final de la vida que se relacionan con la religión	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Las personas que tienen una enfermedad terminal deberían tener derecho a solicitar voluntaria y libremente la muerte.	3533	12	.000
Una persona que tiene una enfermedad terminal debería tener derecho a tomar medicamentos que le causen la muerte con la asistencia y ayuda de otra persona.	42217	12	.000
Una persona que tiene una enfermedad terminal debería tener derecho a solicitar al médico medicamentos para tomarlos y así acabar con su vida.	40155	12	.000
La eutanasia consiste en aplicar medicamentos para provocar la muerte en un enfermo terminal que tiene sufrimiento y que pide voluntariamente este fin.	65820	6	.000
El suicidio médicaamente asistido es una intervención en la que el médico receta al paciente los medicamentos que debe tomar para acabar con su vida.	41075	6	.000
La sedación terminal ayuda a mantener dormido de manera profunda e irreversible a un enfermo terminal que tiene muchos dolores y sufrimiento, hasta que llega la muerte.	28124	6	.000

Nota: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta. Se presentan los valores de la Chi cuadrada de la relación de las variables religión con con la aceptación, apoyo o legalización de las decisiones al final de la vida

Discusión

En México, recientemente algunas personas han tomado una postura a favor de la muerte médica asistida independientemente de la religión a la que pertenezcan. En este estudio se puede observar que los católicos y las personas que no tienen religión, en mayor proporción están de acuerdo en que se implementen y se legalicen algunas decisiones al final de la vida, como son la eutanasia, el suicidio asistido, el suicidio médica asistido, la sedación paliativa.

Respecto a los hallazgos que se encontraron en esta encuesta de opinión, se puede observar que el 60.3% de los que no tienen religión y el 45.3% de los católicos, respondieron que están totalmente de acuerdo en que los enfermos en estado terminal tengan derecho a solicitar la muerte. Así también tocante a la legalización de la eutanasia, el 83.6% de las personas sin religión consideran debe legalizarse y el 73.9% de los católicos opinan lo mismo. Estos resultados coinciden con lo encontrado en otros estudios. Así, en la encuesta realizada por la asociación por el Derecho a Morir con Dignidad en México en el año 2016, se encontró que el 76.7% de los que no tienen religión y el 68.8% de los católicos están de acuerdo en que si un paciente se encuentra en la fase terminal de su enfermedad, debería tener la opción de decidir adelantar su muerte. Mientras que en un estudio llevado a cabo en Uruguay (Sindicato Médico del Uruguay, 2020) en el que se le pregunta a la población general mayor de 18 años, sobre la eutanasia, el 82% de los que no tienen religión y el 66% de los católicos, responden que están totalmente seguros de que una persona que tiene una enfermedad en fase terminal, que causa grandes sufrimientos y le causará la muerte en poco tiempo, se le debe permitir que los médicos pudieran poner fin a su vida y a sus sufrimientos si esta persona lo solicita libremente. También en Canadá, se llevó a cabo en el año 2016 una encuesta en la que el 78% de los católicos opinan que los pacientes con una enfermedad grave deberían poder solicitar anticipadamente la ayuda médica a morir (Soler *et al.*, 2016). Otros estudios coinciden en que cuanto mejor sea la actitud religiosa habrá una menor aceptación de la eutanasia, Alaei y Ziaeirad, 2023; Ambreen, Basit, Mehmood, 2023; Lockhart *et al.*, 2023).

Existen algunas posturas en las que se señala que con la legalización de la eutanasia, como en Holanda o España, se corre el riesgo de caer en el fenómeno “pendiente resbaladiza” y llegar a perder el control, por lo que una solución a este problema, es el acompañamiento familiar y profesional ante el dolor físico y emocional así como los cuidados paliativos que procuran el trato digno de la persona próxima a morir (Hernández y Jouve de la Barreda, 2020, Muños, 2021). Sin embargo, es importante señalar que en algunas situaciones de difícil control del dolor, los cuidados paliativos no son suficientes para evitar el dolor y sufrimiento al final de la vida.

