



Eutanasia: En Defensa de la Subjetividad

Joel Sebastián Loaiza Serna

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicólogo

Tutor

Mario Alberto Ruiz Osorio, Magíster (MSc) en Psicología Aplicada

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Departamento de Psicología
Medellín, Antioquia, Colombia
2021

Cita

(Loaiza, 2021)

Referencia

Loaiza S, J. S. (2021). *Eutanasia: En Defensa de la Subjetividad*. [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Estilo APA 7 (2020)



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes.

Decano/Director: John Mario Muñoz Lopera.

Jefe departamento: Alberto Ferrer Botero.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

*“Es el miedo a lo desconocido lo que tememos cuando miramos a la muerte y a la oscuridad,
nada más”.*

J. K Rowling

Agradecimientos

A toda mi familia, especialmente a mi madre quien ha sido mi gran apoyo y sostén incondicional en este sueño que se cumple, el de ser un psicólogo. A mis sobrinos, Samuel, Juan y Miguel, quienes me impulsan a ser cada día mejor.

Igualmente, a quienes considero mi segunda familia, mis compañeros y amigos en este andar formativo; conocerlos, compartir y vivir esta experiencia tan enriquecedora con ellos la ha vuelto mucho más placentera, provechosa y productiva de lo que llegue a pensar.

A mi gran amiga Lesly Manuela, quien, con su paciencia, palabras de aliento y su conocimiento ayudaron en la construcción de este texto.

También, quiero extender mi agradecimiento a mi asesor Mario Alberto Ruiz, quien acompañó con todo su ser, su experiencia, conocimiento y un gran compromiso todo el proceso constructivo de este trabajo de grado.

Finalmente, a la Universidad de Antioquia y al Departamento de Psicología, por ser un lugar de puertas siempre abiertas donde las ideas nutren la mente; donde el debate y el aprendizaje están siempre a la orden del día.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
PROYECTO	11
1. Planteamiento del problema	11
2. Justificación	22
3. Objetivos	24
3.1. Objetivo general	24
3.2. Objetivos específicos	24
4. Referente teórico	25
5. Diseño metodológico	36
5.1. Metodología	36
5.2. Enfoque	37
5.3. Población	38
5.4. Muestra	38
5.5. Técnicas de recolección de información	38
5.6. Plan de recolección de información	40
5.7. Procesamiento y análisis de la información	41
6. Consideraciones éticas	44
II. Hallazgos	46
1. Reflexión metodológica	46
2. Capítulo 1: Sobre discursos imperantes	51

2.1	Desde el altar	51
2.2	Desde el Tribunal	55
2.3	Desde el Consultorio.....	60
3.	Capítulo 2: Lo “Psi” de la eutanasia.....	65
3.	Discusión	86
	Epilogo	99
	Referencias	101
	Anexos	107
	Anexo 1. Entrevista.....	107
	Anexo 2. Consentimiento informado	108

Resumen

El presente trabajo tiene como finalidad abordar la muerte por eutanasia desde una perspectiva psicológica, averiguando los conceptos y fundamentos propios de esta disciplina que aportan, desde la teoría y el quehacer, al debate de esta forma de morir en Colombia. La metodología empleada se basó en el enfoque *fenomenológico-hermenéutico*, para así darle significado a la información recolectada durante las entrevistas a psicólogos que trabajan con personas al final de la vida; al igual, que en la búsqueda y análisis documental de los discursos que imperan sobre la eutanasia. Los resultados arrojaron que existen tres discursos que imperan en el debate eutanásico: el médico, el legal y el religioso, lo cual demostró no tanto un silencio por parte de la Psicología, sino una voz que no ha tenido mucho eco dentro del debate bioético. Igualmente, se halla que la Psicología en su práctica y su teoría puede aportar fecundamente a la discusión eutanásica desde conceptos como: El sufrimiento, la subjetividad, la angustia por el modo de morir, el impacto del diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad, la muerte digna y las necesidades espirituales; así mismo puede articularse a un grupo interdisciplinar en el campo de la salud para el tratamiento de esta población.

Palabras claves: Eutanasia, Muerte Digna, Sufrimiento, Subjetividad, Necesidades espirituales, Intervención Psicológica.

Abstract

The present work aims to address death by euthanasia from a psychological perspective, finding out the concepts and foundations of this discipline that contribute, from theory and task, to the debate of this way of dying in Colombia. The methodology used was based on the *phenomenological-hermeneutical* approach, in order to give meaning to the information collected during the interviews with psychologists who work with people at the end of life; as well as in the search and documentary analysis of the reigning discourses on euthanasia. The results showed that there are three discourses that prevail in the euthanasian debate: the medical, the legal and the religious, which demonstrated not so much a silence on the part of Psychology, but a voice that has not had much echo within the bioethical debate. Likewise, it is found that Psychology in its practice and its theory can contribute fruitfully to the Euthanasian discussion from concepts such as: Suffering, subjectivity, anxiety about the way of dying, the impact of the diagnosis and prognosis of the disease, the dignified death and spiritual needs; Likewise, it can be articulated to an interdisciplinary group in the field of health for the treatment of this population.

Keywords: Euthanasia, Dignified Death, Suffering, Subjectivity, Spiritual Needs, Psychological Intervention.

Introducción

El Presente trabajo aborda el fenómeno de la eutanasia desde un enfoque psicológico, rastreando tanto en la literatura como a nivel práctico todo lo que esta ciencia ha dicho o potencialmente puede decir sobre esta forma de morir, con el propósito de que la Psicología empiece a tener un rol más relevante que el que hasta la actualidad ha ejercido en las mesas de discusión y posibilitar así una mirada holística de dicho fenómeno y de los sujetos que se encuentran al final de la vida.

Para los fines académicos y prácticos de este trabajo se entenderá la eutanasia como una práctica médica dentro del espectro del morir dignamente, ya que erróneamente se han asemejado dichos términos y esto constituye un equívoco conceptual que se subsana a lo largo del presente escrito. Ahora bien, se concebirá esta práctica como una forma en que la muerte puede presentarse de manera indolora, partiendo siempre de la decisión autónoma, soberana y consciente que manifiesta un sujeto para acelerar su proceso de morir, cuando se hace presente una enfermedad incurable caracterizada por un dolor y un sufrimiento insoportable.

Si bien el acto eutanásico ha estado presente desde tiempos primitivos y tuvo grandes avances teóricos e incluso prácticos en la antigüedad griega; es en la actualidad donde su debate se ha visto más intensificado, debido a que se tornó un tema de dominio público, tratado por la gente del común -donde unos se oponen y otros la aprueban-; e igualmente porque cada vez más países se cuestionan sobre la eutanasia y esto lleva a que se haga un proceso de revisión, discusión y cambios en su constitución política para incluir o negar esta forma de morir de manera permanente en su legislación. Colombia no ha sido ajeno a esta dinámica y ha sometido la eutanasia a discusión desde el año 1991, siendo en el 2015 un año donde se dictan directrices para garantizar esta práctica, pero a pesar de los antecedentes legales hasta la fecha no se cuenta con una regulación oficial emitida por el órgano legislativo que subsane los vacíos legales existentes.

Para responder a la pregunta de investigación se realizaron una serie de entrevistas a profesionales de Psicología cuya atención estuviera enfocada en pacientes al final de la vida; y dichos resultados fueron relacionados con la literatura existente sobre el tema. Antes de la exposición de los hallazgos el lector encontrará una reflexión metodológica, donde se retoma de manera retrospectiva la metodología planteada inicialmente, se hace un balance de los

procedimientos ideados, de los obstáculos encontrados durante el desarrollo de la investigación y las alternativas para saldar las dificultades y poder cumplir los objetivos propuestos.

La proliferación del debate bioético alrededor de la eutanasia en el mundo entero y en especial en Colombia, congrego una serie de voces que se han posicionado como las más relevantes con respecto a este fenómeno. Estos discursos imperantes configuran el primer capítulo de los hallazgos donde se exponen los argumentos que diferentes áreas o disciplinas han esgrimido sobre la eutanasia. Por un lado, puede observarse la voz de la Religión, quien pone todo el poder de la vida y la muerte en Dios y le otorga al sujeto un lugar de obediencia y subordinación a una serie de disposiciones de una deidad y de la institución que le representa. Un segundo discurso es el construido por el Derecho, donde hay una notable división, unos defienden el derecho a la vida como valor supremo del sujeto, debido a que sin este no se puede ejercer otros derechos; mientras que otra fracción sostiene que el derecho a la vida implica un derecho a la muerte –siempre permeado por la dignidad-, la persona puede decidir cuándo renunciar a esta. Finalmente, la disertación de la ciencia médica posee una inclinación a desaprobador esta práctica partiendo del fundamento del juramento hipocrático, donde la vida se constituye como un valor absoluto y el personal de la salud debe velar por mantenerla.

Al rastrear los discursos imperantes sobre la eutanasia se hace evidente el silencio o la ausencia de la voz de la Psicología dentro del debate sobre este fenómeno que compete entrañablemente a su objeto de estudio, el hombre y su psiquismo. Se pone de manifiesto la necesidad de la inserción de esta ciencia en la discusión bioética para posibilitar que el abordaje de este fenómeno se dé más holísticamente, valorando tanto lo objetivo -lo físico- como todo aquello que atañe a la subjetividad del individuo: pensamientos, creencias, sentimientos, emociones, representaciones, significados, entre otros.

En un segundo capítulo aparecen los hallazgos, allí se expone lo que diferentes psicólogos han construido en torno al proceso de morir de los pacientes, haciendo un especial énfasis en elementos propios de la disciplina psicológica, tales como la subjetividad, las necesidades espirituales, la muerte digna y el sufrimiento; dichos conceptos permiten ser empleados en la eutanasia de tal manera que amplía el horizonte hacia el entendimiento de dicha forma de morir.

Identificados estos elementos conceptuales dentro de los relatos de los participantes, se elabora una discusión relacionando estos constructos con la literatura existente sobre los pacientes al final de la vida; permitiendo poner de manifiesto todo lo que se pone en juego en el sujeto a nivel

intraprésiquico dentro de un proceso de morir. Dicho entrelazamiento permite tomar prestados esos constructos teóricos que ha desarrollado la Psicología entorno al proceso de morir y poderlos aplicar a la muerte por eutanasia y brindar una explicación psicológica de dicha forma de morir. También se posibilita un equilibrio entre los argumentos que se exponen frente a la eutanasia; apartando la atención de los componentes externos que configuran el acto y centrándose en las disposiciones internas del individuo que se ponen en juego cuando este se ve enfrentado a un proceso de morir marcado por el dolor y el sufrimiento.

Finalmente, se presenta un epílogo donde se expone a manera de reflexión la importancia que toman los elementos conceptuales rastreados y expuestos para abordar la muerte por eutanasia y favorecer, por un lado, el debate sobre esta forma de morir y por otro, pero no menos importante, la intervención psicológica –como parte de un grupo interdisciplinar- en el tratamiento e intervención de los pacientes que se enfrentan a su muerte.

PROYECTO

1. Planteamiento del problema

La eutanasia es una manera de morir que ha estado presente en la historia de la humanidad desde la aparición de la noción de muerte y mortalidad. Asimismo, ha tenido variaciones en el transcurrir de la historia, tanto a nivel terminológico como en la manera que tiene el hombre de relacionarse con ella y hacerle frente. Este modo de anticipar la muerte no es la misma práctica realizada por culturas primitivas, ni mucho menos la forma distorsionada que se dio durante la Alemania Nazi. Por lo tanto, la eutanasia actual es el producto de cambios a nivel histórico-culturales por los que ha pasado la humanidad y que se ha nutrido de la convergencia y del debate llevado a cabo por diversas visiones como la médica, eclesiástica, legal, política y social. Dichas discusiones a la luz de la contemporaneidad están más vigentes que nunca.

Los constructos y discursos que el hombre ha creado alrededor de la práctica eutanásica han sido cambiantes en el transcurrir de la historia y las civilizaciones, producto de la influencia directa de las formas socioculturales, las creencias y la mentalidad imperante en determinada cultura y época. Por ello, para poder lograr una mejor comprensión sobre la eutanasia, tema sobre el cual versa el presente estudio, se hace imperativo su rastreo desde la era primitiva hasta la actualidad para poder esclarecer el desarrollo del debate y los elementos que han aportado cada área del conocimiento implicada en este.

Se puede afirmar, siguiendo a varios autores como Álvarez Del Rio (2005); Pérez (2003) y Rozo (2017), que la eutanasia es una práctica que está presente en las culturas primitivas, puesto que estas ya la realizaban cuando aceptaban matar o abandonar “para que muriera irremediablemente” (Pérez, 2003, p. 94) algún miembro de su comunidad –en general ancianos y enfermos-, para el beneficio del grupo, ya que su avanzada edad, el padecimiento de una enfermedad, su invalidez o incompetencia representaban una desventaja para su clan frente a sus enemigos o porque la existencia se percibía como un padecimiento tortuoso para el sujeto moribundo. Dicha forma de ponerle fin a la vida consistía en asesinar o abandonar a la persona y en otros casos constituía el acompañamiento del enfermo para prepararlo hacia el tránsito a la muerte, estas prácticas compasivas las ejecutaba un sabio -chaman, brujo- o un familiar.

Ya en la era antigua, en culturas como la espartana, india, mesopotámica y griega se aplicaba la eutanasia por motivos sociales, amparándose de una valoración cultural que se hacía de la salud, la fuerza y la belleza (Vilches, 2001, p. 178). Pero es propiamente en la cultura grecorromana donde se empieza a usar el término *euthanasia* para referirse a la práctica que consistía en provocar una buena muerte, sin dolor, fácil y tranquila, pero sin tener en cuenta la ayuda de un otro para ejecutarla. Para estas culturas antiguas “una buena muerte era muy importante pues consideraban la forma de morir como la medida del valor final de la vida, sobre todo a las vidas acompañadas por la enfermedad y el sufrimiento” (Rozo, 2017, p 17).

Más adelante, en Atenas, con la aparición de la medicina propiamente hipocrática, se empieza la medicalización para beneficio de la salud y mantenimiento de la vida; y aunque contrario al juramento hipocrático, igualmente se medicaliza la muerte ya que la medicina emplea sus conocimientos en anticipar el fallecimiento por medio de un veneno y con expresa autorización del senado –puesto que el sujeto se debía al Estado y era este quien proporcionaba la cicuta-, un individuo podía poner fin a su vida y encontrar una buena muerte. También, por otro lado, se encuentran los primeros indicios en negar la asistencia médica a enfermos de gravedad y así ponerle freno a la prolongación física del individuo de manera innecesaria, puesto que, siguiendo a Platón a lo largo del libro III de *La República*, la medicina debía ser reservada solo para prevenir enfermedades a sujetos sanos y negársela a todos los hombres enfermos o débiles para que murieran irremediablemente por lo que eran inútiles para el Estado. En aquella época se evidencia un primer constructo y discurso sobre la eutanasia muy marcado por una valoración favorable hacia esta, donde la Ley y la Filosofía tendían a apoyarla y permitir su práctica, aludiendo argumentos en torno a la jurisprudencia y el poder del Estado sobre el hombre; mientras que la Filosofía manifestaba como premisa fundamental el valor y la dignidad de la vida del ser humano, la Medicina aboga más por el cuidado y manutención de la vida, pero con las excepciones planteadas en los lineamientos platónicos, donde la atención y los cuidados médicos están reservados solo para aquellos sujetos que representan una ganancia o beneficio para El Estado.

Con el inicio de la era medieval, los avances con respecto a la percepción de la eutanasia se ven censurados, producto de la irrupción de un nuevo discurso influenciado por el cristianismo liderado por la iglesia católica. Durante este tiempo los cambios que se habían gestado durante la antigüedad se ven eclipsados y el debate sobre esta forma de morir es censurado por el poder eclesiástico que promulgaba que Dios era el único que tenía el poder sobre todo lo existente y que

todos los seres vivos debían obedecer a un designio divino. En este contexto, El Estado, autoridad terrenal, pierde total control sobre el ser humano y desde allí el hombre se debía a Dios y a la autoridad de la iglesia y su única virtud y deber era la obediencia (Dworkin, Frey & Bok, 2000, pp. 124-125).

Durante este período, la muerte autodeterminada, entendida como la eutanasia y el suicidio, era vista como pecado y la peor de las perversiones, puesto que solo en Dios reposaba el poder sobre todo lo existente; atentar contra la vida de la creación divina era un acto de desobediencia porque esta era un don que estaba sometido exclusivamente a su dominio. Esta práctica anticipatoria de la muerte era clasificada como un delito porque viola el quinto mandamiento “No mataras”, el cual, según Santo Tomás prohibía el asesinato y el auto asesinato (Rozo, 2017, p. 17). De igual forma, acabar con la vida de manera anticipada correspondía a ir en contra de tres amores que debía tener el hombre: el amor a sí mismo, el amor hacia la sociedad y el amor hacia Dios (Pérez, 2003, p. 98). Por consiguiente, con el ideal de que el poder reposa solo en Dios, la inquisición empieza una condena, tanto religiosa como civil, frente al suicidio y la eutanasia, por un lado, castiga a quienes ayuden a alguien a morir e igualmente empiezan a marginar de la vida religiosa a quienes intentasen cometer dicho pecado y así mismo, a sus familiares (Rozo, 2017, p. 19).

La arremetida en contra de la muerte autónoma se ve intensificada con la promulgación de tres concilios. El de Orleans, promulgado en el año 533, que decreto la prohibición de celebrar rituales fúnebres a quienes optaran por estas formas de morir. En el año 563, en el Concilio de Braga, la cruzada es más drástica al prohibir las honras fúnebres de cualquier persona que se suicidase haciendo caso omiso a su posición social y circunstancias. Y en el año 693, en el Concilio de Toledo, se anuncia la excomulgación de todo aquel que intentara quitarse la vida. Para la inquisición la eutanasia no es justificable en los términos que se hacía en la edad clásica, puesto que el sufrimiento era parte de los planes divinos y un don dado al hombre y este debía aceptarlo y vivirlo hasta que fuera liberado de ello, sea por medio de la sanación milagrosa o de la llegada de la muerte por voluntad divina. Finalmente, se observa como el tema de la eutanasia, en dicha época, pasa de ser un tema en discusión por parte de diferentes áreas o disciplinas a ser un tema totalmente vedado donde la iglesia era la única que tenía una posición, la cual al inicio se opone a cualquier forma anticipatoria de la muerte; pero más adelante toma una postura dual, flexible: por

un lado, ven como inadmisibles la eutanasia activa, mientras que en la eutanasia pasiva hay una aceptación, esta actitud es promulgada por el Papa Juan Pablo II.

A partir del siglo XIV, llega el Renacimiento que constituye el retorno a las creencias e ideales clásicos del antropocentrismo que sitúa el énfasis y el poder de autoconducirse en el ser humano. Reaparece en esa época la concepción de morir bien y con el menor dolor posible. Dicho período se enmarca como un momento clave para el desarrollo de lo que hoy se denomina eutanasia, puesto que durante este tiempo se le da una mayor apertura al debate sobre esta práctica y va cimentando lo que actualmente es su acepción vigente (Rozo, 2017, pp. 19- 20). Durante este momento de la historia se da una revolución que permite repensar al hombre, la vida y por consiguiente la muerte -a pesar de la oposición que aún ejercía la iglesia-, teniendo como bandera el interés por el reconocimiento del individualismo; también se le devuelve al hombre su dignidad y una mayor autonomía ante la vida y la muerte. Esta nueva postura cultural demuestra que la relación del hombre con la eutanasia cambia al ser vista de nuevo como una alternativa posible y válida cuando la vida se tornase insufrible y llena de tormento o dolor (Rozo, 2017, pp. 20- 21).

Ya con esta nueva forma de pensar al hombre, diferentes intelectuales y pensadores, como médicos, filósofos y escritores sentaron su voz a favor de la eutanasia y a partir de allí se ve la multiplicación de los argumentos -a favor y en contra- sobre esta práctica. Este período de la historia, que genera un hito importante en el desarrollo de la eutanasia, permite y abre el debate en torno a la muerte autónoma, ya que se reconoce que las decisiones que se toman con respecto a ella son tan complejas que deben discutirse ampliamente, aunque se puede observar que había una tendencia a la aceptación de esta forma de morir (Pérez, 2003; Rozo, 2017).

