

# ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DE LA ESCALA GFRANCO EUTANASIA

Grecia Franco Jiménez

5º semestre Teoría de los Tests  
Docente Mgs. Guillermo Mendoza

## RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es analizar las propiedades psicométricas de la escala GFranco Eutanasia, un instrumento diseñado para medir la actitud hacia la Eutanasia, utilizando una muestra de 100 estudiantes de la Universidad Privada de Santa Cruz de la Sierra (UPSA) (50% mujeres, 50% hombres). Los resultados obtenidos indican que la escala GFE tiene una alta coherencia (0,92) y equivalencia interna (0,91). El análisis factorial mostró un factor, que explica el 41% de la varianza total. La escala GFE permite por lo tanto, evaluar la aceptación o rechazo hacia la Eutanasia en estudiantes entre 18 a 25 años de edad, de las cinco facultades de la Universidad Privada de Santa Cruz de la Sierra (UPSA).

*Palabras clave:* actitud, eutanasia, psicometría

La Eutanasia es un término que está compuesto por dos vocablos de origen griego que son Eu y Thanatos, que tienen como significado "buena muerte". Según Austin y Peña (1998), se puede definir la Eutanasia como una intervención para poner fin a la vida de una persona sin provocarle

algún sufrimiento físico. Se debe diferenciar la eutanasia de "la muerte digna" y el "suicidio asistido" que son dos prácticas relacionadas, pero diferentes. La muerte digna o también denominada Ortonasia, hace referencia a la muerte justa, aquella que se produce con todos los alivios

médicos adecuados y los consuelos humanos posibles y el suicidio asistido a la acción de una persona, la cual sufre de una enfermedad irreversible, por querer acabar con su vida contando con la ayuda de otra persona, usualmente un médico, que le proporciona los conocimientos y los medios para hacerlo (De Miguel & López, 2016).

En el siglo XIX, el término Eutanasia se presenta en la literatura médica como la manera de aliviar la agonía extenuante en un paciente, a partir de la medicina que debía utilizarse en los moribundos para calmar el sufrimiento. Las primeras personas con sugerencias claras acerca de la Eutanasia fueron dos ensayistas, Samuel Williams y Lionel Tollemache, quienes escribieron artículos a favor de la Eutanasia afirmando que en casos donde haya una enfermedad terminal dolorosa, se debería poder reconocer la responsabilidad del asistente médico para eliminar la consciencia y proporcionarle al paciente una muerte rápida y sin dolor, si éste lo deseaba así. Esto llamó la atención a muchas personas pero hubo una respuesta casi nula por parte de los médicos. Después, por los siglos XIX y principios del XX, las posibilidades terapéuticas para pacientes y el diagnóstico en la medicina, tuvo un cambio rotundo,

impidiendo o retrasando el avance de una enfermedad letal (Jonsen, 2003).

Actualmente, algunos de los países que tienen permitida la Eutanasia son Holanda, Bélgica, Suiza, Luxemburgo y Colombia ("Cinco países", 2015, 8 de julio). En un estudio realizado por científicos de varias universidades holandesas se vio que entre los años 1990 y 2001 las tasas de eutanasia incrementaron del 1,9% al 2,8% en las tasas totales de mortalidad, del año 2002 al 2005 disminuyeron a 1,8%, pero desde el año 2005 hasta el 2010, volvieron a subir a 2,9% ("La legalización", 2012, 11 de julio).

Para los pacientes con enfermedades terminales y degenerativas para las cuales no existe cura, la eutanasia supone una salida. La investigación médica y la tecnología aportan al diagnóstico y terapia de dichas enfermedades pero no aportan necesariamente a la calidad de vida de la persona. Es por esta razón que los pacientes toman en cuenta el costo personal, económico y su malestar, a la hora de decidir acelerar su muerte, solicitando que se les permita recurrir a la eutanasia (Echeverría, et.al. 2011). La calidad de vida de las personas que solicitan la eutanasia es muy baja. Sobre todo en pacientes en situación terminal ya que el tratamiento

que tienen es precoz y con un tiempo limitado. Muchos de estos pacientes padecen de depresión y no necesariamente reciben tratamiento para ella. Su pobre calidad de vida está relacionada con su pérdida de autonomía, de dignidad y la disminución de su capacidad para realizar cosas placenteras en la vida, más que por los síntomas del paciente dados por su enfermedad (De Miguel & Romero, 2007).