De esta forma, un argumento en contra de la eutanasia ha sido el buen control de los síntomas por los cuidados paliativos, incluido el dolor y la depresión, y por lo tanto las personas que consideran terminar con sus vidas pueden cambiar de idea si sus síntomas son controlados adecuadamente. Aunque la mayoría de los pacientes tienen una muerte sin dolor, algunos no la tienen. A veces la analgesia es insuficiente para controlar los efectos secundarios como sedación, náuseas y confusión (Riley, 2003).

Emanuel, Fairclough y Emanuel (2000) señalan que aunque algunos autores consideran que mejores cuidados paliativos pueden impedir que las personas soliciten la muerte médica asistida; en su estudio encontraron que el dolor y sufrimiento sigue siendo un factor muy importante para tomar la decisión de morir.

Los encuestados sin religión y los católicos en este estudio respondieron en mayor proporción que el suicidio médica asistido sería una medida adecuada para tener una muerte digna. Esto también es parecido a lo que se reporta en la encuesta llevada a cabo por la asociación por el Derecho a Morir con Dignidad (2016), en la que el 57.4% de las personas católicas y el 54.7% de los que no tienen religión, están de acuerdo en pedir que el médico le aplicara directamente una dosis letal de medicamentos. En el caso de preferir que solo se entregaran los medicamentos para tomarlos la propia persona, el 37.6% de los que no tienen religión y el 31.9% de

los católicos, prefieren el suicidio asistido. En estudios de otros países se ha encontrado que la religión tiene una fuerte influencia en no aceptar el suicidio médicaamente asistido (Sharp, 2020; Aglozo, 2024; Sabriseilabi y William, 2022; Brassington, 2020).

Un aspecto importante a resaltar es lo que Steck *et al.* (2014), Tarabeih *et al.* (2020) y Brinkman *et al.* (2020), indican respecto a que la religión juega un papel protector en la muerte médicaamente asistida, ya que es más probable que las personas sin afiliación religiosa que los protestantes o cristianos, es decir, que la religión es un factor que disminuye la probabilidad de aceptar y solicitar la muerte médicaamente asistida. Respecto a esto Spoerri *et al.*, (2010), señalan que el efecto protector de una afiliación religiosa, y en particular de la fe católica, es evidente tanto para el suicidio asistido como el no asistido. La asociación con la religión puede reflejar una mayor integración social entre la religión y las normas y dogmas. Los resultados de Spoerri muestran que las personas que están más allegadas a la religión pueden disentir de solicitar la muerte asistida. Es relevante mencionar que este estudio se lleva a cabo en un contexto social, cultural, político, etc., muy diferente al de México, ya que en los Países Bajos, en los que se llevó a cabo, el suicidio asistido es permitido, por lo que una vez que exista una ley que autorice la muerte médicaamente asistida en el país se podría ver qué tanto la religión puede jugar un papel en el que la gente rechace tomar esta medida.

La cultura y las creencias religiosas juegan un papel muy importante en cómo se visualizan las decisiones al final de la vida, de esta forma Ohr *et al.* (2017) reportan que las personas del grupo de Asia/Pacífico reportaron la opinión más consensuada en contra de todas las medidas para prolongar la vida.

Respecto a la sedación paliativa y terminal, ante la pregunta que se relaciona con la sedación paliativa: administrar medicamentos para mantener dormida a una persona que tiene una enfermedad terminal que está sufriendo mucho dolor, ¿Qué tanto apoya esto?, los encuestados de todas las religiones en mayor proporción apoyan totalmente la sedación paliativa. En el caso de la sedación terminal, las cosas cambian ya que las personas de las diferentes religiones se oponen totalmente a este tipo de medida; esto puede deberse a que en esta pregunta se integra en la redacción la palabra “muerte”, lo que le da una connotación negativa. En algunos estudios se ha encontrado que la sedación paliativa está influenciada por las creencias religiosas por lo que se evita usarla (Tan *et al.*, 2024, Othman y AlOsta, 2024, Halfeld y Caldana, 2023).