En el siglo XVIII se empiezan a dar los primeros debates -que hasta la actualidad no han cesado- con respecto a la eutanasia, el morir natural y humanamente; que estuvieron influenciados por el pensamiento filosófico que enriqueció el debate y posibilitó que este se nutriera de argumentos a favor de esta práctica. El movimiento filosófico de autores como David Hume, Schopenhauer, Rousseau, Tollemache y Nietzsche influye en la nueva concepción con respecto a la eutanasia. Cada uno de ellos desde su orilla del pensamiento, daban sus argumentos para considerar esta práctica como la mejor de las soluciones cuando la vida se tornaba pesada, invivible y poco digna. David Hume en 1785, sostiene que el hombre tiene el derecho a decidir sobre su vida con total libertad y conciencia; que cuando esta se tornara insoportable, el valor y la prudencia deben liberar al hombre de su existencia (Pérez, 2003; Tasset, 2011 & Maidana, 2016). De manera

similar, se expresa Schopenhauer al hablar del derecho irremediable del hombre a disponer de su vida, y en especial cuando el terror a esta era peor que el terror a morir (Rozo, 2017 & Andrade 2001). Asimismo, Rousseau sostiene el *suicidio virtuoso* como aquel causado por el sufrimiento excesivamente prolongado y por la inutilidad de la persona (Rozo, 2017, p. 21). Por su parte, Nietzsche acuña el concepto de *vida sin valor* en su libro *El crepúsculo de los ídolos* y sienta su posición a favor de la eutanasia. Por otro lado, Lionel A. Tollemache en 1873 en su escrito *The new cure for incurables*, va un poco más lejos y se muestra a favor de la legalización de la eutanasia argumentando que “al hombre enfermo, infeliz e inútil, de alguna manera se le empuja, por lo menos, a no disfrutar o a no ser alguien que, probablemente, sería más feliz, más saludable y útil” (Citado en Von Engelhardt, 2002, p. 60).

Teniendo en consideración lo anteriormente expuesto, puede notarse cómo el debate en torno a la eutanasia se va nutriendo con una arriesgada incursión de la arista filosófica, en la cual el hombre es dotado de dignidad, conciencia, habilidades y autonomía para decidir en qué momento debe culminar su vida en el caso de que esta se torne inllevable. Siguiendo esta línea hacia la aceptación de esta forma de morir, algunos médicos como Karl F. H. Marx, Frank E. Hitchcock y Killick Millan -contrariando las doctrinas médicas-; sientan su voz de apoyo a esta desde el ámbito médico; y dos de estos incitan a quienes ostentan esta profesión a la contemplación de la eutanasia como una alternativa para mitigar el sufrimiento del paciente e igualmente optar por una formación que permita cuidar de manera técnica y humana a los enfermos que se encuentran cerca de morir (Pérez, 2003 & Rozo, 2017). Vale clarificar que, aunque estos autores tienen una postura a favor de la eutanasia, la Medicina en general tiene una postura más anti-eutanásica sustentada en el juramento hipocrático.

En este contexto de suma relevancia en el desarrollo de la eutanasia existen dos autores que son de gran importancia para los avances con respecto a esta práctica Thomas Moro y Francis Bacon, quienes postulan nuevas visiones al respecto. Moro en su obra *Utopía*, defiende la eutanasia activa -no usando dicho concepto específicamente- sostiene que, esta debe ser ejercida por un “estado ideal” a enfermos de gravedad o con dolores extremos y solo cuando es solicitada de manera espontánea por el enfermo (Von Engelhardt, 2002, p 59). Esta práctica se manifiesta cuando se le recomienda al enfermo anticipar su muerte, y si esa es su voluntad, privarle de alimento o administrarle algún veneno (Pérez, 2003, p. 99). A Bacon se le atribuye, no de manera muy exacta, el término eutanasia con la acepción actual (Ibíd. 2003, pp. 99-100), concibe esta como

la ayuda médica al morir, es decir, la medicina al servicio de la aceleración de la muerte de un individuo enfermo y cuyo sufrimiento ya es objetivamente injustificado e insoportable.

Todo el desarrollo que empezó a gestarse en el Renacimiento llegó al siglo XX, donde empezó a crecer el interés de la sociedad en general por la eutanasia y la postura abierta, a favor o en contra, de personajes destacados, desembocó en debates de orden jurídico, tanto en Europa como en Estados Unidos, para lograr la despenalización de dicha práctica. En 1906 en Ohio, Estados Unidos, se presenta una ley que promovía la legalización de esta forma de morir en caso de que el paciente la solicitara; la cual no fue aprobada por la Corte de dicho estado. La negativa ante esta y otras iniciativas legislativas en diversos países lleva a la creación de asociaciones pro-eutanasia, como es el caso de la Asociación Eutanásica de Inglaterra, creada por el doctor Killick Millard en 1938 y en 1968 se crea la Asociación Eutanásica en Norte América, y con estas agrupaciones se inicia el debate sobre los principios fundamentales de estas y el papel que ejercían con respecto a los pacientes que querían acceder a la eutanasia (Rozo, 2017, pp. 23-24)

Todos los avances dados durante el Renacimiento y parte del siglo XX se ven opacados con la llegada de Adolf Hitler al poder en Alemania y la presentación y ejecución del proyecto Albatros, que es una tergiversación del concepto de eutanasia, puesto que, amparándose en esta práctica la lleva al extremo de la barbarie poniéndola al servicio de un ideal de exterminio de los denominados “inferiores” y la supremacía de una raza que ellos consideraban “superior”. Dicho proyecto consistía en que los médicos y jueces decidían qué vida era digna de ser vivida y cuál no, es decir quién cumplía con el principio de la vida inútil –mal interpretando a Nietzsche-. Bajo esta premisa se empezó a ejecutar, en cámaras de gas, a los pacientes psiquiátricos. En 1939 se extiende a los niños discapacitados. Posteriormente ejecutaban a los niños que mojaban la cama, a los que no tuvieran las orejas perfectas y a los que presentaran dificultades en el aprendizaje y posteriormente, entre 1940 y 1945, se da el exterminio de los ancianos en los hospitales geriátricos; y luego se amplía al ideal más ambicioso, el exterminio de los judíos. Todo este bárbaro proyecto, que en la actualidad se cataloga como eugenesia y no como eutanasia; se sustenta y argumenta en la publicación del libro *El permiso para destruir la vida indigna*, escrito por Alfred Hoche, donde defiende la muerte del paciente incurable (Rozo, 2017, p. 25), pero arrebatándole la autonomía frente a su muerte, es decir, quien juzgaba si una vida era digna o no de vivirse era el médico y no el paciente (Pérez, 2003 & Rozo, 2017).

Como consecuencia de las atrocidades cometidas durante la Segunda Guerra Mundial se inicia en todo el mundo el debate sobre los Derechos Humanos. En el cual, se buscaba definir cuáles eran estos derechos, cómo protegerlos y la creación de sanciones a quien violara dichos derechos. En esta línea de discusión jurídica también se abre la disputa con respecto a la eutanasia, manchada con la errónea práctica Nazi, e intensificada con la proliferación de enfermedades crónicas que afectaban el pronóstico y calidad de vida de un paciente –Cáncer, SIDA y neurodegenerativas- (Álvarez Del Rio, 2005, p. 27) y los numerosos juicios a familiares acusados de homicidio, por ayudar a terminar con su vida a algún pariente, argumentando un sufrimiento excesivo.

Con respecto a la eutanasia, se puede observar cómo esta pasa de ser un tema de discusión del cual solo se hablaba en círculos académicos o de pensamiento y pasa a ser un tema de interés y dominio público. Lo anterior lleva a que la sociedad se divida en dos bandos, por un lado, los pro-vida y por el otro, los pro-eutanasia. Los primeros argumentan que el derecho a la vida está por encima de todo y rechazan esta práctica al verla como un acto bárbaro e inhumano, ya que consiste en arrebatar la vida del otro y para estos ello no tiene justificación alguna. Los segundos, defienden que, así como existe el derecho a la vida digna, también existe el derecho a morir digna y tranquilamente cuando una enfermedad sofoca y le resta dignidad a la vida del individuo, y la eutanasia es una forma en como esto puede acontecer debido a la voluntad explícita del sujeto. Este debate entre estas dos fracciones sociales llega a las instancias judiciales para buscar replantear la penalización o despenalización de esta práctica (Dworkin et al, 2000, pp. 41-42). Esta disputa permite la exposición de los argumentos tanto a favor como en contra de diversas áreas sobre esta práctica anticipatoria de la muerte. También permitió el surgimiento y desarrollo de una rama de la Ética, la Bioética cuyo objeto de estudio son los aspectos éticos de las ciencias de la vida, principalmente Medicina y Biología, y también las relaciones del hombre con los restantes seres vivos (Rozo, 2017, p. 44). Esta ciencia ha enriquecido el debate sobre la eutanasia al enmarcar los alcances de esta, las limitaciones con respecto a la vida y ayuda a la elaboración de los principios reguladores de esta práctica como se conoce actualmente. Finalmente, la Bioética ha permitido establecer los límites de lo que se puede llamar eutanasia y de lo que no, porque para esta ciencia su principio es la vida y su beneficencia.

Ahora, con el debate sobre la eutanasia más vigente que nunca, lo cual se refleja al observar las diferentes perspectivas que toman los países con respecto a esta, se puede vislumbrar un mapa

legal y social totalmente dividido, predominando una postura en contra. En 29 países del mundo es penalizada y perseguida mientras que en otros 15 países la regulación a esta práctica no existe, es parcial, ambigua o está en discusión. Por su parte, en otros países como Estados Unidos -solo en 5 estados-, Suiza, Albania, Japón, Corea del Sur y Alemania, está permitido el suicidio asistido pero la eutanasia activa está totalmente penalizada. Y a la fecha solo en siete países Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Canadá, Australia –solo en el estado de Victoria- y Colombia, la eutanasia activa está despenalizada, permitida y con lineamientos claros (La Información 2016); el más reciente en unirse a esta lista es España quien en 2021 da vía libre a la aplicación de la eutanasia (De Benito, 2021).

Holanda es pionero al legalizar la eutanasia, después de que el parlamento aprobara la ley en 2001; cronológicamente le sigue Bélgica que valida esta práctica como legal desde el 2002. Ambos son los primeros en despenalizarla para toda la población, incluso menores de edad. En 2008, Luxemburgo fue el tercer país en legalizar esta forma de anticipar la muerte, para lo cual tuvo que modificar su Constitución. Colombia en 2015, aprueba la ley que permite la práctica de la eutanasia, aunque ya existía un antecedente jurídico desde 1997 y en 2018 se vuelve el tercer país en aprobar esta práctica para menores de edad. En 2016 se une Canadá, luego de que en 2015 el Tribunal Supremo declara inconstitucional el artículo que penalizaba esta práctica y le da al parlamento un año para crear una nueva ley acorde a lo establecido; posteriormente Australia, que legaliza la eutanasia en 2017 en el estado de Victoria (La Información, 2016) y en 2021 se une España después de que el Parlamento con 202 votos a favor le da estatus de legalidad a la práctica eutanásica (BBC News Mundo, 2021).

Colombia, en 2015, se vuelve el primer y único país de Latinoamérica que ha aprobado la eutanasia, pero los antecedentes legales se remontan a la Sentencia C-239 de 1997 de la Corte Constitucional, donde se determinó que la eutanasia era un derecho y no estaba sometida a castigo con sanciones penales, siempre y cuando cumpliera con ciertos requisitos de consentimiento, es decir, la voluntad explícita del paciente. Ya en 2015 con el Proyecto de Ley 30, cuyos autores fueron los Senadores Roy Barreras Montealegre, Armando Benedetti Villaneda y el Representante a la Cámara Alfredo Rafael Deluque Zuleta, no solo se aprueba la eutanasia, sino también el suicidio asistido y se contemplan bajo el derecho a morir dignamente, siempre que se cumplan los parámetros bioéticos establecidos y determina que las entidades prestadoras de salud -EPS- deben

conformar un comité médico e interdisciplinar para poder estudiar y dar respuesta a la solicitud del paciente.

Al considerar todo lo anterior, se aprecia como el desarrollo de la eutanasia, sus constructos y discursos han ido cambiando a lo largo de la historia de la humanidad. De igual manera, se observa como al debate sobre esta práctica se han sumado voces, con sus diferentes argumentos, pero las que más se han destacado a lo largo de la historia han sido solamente cuatro. La Medicina, quien apela al acatamiento del juramento por mantener y conservar la vida; el Derecho, defendiendo el cumplimiento de la ley; El clero, cuya voz es el acatamiento de la ley divina. Y, Por último, la Filosofía, que va en defensa de la libertad del ser humano y su posibilidad de autodeterminación (Ruiz, 2016, p. 2).

Todo el panorama anterior muestra que una ciencia como la Psicología, que tanto ha estudiado al hombre y su psique, se ha mantenido al margen de este debate. En la revisión de la literatura psicológica concerniente al tema de la eutanasia se logra apreciar que dicha área del conocimiento se ha dedicado a producir contenido en dos vertientes: el rol del psicólogo en el proceso de terminación de la vida y las actitudes de diferentes poblaciones con respecto a la eutanasia. Y aunque las conclusiones a las que llegan son importantes y valiosas para el tema, se quedan cortas e insuficientes para aportar de una manera más determinante al debate eutanásico.

Con respecto al rol del psicólogo en la práctica eutanásica existen escritos como los de Vilches (2001), donde se abarca el papel del psicólogo en asistir al moribundo para que este pueda develar y construir esa muerte propia y, de igual forma, contribuir al proceso de duelo de la familia. En esta misma línea, Auza y Caballero (2016) en su estudio, entrevistan a tres psicólogas sobre el rol de estos profesionales dentro del proceso de morir dignamente y llegan a la conclusión de que el acompañamiento del profesional de la salud mental es fundamental en el proceso de morir dignamente y que este debe realizar acompañamiento, contención, intervención y potencializar herramientas emocionales y espirituales del paciente. Asimismo, en dicho estudio se hace énfasis en el respeto por la espiritualidad, creencias religiosas, éticas y morales del paciente moribundo. Por último, el estudio de Cardona, Cabal y Zuluaga (2010) indaga por la importancia del profesional en Psicología para la creación de políticas públicas acerca de la eutanasia, concluyendo que, de legalizarse esta en Colombia, los psicólogos deben participar activamente dentro de la formulación de protocolos de regulación y también, exigiendo la participación de esta área de la

salud en los grupos interdisciplinarios en todos los pasos que se dan durante este proceso de ponerle fin a la vida.

Con relación a las actitudes alrededor de la eutanasia se encuentran diversos estudios como el realizado por Tsuchida y Bandrés (2002), donde por medio de una descripción transversal y bajo el método de la entrevista se busca conocer las actitudes de médicos residentes ante pacientes con enfermedad terminal. La muestra para este estudio fue de 54 médicos residentes y se les preguntó acerca de sus actitudes con respecto a tres casos de pacientes terminales. El primer caso trataba de un paciente con enfermedad crónica terminal. El caso dos, era un paciente con cáncer con ventilación mecánica. Por último, el caso tres, paciente con cáncer. El resultado que arrojó dicha investigación fue que en el caso uno el 52 % de los entrevistados se inclinaron por practicar la distanasia y el 46 % lo hizo por la ortotanasia. Con respecto al caso dos, el 67 % eligió ortotanasia y el 29 % la distanasia. Mientras que en el caso tres, el 93 % escogió la ortotanasia y el 7 % la distanasia. Dichos resultados arrojan la conclusión de que los médicos residentes tienen menor aceptación por la eutanasia activa y en cambio optan más por métodos que mantengan la vida del paciente.

Otro estudio como el de Rojas y Sánchez (2017) buscaba determinar las actitudes de estudiantes de Psicología, Enfermería y Medicina hacia la eutanasia. Con una muestra de 147 estudiantes se logra concluir que los de Psicología tienen una actitud de mayor aceptación con esta práctica, seguido de los estudiantes de Medicina y finalmente, los de Enfermería mostrando tener una actitud menos favorable con respecto a esta práctica. De esta investigación también nace la prueba CAE -Cuestionario de Actitudes hacia la Eutanasia-, que abarca cuatro dimensiones: comportamental, afectiva, cognitiva y moral.

En la misma línea, la investigación de Rodríguez (2002), busca determinar si las características de la personalidad y el contacto que se tenga con pacientes terminales influyen en la actitud del médico frente a la eutanasia. Con una muestra de 45 médicos y aplicando el CAE-A -Cuestionario de Actitudes hacia la Eutanasia Adaptado- y el Neo-PI-R, se llega a la conclusión de que los médicos que tienen mayor contacto con enfermos terminales tienen una actitud significativamente positiva hacia la eutanasia que aquellos que no han tenido o han tenido poco contacto con pacientes terminales, estos últimos respetan la vida y no aceptan la eutanasia.

Con lo anterior, se puede decir que, aunque la Psicología ha estudiado el tema, no lo ha hecho a mayor profundidad. Y este poco abordaje lleva a que se sienta la ausencia de su voz dentro

del debate bioético y es allí donde se encuentra la problemática concerniente a este proyecto de investigación; reconociendo la importancia de la interdisciplinariedad dentro de la discusión eutanásica y el hilo discursivo sumamente importante tanto para las Ciencias de la Salud como para las Ciencias Sociales y en especial para la Psicología, puesto que la unidad en la que gira toda la discusión es el hombre y es este el objeto de estudio de estas disciplinas; se ve como la Psicología ha mantenido un silencio abrumador, quedándose atrás en la discusión de muchos temas de importancia para el hombre como es la eutanasia y esto lleva a formular la pregunta de investigación de este estudio: **desde una perspectiva epistemológica, ¿Que fundamentos conceptuales ha hecho o puede hacer la Psicología en torno al debate sobre la eutanasia?**

2. Justificación

La eutanasia no es un asunto cerrado o un tema acabado, sino que es un campo de discusión continuo y esto requiere de un dialogo interdisciplinar permanentemente activo y es allí donde toma pertinencia todo aquello que la Psicología ha dicho o puede llegar a decir sobre el hombre y su psiquismo con relación a esta forma de morir. Los aportes de la Psicología se vuelven de irrefutable importancia porque abre una nueva arista al debate sobre la eutanasia al permitir una mirada más holista del tema, equilibrando la mesa de discusión, ya que todos los argumentos que se han dado -sea a favor o en contra-, parten desde lo exterior, dejando en el olvido el componente subjetivo y emocional del sujeto, es decir, lo interno; todo lo inherente al psiquismo y lo que se mueve o se pone en juego al momento de pensar en poner fin a la vida.

La discusión sobre la práctica eutanásica específicamente en Colombia debe darse a mayor profundidad, rigurosidad y de manera objetiva. Además, debe verse alimentada de manera interdisciplinar, puesto que su complejidad así lo amerita. Esta cuestión permite sentar unas actitudes más o menos claras con respecto a esta forma de morir. Poder brindar a las personas información veraz, oportuna y con criterios técnicos y científicos para que conozcan las realidades de la eutanasia y reconozcan los alcances y limitaciones que esta tiene.

El presente estudio apuntó a generar una búsqueda y recopilación de aquellos conceptos teóricos propios de la Psicología que permitan repensar la muerte por eutanasia desde el marco subjetivo del hombre, unidad en la cual gira toda la discusión y el cual ha sido objeto de estudio de esta ciencia. Dicha tarea posibilita que la Psicología pueda sentar, sobre la controversia alrededor de la eutanasia, una serie de argumentos que le permita ser escuchada y tenida en cuenta como otras áreas que ya bastante han dicho sobre esta práctica. Paralelamente, al contribuir al debate sobre la eutanasia desde la perspectiva de la subjetividad, se permite una mayor incursión en investigación y estudio de la Psicología general y especialmente, en la Psicología de la Salud aplicada al momento del final de vida, tema en el que la Psicología se ha quedado rezagada, con respecto a otras áreas del conocimiento; y por ello su papel ha quedado relegado a una función más asistencial dentro del proceso de poner fin a la vida, pero a pesar de ello su voz no se oye dentro de las mesas de discusión más allá de su función diagnóstica que consiste en esclarecer y diagnosticar el estado mental de un paciente. Igualmente, es pertinente pensar que con este estudio se aportarán nuevas reflexiones conceptuales sobre las cuales fundamentar una posición para

analizar y comprender lo que se moviliza a nivel psíquico en la persona en torno a la muerte por eutanasia y desde allí una mayor humanización de este proceso.

El deseo por conocer más sobre la eutanasia surge de un interés personal por un tema tan inacabado como es la muerte en si misma; pero particularmente por la muerte autónoma, aquella donde el sujeto decide dónde, cuándo y cómo esta se debe presentar. Se incuba una inquietud por el papel que juega el sujeto frente a este acontecer verídico de la vida. Resistiendo a concebir el fenómeno de la muerte como un acontecimiento que llega y arrolla a la persona sin que esta pueda prever su presencia o planear en qué tiempo debe suceder; especialmente, cuando su vida se encuentra acompañada de alguna enfermedad incurable y se considere que esta ha perdido la calidad que se percibía como óptima.