La eutanasia en la legislación boliviana no se encuentra formalmente establecida como proceso legal y no está reconocida por ley. Sin embargo, existen casos de familiares exigiendo que se pueda legalizar la eutanasia ya sea por el estado grave de salud de alguno de sus seres queridos o por la presencia de una enfermedad terminal (“Morir dignamente”, 2015, 18 de agosto).

En Sudamérica, las investigaciones realizadas para estudiar las actitudes hacia la Eutanasia, son escasas. Una de ellas es una investigación realizada por Falcón y Álvarez (1996) con médicos, la cual estuvo constituida por 13 preguntas de respuesta múltiple con una muestra de 172 médicos de Capital Federal, Buenos Aires y La Plata, abarcando aspectos fisiológicos, legales, éticos, sociales y religiosos.

Se llegó a la conclusión que el conocimiento de los médicos sobre la Eutanasia es muy escaso y/o erróneo en aspectos médicos como en los legales.

Por otra parte, Ramírez y Díaz (2016) buscaron identificar el nivel de conocimientos y las actitudes en estudiantes de medicina y médicos generales de Lambayeque, Perú. Se buscó crear un instrumento dividido en cuatro secciones: la primera recogía datos sociodemográficos; la segunda conocimientos de bioética; la tercera sección fue de rendimiento óptimo con 10 preguntas para evaluar el conocimiento sobre el tema; y la cuarta sección de rendimiento típico para evaluar actitudes con 13 preguntas en escala Likert. Como resultado, se obtuvo un instrumento válido y confiable para medir conocimientos y actitudes acerca de la Eutanasia en Internos de medicina y médicos residentes.

La Escala GFranco Euthanasia, tiene como objetivo medir la actitud hacia la Eutanasia en población no médica. Esta escala se basa en los siguientes conceptos: a) concibe la actitud como el grado ya sea positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad (Morales, Moya, Gáviria, & Cuadrado, 2007); b) la eutanasia

como la acción realizada con el propósito deliberado de producir la muerte de un paciente que sufre (Lorda, Barrio, Alarcos, & Barbero, 2008). Por tanto, la actitud hacia la eutanasia vendría a ser la postura, ya sea de aceptación o rechazo, que una persona presenta ante la acción voluntaria de poner fin a la vida de un paciente que no tiene una perspectiva de cura.

## Método

### Participantes

La muestra estuvo conformada por 100 estudiantes de las cinco facultades de la Universidad Privada de Santa Cruz de la Sierra. El 50% de ellos, hombres y el otro 50% mujeres, con un rango de edad entre 18 y 25 años,  $M = 1,5$   $DT. = 0,5$ .

### Instrumento

La escala de actitudes GFranco Eutanasia esta conformada por 16 ítems tipo Likert, con cuatro opciones (muy en desacuerdo, desacuerdo, acuerdo, muy de acuerdo). La escala se construyó tomando en cuenta tres aspectos: la religiosidad, la posición legal y la percepción de calidad de vida que pudieran tener las personas. (Sin embargo, no son factores diferenciados.)

Se entendió: a) Religiosidad como un há-

bito o esmero para realizar una imposición religiosa (Real Academia Española, 2014). Los ítems 2, 3, 8, 12 y 16, están relacionados con este aspecto. b) Posición legal como la actitud en que la persona se encuentra ante las leyes que existen y que no existen en Bolivia. Los ítems que parten de este aspecto son: 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13 y 15. c) Percepción de calidad de vida como la impresión en la que una persona discierne sobre el bienestar físico (salud) y emocional de otra persona. Los ítems 1, 11 y 14 están vinculados a este aspecto.