Con relación a la asociación que se puede dar entre la sedación terminal y la eutanasia, es muy delgada la línea, ya que las dos provocarán la muerte. Sin embargo, los procedimientos son diferentes. Mientras que la sedación terminal es parte de los cuidados paliativos, la eutanasia es un procedimiento que se utiliza para terminar con el sufrimiento de las personas en poco tiempo (Azulay, 2003).

En cuanto a la relación que guarda la religión con las decisiones al final de la vida, se pudo observar que existen diferencias respecto a la opinión que tienen las personas de las diferentes religiones con las decisiones como son la legalización de la eutanasia, suicidio asistido y suicidio médicaamente asistido, sedación terminal. Las principales diferencias que se encontraron fueron que la opinión de los católicos y las personas sin religión sobresalieron al considerar de manera favorable medidas para una muerte digna. Es indudable que existe una nueva apertura en la población para abordar dilemas bioéticos como el final de la vida, lo cual puede permitir ir avanzando en nuevas leyes que respalden mejores condiciones para los enfermos en fase terminal.

Conclusiones

A pesar de que se ha encontrado en diversos estudios que la religión es un factor que influye en el rechazo de la muerte médicaamente asistida, en México los creyentes han mostrado tendencias a favor de ésta. Esto puede deberse a que las personas se consideran católicas pero no siguen sus preceptos por lo que pueden presentar una tendencia favorable hacia la muerte médicaamente asis-

tida para evitar el dolor y sufrimiento al final de la vida.

Existen pequeños avances en el país, como la aprobación de la Ley de Voluntad Anticipada en algunos estados. Sin embargo, es importante que especialistas en bioética, derecho, medicina, sociología, realicen estudios para formular propuestas que vayan encaminadas hacia políticas públicas enfocadas a más y mejores cuidados paliativos, que permitan proporcionar alivio al sufrimiento, y si la decisión de las personas es ya no seguir sufriendo entonces que elijan la muerte médicaamente asistida.

Algo que debe quedar muy claro en las personas detractoras a la legalización de la muerte asistida, es decir, de la eutanasia, suicidio asistido, etc., es que no deben de confundirse y tener presente que de llegar a legalizarse estas medidas no se obliga a practicarla, simplemente es un derecho que se tiene y que cualquier persona puede apelar a ésta o rechazarla.

Falta mucha información para que las personas puedan conocer de mejor manera estas decisiones al final de la vida, ya que en el imaginario de algunas personas aún persiste la idea de que la eutanasia es la muerte deliberada de personas vulnerables, y lo que plantea la eutanasia, con buenas bases legales, es una muerte digna, solicitada por personas que desean descansar del dolor y sufrimiento ante una enfermedad en fase terminal.

Este estudio es solamente una pequeña muestra de lo que refleja la opinión de la población, por lo que es necesario que se realicen más estudios para aportar información que pueda ampliar la visión que se tiene sobre las decisiones al final de la vida.

Bibliografía

- Abohaimed, S., Matar, B., Al-Shimali, H., Al-Thalji, K., Al-Othman, O., Zurba, Y., & Shah, N. (2019). Attitudes of Physicians towards Different Types of Euthanasia in Kuwait. Medical principles and practice : international journal of the Kuwait University. *Health Science Centre*, 28(3), 199–207. <https://doi.org/10.1159/000497377>
- Aglozo E. Y. (2024). Faith and fate: Religious leaders' Bible, heaven, hell beliefs and end-of-life choices. *Death studies*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/07481187.2024.2390897>
- Alaei, H., Ziaeirad, M. (2023). The Relationship between Religious Attitude and Emotional Intelligence with Attitude towards Euthanasia in Nurses Working in Intensive Care Units. *JNE*, 12 (3), 52-61
- Aldaz, E. (2014). "Encuesta nacional de opinión católica 2014", Católicas por el Derecho a Decidir. http://encuesta.catolicasmexico.org/es/?page_id=2152
- Álvarez, C. E. (2014). Muerte Digna. Aspectos Médicos, Bioéticos y Jurídicos, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Buenos Aires Fundación H.A. Barceló.
- Ambreen, S., Basit, W & Mehmood, D. S. (2023). ENGLISH: Impact of Religiosity on Attitude towards Euthanasia: A Myth or a Fact. *Al-Dalili*, 5(1), 01–10. <https://aldalili.com/index.php/dalili/article/view/119>
- Aranda, D. (2019, 19 de julio). La Iglesia contra la LVA. El sol de San Luis. <https://www.elsolde-sanluis.com.mx/local/la-iglesia-contra-ley-de-voluntad-anticipada-1849951.html>
- Azulay, T. A. (2003). "La sedación terminal. Aspectos éticos". *Anales de medicina Interna*, 20 (12), 645-649.
- Brassington, I. (2020). What passive euthanasia is. *BMC Medical Ethics*, 21(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00481-7>
- Bodas, M., Velan, B., Kaplan, G., Ziv, A., Rubin, C., & Peleg, K. (2020). Assisted life termination and truth telling to terminally ill patients - a cross-sectional study of public opinions in Israel. *Israel journal of health policy research*, 9(1), 57.
- Bodas, M., Ziv, A., Rubin, C., Oberman, B., Tawil, Y., Shaulov, A., Kaplan, G., & Velan, B. (2023). Polarization in public attitudes toward end-of-life decisions in Israel - A cross-