3. Objetivos

3.1. *Objetivo general*

Fundamentar qué elementos conceptuales ha propuesto o puede proponer la Psicología para aportar al debate sobre la eutanasia.

3.2. *Objetivos específicos*

- Rastrear los fundamentos conceptuales que los discursos imperantes sobre el tema de la eutanasia han aportado al debate.
- Examinar en la literatura psicológica sobre la eutanasia, cuáles son los fundamentos que aporta al debate sobre su aplicación.
- Analizar los conceptos que pueden reforzar los planteamientos de la Psicología sobre la eutanasia
- Reconocer qué tanto se discute y estudia sobre la eutanasia durante la formación en pregrado en Psicología.

4. Referente teórico

Para una mayor comprensión de la muerte por eutanasia es necesario tener claridad sobre el campo correspondiente a la **Bioética**, puesto que este es el eje central desde donde se vislumbra el presente estudio y las diferentes investigaciones que se han realizado sobre la práctica eutanásica, por ello se hace necesario reconocer el origen y la precisión de este término; para así poder abordar con mayor claridad esta forma de morir, su administración actual, las acepciones que se han derivado de su conceptualización inicial, su estado legal y cultural en Colombia y Medellín; e igualmente qué discusiones interdisciplinarias se han dado en la ciudad y en el país.

Durante La Segunda Guerra Mundial se dieron los mayores adelantos a nivel científico y tecnológico en la historia de la humanidad; pero todos estos avances, herramientas y maquinaria creados para el servicio y bienestar del hombre, fueron usados, paradójicamente, de manera perversa para la aniquilación de este; es decir, lo que en un principio se inventó para mejorar la estadía y la calidad de vida del hombre en la tierra, terminó al servicio de ideologías totalitaristas y utilitaristas cuyo fin era el exterminio de ciertos grupos humanos a los cuales se les anulaba su dignidad y eran tratados como algo menor que un animal. Como muestra de lo anterior se tiene el genocidio judío y de personas con discapacidades perpetrado por los Nazis, los Gulag utilizados en la extinta Unión Soviética y los múltiples experimentos, utilizando humanos, llevados a cabo por diferentes países durante la época de guerra con el fin de mejorar su capacidad militar y de tortura para someter a su adversario.

Durante este tiempo, la sociedad solo logra cuestionarse sobre la barbarie, muerte y destrucción que dejan a su paso la avanzada militar tanto de Las Potencias del Eje como de Los Aliados -coaliciones en las que se agruparon diversos países durante la Segunda Guerra Mundial-. Y no es sino hasta el final de la guerra que la sociedad a nivel mundial logra advertir sobre la verdadera magnitud del conflicto; y es a partir de ese momento que surgen los cuestionamientos éticos y morales sobre el uso indiscriminado de la ciencia y la tecnología y el trato que se le da a la dignidad humana, lo que llevó a la Declaración Universal de Derechos Humanos por parte de las Naciones Unidas. Para ese entonces, apoyándose en los valores éticos generales, los Derechos Humanos y los cuestionamientos de la sociedad, es que surge la Bioética como rama de la Ética, cuyo objetivo era cumplir el anhelo de la sociedad de imponerle límites, éticos y deontológicos

claros y definidos al desarrollo científico y tecnológico, también el reconocimiento de la vida humana y la dignidad que de ella emana.

Se ve como la **bioética** surge y empieza a abrirse paso después de La Segunda Guerra Mundial. Pero es hasta 1971 que Van Reenselaer Potter, apoyándose en un esbozo conceptual realizado por Aldo Leopold, pone de manifiesto por primera vez y de manera clara el término Bioética (Wilches, 2011, p. 73). Este concepto toma mayor importancia con la aparición de varios sucesos, tales como el advenimiento de las píldoras anticonceptivas, el primer trasplante cardíaco, el nacimiento, en 1978, de la primera persona producto de la fertilización *in vitro*, y las inquietudes sobre las personas en estado vegetativo. Entonces esta disciplina empieza a perfilarse como parte esencial en un procedimiento fundamentado en el manejo de valores para la toma de decisiones en los ámbitos conflictivos de la Biomedicina (Rozo, 2017, p. 44). Con la aparición de estos sucesos trascendentales para la humanidad, la Bioética logra, como disciplina imparcial y regida por principios generales en pro de la dignidad de la vida, articular su accionar no solo al campo de la Medicina y la Biología, sino que también llegó a las ciencias de la salud, logrando influir “en las esferas social, psicológica, ambiental, cultural, política, religiosa e ideológica” (Salas, García Colorado; Perusquia & García Ituarte, 2004, p. 81).

Siguiendo esta línea argumentativa se puede afirmar que la Bioética es una rama del saber de reciente aparición que surge conceptualmente en los años 70. Se compone de los términos griegos *Bios* (vida) y *Ethos* (ética) y se define en León (1995, p.103), como aquella rama de la Ética que se encarga del “estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y de los principios morales”. Esta disciplina se cimienta en cuatro principios generales que son: la autonomía, reconociendo ésta como un derecho irrenunciable e imperativo de todos los seres humanos. La autonomía se basa en dos componentes esenciales: la libertad y la capacidad para la acción intencional de los seres autónomos. Según Beauchamp y Childress, un ser humano autónomo “actúa libremente de acuerdo con un plan autoescogido” (como se cita en Siurana; 2010, p.123). La beneficencia, “hacer el bien”, se registra como la obligación de realizar toda acción que desde la buena voluntad, amabilidad, caridad, altruismo, amor o humanidad derive en algo positivo o provechoso para los otros por encima de los intereses particulares, tal como prevenir o aliviar algún daño. Beauchamp y Childress cuando hablan del *principio de beneficencia*, no se refieren a los actos ejecutados para hacer el bien, sino sólo a aquellos hechos que son una exigencia ética en

el ámbito de la medicina, donde antes de cualquier tratamiento se debe realizar un balance entre los beneficios y los riesgos (Ibíd. 2010, p. 124). Ligado a este, se encuentra el principio de no maleficencia, como un llamado a abstenerse de realizar intencionalmente acciones que puedan perjudicar o dañar parcial o totalmente al otro, su dignidad y autonomía; respetar y velar por la integridad física y psicológica de la vida humana. Las obligaciones de este principio “consisten en realizar un análisis riesgo/beneficio ante la toma de decisiones específicamente en el área de la salud y evitar la prolongación innecesaria del proceso de muerte” (Ferro, Molina & Rodríguez; 2008, p. 3). Por último, se encuentra el principio de justicia, cuya consigna es la equidad en la distribución de cargas y beneficios entre los individuos.

Así lo definen Ferro et al (2008):

Este principio está relacionado con la norma moral de dar a cada quien lo que necesita, de la cual se derivan diversas obligaciones, como realizar una adecuada distribución de los recursos, proveer a cada paciente de un adecuado nivel de atención, y disponer de los recursos indispensables para garantizar una apropiada atención de salud. (p. 4)

Entonces, entendiendo que el campo aplicativo de la Bioética es de carácter universal, pero que su especificidad se centra en las ciencias de salud y el cuidado de la vida, se puede afirmar, siguiendo a Rozo (2017; p. 44), que la “bioética se consolida como un discurso que servía para dar cuenta de las razones técnicas a la hora de tomar diferentes decisiones en el actuar médico, o para criticarlo”. Estas decisiones van desde el acto de la fertilización *in vitro*, pasando por los trasplantes de órganos, hasta llegar a los cuidados paliativos y la decisión de optar por la eutanasia. Se puede entonces afirmar que la bioética es la guardiana de la dignidad que emana de la condición de ser vivo.

Y aquí es donde se llega al ámbito de la eutanasia y cómo la bioética se adentra en esta práctica y vela para que en la ejecución de esta se cumplan sus principios regentes -beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía- y a luz de estos en qué momento hablar de una vida carente de dignidad y por consiguiente considerar el término muerte digna. Los principios esenciales de la bioética son puestos a prueba por esta práctica, debido a que esta constituye una de las decisiones más difíciles para un sujeto. La eutanasia es un caso límite y delicado para todos los principios

bioéticos puesto que, aunque estas nociones no deben chocar entre sí, lo hacen y en estos casos se debe dar prioridad a unos por encima de otros.

Ahora que se tiene más claridad sobre la bioética y su principal objetivo se debe entender a qué práctica se hace referencia cuando se habla de eutanasia, en qué momento se puede dar y bajo qué parámetros bioéticos, jurídicos y médicos. Pero antes de abordar la eutanasia hay que hacer una salvedad, y es que cuando se hace referencia a esta práctica se homologa equívocamente con el término **muerte digna**, equiparación que debe ser aclarada distinguiendo dichos términos entre sí. Morir dignamente, como lo afirma Torralba (1998):

Es un proceso complejo que supone la responsabilidad de todos los agentes sanitarios, la implicación de la familia, de los agentes sociales y de las instituciones políticas. Todo ser humano tiene el derecho a morir dignamente, es decir, a morir como una persona humana. (p. 94)

El derecho a morir dignamente implica, pues, la exigencia de respetar la dignidad de la persona frente a cualquier proceso de objetivación. La persona humana es sujeto moral y eso significa que jamás puede someterse a un proceso de cosificación. Precisamente porque es un sujeto moral y no un mero objeto, tiene la posibilidad de ejercer su libertad, es decir, de escoger su itinerario vital y su proyecto existencial. (p.95)

Morir dignamente responde al objetivo de humanización de la muerte, mediante el reconocimiento de la dignidad humana que emana de su existencia y el respeto de esta hasta que se dé la expiración.

El proceso de muerte digna requiere, en primer lugar, del respeto -tanto de la familia como del grupo médico-asistencial- por la decisión que haya tomado la persona frente a la forma como desea que se dé su muerte, esto implica la no obstaculización del proceso de morir basándose en criterios personales y sin vulnerar la libertad de decisión del moribundo. De igual manera, contempla un deber por parte del grupo médico que consiste en una asistencia integral, que trae consigo los componentes: médico, asistencial, emotivo, racional, ético, estético y espiritual (Torralba, 1998, p. 95), y donde se permita que la persona muera en las mejores condiciones posibles a nivel médico, técnico y psicológico; rodeado de sus seres queridos, en un entorno

familiar, acorde y que se respete su privacidad; lo anterior en pro de que la muerte no se torne solitaria y desamparada.

Cuando el paciente moribundo se encuentra en una situación que cumple con dichas características: libre decisión, acompañado, cuidado y atendido de una forma digna, singularizada e integral, entonces se dice que muere dignamente, sin importar si ha optado por la eutanasia, el suicidio asistido, los cuidados paliativos o aguardando la muerte de manera natural.

Con la aclaración terminológica anterior se puede ahora conceptualizar la **eutanasia**, término formado por las raíces griegas *Eu* (buena) y *Thanatos* (muerte), que constituye desde la era clásica a la denominación de la buena muerte, es decir, aquella muerte que se producía de forma serena y que ponía fin a un sufrimiento insoportable a raíz de una enfermedad incurable. Entonces, se entenderá por eutanasia cualquier práctica médica que por medio de mecanismos confiables y de forma tranquila e indolora ayuda a anticipar la muerte de un paciente enfermo de gravedad, cuyo sufrimiento se torna insoportable y ha deteriorado su calidad de vida, este procedimiento solo será aplicado bajo la expresa solicitud y autorización del sujeto. Es decir, se comprende la eutanasia como un acto anticipatorio de la muerte que cumple con tres requisitos esenciales: padecimiento de una enfermedad incurable, que el sufrimiento sea tal que afecte la calidad y dignidad de la vida, y el pilar que rige esta práctica: la expresa petición deliberada del paciente en uso de sus facultades y amparado en el derecho a la autonomía.

Es oportuno aclarar que esta práctica se diferencia del denominado **suicidio asistido**, el cual consiste en brindarle a un paciente, los medios necesarios para ponerle fin a su vida, entre estos se encuentra la asesoría en dosis letales, la prescripción, suministro del medicamento a emplear para dicho fin y el acompañarlo en este proceso; pero debe ser el paciente quien de manera autónoma e independiente inyecte o ingiera dicho medicamento en la dosis correcta; es decir, el médico tiene un papel de proveedor y espectador. Mientras que en la eutanasia el médico ejerce un papel más activo, puesto que es este quien debe inyectar el medicamento que acelere el proceso de muerte.

El **suicidio asistido** también se diferencia del **suicidio per se**, en la medida que este no tiene una justificación objetiva como el padecimiento de una enfermedad incurable y un paulatino deterioro de la calidad de vida, como sí ocurre en la eutanasia, sino que responde más al plano de la experiencia subjetiva, es decir, cómo el sujeto haciendo uso de sus estrategias de afrontamiento, asume la realidad que lo rodea. En la cotidianidad, se puede encontrar la creencia que el suicidio se da en momentos en los que la conciencia se ve alterada por situaciones traumáticas o trastornos

mentales donde la consciencia está enajenada. Esto, aunque podría ser cierto, cabe más en la definición de suicidio patológico, desarrollada por Neira (2017) y no podría ser aplicable a todos los casos de suicidio, muchas veces el sujeto, en su subjetividad, es incapaz de hacerle frente a la realidad y de manera consciente opta por terminar con la vida como única alternativa a su sufrimiento, lo que se denominó suicidio soberano.

En torno a la práctica eutanásica se han derivado diferentes acepciones, pero por motivos prácticos para este estudio se dividirán en dos categorías principales: **eutanasia activa** y **eutanasia pasiva**, estas dos, para su ejecución, acuden a los principios esenciales de la bioética, la autonomía, la beneficencia y no maleficencia. Se entenderá por **eutanasia activa** a todo procedimiento consciente donde “la muerte es el resultado de las acciones destinadas a provocarla” (Dworkin et al, 2000, p. 134), es decir, por medio de acciones como la inyección de sustancias letales se logra anticipar la muerte de un sujeto cuyo estado de incurabilidad es reconocido, siempre y cuando este haya expresado la voluntad de que ello se realice (Rozo; 2017, pp. 54-55). En resumen, se denomina activa o voluntaria a toda práctica eutanásica donde el médico ejerce como un participante activo y busca provocar la muerte por medio de alguna sustancia letal, siempre que exista la petición expresa del sufriente, respetando esencialmente los principios de beneficencia, no maleficencia y principalmente el de autonomía.

Por otro lado, se denominará **eutanasia pasiva** a todo acto por omisión que “permite que sobrevenga la muerte” (Dworkin et al, 2000, p. 134) al no proporcionar de manera deliberada los cuidados necesarios para la supervivencia de un paciente en estado terminal; es decir, el médico asume una postura pasiva y expectante esperando que la enfermedad produzca la muerte del paciente (Rozo; 2017, p. 57). En este tipo de eutanasia puede darse o no una petición auténtica del sujeto, en caso de que este no lo exprese, esta práctica puede darse bajo el principio de beneficencia y no maleficencia, en muchos casos en esta forma de eutanasia se vulnera el principio de autonomía, puesto que el paciente no puede expresar su voluntad –en caso de estado de inconsciencia-; sino que esta queda delegada a un familiar o muchas veces al criterio de los médicos, que toman la decisión de omitir o no cualquier cuidado o maniobra extraordinaria que prolongue la vida. Pero vale aclarar que este tipo de eutanasia también se cataloga como pasiva voluntaria cuando el paciente se rehúsa -de manera verbal o por escrito- al suministro de medicamentos, tratamientos o maniobras médicas extraordinarias que prolonguen su vida y su sufrimiento.

Para este estudio se opta por omitir las otras acepciones adoptadas sobre esta práctica como lo son la **distanasia**, la **ortotanasia** y la **cacotanasia**, puesto que el objetivo del estudio se centra en la terminación de la vida por la voluntad expresa del paciente y por injerencia directa o por la omisión de la medicina y estas prácticas, aunque se incluyen en las formas de la eutanasia, se podría decir que contradicen los objetivos regentes de esta. La **distanasia** considerada a veces como encarnizamiento terapéutico, se refiere al procedimiento que supone la prolongación de la vida humana por cualquier medio extraordinario sin tener en consideración los perjuicios que podría tener para el paciente (Golan, 2008 & Rozo, 2017). Se observa que esta práctica entra a contradecir totalmente el objetivo delimitado por la eutanasia como una muerte anticipada, piadosa, exenta de todo dolor y con la mayor tranquilidad posible. Por su lado, la **ortotanasia** constituye el tratamiento por el cual se deja que el momento de la muerte sea establecido por el cuerpo físico del paciente, interrumpiendo maniobras medicas extraordinarias y normales (Golan, 2008 & Rozo, 2017), es decir, esta práctica se relaciona más a los cuidados paliativos, puesto que se le aminora el sufrimiento al paciente hasta que su cuerpo llegue a su límite y colapse dejando de funcionar por sí mismo. Por último, se tiene la **cacotanasia** que consiste en la terminación de la vida de un paciente sin su expresa autorización o consentimiento (Rozo, 2017, p. 59) y bajo los criterios del médico tratante. Esta práctica contradice a la eutanasia al violar el principio primordial de autonomía del paciente.

Ahora bien, la práctica eutanásica data desde mucho tiempo atrás, pero con la aparición de la Bioética y los derechos humanos, se abre el **campo jurídico y legal** a nivel mundial con respecto a esta práctica. Solo siete países del mundo despenalizan y regulan esta práctica, uno de estos es Colombia, cuyo camino ha sido largo para consolidar la normativa alrededor de la eutanasia. En el país esta práctica se despenalizó en 1997, pero no fue sino hasta 2015 que se promulga una normativa, pero hasta la fecha no cuenta con una reglamentación.

En los años 80 y 90 el país vivía una crisis profunda, los problemas de violencia, la corrupción, las reformas neoliberales y el asesinato de líderes políticos, llevaron a que, con ayuda del movimiento estudiantil, la Séptima Papeleta y la desmovilización del grupo armado M-19 se diera luz verde a la instauración de la Asamblea Nacional Constituyente que modifica la Constitución Política de 1886 y dio vida a la actual Constitución, de 1991. Con esta nueva Carta Magna se da un hito histórico en Colombia con respecto a los derechos fundamentales de la

ciudadanía y, sin advertirlo, se abona el terreno para la discusión de la despenalización de la eutanasia.

Posteriormente, en 1996 un ciudadano demanda por inconstitucionalidad el artículo 326 del Código Penal de 1980, vigente para entonces, donde se argumenta que el denominado “homicidio por piedad” es un acto condenable. Este código sentencia que “el que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave o incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años”. Esta demanda se sustenta en que este artículo va en contravía del artículo 11 de la Constitución Política que sustenta el derecho a la vida y su inviolabilidad; puesto que el primero concede un permiso para asesinar, ya que la pena en comparación con otros tipos de homicidios era irrisoria.

Esta demanda es acogida y estudiada por La Corte Constitucional y mediante Sentencia C-239 de 1997, con ponencia del Magistrado Carlos Gaviria Díaz, resuelve que:

Primero: Declarar EXEQUIBLE el artículo 326 del decreto 100 de 1980 (Código Penal), con la advertencia de que en el caso de los enfermos terminales en que concurra la voluntad libre del sujeto pasivo del acto, no podrá derivarse responsabilidad para el médico autor, pues la conducta está justificada. Segundo: Exhortar al Congreso para que, en el tiempo más breve posible, y conforme a los principios constitucionales y a elementales consideraciones de humanidad, regule el tema de la muerte digna.

En otras palabras, La Corte Constitucional despenalizó la muerte por piedad o eutanasia, cuando esta práctica está respondiendo a la petición de un sujeto cuyo sufrimiento se torna insoportable y a la piedad de quienes ejercen la medicina. Pero, aunque esta práctica quedó despenalizada por la Corte, no existe una legislación reguladora, puesto que el congreso, quien posee las facultades para ello, le da largas al debate sobre la eutanasia y al final no legisla sobre el asunto, a pesar de los múltiples llamados de la Corte Constitucional para que lo hicieran. Por ello la eutanasia quedó en un limbo durante más de 15 años, ya que los médicos y entidades prestadoras de salud no tenían claridad sobre este tema y en qué contexto y casos practicarla, además temían por las consecuencias legales y penales.