### Procedimiento

Se construyó la escala GFranco Eutanasia con 40 reactivos y se la hizo validar por expertos (un médico, un abogado y dos psicólogos) quedando 23 reactivos. Posteriormente se aplicó el instrumento a 100 estudiantes de la UPSA. Se les entregó a los estudiantes la escala y se les instruyó que respondan de manera calma y honesta. Se les dio un tiempo de 7 minutos aproximadamente para contestarla. Posteriormente, se analizó la capacidad discriminativa de los ítems quedando 20 ítems. Con estos 20 ítems se realizó el análisis de componentes principales quedando los 16 ítems finales. Se utilizó el paquete estadístico SPSS para estudiar la fiabilidad y validez de la escala.

## Resultados

Al tratarse de un estudio psicométrico, se presentan datos sobre la fiabilidad y validez del instrumento y los baremos obtenidos con población universitaria.

### Fiabilidad

Para estudiar la fiabilidad, se utilizó el Alfa de Cronbach y la Prueba de las dos mitades. El Alfa de Cronbach sirve para medir la fiabilidad en un test mediante la coherencia interna y la relevancia (Abad, Garrindo, Olea, & Ponsoda, 2006). El alfa de la escala fue de 0,92 que significa un índice alto en la coherencia y la relevancia de la escala.

La prueba de dos mitades consiste en dividir la escala en dos mitades que sean equivalentes, usualmente se divide una parte con los elementos pares y otra con los impares. La razón de dividir la escala en la mitad par y la impar es garantizar la equivalencia interna del mismo (Abad, Garrindo, Olea, & Ponsoda, 2006). De acuerdo a la prueba de las dos mitades en la escala, fue de 0,91. Esto quiere decir que hay un índice bastante alto de equivalencia interna.

### Validez

Para estudiar la coherencia y relevancia de los ítems, se utilizó la validez de contenido mediante el juicio de expertos. Los ítems fueron validados por cuatro expertos. A partir de este análisis se eliminó 17 ítems quedando 23 que a juicio de los cuatro expertos tenían la suficiente coherencia y relevancia con el tema de estudio.

Posteriormente, se estudió la validez de constructo mediante un análisis factorial de componentes principales. Antes de realizar el análisis factorial del instrumento, se consideró algunos criterios para valorar la viabilidad del mismo. Así, el test KMO de adecuación de la muestra tuvo un valor de 0,90, indicando que es posible realizar un análisis factorial. Se encontró un sólo factor que representó una carga factorial alta, explicando el 47,45% de la varianza. Se realizó este análisis con 20 ítems encontrando que 16 saturaban en el primer factor. Se eliminó todas las saturaciones menores a 0.40. Se puede ver la saturación de los ítems en la Tabla 1.

**Tabla 1**  
*Matriz de Componentes Principales*

	<b>F1</b>
La Eutanasia debe ser prohibida en todo el mundo.	.777
En ningún caso debe permitirse la Eutanasia.	.773
La Eutanasia es una forma de homicidio.	.764
Dios nos entrega la vida y sólo Él decide cuando acabarla.	.760
Todas las personas en estado crítico de salud tienen derecho de decidir una muerte digna.	.756
Toda religión debe aceptar la decisión de solicitar la Eutanasia.	.750
La Eutanasia es un derecho humano.	.744
La Eutanasia es un delito.	.733
La Eutanasia es un pecado.	.673
La muerte es un evento natural que no se debe forzar.	.669
El solicitar la Eutanasia es un suicidio.	.618
La Eutanasia es una salida válida para un enfermo terminal que ya no desea sufrir.	.604
La Eutanasia permite que a la persona le resulte más sencillo asimilar la muerte.	.509
El tratamiento de un enfermo terminal sólo alarga su agonía.	.477
La vida debe ser protegida por el estado.	.456

## Baremación

Por último se realizó la baremación mediante percentiles correspondientes a las puntuaciones directas obtenidas.