- sectional study. *Palliative & supportive care*, 1–8. <https://doi.org/10.1017/S1478951523000780>
- Borovecki, A., Cerkovic, M., Nikodem, K., Oreskovic, S., Novak, M., Rubic, F., Vukovic, J., Spoljar, D., Gordijn, B., & Gastmans, C. (2022). Attitudes about withholding or withdrawing life-prolonging treatment, euthanasia, assisted suicide, and physician assisted suicide: a cross-sectional survey among the general public in Croatia. *BMC medical ethics*, 23(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00751-6>
- Brinkman-Stoppelenburg, A., Evenblij, K., Pasman, H. R. W., van Delden, J. J. M., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & van der Heide, A. (2020). Physicians' and Public Attitudes Toward Euthanasia in People with Advanced Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(10), 2319–2328. <https://doi.org/10.1111/jgs.16692>
- Burdette, A. M., Hill, T. D., & Moulton, B. E. (2005). Religion and Attitudes Toward Physician-Assisted Suicide and Terminal Palliative Care. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 44(1), 79-93. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2005.00266.x>
- Casas, M. L., Pichardo, L. M., Manzano, M. C., Torres, C. J., Sánchez, G. J. (2007). Encuesta piloto comparativa de opinión de médicos, enfermeras y estudiantes de medicina sobre el suicidio asistido en un hospital privado del Distrito Federal. *Persona y Bioética*, 11 (2), 186-195.
- Catholic Health Association of the United States. (2022). El cuidado de las personas al final de la vida. <https://acortar.link/vHu9yv>
- Chintu, J y Azimkhan, P. (2023). Religious Perspectives on Euthanasia: A Comparative Analysis: Religious perspectives on euthanasia. *Int J Body Mind Cult.*,10(1), 4–9.
- CLXXII Reunión de la Comisión Permanente de la Conferencia Episcopal Española. (1998). La eutanasia es inmoral y antisocial. <https://acortar.link/V08Zle>
- Emanuel, E. J., Fairclough, D. L., & Emanuel, L. L. (2000). Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. *JAMA*, 284(19), 2460–2468. <https://doi.org/10.1001/jama.284.19.2460>
- Fernández, V.C., Álvarez, M. B., Valls, S. C. (2023). ¿Qué puede decir la ciencia Sobre el (buen) morirse? Una defensa del acompañamiento Espiritual al final de la vida a través Del pensamiento de Habermas y La sagrada escritura. *Razón y fe*, 1, 235-255.
- Fileva, Y. (2023). Relationship Between Religion and Health on the Topic of Euthanasia. *Postmodernism Problems*. 13. 248-267. <https://doi.org/10.46324/PMP2302248>
- Gurschick, L., Mayer, D.K., Hanson, L.C. (2015). Palliative sedation: an analysis of international guidelines and position statements. *Am J Hospice Palliat Med*, 32, 660–71.
- Guzowski, A., Fiłon, J., & Krajewska-Kułak, E. (2024). Strength of Religious Faith and Attitude Towards Euthanasia Among Medical Professionals and Opinion Makers. *Journal of religion and health*, 63(2), 1075–1090. <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01860-1>
- Halfeld, J., Caldana, J. (2023). Palliative sedation in Brazil: an integrative literature review. *Revista Bioética*. 31. <https://doi.org/10.1590/1983-803420233625ES>
- Hernández, S. G., & Jouve de la Barreda, N. (2020). ¿La eutanasia como opción ante el sufrimiento? Una mirada desde la Psiquiatría. *Apuntes De Bioética*, 3(1), 33-46. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v3i1.386>
- INEGI. (2021). Censo de población y vivienda 2020. Comunicado de prensa núm. 24/21. <https://acortar.link/m6dKzn>
- IPSOS. (2016). Eight in Ten (80%) Canadians Support Advance Consent to Physician-Assisted Dying. <https://acortar.link/oBOjxo>
- Lorda, S. P. (2008). “La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente”. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 28 (2), 327-350.
- Lockhart, C., Lee, C. H. J., Sibley, C. G., & Osborne, D. (2023). The sanctity of life: The role of purity in attitudes towards abortion and euthanasia. *International journal of psychology: Journal international de psychologie*, 58(1), 16–29. <https://doi.org/10.1002/ijop.12877>