No es sino hasta el 2014, a raíz de una demanda interpuesta en 2013 contra la EPS Coomeva que se rehusó a aplicar la muerte por piedad, que la Corte Constitucional vuelve a pronunciarse

sobre el tema mediante Sentencia T-970 del 15 de diciembre de 2014, buscando que no se vulnere el derecho a la muerte digna. Establece entonces reglas generales para ello:

1. El padecimiento de una enfermedad terminal que produzca intensos dolores
2. El consentimiento libre, informado e inequívoco.
3. Criterios que deberán tenerse en cuenta en la práctica de procedimientos que tengan como propósito garantizar el derecho fundamental a la muerte digna:
 - I. prevalencia de la autonomía de paciente: los casos deberán analizarse atendiendo siempre a la voluntad del paciente.
 - II. Celeridad: el derecho a morir dignamente no puede suspenderse en el tiempo, pues ello implicaría imponer una carga excesiva al enfermo. Debe ser ágil, rápido y sin ritualismos excesivos que alejen al paciente del goce efectivo del derecho.
 - III. Oportunidad: la voluntad del sujeto será cumplida a tiempo, sin que se prolongue excesivamente su sufrimiento.
 - IV. Imparcialidad: los profesionales de la salud deberán ser neutrales en la aplicación del procedimiento. Las posiciones personales, ya sean de contenido ético, moral o religioso no pueden anteponerse y conducir a negar el derecho. Pero el médico puede alegar objeción de conciencia y no se podrá obligar a llevar a cabo el procedimiento, entonces se tendrá que asignar otro profesional que dé cumplimiento a esta solicitud.

Esta Sentencia además de establecer los criterios anteriores y al ver que el congreso no legislo sobre esta práctica. Ordena:

Al Ministerio de Salud que, en el término de 30 días, contados a partir de la comunicación de esta providencia, emita una directriz y disponga todo lo necesario para que los Hospitales, Clínicas, IPS, EPS y, en general, prestadores del servicio de salud, conformen el comité interdisciplinario del que trata esta sentencia y cumplan con las obligaciones emitidas en esta decisión. De igual manera, el Ministerio deberá sugerir a los médicos un protocolo médico que será discutido por expertos de distintas disciplinas y que servirá

como referente para los procedimientos tendientes a garantizar el derecho a morir dignamente. (Corte Constitucional, 2014)

Esta orden de la Corte Constitucional lleva a que el Ministerio de Salud, en cabeza del ministro Alejandro Gaviria, expida la Resolución 1216 del 20 de abril de 2015, en la cual “se imparten directrices para la conformación y funcionamiento de los Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad, los cuales actuarán en los casos y en las condiciones definidas en las Sentencias C-239 de 1997 y T-970 de 2014”.

Esta resolución dicta los parámetros para la aplicación de la eutanasia y asigna las funciones tanto de las EPS como de las IPS y de los comités. Los cuales estarán conformados por tres especialistas de diferentes áreas, quienes han manifestado no ser objetores de conciencia: un médico especializado en la patología que padece el paciente y quien debe ser diferente al médico tratante, un abogado y un psiquiatra o psicólogo clínico.

A pesar de existir los mencionados antecedentes legales aún no hay una reglamentación con respecto a la eutanasia. En el 2019 se promueve una iniciativa de ley que buscaba darle piso legal a la reglamentación de la eutanasia en Colombia y aunque logro pasar el primer debate en la Cámara de Representantes, no contó con la misma suerte en el segundo debate. En diciembre de 2019 con una votación de 77 a favor y 69 en contra los parlamentarios aprueban la proposición de archivar dicho proyecto de ley que reglamentaba la eutanasia bajo las condiciones que establece la Corte Constitucional (Ocampo, 2019). En 2021 el proyecto vuelve a ser presentado, pero en el segundo debate en la Cámara de Representantes no logra los requisitos de ley para ser discutido en la plenaria del Senado y el texto es archivado una vez más (Ocampo, 2021). Quedándose Colombia sin una reglamentación de la eutanasia que permita que esta se aplique sin dilataciones ni vacíos jurídicos y brindándole garantías a todas las partes implicadas.

Se detalla como a nivel **jurídico y legal** Colombia abre y mantiene el debate y brindó las condiciones para que en el país la práctica eutanásica se realice de la manera más eficaz y ágil posible. Pero se percibe como a nivel social e incluso político la cuestión es otra, la sociedad aun no logra integrar el discurso eutanásico como algo permisible y aceptable como derecho innegable de todos los ciudadanos, por el contrario, hay un mayor rechazo y condena social, de la que muchos políticos se adueñan para alzar sus banderas ideológicas. Tal es el caso de un Ex Procurador General de la Nación que busco con anhelos incesantes que la sentencia que daba luz verde a la eutanasia fuera considerada inexecutable dando argumentos de carácter religioso e ideológico.

Se observa como dichos argumentos religiosos e ideológicos parcializan las posiciones frente a la eutanasia y a pesar de que la Corte Constitucional ha proferido una sentencia desde los años noventa y que el Ministerio de Salud en 2015 proclamara unas directrices. El Congreso de la república no ha permitido dar un debate amplio, pluralista y con objetividad en torno a la eutanasia y esto se ve reflejado en la discusión que se dio en abril de 2021 sobre la reglamentación de esta, en el cual se hundió el proyecto que buscaba crear la normativa reguladora, ya que diferentes Representantes a la Cámara aludieron argumentos de carácter religioso. Finalmente, el estado actual del sistema de salud es otro componente que perjudica la práctica de la eutanasia; las EPS e IPS aún se niegan a realizar dichas prácticas, muchas veces bajo el argumento de no poseer un amparo legal para poder ejecutar dicha práctica, otras veces por intereses económicos. Y esto lleva a que los usuarios que la desean deban interponer una tutela para que las entidades prestadoras de salud le brinden el derecho a la eutanasia.

4. Diseño metodológico

5.1. Metodología

El presente estudio se basó en el paradigma cualitativo, puesto que, como afirma Sampieri (2004, p. 10), “la investigación cualitativa se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de seres vivos, sobre todo de los humanos y sus instituciones -busca interpretar lo que va captando activamente-”. También, como sostienen Strauss y Corbin (2002, p. 20), se entiende como las investigaciones de los movimientos sociales, los fenómenos culturales y la interacción entre las naciones. La solidez propia de este tipo de investigación también se fundamenta en el conocimiento que se suministra acerca del contexto social, los cambios que se efectúan dentro de este y las dinámicas de los mismos procesos sociales (Vasilachis, 2006, p. 25).

Igualmente, la investigación cualitativa se enfoca en intentar dar sentido o interpretar fenómenos sustentando que la realidad es definida por medio de las diferentes interpretaciones de los participantes, que se encuentran mediadas por sus realidades propias; que son exploradas en un ambiente natural y en el contexto en el cual se encuentra inmerso. Este tipo de investigación permite obtener detalles complejos de algunos fenómenos. A la par, como sostiene Sampieri (2004, p. 358), el método cualitativo facilita la convergencia de múltiples realidades y da la posibilidad al investigador de formar ideas propias sobre el fenómeno estudiado. Finalmente, este enfoque de investigación es recomendado en temas que han sido poco explorados como es el caso del presente estudio.

El tema de la eutanasia en la actualidad ha llegado a una zona de discusión donde no se logra un consenso satisfactorio ya que la proliferación de discursos ha permitido abordar el tema desde diversas aristas. Si bien varios países han legislado, legalizado y regulado la eutanasia otros han decidido dejarla en un estatus de ilegal y ambas posturas tienen fundamentos en los procesos, cambios de los contextos sociales. La literatura alrededor de la práctica eutanásica se ha enfocado en describirla en términos legales, legislativos, asistenciales, bioéticos e incluso religiosos, pero olvidando el trasfondo subjetivo que tiene este tema. Se escogió la metodología cualitativa porque permitió indagar y descubrir el lugar que tiene la voz de la Psicología en estas discusiones, contando con su modo de conceptualizar lo humano desde la subjetividad.

5.2. Enfoque

Enmarcado en el método cualitativo, el enfoque que más se adaptó a la finalidad de la investigación es el *fenomenológico-hermenéutico*. Este enfoque viene de dos tradiciones filosóficas importantes cuyas nociones y aspectos metodológicos están siendo desarrollados y aplicados en investigación y particularmente aplicada en Psicología y la atención sanitaria (Ayala, 2008, p. 410). El valor de este tipo de investigación radica en su capacidad de acceder a la comprensión profunda de la experiencia humana (Ibíd. p. 410), es decir, pone el énfasis en lo individual y la experiencia subjetiva para así acercarse a los constructos de significantes de un fenómeno ya que parte de la tesis de que, para conocer el sentido de cualquier experiencia humana, es de suma relevancia contar con la interpretación de quienes lo han vivido. Por lo tanto, se busca entonces realizar una aproximación a la experiencia vivida, a partir de las interpretaciones sistemáticas del significado que los actores implicados les dan a ellas (Sandoval, 2002 pp. 59 - 67).

Cuando se adopta este enfoque de investigación, es porque, siguiendo a Ayala (2008, p. 411) “el investigador está interesado primordialmente por el estudio del significado esencial de los fenómenos, así como por el sentido y la importancia que estos tienen”.

El enfoque *fenomenológico – hermenéutico* propone dos métodos para desarrollar la investigación, tal como los postulo Van Manen (citado en Ayala, 2008, p. 412), que son:

La descripción de experiencias personales, las experiencias de otros u obtención de descripciones en fuentes literarias; la entrevista conversacional, y la observación de cerca. Cada una de estas actividades, en apariencia comunes a otros enfoques de investigación de corte cualitativo, tienen como peculiaridad fundamental la naturaleza de la pregunta que se formulan: “¿Cuál es la naturaleza de este fenómeno (...) en tanto que experiencia esencialmente humana?” (Op. cit.80). Por su parte, los métodos reflexivos pretenden analizar y determinar las estructuras esenciales de la experiencia recogida.

Desde la perspectiva propia del enfoque fenomenológico – hermenéutico, esta investigación se interesa por las formas en que las personas experimentan su mundo, sus significantes y cómo lo comprenden, teniendo siempre claras las cuatro dimensiones de este enfoque: espacialidad -espacio vivido-, corporalidad -cuerpo vivido-, temporalidad -tiempo vivido- y relacionabilidad -relaciones humanas vividas-. Se propuso interrogar a profesionales del área de Psicología que trabajan en el

campo de la salud, específicamente con personas que, por su enfermedad, estén cursando por un tratamiento y hayan pensado en la eutanasia como alternativa, con el fin de determinar qué elementos teóricos y conceptuales pueden perfilar una posición de la Psicología respecto al tema.

5.3. Población

La población de referencia para el estudio fueron psicólogos titulados que trabajan en el área de salud o que se desempeñan en el campo clínico y que a su vez tengan un contacto más cercano con el proceso de muerte de un paciente. Igualmente se buscaron textos de la literatura científica que abordan el tema de la eutanasia y que hayan sido publicados desde 1990 hasta la fecha.

5.4. Muestra

La muestra de esta investigación fue tomada de *participantes voluntarios*. Se contactaron a tres psicólogos cuyo criterio de selección fue que ejercieran en el campo de la salud o clínico, puesto que la experiencia obtenida mediante el contacto con el dolor, el sufrimiento del ser humano y el acompañamiento en el proceso de muerte permitió dar luces para cumplir los objetivos propuestos. En relación con la muestra documental se hizo una revisión general de la literatura existente, teniendo en cuenta la fecha límite, y se definieron los textos más idóneos para ser analizados y los cuales fueron tenidos en cuenta en el informe final.

5.5. Técnicas de recolección de información

Según Sampieri (2004):

Lo que se busca en un estudio cualitativo es obtener datos (que se convertirán en información) de personas, seres vivos, comunidades, situaciones o procesos en profundidad; en las propias “formas de expresión” de cada uno. Al tratarse de seres humanos, los datos que interesan son conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias y vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes, ya sea de manera individual, grupal o colectiva. Se recolectan con la finalidad de analizarlos y comprenderlos, y así responder a las preguntas de investigación y generar conocimiento. (p. 396)

Para Strauss y Corbin (2002, p.20) en la investigación cualitativa “los datos pueden consistir en entrevistas y observaciones, pero también pueden incluir documentos, películas o cintas de video”. Por lo anterior las técnicas de recolección que se usaron en este estudio fueron la *entrevista semiestructurada* y la *revisión documental*, puesto que permitieron obtener información desde la experiencia y el constructo de significados de las personas y desde la literatura científica existente.

La *revisión documental*, es “una privilegiada técnica para rastrear, ubicar, inventariar, seleccionar y consultar las fuentes y los documentos que se van a utilizar como materia prima de una investigación” (Galeano, 2004, p. 120). Igualmente, como afirma Sandoval (2002, p. 138) esta técnica de recolección es de considerable valor puesto que “los documentos son una fuente fidedigna y práctica para revelar los intereses y las perspectivas de comprensión de la realidad”. Esta técnica de recolección posibilita el entendimiento del fenómeno a estudiar y de la misma manera identificar los antecedentes y las vivencias que se produjeron dentro del ambiente (Sampieri, 2004, p. 415). De igual forma, según Sandoval (2002, p.137) “permite la descripción de los acontecimientos rutinarios, así como de los problemas y reacciones más usuales de las personas o culturas objeto de análisis”. Esta técnica favorece la construcción de premisas de partida; consolidación de autores para elaborar una base teórica y encontrar relación entre los trabajos o investigaciones publicadas alrededor de cierto fenómeno (Valencia, 2015, p. 2).

En la *entrevista semiestructurada*, se parte de la definición de que es una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona y otra (Sampieri, 2004, p. 403), esta se desenvuelve en un contexto conversacional. De igual manera la entrevista resulta más “eficaz que el cuestionario porque obtiene información más completa y profunda, además presenta la posibilidad de aclarar dudas durante el proceso, asegurando respuestas más útiles” (Díaz, Torruco, Martínez & Varela, 2013, p. 163). Por su parte, la *entrevista semiestructurada* se define como aquel estilo más informal de la entrevista, esta se basa en unas preguntas claves, previamente formuladas, que abren la interlocución y el entrevistador tiene la libertad de acomodar el orden, introducir u omitir preguntas según crea es pertinente para obtener la información necesaria y suficiente para la investigación. La ventaja de este tipo de entrevista, según Díaz et al (2013, p, 163), recae en su mayor grado de flexibilidad que le permite al entrevistador acomodarla y la posibilidad de

adaptarse según el discurso del participante para lograr motivarlo para que aclare términos, identificar ambigüedades en el discurso y reducir formalismos.¹

Estas técnicas de recolección de información mencionadas permitieron cumplir con los objetivos de este estudio, por un lado, la revisión documental privilegia una búsqueda, recopilación y análisis de la literatura científica existente sobre los aportes de la Psicología y los saberes tradicionales que se han ocupado de la eutanasia. Y la entrevista semiestructurada posibilitó indagar sobre los argumentos que los profesionales de la Psicología, que laboran en el ámbito de la salud, han logrado construir para pensar el fenómeno de la muerte y poderlo vincular a la muerte por eutanasia.

5.6. Plan de recolección de información

Tal como lo sostiene Galeano (2016):

El plan de recolección de información señala cuales son las estrategias de recolección de datos más adecuadas a las personas interpeladas, el grado de familiaridad con la realidad analizada, disponibilidad de tiempo del investigador, el nivel de madurez del proceso investigativo y las condiciones del contexto que se analiza. (p. 36)

Igualmente, este apartado puede dividirse en diferentes actividades para lograr satisfactoriamente la recolección de información. Así lo expresan Gallardo y Moreno (1987, p. 26):

Se pueden realizar tres actividades estrechamente relacionadas entre sí: la primera se refiere a la selección de los instrumentos de medición y/o técnicas de recolección de información; la segunda se relaciona con la aplicación de estos instrumentos y la tercera concierne a la preparación o codificación de la información obtenida en busca de facilitar su análisis.

El plan de recolección de la información del presente estudio se llevó a cabo en dos momentos, puesto que el empleo de dos técnicas de recolección así lo ameritaba y cada momento se desarrolló en cuatro pasos que permitieron que los datos fueran tomados y tratados con la mayor rigurosidad para asegurar su carácter fidedigno y confiabilidad del posterior análisis.

¹ Véase Anexo 1

Con respecto a la revisión documental se llevó a cabo en cuatro pasos que posibilitaron capturar los textos más relevantes con relación al fenómeno de la muerte por eutanasia. En un primer instante se seleccionaron las bases de datos que garantizarían una búsqueda más rigurosa de la literatura científica sobre el tema. Posterior a esto, se procedió a la búsqueda y selección de los documentos que aborden el tema de investigación en el sentido que se está orientando el tema. En un tercer instante se elaboró una lectura estricta de cada documento seleccionado, esto permitió rastrear los elementos que desarrolla cada uno y poder elaborar el último paso, el cual correspondió a la realización de un comparativo entre los textos que contenían los hallazgos obtenidos en la revisión documental para así encontrar similitudes o diferencias que favorecieron la creación de las categorías discursivas que permitieron agrupar los textos y analizar los diferentes elementos que desarrollan sobre la eutanasia.

Con relación a la entrevista semiestructurada se llevó a finalidad en cuatro pasos o momentos que posibilitó captar la información que los participantes brindaron sobre el tema del morir y de la eutanasia. En un primer momento se elaboraron algunas preguntas que permitieron al investigador abrir y guiar la conversación de donde se obtuvo la información pertinente al fenómeno que se investiga, dichas entrevistas fueron grabadas con la autorización del informante. Posteriormente se realizó la convocatoria y ulterior selección de los profesionales de Psicología que ejercían en el campo clínico o de la salud. Un tercer momento fue el encuentro para la realización de la entrevista, las cuales se llevaron a cabo de manera remota y en un contexto tranquilo para favorecer que la conversación fuera amena y fluida, ello permitió ir socavando aspectos del fenómeno, inquietudes que surgieron durante esta y poder tener una claridad sobre el discurso de cada participante. Por último, fue el momento de tomar todos los datos de las entrevistas; se ejecutó su debida transcripción de audio a texto de forma manual y ello favoreció un mejor análisis de cada discurso.

5.7. Procesamiento y análisis de la información

Para Galeano (2016, pp. 36 - 37) el procesamiento, registro o sistematización de los datos es un proceso importante ya que funge como mediador entre la recolección y el análisis de la información, este permite poner en orden el cumulo de datos recopilados durante el plan de recolección, esto es importante para poder analizar la información puesto que los datos que se

reciben no están estructurados y es en este paso donde debe organizarse y estructurarse para poder acceder de forma ágil y eficiente a estos y posteriormente analizarlos e interpretarlos.

El primer paso que se dio en el procesamiento de la información obtenida fue transcribir las entrevistas de audio a texto, puesto que permitió clasificar y tematizar la información. Posteriormente se tomaron dichas transcripciones y, al igual que la información obtenida en la revisión documental, fueron codificadas puesto que, como afirma Galeano (2016) esto se constituye:

Como un proceso de caracterizar y clasificar datos, permitiendo su vinculación con la teoría; la realización de cuadros, diagramas, flujogramas, mapas conceptuales y matrices que permiten analizar los datos existentes, establecer relaciones entre ellos y presentarlos de manera clara y completa. (p. 37)

La codificación puede dividirse en: de primer plano y de segundo plano. La de primer plano constituye la extracción y análisis de las unidades y sus significados y allí es donde surgen las categorías. La codificación de segundo plano es cuando se comparan categorías y se agrupan en temas por el método de diferencia - semejanza; categorías y temas son relacionados para conseguir clasificaciones e hipótesis; esta forma de codificación se realiza más adelante cuando se ha elaborado ya un trabajo analítico sobre los datos recolectados.

Cuando ya se elaboró todo el registro y codificación de primer plano se procedió al análisis de los datos en categorías, para ello se tuvo en consideración dos alternativas. La primera, codificar de forma manual, la cual constituyo en ir leyendo los textos y teniendo presente las unidades de análisis, ya que estas fueron configurando las categorías emergentes a medida que estuvieron sometidas al método de comparación constante -diferencia vs semejanza-. Y la otra opción fue la utilización del programa Atlas Ti, el cual es útil puesto que “apoya la construcción de redes conceptuales y la construcción de teorías con base en la codificación” (Galeano, 2016, p. 35). Para el presente estudio se privilegió y se realizó la codificación de forma manual y no se requirió la implementación del programa Atlas Ti.