### Tabla 2.

*Tabla de Baremación*

<i>P</i>	<i>PD</i>
99	61
95	58
90	57
85	55
80	54
75	53
70	49
65	48
60	47
55	45
50	44
45	43
40	42
35	42
30	41
25	39
20	38
15	35
10	28

## Discusión y Conclusión

Comparando la escala GFE con otras escalas e investigaciones mencionadas, lo que distingue la escala GFE con la test de Falcon y Alvarez (1996) es que éste es un Test de Rendimiento Típico, es decir, no mide actitudes hacia la Eutanasia específicamente. Mientras que el test encuesta DMFV mide el conocimiento sobre el tema de la eutanasia. Además, tanto la encuesta de Falcon y Alvarez (1996) como la investigación de Ramírez y Díaz (2016), la población a la que están dirigidos son únicamente a personas en el ámbito de la medicina, tanto profesionales como estudiantes. Mientras que la escala GFE va dirigido a estudiantes pudiendo ser utilizado en futuras investigaciones con poblaciones diversas.

Los análisis psicométricos de la escala GFranco Euthanasia, demuestran una fiabilidad alta del instrumento, esto quiere decir que las respuestas son lo suficientemente coherentes entre ellas y también que todos los ítems miden la actitud hacia la Eutanasia.

Por lo tanto, se obtuvo un instrumento fiable y válido para así determinar las actitudes acerca de la Eutanasia en los estudiantes de la UPSA.

## Bibliografía

- Abad, F., Garrindo, J., Olea, J., & Ponsoda, V. (2006). *Introducción a la Psicometría. Teoría Clásica de los Test y Teoría de la Respuesta al Item*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Ausín, J., & Peña, L. (1998). Derecho a la vida y Eutanasia: ¿Acortar la vida o acortar la muerte? *Anuario de Filosofía del Derecho*, 15, 13-30.
- Ausín, J., & Peña, L. (2006). Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregon y Australia. *Medicina Paliativa*, 13(4), 207-215,
- Cinco países permiten la eutanasia y varios más autorizan el "bien morir. (2015, 8 de Julio). *La Voz*. Obtenido de: <http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/cinco-paises-permiten-la-eutanasia-y-varios-mas-autorizan-el-bien-morir> no se cita así
- De Miguel, C., & Romero, A. L. (2007). Eutanasia y suicidio asistido: dónde estamos y hacia dónde vamos. *Medicina Paliativa*, 14(1), 40-49.
- Echeverría, C., Goic, A., Herrera, C., Quintana, C., Rojas, A., Salinas, R., & otros. (2011). Eutanasia y acto médico. *Revista Médica de Chile*, 139(5), 642-654.
- Falcon, J., & Alvarez, G. (1996). Encuesta entre médicos argentinos sobre decisiones concernientes al final de la vida de pacientes. *Medicina*, 56(4), 369-377.
- Jonsen, A. (2003). Ética de la Eutanasia. *Humanitas, Humanidades Médicas*, 1(1), 87-96.
- La legalización de la eutanasia no incrementa las muertes. (2012, 11 de Julio). BBC Salud. *BBC Mundo*. Obtenido de: [http://www.bbc.com/mundo/noticias/2012/07/120711\\_eutanasia\\_tasas\\_mortalidad\\_men.shtml](http://www.bbc.com/mundo/noticias/2012/07/120711_eutanasia_tasas_mortalidad_men.shtml)
- Lorda, P., Barrio, I. M., Alarcos, F., & Barbero, J. (2008). Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso. *Revista de Calidad Asistencial*, 23 (6), 271-85. doi: 10.1016/S1134-282X(08)75035-8.
- Morales, F., Moya, M., Gaviria, E., & Cuadrado, I. (2007). *Psicología Social*. Madrid. McGraw-Hill.

Morir dignamente, un derecho que se vulnera en Bolivia. (2015, 18 de agosto). *Página Siete*. Obtenido de <http://www.paginasiete.bo/gente/2015/8/18/morir-dignamente-derecho-vulnera-bolivia-66924.html>

Ramírez, K., & Díaz, C. (2016). Validación de un instrumento para medir el nivel de conocimientos y actitudes acerca de la Eutanasia en Estudiantes de medicina y médicos generales en el departamento de Lambayeque, Perú. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 2(1),42- 45.

Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23° ed.). Madrid: España.