- Malhotra, C., Bundoc, F., Chaudhry, I., Teo, I., Ozdemir, S., Finkelstein, E., & COMPASS study group (2022). A prospective cohort study assessing aggressive interventions at the end-of-life among patients with solid metastatic cancer. *BMC palliative care*, 21(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00970-z>
- México. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2018). Ley General de Salud. México. Adicionado DOF 05-01-2009. Artículo 166 Bis 9, 16, 18. <https://www.diputados.-gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- México. Gobierno del Distrito Federal. (2012). Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 07 de enero de 2008. Artículo 1, Art. 2 Fracción XI, Artículo 18, Artículo 41. Última reforma publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de agosto de 2012.
- Mihelič, R., & Zelko, E. (2024). Attitudes and Values of Three Monotheistic Religions Regarding Ethical Dilemmas in Palliative Care: Qualitative Study. *InTechOpen*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.1004552>
- Milesi, M. (2003). Proyecto de ley núm. 2726-D-03 Régimen del respeto a la calidad de vida y a la dignidad de los enfermos terminales. Cámara de Diputados del Congreso de la Nación, Argentina.
- Miret, M. E. (2003). Eutanasia, filosofía y religión. *Humanitas, humanidades médicas*, 1 (1). <https://acortar.link/VTQa2A>
- Muños, G. Y. (2021). Eutanasia: ¿derecho derivado de la dignidad de la persona? *Apuntes De Bioética*, 4(1), 144-165. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v4i1.615>
- Ohr, S.O., Jeong, S.Y., & Saul, P. (2017). Cultural and religious beliefs and values, and their impact on preferences for end-of-life care among four ethnic groups of community-dwelling older persons. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 1681–1689.
- O'Neill, C., Feenan, D., Hughes, C., McAlister, D. A. (2003). Physician and family assisted suicide: results from a study of public attitudes in Britain. *Social Science & Medicine*, 57 (4), 721-731.
- Othman, E.H., AlOsta, M.R. (2024). A case study of Muslims' perspectives of expanded terminal sedation: addressing the elephant in the room. *BMC Med Ethics* 25, 136 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01110-3>
- Por el Derecho a Morir con Dignidad, A.C. (2016). Encuesta Nacional sobre muerte digna, México 2016. <https://acortar.link/jCnyOa>
- Pua, M., Yanovskiy, M., Socol, Y., Shaki, Y. (2024). “To Rest in Peace: Judeo-Christian Approach to End of Life and Palliative Treatment”. *Journal of the Sociology and Theory of Religion*, 16, 156-160. <https://doi.org/10.24197/jstr.1.2024.156-160>
- Riley J. (2003). Freedom from pain goes a long way to a “good death”. *BMJ*, 327:235. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7408.235>
- Rodríguez, A. D., López, B.R., Monasterio, A. A., Ivar, R. (2020). How do people use ‘killing’, ‘letting die’ and related bioethical concepts? Contrasting descriptive and normative hypotheses. *Bioethics*, 34(5), 509-518. <https://doi.org/10.1111/bioe.12707>
- Sabriseilabi, S., & Williams, J. (2022). Dimensions of religion and attitudes toward euthanasia. *Death studies*, 46(5), 1149–1156. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1800863>
- Savani, S., Arora, A., & Brown, M. (2024). The influence of religion on euthanasia and physician-assisted suicide. *Suicide Across Cultures: Understanding the variation and complexity of the suicidal process across ethnicities and cultures* (pp. 420-449). Oxford Cultural Psychiatry. <https://doi.org/10.1093/med/9780198843405.003.0020>
- Shack, A. R., Fried, I., & Siedner-Weintraub, Y. (2024). Palliative team involvement in end-of-life care for Jewish and Muslim children in Jerusalem: A unique clinical and cultural context. *Palliative & supportive care*, 22(1), 163–168. <https://doi.org/10.1017/S1478951523000159>
- Sharp, S. (2020). Heaven, hell, and attitudes toward physician-assisted suicide. *Journal of health*