El trabajo analítico de la investigación cualitativa se centra en categorías analíticas o nominales, dejando a un lado la preocupación por la medición. Las categorías, siguiendo a Galeano (2016, p. 38), “se entienden como ordenadores epistemológicos, campos de agrupación temática,

supuestos implícitos en el problema y recursos analíticos. Como unidades significativas dan sentido a los datos y permiten reducirlos, compararlos y relacionarlos”. Este proceso es esencial para el desarrollo de la investigación “en cuanto permite visualizar la emergencia de estructuras lógicas, significados, patrones, y casos atípicos ‘implícitos’ en el material recopilado” (Ibíd. p. 38). Finalmente se realiza la codificación de segundo plano, la cual toma las categorías emergentes y las compara por el método de comparación constante y las agrupa en temas, estos se relacionan para conseguir taxonomías, teorías e hipótesis.

Con lo anterior, se sustenta que esta investigación analizó los datos en cuatro pasos. En primer lugar, se tiene el registro y sistematización de la información y su consiguiente codificación de primer plano para extraer las unidades de análisis. Obtenidas dichas unidades, se procedió a analizar los textos según estas y se construyeron las categorías que permitieron agrupar los escritos según el método de diferencia - semejanza. Ya con las categorías extraídas se realizó la codificación de segundo plano que permitió relacionarlas en temas y estos a su vez posibilitaron la construcción de conclusiones sobre la pregunta de investigación en un informe final.

6. Consideraciones éticas

De acuerdo con lo que se ordena en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, en su capítulo 1 “de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”. Igualmente, con el Código Deontológico y Bioético del Psicólogo, Ley 1090 de 2006, en su capítulo VII: “De la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones”, Finalmente lo establecido por la Universidad de Antioquia en su Código de Ética En Investigación. Este estudio adopto las siguientes directrices.

Respeto a la dignidad humana: Acorde a la Resolución 8430 del Ministerio de Salud en su Artículo 5 “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar”. Igualmente, respetando lo suscrito en el artículo 50 del Código Deontológico y Bioético Del Psicólogo (Ley 1090 de 2006) “Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes”. Por último, El Código de Ética En Investigación de la Universidad de Antioquia, en su numeral 2 “Respetar los derechos humanos y el valor de los demás seres vivos”. Este Estudio respeto en todo momento la dignidad, derechos de los participantes y fue garante de que el bienestar de los mismos no se viera afectado durante el transcurso de la investigación.

Consentimiento informado: Conforme a la Resolución 8430 del Ministerio de Salud en su Artículo 6 literal e “Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución”. De la misma manera la Ley 1090 de 2006 en su capítulo VII, literal i “No practicar intervenciones sin consentimiento autorizado del usuario, o en casos de menores de edad o dependientes, del consentimiento del acudiente”. Para cumplir con dicho lineamiento se elaboró y se empleó un consentimiento informado² con cada uno de los participantes de la investigación, donde se consignó de manera clara las consecuencias, derechos y responsabilidades que adquiere el participante en la investigación y el carácter voluntario de su participación donde se enfatiza que podían desvincularse en el momento que así lo desearan.

² Véase Anexo 2

Confidencialidad: Según la Resolución 8430 del Ministerios de Salud en su artículo 8 “En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice”. La información brindada y consignada en grabación y texto tuvo en todo momento un carácter confidencial al igual que su identidad; para ello se le asignó a cada uno un nombre diferente al original. La información brindada solo fue manejada y conocida por los participantes de la investigación y no fue utilizada para ningún otro fin fuera de esta.

Devolución o divulgación: Acorde a la Ley 1090 de 2006 artículo 56:

Todo profesional de la Psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores.

Y como sostiene El Código de Investigación de la Universidad de Antioquia en su numeral 7 “Difundir los hallazgos de la investigación de manera abierta, completa, oportuna y razonable a la comunidad científica y a la sociedad en general, sin perjuicio de observar la debida reserva frente a información confidencial”. El investigador se comprometió a hacer una devolución de los resultados que arroje la investigación a las personas y comunidades que participaron de ella. Igualmente, el texto completo del estudio será publicado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Antioquia una vez haya sido examinado y aprobado por el asesor.

Hallazgos

1. Reflexión metodológica

El fenómeno del morir y la muerte, aunque hace parte de la experiencia humana es un tema aun velado para la sociedad actual, y puede considerarse que se torna aún más tabú cuando se presentan de manera anticipada por decisión voluntaria y autónoma del paciente, como sucede en el caso de la muerte por eutanasia. Este trabajo fundamenta los elementos conceptuales que ha generado la Psicología y los potenciales aportes que puede realizar al debate sobre la eutanasia. Para lograr desarrollar esta idea se usó la metodología cualitativa de corte *fenomenológico – hermenéutico*, puesto que era la adecuada para indagar sobre este fenómeno.

Se utilizaron dos formas de recolección de información. En primer lugar, se realizó una búsqueda documental sobre la literatura que existe acerca de la eutanasia; donde se seleccionaron, principalmente, bases de datos como: *Scielo, Dialnet*. También, se usaron los repositorios de la Universidad Pontificia Bolivariana, Universidad de Antioquia, Universidad Pontificia Javeriana. Allí se encontró una mayor producción literaria de áreas del conocimiento como la Medicina, el Derecho y la Religión; en la presente investigación se establece que los discursos que desarrollan estas tres áreas del conocimiento son los que configuran los relatos y argumentos imperantes alrededor de la discusión eutanásica.

El proceso de selección de los documentos se desarrolló dividiendo cada área del conocimiento y realizado una búsqueda más minuciosa y delimitada sobre cada una de estas. Posteriormente se depuraron los textos encontrados teniendo en cuenta un criterio temporal, que hayan sido escritos desde 1990 hasta la actualidad; después de haber elegido los textos por cada área, que fueron alrededor de quince, se procedió a una lectura más detallada de cada uno de ellos, donde se logró asociarlos por medio del proceso similitud vs diferencia y destacar los elementos relevantes de cada discurso. La búsqueda también arrojó una serie de textos de producción psicológica alrededor del tema que aportan elementos conceptuales relevantes para la discusión.

De igual forma, se usó la entrevista semiestructurada para recolectar la experiencia y conocimiento de profesionales de Psicología en el campo de la salud acerca del tema. Para ello, se perfilaron como potenciales informantes a un numero de cinco psicólogos que desempeñaran su labor en el campo clínico – Hospitalario y de la Salud, y que, además, se enfocaran en la atención de pacientes al final de la vida y personas que se encontraran inexorablemente enfrentados a la

muerte a raíz de una enfermedad crónica o incurable. Y aquí es donde este quehacer investigativo tuvo su primer traspie ¿De dónde obtener a esta población?

En una primera búsqueda, más personalizada y privada, se logró contacto con un psicólogo, de manera virtual, que labora para una IPS de atención domiciliaria enfocada en cuidados paliativos, quien configuro el primer testimonio de esta investigación. Subsiguientemente se inició una búsqueda más aleatoria, activando todas las redes de contactos o allegados que pudieran tender puentes hacia esta población; se obtuvo comunicación con dos psicólogos -un hombre y una mujer- pero infortunadamente su respuesta fue, de manera tajante, negativa, argumentando que era un tema muy sensible y podría atentar contra la reserva de los casos y la dignidad de sus pacientes, por lo cual se desiste inmediatamente sin insistir en su participación.

Al ver infructuosas las búsquedas anteriores se inició una exploración un poco más amplia, que tuvo en cuenta instituciones especializadas y con reconocida trayectoria en el tema como *Mente Sana*, *Fundación Pro-Derecho a Morir Dignamente*, *Instituto Colombia Del Dolor -Incodol-* y el *Instituto Oncológico de Antioquia -Coa-*.

Con una de estas se logra un contacto con el jefe encargado quien notifico que iba a evaluar la petición, pero nunca se recibió respuesta con respecto si se avalaba o no el acceso a algún profesional en Psicología de dicha institución. Con otra de las organizaciones se logró una satisfactoria comunicación y siempre estuvieron prestos, hasta el último momento a facilitar a su personal, pero no fue posible concretar ni realizar el encuentro con ninguno de los profesionales. Esto llevo a que rondará en el pensamiento la pregunta desalentadora de ¿Por qué era tan difícil acceder a la población? o ¿En que se estará fallando en el proceso de búsqueda que no permite acercarse a la muestra?

El traspie presentado llevó, al menos por un tiempo, a pensar casi en el naufragio de este proyecto. Tener que renunciar a la metodología inicial y plantear una nueva cambiaría el plan trazado para el desarrollo de la investigación; abandonar el relato de un sujeto que ha experimentado el tema de cerca y adoptar una búsqueda documental que sustituyera fríamente a la participación humana, llevo varias veces a pensar en ¿Cómo renunciar a la experiencia personal y profesional que podría brindar un psicólogo? ¿Cómo sustituir el relato vivido de un sujeto por una elaboración escrita, meramente teórica? El cambio metodológico estuvo en la mira todo el tiempo, aunque el deseo de hacerlo, casi que inexistente.

Finalmente, en el momento en el que con resignación se aceptaba el cambio en la forma de recolección de información, se agotaron los últimos recursos y en una última búsqueda se concretaron tres entrevistas más. Una de ellas fue con una psicóloga de la IPS Universitaria de la Universidad de Antioquia, cuyo encuentro se realizó de manera virtual, pero por fallas técnicas el material no pudo ser recopilado y, por ende, no logro ser utilizado en la investigación. Una segunda entrevista se concretó, igualmente de manera remota, con una psicóloga que trabaja para una IPS que atiende a pacientes enfermos de cáncer, la cual hace parte de los hallazgos y análisis a desarrollar. Y finalmente, una psicóloga que labora en el Instituto Colombiano del Dolor y con quien se logró un contacto de manera virtual, debido a las restricciones impuestas por la contingencia Covid-19.

En suma, tras sortear los impases que siempre se presentan en la vida real y que no se tienen en cuenta en el ideal del plan trazado para la ejecución investigativa, este trabajo pudo recopilar exitosamente tres entrevistas que brindaron un gran material de análisis.

Los audios de las entrevistas fueron transcritos a texto de forma manual -tarea dispendiosa pero enriquecedora para el trabajo analítico de la investigación-, guardando celosamente la fidelidad a lo expresado por los participantes durante las conversaciones, lo cual resulto en unos textos organizados donde se encuentra toda la información recolectada que posteriormente se usó para la categorización y análisis.

Con los textos íntegros se procedió a la categorización; se ejecutó una lectura de cada una de las entrevistas, donde los relatos y aportes relevantes se subrayaron -cada uno de un color diferente, para facilitar la identificación y se les asigno un concepto que permitía asociarlo con rapidez, el cual posteriormente se constituyó como categoría.

Elaborada la respectiva categorización con cada una de las entrevistas se procedió a realizar un recuento de categorías, en una hoja de cálculo de Excel, donde se estableció la frecuencia de cada categoría en cada una de las entrevistas. Seguidamente se tomaron esas categorías, eliminando a otras por su escaso o impertinente material de análisis, y se reagruparon en unas “mega categorías”, debido a que compartían elementos que favorecían el tratamiento de los datos, su análisis y posterior exposición. Las nuevas categorías quedaron de la siguiente manera, con sus respectivas subcategorías.

Categoría 1: Consideraciones al final de la vidaSubcategorías:

- Impacto de un diagnóstico de enfermedad terminal
- Sufrimiento del paciente
- Vivencia subjetiva del sufrimiento
- Necesidades espirituales
- Concepción de la muerte y la enfermedad
- Síndrome de desmoralización
- Miedo a la forma de morir
- Posición frente a la muerte
- Morir con dignidad
- Sufrimiento de la familia
- Vivencia del rol del psicólogo
- Subjetividad

Categoría 2: TratamientoSubcategorías:

- Evaluación e intervención psicológica del paciente
- Eficacia del tratamiento
- Resolución por cuidado paliativo
- Resolución por otra vía o tratamiento
- Tratamiento deseado
- Trabajo en equipo
- Irregularidades del sistema de salud
- Cuidado paliativo

Categoría 3: EutanasiaSubcategorías:

- Pedido de eutanasia por sufrimiento del paciente
- Pedido de eutanasia
- Valoración psicológica de un pedido de eutanasia

- Posición sobre la eutanasia
- Conocimiento sobre la legislación de eutanasia
- Reconocimiento de los protocolos para la eutanasia
- Desconocimiento del paciente de la eutanasia
- Desconocimiento protocolo eutanasia
- Desconocimiento legislación sobre eutanasia

Los hallazgos se presentan en una división congruente con ambos métodos de recolección de la información.

Primeramente, en el capítulo I: Sobre Discursos Imperantes, se exponen los resultados de la búsqueda documental que arrojó la existencia de tres discursos predominantes en el debate eutanásico. Seguidamente el capítulo II: Lo “Psi” de la eutanasia, donde se desarrollan los hallazgos que arrojaron las entrevistas presentando el contenido de cada categoría y sus respectivas subcategorías de una manera más completa.

2. *Capítulo 1: Sobre discursos imperantes*

2.1 *Desde el altar*

Aunque la búsqueda documental tuvo en cuenta el pluralismo religioso que existe no solo en el mundo sino también en el país, los documentos disponibles y los que se seleccionaron evidencian que la iglesia católica, por su antigüedad -dos milenios de historia- y su diseminación por gran parte del mundo, llegando a tener 1.313.278.000 personas adscritas a su doctrina (Gonzales, 2019), se ha constituido como una religión de gran peso a la hora de emitir declaraciones formales sobre temas que consideran esenciales para la fe; tal como es la discusión frente a la eutanasia; por ello se le ha otorgado un lugar dentro del debate sobre esta forma de morir. Ha sido la iglesia católica quien más se ha expresado oficialmente sobre el campo de la bioética, en temas como el aborto, medios terapéuticos, uso de medicamentos, experimentos y especialmente en torno a la eutanasia. Por ello este apartado desarrolla exclusivamente los argumentos que esta ha sustentado sobre la muerte autodeterminada.

La iglesia católica se caracteriza porque alrededor de temas esenciales para la fe marca una línea de unidad y continuidad de su magisterio (Sánchez, 2019, p. 8). Es decir, toda postura que asume la iglesia es promulgada por el Papa, principalmente documentos oficiales –encíclicas-, los cuales deben ser difundidos y expresados por los miembros del clero a los feligreses de la misma manera, sin cambiar el sentido de lo comunicado desde el Vaticano. Por ello no es de extrañar que los documentos con una perspectiva católica en temas como la eutanasia tengan una misma narrativa, aunque los argumentos pueden ser más extensos en unos textos que en otros.

La visión que la iglesia católica ha asumido sobre la eutanasia se puede rastrear desde la encíclica *Mysciti Corpori* N. 35 de Pio XII (Canal Jaime Iván Sánchez Gordillo, 2020, 3m46s), en la cual no se habla directamente de eutanasia, sino que se exhorta a los fieles a no transgredir el orden natural de las cosas tratando de atribuirse cualidades o funciones propias de Dios, argumento frecuentemente usado por la iglesia para sustentar su postura sobre la eutanasia. Pero el grueso de la columna doctrinal sobre las cuales se ha manifestado y defendido una postura con respecto a la muerte autodeterminada son las encíclicas *Iura Et Bona* y *Evangelium Vitae* (Sánchez, 2019, p. 9), y la gran producción documental que existe referida a la eutanasia retoma los argumentos de dichos textos y hace constantes menciones a estos.

Ahora bien, la revisión documental del discurso alrededor de la eutanasia evidencia tres elementos muy importantes a resaltar y los cuales se desarrollarán a lo largo de este apartado. Primero se tiene la disposición de la iglesia para analizar y debatir sobre el tema, lo cual ha llevado a que su posición frente a la eutanasia sea dual, al menos así se evidencia desde las últimas décadas del siglo XX. Por un lado, hacen un rechazo enfático a la eutanasia activa y por otra parte tienen una postura más favorable sobre de la eutanasia pasiva, aunque concretamente no la llaman así. Un segundo elemento es la distinción que hacen del término muerte digna y esta diferenciación se hace relevante en la medida en que aclara un poco más el panorama alrededor de la muerte autodeterminada. Por último, la concepción que la religiosidad católica posee sobre el dolor al final de la vida.

En la ética católica la eutanasia pasiva es una práctica moral y cristianamente aceptada (Beltrán, 2014, p. 9), aunque no la reconocen con el término, puesto que en su sistema de valores y creencias no implica inducir la muerte sino permitir que esta ocurra de manera natural; para ellos mitigar el dolor, aunque provoque la muerte es aceptable; así mismo, mantener la vida a ultranza en detrimento de la calidad y dignidad del sujeto es un despropósito y agravio al designio divino, lo cual marca una desaprobación al denominado encarnizamiento terapéutico.

No califican esta práctica como eutanasia puesto que no cumple con los dos criterios en los que se basan para definir esta práctica: la intención y los métodos. Por intención se entiende el deseo o voluntad de poner fin a la vida de un sujeto y por método se entiende como todos los procedimientos médicos empleados para acelerar la muerte (Novoa, 1995, p. 182). Dejar que la muerte ocurra no puede llamarse eutanasia porque lo que se busca con el medicamento -método- es aliviar el dolor más no acortar la vida -intención-. No puede calificarse como eutanasia la administración de fármacos que, aunque alivien el dolor, abrevie el proceso de morir, ni la omisión de tratamientos que no generen beneficio alguno para el paciente -encarnizamiento terapéutico- y tampoco la interrupción de la reanimación de los pacientes cuando hay una certeza de muerte cerebral (Ibíd. p. 182). Lo anterior se sustenta en lo que se denomina principio moral de doble efecto donde la consecuencia colateral indeseable -aceleración de la muerte- está legitimada por la búsqueda de un fin bueno -paliar el dolor-.

La aceptación de la eutanasia pasiva se argumenta también en la visión que la iglesia tiene de la vida terrenal, donde esta constituye un valor fundamental pero no absoluto; esto implica que la vida física debe acabar e ir hacia una instancia más transcendental, la eternidad de donde

proviene toda vida (Jaime Iván Sánchez Gordillo, 21m58s); el sujeto debe estar preparado para renunciar a su vida aceptando la condición efímera de la humanidad y la voluntad de Dios. Intentar mantener la vida en perjuicio de la calidad y la dignidad humana es totalmente mal visto, todos tienen derecho a una muerte tranquila y serena, pero sin acelerarla deliberadamente.

En torno a esto la ética católica ha dicho que “la persona tiene licitud de renunciar a los medios extraordinarios” (Novoa, 1995, p. 184) cuando estos ya no representan un beneficio para sí mismo. La iglesia, de manera oficial desde *Iura Et Bona*, sustentado que “es lícito interrumpir la aplicación de tales medios, cuando los resultados decepcionan las esperanzas puestas en ellos” (citado en Jaime Iván Sánchez Gordillo, 24m30s). En el mismo sentido se expresa la Conferencia Episcopal de Colombia en 1997, en su numeral 5 “no hay obligación de someter al paciente terminal a nuevas intervenciones quirúrgicas, cuando no hay certeza de hacerle llevadera su vida” (p.1), también en su numeral 6 “es lícito suministrar narcóticos y analgésicos que alivien el dolor, aunque atenué la conciencia y provoquen de modo secundario un acortamiento de la vida” (p. 2) y en su numeral 7 “es lícito dejar de aplicar procedimientos extraordinarios a un paciente en coma cuando haya perdido toda actividad cerebral” (p. 2). Lo anterior demuestra la defensa que hace la iglesia a la buena muerte y respalda al ser humano para que opte por las renunciaciones a medios extraordinarios y acepte su condición de mortal.

Frente a la eutanasia activa la iglesia católica ha expresado un rechazo enfático y una postura condenatoria, desde *Iura Et Bona* y *Evangelium Vitae* hasta los diferentes documentos y pronunciamientos emitidos por la Confederación Episcopal de Colombia en 1997, 2007, 2008, 2012 y 2019. Oficialmente el catolicismo ha definido esta forma de morir como un crimen, una falta grave a la moral, equiparable al homicidio y al suicidio puesto que atenta contra la ley natural al eliminar la vida de manera extraordinaria. Desde *Evangelium Vitae* se define esta práctica como “una grave violación de la ley de Dios, en cuanto asesinato deliberado moralmente inaceptable de una persona humana” (citado en Sánchez, 2019, p. 8). En esta misma línea se pronuncia la Confederación Episcopal de Colombia (1997, pp. 1-2), en el decálogo contra la eutanasia, en su numeral 1 “nunca es moralmente lícito la acción que por su naturaleza provoca directa o intencionalmente la muerte del paciente” y el numeral 10 “la eutanasia es un crimen contra la vida y la ley divina y todos los que intervienen en la decisión son culpables”. Estos apartes de textos oficiales de la iglesia católica ofrecen algunos elementos que permiten analizar el discurso que esta tiene frente a la eutanasia: la inviolabilidad de la vida, la moralidad y la ley divina o natural.

Como un primer argumento en contra de la eutanasia activa se antepone la sacralidad de la vida, se aduce que el ser humano experimenta la vida como un don, un regalo y debe cuidarla hasta que el creador reclame dicho bien, tal como lo afirma Novoa (1995, p.183) “la vida es un don de Dios y el más valioso que poseemos, por lo que merece una verdadera veneración”. Para la iglesia católica la vida es un bien moral (Ibíd. p. 181) inviolable, que se experimenta como un regalo de Dios y solo este tiene el señorío sobre ella, es decir solo en su voluntad recae darla y quitarla, esto implica que “la vida no le corresponde a ninguno de nosotros” (Radio María Colombia, 1m11s), nadie puede decidir sobre su vida o la de otro sujeto. La vida ha sido un bien que ha defendido la iglesia durante toda su historia tal y como lo enseñó Cristo (Beltrán, 2014, p 11). Para esta doctrina la vida viene acompañada de un mandato divino: respetarla, cuidarla y hacerla productiva desde su concepción hasta el momento de la muerte natural. Sustenta que la vida es un derecho fundamental y tiene primacía sobre cualquier otro derecho, como el de la autonomía y ello se evidencia en uno de los mandamientos dados a Moisés que textualmente prohíbe eliminar la vida de cualquier forma, “no mataras”. La existencia, en la concepción católica, es un acto que proviene del amor de Dios hacia el hombre y a la existencia en general y de esta misma manera el hombre debe corresponder a ese amor velando por el bien de esta y conservándola hasta que la voluntad del creador dicte el final.

La defensa tajante que hace la iglesia católica de la vida se realiza desde lo que denominan la teología moral. Atentar contra la vida, por cualquier medio, es una afrenta directa a los deberes que tiene el sujeto con Dios. Para el catolicismo, la moral se fundamenta desde el decálogo dado a Moisés, llevar una vida recta implica cumplir los mandamientos (Beltrán, 2014, p. 5), la ley divina, la palabra de Dios escrita, que abarca los diez mandamientos, quien desee ser un verdadero hijo del creador debe seguir el ejemplo de moralidad instituido por Cristo, que fue velar y cumplir dichos mandatos. Principalmente la moral católica repudia la eutanasia activa desde el valor absoluto y permanente del mandamiento “no mataras”, puesto que se entiende que dicha prohibición abarca cualquier forma de provocar la muerte que no sea de manera natural y vaya en contravía del señorío de Dios sobre la vida y responde a la lógica del maligno -demonio-. Ligado a la ley divina se encuentra la ley natural que consiste, según la ética y teología moral, en el transcurso normal por el que se desenvuelve la vida: concepción, nacer, crecer, reproducirse y morir (Beltrán, 2014, p 4), cada sujeto tiene su camino trazado y destinado y este no puede torpedear o evadir el destino que se le ha asignado; optar por la eutanasia es rechazar toda voluntad divina que ha sido predispuesta.

Igualmente, para la iglesia cuando se habla de eutanasia es hacer una apología a la “cultura de la muerte” tal como lo sostenía Juan Pablo II (Citado en Murillo, 2010, p. 114), esta se caracteriza porque la solución a los problemas que inquietan a la sociedad es la muerte. Por lo anterior la eutanasia es vista como un método que tiende al utilitarismo puesto que busca eliminar el peso económico y emocional que representan los enfermos, ancianos y limitados físicos para la sociedad en general (Novoa, 1995, p. 185), es decir se percibe la vejez y la enfermedad como un elemento inútil para el desarrollo de la sociedad (Delgado, 2017, p. 230).

Para la iglesia, aunque es reprochable la provocación intencional de la muerte no se puede negar que el sujeto tiene derecho a una muerte digna, por ello hace una distinción clara entre esta y eutanasia. “El magisterio católico asume el derecho a morir dignamente al señalar que no son ideales éticos mantener una existencia sin calidad de vida o utilizar medios desproporcionados en caso de una enfermedad terminal” (Novoa, 2016, p. 166). Dentro de sus sistemas de valores y creencias el morir con dignidad se da cuando la muerte se presenta, de manera natural, humanamente serena y cristiana, igualmente cuando se está rodeada de la confesionalidad, del afecto y cuidado de su familia y sin dolor extremo (Jaime Iván Sánchez Gordillo, 20m42s).

Para la iglesia, como cristianos se está llamado a soportar el dolor físico y el sufrimiento, ya que estos son elementos inevitables de la condición humana. Estos al final de la vida se deben experimentar como algo positivo; toman un significado especial puesto que la vivencia de estos se asume como imitación y una participación en la pasión de Cristo, -acerca al sujeto al suplicio de este y a la redención- y como ejercicio de virtud (Beltrán, 2014 & Pérez, 2003). La figura de Jesús es usada como símbolo de la moralidad y en especial de la obediencia al designo divino al final de la vida, este asumió con total sumisión su suplicio, soporto el dolor hasta que el padre reclamo su vida y lo elevo a su presencia en la eternidad; este ejemplo se espera que sea seguido por todos los que se consideran cristianos, adoptar la misma obediencia y tener la fuerza para soportar el dolor y sufrimiento que acarrea el final de la vida.

2.2 Desde el Tribunal

Frente a la eutanasia, desde la perspectiva del Derecho en Colombia no existe un consenso en el discurso, sino que se evidencian dos posiciones. Por un lado, los detractores de la despenalización de la práctica y por el otro, quienes la apoyan. Dicha división se fundamenta principalmente en la interpretación que cada sector hace de lo que las leyes -principalmente de la

Constitución Política- promulgan en torno a la vida, la dignidad y la muerte autodeterminada y, especialmente, sobre la categoría de derecho fundamental. Entre dicho fraccionamiento del discurso, se rescata que existe de manera implícita un consenso: que la muerte debe presentarse de la mejor manera posible y que una mala muerte -distanasia- debe ser algo reprochable, un escenario que no debe presentarse para ningún sujeto y el Estado debe ser garante de ello. Vale aclarar que, aunque es evidente dicha dualidad en esta rama del saber, en Colombia existe una protección jurisprudencial, dada por la Corte Constitucional desde 1997, al derecho a morir dignamente -que abarca la eutanasia-.

Para los detractores de la despenalización de la eutanasia activa en Colombia, el derecho a la vida es un bien protegido y el pilar desde el cual se erige cualquier Estado Social de Derecho y este tiene como deber velar por ella, su cumplimiento y protección -tal como se dicta en la Carta Magna-. Consideran que la vida es un bien jurídico tutelar (Trejo, 2017, p.42); el primero de los derechos fundamentales, indisponible, universal, imprescriptible, absoluto, incondicional, puesto que sin este no se podrían desarrollar los demás derechos (Aguilar, 2016, p 19), además es sagrado e inviolable (Grajales, Rodas, Güiza & Fernández, 2016, p. 30) -goza de carácter primordial frente a los otros derechos-. Tal como se expresa el Magistrado José Gregorio Hernández en su salvamento de voto frente a la Sentencia C – 239 de 1997 de la Corte Constitucional “la vida humana, como presupuesto necesario de todo derecho, goza de una jerarquía superior en cuya virtud prevalece frente a otros derechos, de tal manera que se impone sobre ellos en situaciones de conflicto insalvable”.

Dicha consideración de la vida como un derecho fundamental se reafirma en la interpretación que hacen de expresiones como la expuesta por La Asamblea Nacional Constituyente, donde dicen que “la vida es un valor ilimitado y debe tener una protección, digamos, ilimitada” (citado en Grajales, Et al, 2016, p. 26). Igualmente, en la consagración constitucional y protección de la vida emanada desde la Carta Magna, especialmente en su artículo 11 cuyo tenor es “el derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte”. En esta posición el derecho fundamental a la vida se encuentra en un primer renglón y los demás -aunque también con carácter fundamental- se encuentran en un segundo lugar. La vida es el primero y el más importante, puesto que de este se deriva el desarrollo de todos los demás derechos que posee el sujeto.

Quienes aceptan esta concepción jurídica de la vida sostienen que la eutanasia sigue siendo un acto punible, ya que supone un atentado contra el principal bien jurídico protegido por el Estado

colombiano, y, además, se sostiene que la naturaleza humana no posee dominio sobre el propio ser (García, 2016, p. 207). Aceptar una legitimidad jurídica de la eutanasia activa llevaría a que “el derecho a la vida pase de ser inviolable y fundamental a un derecho de carácter renunciabile, disponible, lo cual desdibuja su carácter fundamental” (Pereira Otero, 2013, p. 268). De igual manera sostienen que es inoficioso hablar de eutanasia, ya que cuando un sujeto solicita dicha práctica, lo que en realidad está pidiendo es que se le alivie el dolor que lo agobia y esa práctica es innecesaria frente a los avances de la ciencia y la medicina que posibilitan unos cuidados paliativos que le garantizan al paciente que su dolor se verá disminuido lo más posible sin necesidad de poner fin a su vida (García, 2016, p. 212).

Ahora, la discusión sobre la eutanasia se pone en un punto álgido y llega a su principal nudo irresoluble cuando se habla de si existe un derecho a morir dignamente o no, y en especial si este puede tener el carácter de fundamental. Para los opositores tal derecho no existe; en esa vía el Magistrado Vladimir Naranjo (citado en García, 2016, p. 208) dice que se entraría en un principio lógico de contradicción, porque el derecho a la vida no puede coexistir con el derecho a la muerte, ya que “para el viviente ser y vivir son lo mismo, y no puede conjugarse con el derecho a no ser”. Igualmente se afirma que morir dignamente más que ser un derecho fundamental es una aspiración de todos los sujetos y que una sociedad y un Estado liberal deben garantizar que esta ocurra sin obstáculo alguno; además, que consagrar esta práctica como un derecho fundamental es imponer una conducta que debe darse por un consenso social (Trejo, 2017, pp. 39 - 40). Para esta posición hablar de muerte digna no es correcto, sino que debe usarse el concepto de humanización del final de la vida, el cual consiste en que cuando hay una persona con una enfermedad incurable es lícito “proveerle atención médica, cuidados paliativos, evitar procedimientos abusivos, mitigar su dolor y, si es creyente, ofrecerle la posibilidad de una asistencia espiritual” (García, 2016, p. 216).

A esta perspectiva se le opone la de los partidarios de la eutanasia, que afirman que hablar de un derecho a vivir dignamente implica que hay uno a morir en esa misma condición, estos deben conjugarse juntos y el Estado está en la obligación -y además cuenta con las herramientas jurídicas- de velar porque ambos se desarrollen en completa dignidad humana, respetando siempre la libertad y autonomía del sujeto y por ello, para el caso colombiano se debió elevar la muerte digna a la categoría de derecho fundamental para fijar que dichas garantías se cumplieran y se ejerciera sin obstáculos y de manera eficaz este derecho (Trejo, 2017, p. 41). Para este sector que reconoce la eutanasia como un derecho, entiende esta no solo como la posibilidad de poner fin voluntariamente

a una vida y a un padecimiento, como es el caso de solicitar y acceder a la aplicación de la eutanasia; sino que también debe entenderse que esta se presenta cuando la muerte se da en condiciones dignas, tales como un ambiente de tranquilidad y en paz (Trejo, 2017, 39), en compañía de sus seres queridos, con una atención médica necesaria para que su padecimiento, físico y psíquico sea menos cruel (Ibíd. p. 35). No puede equipararse los términos morir dignamente con eutanasia, porque la primera abarca todo un espectro de maniobras médicas al final de vida que cada sujeto evalúa como válidos y acorde a lo que concibe como el valor de su vida y opta por el que considera mejor; tales maniobras pueden ser la asistencia al suicidio, los cuidados paliativos y la eutanasia -tanto activa como pasiva-. (Lozano Villegas, 2001; Pereira Otero, 2013).

Ahora, para quienes defienden la eutanasia activa, cuyo personaje más destacado es Carlos Gaviria Díaz, quien puso el debate sobre esta práctica en el punto más alto con una postura más liberal, interpretan y sostienen que el derecho a la vida no puede limitarse a la mera existencia biológica, sino que se integra con otros valores y derechos del ser humano (Ortega Díaz, 2015, p. 34), tales como la libertad, la autonomía personal y el libre desarrollo de la personalidad. De igual manera, la vida está íntimamente ligada con la dignidad humana (Grajales et al, 2016, p. 27), puesto que esta irradia todos los demás derechos del sujeto. Es decir, la vida no es solo la pura existencia biológica de un individuo, sino que esta debe estar relacionada con su calidad de vida, con el valor que este le da a su existencia. Esta relación estrecha con otros derechos fundamentales les permite afirmar que la vida no es un valor absoluto, es decir que no existe en sí y para sí, sino que su presencia tiene sentido en relación con otros valores y derechos inherentes al ser humano.

De igual manera se recalca que la vida es un derecho y no deber, por tanto, resulta legítimo que su tutelar -el sujeto-, quien ejerce como legítimo dueño, tiene potestad de destruir o perfeccionar la vida, tal como lo sostiene Carlos Gaviria (citado en Sapuy Benavides, 2017, 73), y es legítimo que este entré a disponer de la misma, en razón que se acepta que no está obligado a llevar una vida en condiciones tales que vulnere su dignidad” (Trejo, 2017, p. 44), es decir, al ser un derecho del individuo, este puede elegir cuándo usarlo y cuándo no; adicionalmente la protección de un derecho se garantiza hasta cuando el tutelar desea ejercerlo; en otras palabras, el Estado no puede defender a ultranza la vida de un sujeto cuando este ya no desea ejercer más dicho derecho porque considera que su vida ha perdido sentido. En esta misma vía se expresa Leonardo Rodríguez (citado en Sapuy Benavides, 2017, p. 73) “nadie tiene derecho a obligar a una persona, ni siquiera la misma religión, a sufrir, o supuestamente ‘vivir’ un sufrimiento que difícilmente se

puede sobrellevar” y esto se soporta en la visión del hombre como un sujeto moral autónomo capaz de elegir deliberadamente, conforme a sus creencias o cosmovisiones, lo que considera bueno y malo para sí. Para esta posición el derecho a la vida no puede ir primero que los demás, sino que está en el mismo plazo y estrechamente relacionado con otros derechos fundamentales, en especial con el de la dignidad humana, no es simplemente vivir, sino que es vivir dignamente y la dignidad abarca la autonomía personal y la libertad del sujeto.

Para Carlos Gaviria Díaz la dignidad humana y su protección son la justificación de la existencia del estado colombiano (Canal Juanacostanavas 8m20s). El Estado se encuentra obligado a proteger la vida, pero haciendo esta función compatible con el respeto a la dignidad humana, autonomía personal, el libre desarrollo de la personalidad y la prohibición de los tratos crueles e inhumanos frente a los derechos inalienables protegidos por la constitución (Lozano Villegas, 2001, p. 98).

Este sector partidista de la eutanasia activa hace una interpretación más hacia la dignidad humana y la vida, que de esta última por separado y por ello sostiene su defensa aduciendo que la dignidad humana es un el valor intrínseco e inalienable de cada persona por ser único y contar con el poderío sobre sí mismo para elegir y ser autónomo y así mismo escoger y desarrollar un plan de vida (Grajales et al, 2016; Ortega Díaz, 2015; Sapuy Benavides, 2017 & Trejo, 2017), es decir la dignidad humana cobija la autonomía y la libertad de un individuo para moldear su vida sin que esto afecte la dignidad del otro.

Por lo anterior el derecho a morir dignamente tiene sustento en la dignidad humana puesto que “bajo el presupuesto que esta corresponde a la libre elección del individuo, que este acorde con sus expectativas e intereses, con su forma de ver la vida” (Trejo, 2017, p. 38). La eutanasia puede conjugarse bajo los preceptos de dignidad, autonomía y libertad del sujeto, ya que tiene la posibilidad de evaluar, como sujeto moral, las condiciones de su vida y elegir -alegando autonomía y libertad- si renuncia a su derecho a la vida precisamente para evitar que su dignidad resulte menoscabada o vulnerada. (Grajales et al, 2016, p. 31) y frente a esta decisión y forma de morir el Estado no puede imponer modelos de vida que el sujeto valora como indignos, ya que la condición de Estado pluralista le prohíbe imponer cierta moral o conductas, al igual, que en su ordenamiento jurídico se protegen estos principios -dignidad humana, libertad y autonomía-.

Aunque las discusiones dentro del Derecho sobre la legalidad o no de la muerte digna no paran y parecen ser irreconciliables, es claro que Colombia posee una jurisprudencia que consagra

y protege el derecho a morir dignamente y ello se evidencia desde la Sentencia C -239 de 1997 de la Corte Constitucional, donde legaliza la eutanasia activa en el país y consagra el derecho a morir dignamente, aduciendo que el derecho a la vida no puede primar sobre la dignidad humana y menos sobre la autonomía.

Desde las decisiones que ha tomado la Corte Constitucional frente a la muerte digna no puede arrojarse una definición univoca para dicho concepto, lo único que se aclara es que esta forma de morir puede materializarse de diversas maneras, como los cuidados paliativos, la asistencia al suicidio, la eutanasia activa y pasiva. Con respecto a la eutanasia no existe una definición única y totalmente aceptada, por lo que la Corte se ha esforzado más en definir los elementos que la componen que por emitir un concepto formal (Ortiz Ávila, 2018, p. 52), pero en la Sentencia T 970 de 2014 se esboza está en sus acepciones de pasiva y activa; donde la primera se da cuando se busca que la muerte se produzca por la omisión de tratamientos extraordinarios que mantendrían la vida del paciente y frente a la activa sostiene que se presenta “cuando existe un despliegue médico para producir la muerte con suministro directo de alguna droga”. Finalmente define que los cuidados paliativos son un “tratamiento que dignifica la vida de quien inevitablemente va a morir pero que su voluntad no es otra que llegue la muerte de forma natural” (p. 52).

La Corte Constitucional se ha esforzado más en definir los elementos que permiten concebir la eutanasia de manera más clara. Como primer criterio debe existir un sujeto pasivo que padece una enfermedad incurable. En segundo lugar, debe haber un sujeto activo que realice la acción u omisión, este debe ser un médico. Por último, debe producirse por petición expresa, reiterada e informada del paciente y finalmente, la muerte debe darse de forma indolora y dignificante para el sujeto.

2.3 Desde el Consultorio

En el discurso médico alrededor de la eutanasia en Colombia no se encuentra una unidad de criterio (Sánchez Torres, 1997, p. 61) sino que se presenta un panorama dividido e igualmente radicalizado, pero con una mayor tendencia a la desaprobación de esta práctica; dejando entre ver que los médicos que están a favor de la eutanasia son la excepción y no la regla. Tanto la postura a favor -vitalistas moderados- como en contra -vitalistas radicales- se fundamentan en la concepción que se tiene de la vida, la dignidad, la muerte digna y principalmente en la función del

médico de acuerdo con las leyes y presupuestos que los cobijan. Un único punto de encuentro entre estas es el rechazo total y la consideración antiética de permitir que se presente una mala muerte -distanasia- para el paciente sin importar su condición.

Para la corriente más radical -quienes se oponen a la eutanasia-, la vida es un valor (Merchán Price, 2008, p. 45), posee un carácter inconmensurable, es única e irrepetible (Ortega Díaz, 2015, p. 48), goza de indisponibilidad e irrenunciabilidad, igualmente, es el bien máspreciado de toda persona (Sánchez Torres, 1997, p. 62); nadie puede disponer de ella ni siquiera el propio el sujeto, este “no tiene poder sobre su vida, ya que esta es entendida como la fuerza natural biológica y vital que lo mantiene ‘vivo’” (Merchán Price, 2008, p. 44). La vida se le es dada al sujeto por la naturaleza y su transcurrir empieza desde el momento de la concepción y termina con la muerte natural, dicho proceso biológico debe respetarse sin alteración alguna, ya sea en virtud de suprimir la vida o de alargarla innecesariamente. Igualmente, se considera que esta hay que mantenerla bajo cualquier circunstancia, puesto que “estar vivo es lo que importa, como se viva es algo secundario” (Sánchez Torres, 1997, p. 62). Por lo anterior, la principal función y deber esencial, ético y legal del médico es respetar, proteger y mantener la vida como un hecho biológico y velar por la salud del paciente (Delgado, 2017; Francisconi, 2007; Merchán -Price, 2008), por lo que dichos profesionales “están entrenados para ver la muerte como una enemiga, una amenaza o un fracaso” (Álvarez Echeverri, 1991, p. 39). Estos son los únicos ciudadanos que precisamente por desempeñar dicha profesión, están ética y jurídicamente impedidos para matar (Merchán Price, 2008, p. 43). Y ello se sustenta por las directrices que guían el accionar de los profesionales de la salud como el Juramento Hipocrático, posteriormente, la Declaración de Ginebra y a nivel nacional, con la Ley 23 de 1981 (Ortega Díaz, 2015, p. 55).