- psychology, 25(13-14), 2475–2486. <https://doi.org/10.1177/1359105318800831>
- Sindicato Médico del Uruguay. (2020). Conocimiento y actitudes de los uruguayos sobre la eutanasia. <https://acortar.link/qMpO7t>
- Schüklenk, U., Van Delden, J.J.M., Downie, J., Mclean, S.A.M., Upshur, R., y Weinstock, D. (2011). End-of-life decision-making in Canada: the report bythe Royal Society of Canada expert panel on end-of-life decision-making. *Bioethics*; 25, 1-73.
- Soler, F., Pedrós, F., Marín, F., Ania, M., Cambrón, A. (2016). *Las religiones contra la eutanasia*. Asociación federal. Derecho a morir dignamente. España. <https://acortar.link/uwgOin>
- Spoerri A, Zwahlen M, Egger M, Bopp M. (2010). The Swiss National Cohort: a unique database for national and international researchers. *Int J Public Health*, 55, 239–42.
- Steck, N., Junker, C., Maessen, M., Reisch, T., Zwahlen, M., & Egger, M. (2014). Suicide assisted by right-to-die associations: a population based cohort study. *International Journal Of Epidemiology*, 43(2), 614-622.
- Tan, F., Li, N., Wu, Y., & Zhang, C. (2024). Palliative sedation determinants: systematic review and meta-analysis in palliative medicine. *BMJ supportive & palliative care*, 13(e3), e664–e675. <https://doi.org/10.1136/spcare-2022-004085>
- Tarabeih, M., Bokek-Cohen, Y., Abu Rakia, R., Nir, T., Coolidge, N. E., & Azuri, P. (2020). Religious observance and perceptions of end-of-life care. *Nursing inquiry*, 27(3), e12347. <https://doi.org/10.1111/nin.12347>
- Torke, A. M., Fitchett, G., Maiko, S., Burke, E. S., Slaven, J. E., Watson, B. N., Ivy, S., & Monahan, P. O. (2020). The Association of Surrogate Decision Makers' Religious and Spiritual Beliefs With End-of-Life Decisions. *Journal of pain and symptom management*, 59(2), 261–269. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2019.09.006>
- Toro, F. R. (2021). Influencia de las creencias religiosas en la toma de decisiones clínicas al final de la vida. *Ética de los cuidados*, 14. <https://ciberindex.com/index.php/et/article/view/e13457>
- Van Dooren, S., van Veluw, H. T., van Zuylen, L., Rietjens, J., Passchier, J., y van der Rijt, C. (2009). Exploration of concerns of relatives during continuous palliative sedation of their family members with cancer. *J Pain Symptom Manage*, 38, 452-459.

Fecha de Recepción: 13 de diciembre de 2023
Recibido con correcciones: 29 de noviembre de 2024
Fecha de Aceptación: 10 de diciembre de 2024