Para este sector de la medicina que se opone a la eutanasia, para hablar de dignidad se debe hacer una distinción importante de dicho termino para no confundir entre la dignidad del individuo – o de la vida- la cual es dada por el solo acto de que el sujeto está vivo biológicamente; su protección atañe al Estado y al médico en la misma proporción y la dignidad del individuo vivo – o humana- la cual se da por el hecho de que el individuo posee una singular capacidad de autodeterminación -guiar su vida-; la protección y respeto de esta le corresponde en igual medida al Estado y al sujeto (Merchán Price, 2008, p. 43). La dignidad del individuo, para el médico, no se anula porque el paciente haya perdido su capacidad de autodeterminar su existencia, sino que esta mantiene su vigencia por el hecho de que el sujeto es un humano vivo (Ibíd. p. 43).

La eutanasia es entendida según la Asociación Médica Mundial como el “acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, sea por su propio requerimiento o a petición de sus familiares” (citado en Rodríguez Jurado & Rodríguez Holguín, 1999, p. 102). Esta práctica no constituye un acto médico, sino que por el contrario es vista como una contradicción a su principal función porque “en vez de tratar y formular métodos que ayuden a sanar algún mal, tiene como resultado extinguir la vida del paciente evitando padecimientos infructuosos” (Delgado, 2017, p. 231). Para esta posición la eutanasia es producir la muerte del paciente y ello lleva a que incurrir en esta se considere una falta grave a la ética y una negación de la medicina. Igualmente la califican como “una salida fácil, cobarde, peligrosa ante una situación de sufrimiento” (Rodríguez Jurado & Rodríguez Holguín, 1999, p. 102). Igualmente, no existe una distinción entre eutanasia activa y pasiva, ya que existe una diferencia entre producir la muerte y permitir que esta se dé (Gempeler Rueda, 2018, p. 182). La segunda acepción no se entiende como un acto eutanásico porque se percibe que ello es dejar que la muerte ocurra inevitablemente mientras que la primera denominación es matar al sujeto de manera deliberada (Gutiérrez Jaramillo, 1997, p. 103). Dejar morir abarca actitudes como las que sostiene Ochoa (1997):

- A. La decisión de interrumpir un tratamiento que ya no sirve para que el enfermo mejore o se cure y que puede incluso aumentar sus problemas.
- B. La decisión de no iniciar un tratamiento que se supone no va a mejorar al enfermo y
- C. la utilización de medios agresivos, en casos extremos para aliviar el dolor y el sufrimiento, aunque acorten la vida. (p. 103)

Dejar que la muerte ocurra sin interponerse no constituye un acto eutanásico, sino que consiste en hacer consciente que la muerte es un fin ineludible y que no es válido mantener la vida de un paciente que no tiene posibilidades de supervivencia (Álvarez Echeverri, 1991, P. 40), por ello es válido y ético la suspensión de cualquier tratamiento que resulte costoso e inútil para el paciente, ya sea por petición de este o por juicio del médico tratante. Y en esta medida los médicos consideran que cualquier persona tiene derecho a decidir sobre su cuidado personal al final de su vida, de aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico y es libre de admitir que su condición es terminal y de ‘entregarse’ al transcurrir natural de su enfermedad y esperar morir por consecuencia de ello (Álvarez Echeverri, 1991; Merchán Price, 2008), además, el profesional de la salud no está

obligado y tampoco es correcto prolongar o mantener la vida del paciente a cualquier costo con medidas desproporcionadas y absurdas (Merchán Price, 2008, P. 44), el médico debe ser consciente de la limitación de los esfuerzos terapéuticos (Gempeler Rueda, 2018, P. 182) y cuándo la mejor opción es dejar que la naturaleza siga su curso.

Ante la posibilidad de la eutanasia, quienes se oponen a esta, sostienen que la medicina ofrece alternativas distintas al asesinato para los enfermos terminales, como es el caso de los cuidados paliativos como la principal terapia para un paciente cuya condición es irreversible, ya que esta va encaminada a aliviar los dolores y sufrimientos de la gran mayoría de individuos en ese estado (Ochoa, 1997, P. 104). En este acto médico la finalidad ya no es restablecer la vida y la salud del sujeto –ya que se admite que ello no es posible–, sino que busca acompañar y paliar el dolor del paciente sin tener que suprimir la vida; ayudarlo en su proceso de morir (Gutiérrez Jaramillo, 1997, p. 157) y respetando en todo momento su dignidad individual y su dignidad humana.

Finalmente, para este sector no puede entenderse muerte digna con terminar deliberadamente una vida. La eutanasia no cabe dentro de las formas en las que el morir con dignidad se presenta. Esta última es una realidad que se reconoce y vive todos los días en la práctica clínica hospitalaria (Gempeler Rueda, 2018, p. 179) y se concibe como el proceso de morir que se le presenta al paciente de manera oportuna, tranquila, en el mejor ambiente posible, acompañado por su familia, rodeado de afecto, con una tecnología médica que mengue su dolor, un trato humanizado, que prime el respeto por su visión metafísica y religiosa y se le asigne una asistencia acorde a sus creencias e igualmente el respeto por las decisiones y disposiciones que el paciente tome para el final de su vida (Gutiérrez Jaramillo, 1997; Gempeler Rueda, 2018).

Ahora, aunque en el discurso médico hay una mayor tendencia a desaprobado la eutanasia, existe un sector minoritario que defiende la despenalización y aplicación de esta. Este segmento sustenta que si bien la vida es algo que se recibe o experimenta como un don, también, como firma el médico Gustavo Quintana – quien ha practicado más de 200 eutanasias–, cada sujeto es dueño único y legítimo de su vida (Canal Noticias Caracol, 10m22s) y puede disponer de ella como desee, esta se erige como un derecho (Rodríguez Jurado & Rodríguez Holguín, 1999, p. 102) y esa potestad no se agota sino hasta que su vida ha cesado completamente. Pero esta vida no puede ser solo un hecho biológico, sino que debe ir acompañada de factores que la hagan valedera para cada sujeto, por ello, esta posición concibe esta de manera conjunta al concepto de calidad. Y, aunque

la calidad de vida es materia de abundante discusión, puesto que los indicadores para medirla son sociales y por ende cambiantes (Ibíd. p. 103), debe ser tomada en cuenta a la hora de hablar del pronóstico de un paciente y más, cuando su estado es terminal.

De igual manera, esta posición considera la eutanasia puede estar en completa armonía con la medicina si se observa bajo los cuatro principios rectores de todo actuar en esta área: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Responde al tercer criterio cuando se reconoce y acepta que es un paciente quien solicita, de manera deliberada, la eutanasia debido a su condición. Va en el mismo sentido del primer y segundo indicador cuando el médico que accede a realizar la eutanasia reconoce que le está haciendo el mejor bien al paciente y no le está provocando un mal que le haría más daño. Y obedece a la justicia cuando del acto se derivan beneficios o alivios tanto para el paciente – que termina su dolor-, como para su familia que se le ahorra un dolor excesivo y obtiene un rédito económico (Sánchez Torres, 1997, p 61). Además, la eutanasia califica como acto médico ya que “uno de sus objetivos es evitar el sufrimiento y dolores producidos por diversas enfermedades y dada su realización se pueden impedir” (Delgado, 2017, p. 231).

Para esta posición todo sujeto puede gozar de su libertad hasta el último momento de su vida y que se le respete siempre su autodeterminación, ello implica que, así como hay un derecho a vivir dignamente hay un derecho a morir en esa misma condición. Este sector entiende morir dignamente como aquel proceso al final de la vida donde al paciente se le respeta su libertad de decisión sobre su existencia y se le permite disponer de las condiciones para que su muerte ocurra y que transcurra en un ambiente tranquilo y respetuoso, rodeado del afecto de su familia y seres queridos, con la asistencia emocional, médica y espiritual que la persona desee (Mendoza Vega, 2005, pp. 166-167). Este derecho del paciente abarca procedimientos como los cuidados paliativos, la asistencia al suicidio, la eutanasia -activa y pasiva-; propendiendo siempre porque la muerte se presente de manera oportuna evitando una prolongación innecesaria dando paso a una muerte lenta, prolongada y dolorosa para el sujeto, anular cualquier posibilidad de que llegue a presentarse una distanasia, una mala muerte.

3. *Capítulo 2: Lo “Psi” de la eutanasia*

En el capítulo anterior se esbozaron los argumentos fundamentales de los discursos imperantes en torno a la muerte por eutanasia; como una contribución particular del presente trabajo, a continuación, se expondrán los hallazgos encontrados en el trabajo de campo, mismos que servirán para abonar los argumentos sobre una posible conceptualización de la Psicología respecto al tema.

Una vez categorizada la información suministrada por los informantes se puede notar, de un modo general, que los psicólogos en su formación de pregrado no cuentan con espacios formativos o de debate donde aborden temas relacionados con la muerte, el proceso de morir, la bioética, la eutanasia, ni los cuidados paliativos o la muerte digna. Los tres informantes no referencian que durante su pregrado hayan cursado alguna materia referida a dicha temática de manera imprescindible para su ciclo formativo, y los que pudieron cursar fueron en modalidad optativa -de manera voluntaria-, y que su formación hacia el cuidado al final de la vida se dio por un deseo particular que se nutrió en estudios posteriores, como de posgrado o especializaciones. El estudiante o profesional en Psicología que le interese conocer y profundizar en este tema y le motive para su práctica profesional la atención de los procesos de morir debe acceder a niveles formativos superiores, donde el foco sea los cuidados paliativos, la bioética y el acompañamiento al final de la vida. Y este hallazgo se complementa con un paneo general realizado a los planes de estudio en Psicología de once universidades en la ciudad de Medellín, donde en ningún pensum se contemplan cursos relacionados con estos temas, de manera obligatoria, en la formación del psicólogo.

Ahora, se desarrollarán las subcategorías, que para fines analíticos y prácticos se englobaron en la categoría “cuestiones sobre el final de la vida”, la cual agrupa aquellas subcategorías concernientes a las particularidades que los informantes han logrado visualizar durante su praxis profesional en los pacientes enfrentados a un proceso de muerte inminente.

En las entrevistas realizadas se alcanzó a identificar que la población atendida por las personas entrevistadas está conformada por pacientes que padecen una enfermedad crónica avanzada, como el cáncer, que reciben un tratamiento paliativo; que su pronóstico está rodeado de incertidumbre y quienes en su discurso manifiestan un dolor, un sufrimiento y un padecimiento constante; además, están hospitalizados en alguna institución o domiciliariamente. Frente a estas

características de la población atendida, uno de los informantes sostiene que son pacientes que se hallan “bien avanzados en su proceso de enfermedad” y sumado a ello “hay muchas limitaciones, muchos de ellos, en su gran mayoría, postrados en cama o movilidad reducida y con diagnósticos que se considera que son amenazantes para la vida”.

Entre los testimonios es recurrente la referencia al impacto que genera en el paciente un diagnóstico de enfermedad terminal, todo el movimiento que se forma en la realidad psíquica de un sujeto, que constituye el cómo reacciona y asume este la inminencia de un diagnóstico que pone en jaque su salud y lo enfrenta a la muerte. Uno de ellos sostiene que el anuncio de un diagnóstico es sumamente complejo, pues la sola palabra que nombra la enfermedad genera una reacción muy fuerte “a nivel psicológico, emocional, existencial y espiritual”, concluye expresando que:

La hora de escuchar la palabra ‘cáncer’ es como si le dijeran ‘¡hey, acordate que vos sos un ser mortal y si te vas a morir!’; es un recordar de lo vulnerables que estamos ante la vida, si me hago entender, que somos seres mortales y nosotros no creemos.

Del mismo modo se manifiesta otro de los informantes, quien relata que “cuando el paciente recibe esta información o diagnóstico inmediatamente como que lo convierte a muerte” y ello lleva a que se hagan unos movimientos psíquicos dentro del paciente: hay un cambio en la percepción de sí mismo, pues se altera su ritmo de vida, en su cotidianidad, hay pérdidas o cambio de roles que se ejercen; el enfermo realiza “un proceso de duelo en relación [...] a su condición de salud”. Igualmente sostiene que el paciente puede sentir que sus expectativas y proyectos se ven vulnerados porque perciben que “todo está mal, las cosas no van a suceder como yo esperaba”.

A lo largo de las entrevistas se alude al sufrimiento del paciente, como un malestar emocional derivado de múltiples causas, donde una de ellas es el dolor físico que se produce en el organismo debido a la enfermedad y al ser testigo del desgaste o deterioro del cuerpo; este sufrimiento desencadena en el paciente unos estados de irritabilidad, episodios depresivos e incluso temores ante la vida y la muerte que conlleva a la activación de mecanismos defensivos o resistencias frente a todo aquello que le pueda representar una sobrecarga psíquica y un posible desbordamiento de los recursos intrapsíquicos del paciente. Tal como lo expresa uno de los informantes cuando manifiesta que “es algo que en muchos casos incluso desborda sus recursos internos, para esas condiciones que la enfermedad genera”.

Los tres entrevistados concuerdan en afirmar que el sufrimiento va ligado al dolor físico y se puede sustentar que este es un generador primario, ya que los pacientes están "... siendo afectados por las limitaciones que la enfermedad pone" (informante 1). En esta misma línea se expresa otra participante, cuando dice que "...personas que vienen con un padecimiento provocado por una enfermedad, cáncer, y eso desencadena una ría de cosas en ellos que varía según cada cual [...] como pérdidas, pierden una pareja, un empleo, una vida que vivían normalmente", y todo esto induce en el paciente "un sufrimiento psicológico inmenso, llega incluso la realidad de la muerte [...] y eso mueve mucho al paciente".

Otra informante comenta que:

El malestar emocional está relacionado con el dolor [...] estos pacientes que tienen este dolor oncológico, realmente ese dolor es muy difícil, es un dolor que es crónico y que a veces tiende a ser muy difícil en el trato, en el tratamiento como tal. Entonces a veces son pacientes que tienen el dolor descompensado, cierto o como que a veces no tienen la dosis que se necesitan, entonces dicen "yo ya me quiero morir" "yo no quiero más con esto".

Es que el dolor ha sido como uno de los síntomas que suelen ser más difíciles para las personas, pero cuando vemos que es dolor incontrolable, un dolor que no te deja parar de la cama, que por ejemplo no puedes comer, no puedes dormir entonces ya sería como mirar qué tanto ese dolor puede ser un síntoma refractario, ahí si mirar qué es lo que pasa. (informante 3)

Lo anterior va ligado a la percepción que el paciente va construyendo de su enfermedad e incluso de su cuerpo, y esto conlleva, según la informante, a que el paciente pueda manifestar que la condición clínica que padece la vive con mucha dificultad, que le genera malestar el verse o saberse postrado en una cama.

Añadido a ello, otra informante sostiene que así mismo el temor a que el final de su vida se vea empañado por un dolor excesivo, genera sufrimiento, argumentando que en sus consultas la mayoría de los pacientes le expresan "'¡ay doctora! para mí, le pido mucho a Dios que no me vaya a dejar sufrir por dolor' 'yo no quiero que mi muerte llegue con dolor' 'le tengo pánico al dolor'".

Otro informante comenta que se encuentra pacientes con miedo o temores generados por su condición de vulnerabilidad, se sienten temerosos y ello repercute en su condición emocional y

afectiva. Así mismo, expresa que muchos pacientes pueden tornarse agresivos o resistentes a las diferentes intervenciones que se le brindan porque es la única manera que encuentran para que su inconformidad se manifieste o como una forma de pedir que se le garanticen unas condiciones mínimas para la atención de su padecimiento y cuando se procede a prestarle una intervención psicológica eficaz, oportuna y centrada en la escucha la actitud del paciente cambia.

El sufrimiento también puede surgir cuando el tratamiento suministrado no está dando los resultados esperados o dejan de tener un efecto en el control eficaz de la enfermedad y el paciente recae o cuando este hace consciente los cambios corporales que se manifiestan. Una informante relata que le llegan pacientes que le refieren estar muy bien, pero acuden a sus controles médicos matutinos y allí les informan que su enfermedad apareció nuevamente.

Continúa afirmando que:

En los controles aparece que el cáncer reapareció con mayor fuerza, entonces esas recaídas significan para el paciente un impacto mayor psicológico, existencial y emocional porque vuelve y se presenta la muerte con mayor fuerza, después que ya la habían alejado con un diagnóstico favorable.

Y lo anterior conlleva a que el proceso de elaboración de su propia muerte tenga una serie de movimientos, la informante comenta que:

Eso de la muerte es muy fluctuante, es una ruleta, ellos permanentemente en la elaboración del duelo pueden estar en aceptación, pero al otro día o semana están en una negación, pero si, la muerte está siempre ahí para ellos.

También sustenta que “ellos luchan y luchan, pero vuelven y recaen entonces vuelven y hay que ponerles otro tratamiento. Los cambios o deterioro físico los atormentan, los afectan ya que es ver su propia muerte reflejada en su espejo”.

Este generador de sufrimiento desencadena el denominado síndrome de desmoralización, el cual constituye un sentimiento de impotencia o desesperanza frente a la vida, donde el sujeto siente que se encuentra en una situación que no tiene salida o solución por más que se esfuerce en

encontrarla. El paciente concibe un deseo de renunciar a todo tratamiento y dejarse arrastrar por el devenir de su condición clínica.

Este síndrome se evidencia, según una de las informantes:

Cuando un paciente empieza a sentir y pensar que no importa qué se haga, ya nada mejorara o que ya no hay nada que se pueda hacer. A veces se presenta cuando los pacientes están en una enfermedad crónica avanzada y empieza a tener como una angustia existencial.

Según esta informante, este síndrome debe ser diagnosticado con sumo cuidado ya que su sintomatología puede solaparse con algunos síntomas depresivos, tales como “un ánimo triste, como esa angustia, como esas ganas de no hacer nada o a veces como pensar que todo es difícil, como la desmoralización de decir ya no hay nada que hacer”.

A lo largo de las entrevistas se logra detallar que el sufrimiento del paciente está acompañado de una vivencia subjetiva, que consiste en la significación y carga afectiva con la que el paciente reviste la situación de dolor físico que está padeciendo y que le causa malestar. Una informante comenta que “...el paciente puede percibir el dolor como una amenaza, como un daño o una pérdida o como una oportunidad”. Para algunos pacientes “...el dolor ha sido sinónimo de ser inútil [...], el ser inútil va a generar un impacto emocional importante y también en la autoeficacia; y ello va a influir en la percepción y sensación del dolor”.

El enfrentarse a un proceso de enfermedad y vérselas de cara a la muerte, y todas las modificaciones que produce en su cotidianidad, propician en el paciente una serie de necesidades espirituales, entendiendo estas no como estrictamente un concepto religioso sino como una cosmovisión que el sujeto teje de su vida, de su existencia y todo lo que, de alguna manera, le da sentido y sostén a su subsistencia y lo ancla a un anhelo de querer seguir viviendo y por ello constituye un elemento fundamental en la vida del paciente y se activa o toma mayor relevancia al final de la vida o en un proceso de enfermedad crónica.

Una de las informantes hace la distinción entre espiritualidad y religiosidad, al respecto dice que “esta segunda es una forma para poder expresar esa espiritualidad”. Y refiere que la espiritualidad es “el sentido que tiene la persona de su vida [...], también la conexión que tiene consigo mismo, con el mundo, con los demás, con la naturaleza y con una deidad, pues, si cree en una deidad como tal”. Seguidamente comenta que estas son “propias de cada persona y pueden

estar relacionadas con ser reconocido como persona [...] que no es solamente la persona desde su proceso de enfermedad sino también, como la persona que fue y que ahora es” y esto va muy relacionado a “la necesidad de volver a leer su vida, de buscar un sentido, de liberarse de la culpa, como todo ese proceso de perdón; de amar y ser amado”.

Frente a las necesidades espirituales, en el relato de una informante se resalta que estas son de gran importancia en la vida del paciente y reforzadas en el proceso de enfermedad al que se ve confrontado, ya que “nadie nos queremos morir, eso es una realidad ante la muerte” y cuando un paciente está experimentando alguna situación que lo lleva a su límite, como en el caso de vérselas de cara a la muerte, este se aferra, desde sus creencias personales, a ese ser que le dará esa posibilidad de prolongar un poco más la existencia. Ello, genera en el sujeto “una conexión aptitudinal y actitudinal” y estas mueven al paciente a ponerle fuerza, ganas, la motivación a un tratamiento; aferrándose a la idea que si pone un gran empeño personal “Dios me va a ayudar”.

Al encararse al fenómeno innegable de la muerte el sujeto vivencia un miedo a esta, específicamente a la forma en la que puede presentarse -como puede ocurrir-. Durante la investigación se resalta un término, que, aunque coloquial, ha logrado denotar de manera clara este temor que experimenta toda persona que se encuentra al final de su vida: *la morida*. Una informante relata que dicho miedo no es “tanto a la muerte sino a la forma cómo se va a morir”. Similarmente se expresa otra de las participantes, cuando refiere que frente a la muerte se puede “identificar cuál es el miedo que puede generar ese proceso de morir”, que en muchos pacientes es un temor “no tanto a la muerte como tal [...] sino miedo a la morida”.

Lo anterior, da cabida al concepto de morir con dignidad, que dentro de los discursos de los informantes se rescata que dicho término debe tener “una definición muy amplia y debe ser algo multidimensional” (informante 3); y este no necesariamente es sinónimo de eutanasia, puesto que muerte digna no puede definirse “... en simplemente en acabar con la vida y listo”. Aunque el acto eutanásico “...puede ser un aspecto importante” (Ibíd.). En la muerte digna, puede establecerse como premisa que siempre debe prevalecer el bienestar, la libre elección del sujeto, la tranquilidad y la mayor disminución del dolor posible para que el paciente pueda vivir ese proceso en paz.

Cuando se le pregunta directamente por este término, una segunda informante contestó que “morir dignamente ante la enfermedad: primero que los síntomas estén bien controlados, un paciente no tiene por qué morir en sufrimiento, o sea, sufrimiento físico” y que, si bien la enfermedad tiene finales, -es decir, el fin del proceso puede ser diferente para cada uno-, estos

dependerán en gran medida “de donde los tengas y de las complicaciones” que se presenten, a nivel orgánico y físico. Seguidamente expresa que el morir con dignidad abarca elementos como:

Que no se le vulneren los derechos desde la parte del sistema de salud, que el paciente tenga la atención de los profesionales, que pueda morir en su casa, [...] con su familia, que tenga un buen grupo de red de apoyo familiar y social, y tener una asistencia espiritual. (Informante 2).

Esta última, caracterizada por “... un apoyo desde sus creencias espirituales y que se le pueda prestar hasta el final un apoyo puntual al paciente como a la familia a nivel psicológico” (informante 2).

Seguidamente, se detalla que una muerte con dignidad debe estar acompañada de un buen grupo médico- asistencial, que acoja al profesional de Psicología, ya que su presencia en el proceso de morir puede “llevar al paciente a crear consciencia y realidad frente a la enfermedad, frente a la muerte” (Informante 2), permitiendo en el paciente esos sentimientos de tranquilidad, donde el temor no lo agobia y este puede manifestar que “ya me quiero ir” (Ibíd.). Igualmente, el rol del psicólogo es relevante para “facilitar espacios con su familia de acercamiento donde pueda hacer unos acercamientos desde los afectos, que pueda hacer una buena despedida” (Informante 2).

De manera análoga se expresa otra de las informantes al comentar que en el proceso de morir dignamente cobra igual importancia el alivio del sufrimiento del paciente y poderle brindar una calidad de vida, pero esta no referida a lo que cada uno entienda por este término sino desde el contexto del paciente, tratando siempre de “promover en el paciente esa toma de decisiones [...] y darle el acompañamiento pertinente a la familia”.

Hasta acá se ha expuesto todo lo relativo a las condiciones de los pacientes al final de la vida y ahora se hace apropiado presentar la categoría “tratamiento”, donde se recopila todo lo que atañe a las técnicas médicas y psicológicas empleadas para la atención de la población anteriormente descrita.

Según los informantes, cuando un paciente es diagnosticado con una enfermedad crónica y su caso es evaluado por los profesionales, existe una serie de posibilidades de intervención para tratar su condición clínica, tales como los cuidados paliativos o la sedación paliativa y, en definitiva, es el paciente quien elige cuál de las estrategias terapéuticas aprobara para tratar su

condición clínica. Una de las informantes refiere que, en el momento de la recepción del caso de un paciente, a lo que debe proceder el profesional de Psicología es:

... hablarle al paciente frente a las diversas posibilidades que tiene y que también a partir de ellos se tome como una decisión, pero yo no puedo llegar a imponer un tratamiento porque a mí me parece mejor [...] pienso que lo más importante es empezar a psicoeducar.

Para esta misma, se hace transcendental que frente al dolor y el sufrimiento que produce una enfermedad crónica, el paciente cuente con toda la información que se le pueda brindar sobre los tratamientos para lograr el “control del dolor [...] y aliviar el sufrimiento” y que sea este quien tome la decisión frente al procedimiento que podría tratar mejor su condición.

Una de las informantes comenta que la resolución de la condición clínica de un paciente por medio del cuidado paliativo o incluso la sedación paliativa ha llevado a que los pedidos de eutanasia que ha recibido en la institución donde trabaja sean negados, ya que cuando un paciente llega agobiado por el dolor y solicita el acto eutanásico, se le plantea la posibilidad de que ese dolor podría ser tratado por medio de una técnica diferente y así lograr el control o la disminución de este; y entonces el paciente frente a esta alternativa verbaliza su disposición de aceptar dicha intervención puesto que “... ya estaría más tranquilo” (informante 3) y por ello la solicitud de eutanasia es intervenida de otro modo.

Otra informante sostiene que estas técnicas terapéuticas, en especial los cuidados paliativos, han demostrado tener “...un manejo apropiado y óptimo” del paciente, estando siempre ligadas a una valoración clínica y psicológica y una exploración del sufrimiento de este.

Frente a la sedación paliativa una informante refiere que esta intervención “...no busca aplazar la muerte, sino que el paciente no sufra, que el paciente pueda tener calidad de vida, entiendo esta como la disminución del sufrimiento, el tratar de mitigar el sufrimiento a partir de la disminución del estado de consciencia”.

Esta misma participante manifiesta que “... el cuidado paliativo es como todo ese acompañamiento interdisciplinario, cierto, que se le brinda a los pacientes y sus familias” en especial a esos pacientes que tienen un diagnóstico de enfermedad crónica, avanzada y, también, al final de vida. Donde el propósito que plantea esta intervención radica en:

Brindarle al paciente o tratar de ayudarlo [...] a lidiar esos síntomas físicos y también los emocionales, sociales, espirituales a través de este trabajo colaborativo entre los diferentes profesionales y también ayudarlo como a enfrentar toda esta serie de situaciones. (Informante 3).

Asimismo, refiere que muchas personas piensan que el cuidado paliativo es aplicado solamente para la parte final de la vida; para los ancianos y aquellas personas que están próximas a fallecer y que algo que se ignora frecuentemente es que los "... cuidados paliativos se pueden iniciar cuando se empieza un proceso de enfermedad" (Informante 3).

En los tres relatos es frecuente la referencia a que el cuidado paliativo tiene como finalidad aliviar el sufrimiento y el dolor del paciente, permitirle que siga afrontando su condición clínica de una manera menos angustiante y brindarle un acompañamiento basado en el respeto de las decisiones que tome con relación a su proceso de enfermedad. Uno de los informantes manifiesta que si bien lo que se busca con los cuidados paliativos es la disminución del sufrimiento y del dolor del paciente, es pertinente reconocer que si bien la implementación de esta técnica se hace bajo la premisa de hacerle un bien al paciente buscando reducir su angustia y ofrecerle un proceso de morir alejado de angustias, dolor y sufrimiento, es inevitable que se presenten efectos secundarios que pueden generar en el paciente malestares a nivel físico y psicológico, ya que "... son muy fuertes y muchas veces hacen una gran intolerancia eso los lleva a que se afecte mucho esa parte afectiva, psicológica, la esperanza, eso también se afecta mucho" (Informante 2).

Otra informante destaca los resultados positivos que se observan en los pacientes cuando son objeto de una intervención por cuidado paliativo y que si estos van ligados a un acompañamiento psicológico óptimo donde se aborde toda la parte espiritual -cuya importancia ya se ha mostrado anteriormente en el texto-, se favorece un adecuado afrontamiento en la experiencia de enfermedad y también promueve la mayor calidad de vida del paciente.

Una característica particularmente llamativa que se demuestra en la atención y tratamiento de estos pacientes es la configuración de un equipo multidisciplinar que atiende al sujeto en todas sus dimensiones. Según un informante para este abordaje se reúnen "comités técnicos-científicos donde están todos los profesionales que intervienen al paciente, los médicos, terapeutas; generalmente están una terapeuta respiratoria, hay fonoaudióloga, está un terapeuta físico, la intervención por parte de enfermería y nutricionista" (Informante 1) y "...se agrega la atención de

trabajo social [...] y una atención de un guía espiritual” (Ibíd.). También se añade la intervención por Psicología, ya que se fue resaltando y reconociendo, por parte de los médicos, la relevancia de esta en la atención del paciente debido a los efectos positivos que produce en él.

Se hace acá manifiesto el papel de la Psicología en el campo de la salud, especialmente aplicado a estos contextos de acompañamiento al final de la vida; este campo aplicado de la Psicología general se “fue ganando un reconocimiento de la importancia de la Psicología en estas instituciones, que en tiempo pasado no reconocían mucho la intervención psicológica” (Informante 1). Este reconocimiento, según uno de los informantes, lo fue conquistando a medida que cambio el enfoque de la atención a la población el cual consistía, hasta ese entonces, en enfocar la atención hacia un diagnóstico en vez de hacia la persona, el cambio se da cuando en la intervención se le da relevancia al paciente como persona por encima de una categoría diagnóstica.

Como afirma una de las informantes, se hace muy trascendental poder contar con las diferentes perspectivas que el equipo asistencial -desde su quehacer- puede dar sobre el paciente y que, además, este grupo este siempre conectado para poder evaluar y explorar las posibles alternativas que permitan ayudar al paciente en su proceso de enfermedad.

La importancia de la evaluación e intervención Psicológica del paciente dentro del equipo multidisciplinar fue creciendo a medida que se iban observando las contribuciones que se hacía a la condición del paciente y al afrontamiento de su proceso de enfermedad.

Se define entonces este accionar psicológico desde dos vertientes, por un lado, la evaluación del paciente -tanto al momento inicial como en estadios de crisis y evoluciones-, y, por el otro, la intervención que se le realiza a lo largo de su proceso de enfermedad.

Con respecto al proceder del psicólogo, un informante sustenta que la evaluación primaria se ejecuta cuando un paciente va a comenzar un procedimiento terapéutico y esta es, básicamente, una valoración inicial del paciente y de su condición clínica y a partir de ella se puede proponer un plan de atención. Similarmente se expresa otra de las informantes cuando sostiene que “inicialmente se realiza una anamnesis [...] porque acá lo más importante es conocer al paciente, tener esta característica como humanizada” (Informante 3) y dicha evaluación no debe ir dirigida únicamente al establecimiento de una psicopatología, como la depresión, sino que también se pueda obtener información relevante para el abordaje del paciente, tales como “la percepción que tiene el paciente sobre la enfermedad [...], qué tanto el paciente puede tener negación, evitación, puede tener hasta como concepciones o creencias relacionadas como con el proceso de enfermedad”

(Ibíd.). También la valoración por Psicología busca “identificar qué es lo que está pensando o ha pensado el paciente sobre su proceso de enfermedad, cuál es la percepción que tiene. Posteriormente, cuáles son esas necesidades emocionales como tal” (Informante 3).

Otra de las informantes manifiesta que la atención psicológica debe ir dirigida a la particularidad de cada paciente, teniendo en cuenta que cada caso es diferente y que se debe “tener en cuenta las distintas dimensiones, el perfil psicológico de la persona, factores ambientales, culturales” (Informante 2), así como también es de suma relevancia obtener información sobre la historia de vida y los antecedentes psicológicos y sociales, ya que la existencia de momentos o situaciones vitales negativas o, traumáticas en la vida del paciente van a “incidir de una manera significativa a la hora que él está enfrentando una enfermedad como el cáncer” (Ibíd.).

Esta misma participante refiere que en la atención psicológica que realiza a los pacientes procura abordar:

Todas las dimensiones [...] porque yo no sé si el paciente que estoy abordando lo voy a volver a ver [...] se aborda todo, desde lo que ha representado la noticia de saber su enfermedad, de saber su historia de vida, lo que han sido los tratamientos o si va a iniciar un tratamiento, hacer todo el proceso de psicoeducación que va a pasar, [...] la parte familiar, la parte psicológica, laboral y los cambios que vienen con la enfermedad y los tratamientos, [...] sus miedos existenciales, las necesidades espirituales, se trata de abordar todo el paciente. (Informante 2)

Otra informante comenta que cuando se habla de la labor que se realiza desde Psicología dentro del cuidado paliativo, se refiere a “identificar y acompañar a los pacientes no solamente desde el proceso de enfermedad sino también de posibles comorbilidades que pueden ser desarrolladas por su enfermedad o también desarrolladas a partir o anteriormente [...] de la misma” (Informante 3) e igualmente, se debe buscar “... identificar cuáles son esos patrones o cuales son esos aspectos que le están haciendo sufrir mucho al paciente y como se pueden ir sobrellevando” (Ibíd.).

También comenta que en el proceso de enfermedad de un paciente y al final de la vida se hace muy importante la participación de la Psicología y la Psiquiatría, ya que:

No solo sirve para evaluar el juicio y raciocinio que puede tener el paciente, sino que también pueda identificar que este paciente no esté cursando una depresión o alguna otra alteración a nivel de trastornos mentales que puedan influir en esa decisión. (Informante 3)

Frente a un segundo momento del quehacer de la Psicología en el acompañamiento de los procesos de enfermedad de los pacientes, se encuentra la intervención que se les puede brindar. Esta, según un informante, consiste en "... aliviar su sufrimiento, acompañar al final de la vida, trabajar duelo por pérdidas [...] trabajar el duelo anticipatorio" (Informante 1).

Otra informante, de manera semejante expresa que frente a la intervención que se realiza por el servicio de Psicología es:

... muy importante hacerle ese mismo acompañamiento al paciente, no es como que yo le vaya a mostrar la luz de camino [...] pero si también tratar de ayudar a qué, a encontrar que puede hacer algo, algo diferente a las expectativas, pero que también le podemos ayudar a disminuir el sufrimiento por eso acá también se habla mucho con los pacientes y con las familias. (Informante 3)

Considera, esta misma participante, que dentro de esta intervención también se debe "abordar la parte de las creencias, no solo creencias religiosas sino también creencias culturales que tenemos, que tiene el paciente y también frente a que [...] el paciente puede estar cursando un síndrome de desmoralización" (Informante 3). Por último, se estima que se deben observar todos los síntomas que pueden llegar a presentar los pacientes y que estos contribuyan a la aparición de una psicopatología, porque:

A veces los pacientes pueden tener unos síntomas, digamos así, afectivos que pueden ser propios del mismo proceso de aceptación y adaptación pero que a eso hay que hacerle el seguimiento para que no se conviertan en un trastorno del estado del ánimo, un trastorno de ansiedad o como por el estilo. (Informante 3)

Los tres informantes coinciden en la importancia de que la intervención no sea guiada de una manera rígida e inflexible, sino que por el contrario esta sea flexible, manejable, partiendo de unas preguntas orientadoras y que estas puedan irse adaptando a la particularidad de cada paciente.

Uno de los participantes sostiene la importancia que la intervención por Psicología sea una construcción dialéctica no directiva, porque esta técnica le permite al “paciente que surja su ser” (Informante 1) y también se favorece la escucha y disposición, un espacio de reflexión donde el paciente consiga pensar y pensarse a sí mismo, también expresar sus emociones y sentimientos y que logre resignificar la situación que está viviendo y que “...el mismo pueda permitirse ver una alternativa distinta a lo que hasta ese momento estaba viendo y lo resignifique, le de otro significado, le sirve para darle la tranquilidad”(Informante 1). Otra informante con respecto a la flexibilidad de la intervención psicológica, comenta que:

Acá la idea no es llegar a tener algo muy jerárquico porque a veces depende de cada persona, pero por eso acá la pregunta que uno le puede hacer al paciente es como ¿sientes que estas sufriendo? Porque a partir de ello el paciente te va a decir “no tampoco hasta allá” [...] “si yo siento que estoy sufriendo totalmente”. (Informante 3)

...a veces, por no decir que, en todos los casos, es importante como que a partir de todas esas preguntas abiertas como ¿qué ha sido lo más difícil para ti de toda esta situación? Y eso me va a permitir a mi como una apertura a nivel o una activación emocional y si el paciente dice “es que tengo miedo a morirme” no es como decirle la misma frase que todo mundo nos dice “pues todo el mundo nos vamos a morir”, cierto, yo creo que es la única tautología que tenemos. (Informante 3)

Otra de las informantes puntualiza que los temas que se dialogan en la intervención son pautados por el paciente y la capacidad que tiene para hablar o no de determinada cuestión. Lo anterior lo ejemplifica con el tema de la muerte y dice que “no es un tema, una cosa que hay que hablarlo porque hay que hablarlo [...] es si el paciente quiere”. Pero así mismo sostiene que:

Cuando se aborda, se hace desde lo miedos existenciales, entonces, por ejemplo, una pregunta clave que yo le hago al paciente es “todos los seres humanos manejamos miedos ¿a qué le tienes miedo? Miedo a las alturas, a las cucarachas, ¿a qué le tienes miedo? Ellos

solitos dan la respuesta. [...] ellos mismos dicen “tengo miedo de morir” entonces uno interroga ¿de qué te da miedo la muerte? Ellos solitos dan las pautas, entonces es “miedo porque yo todavía no me quiero morir doctora porque yo tengo mis hijos que están muy pequeños” “yo soy madre cabeza de familia” “mi diosito me tiene que ayudar, yo no me quiero morir todavía” (Informante 2).

Finalmente, los participantes refieren que, relacionado con la intervención individual que se le hace el paciente, otra función del psicólogo dentro del proceso de enfermedad es el acompañamiento y la inclusión de la familia durante toda la situación del sujeto y posteriormente ayudar a la elaboración del duelo cuando fallece el paciente y la pérdida se hace presente. Para una de las informantes también es relevante la participación de la familia en la intervención con el paciente como fuente de información, ya que esto “... permite identificar muchas más cosas de las que solo identificaría si hablo solamente con la familia o si hablo solamente con el paciente” (Informante 3). Esto ayuda a esclarecer “... qué es lo que pasa, como ha sido el paciente desde antes, como han sido las relaciones familiares, como ha sido la dinámica familiar y que también puede estar perpetuando o no frente a todo este proceso de enfermedad” (Ibíd.).

Otro de los informantes manifiesta que parte de la intervención psicológica es:

...el acompañamiento que se le ofrece a la familia, cierto, es incluso una invitación a ellos mismos hacer un acompañamiento al final de la vida que tenga que ver con la posibilidad de expresar su afecto, un acompañamiento emocional, afectivo; cuando hay condiciones que evidencia están afectando [...] el proceso de morir. (Informante 1)

...se les deja claro que la intervención psicológica busca que la condición anímica y emocional del paciente se convierta en un recurso terapéutico, [...] y que la relación, personalmente lo hago, que la relación familiar-paciente o cuidador sea también en sí misma un recurso terapéutico. (Ibíd.)

Frente a todo el tratamiento que se le brinda a un paciente con una enfermedad crónica los informantes hacen un señalamiento a las irregularidades del sistema de salud y las implicaciones que esto puede llegar a tener en el procedimiento terapéutico que se le realiza. Uno de los informantes manifiesta que es preocupante que para un paciente crónico “... el sistema de salud se

convertía en algún momento en una causa adicional de sufrimiento a todas sus condiciones que genera una enfermedad” (Informante 1).

Otra de las participantes refiere que las irregularidades del sistema de salud, tales como la dilatación de los tratamientos, las citas con los especialistas o la no autorización de sus medicamentos repercute de manera negativa en el paciente y en sus múltiples dimensiones, como en lo emocional y lo familiar, puesto que la enfermedad sigue avanzado y no se observan maniobras médicas que posibiliten controlarla, y “...todo esto lleva a los pacientes a una confrontación existencial muy grande ¿Por qué me pasa esto a mí?” (Informante 2). De igual manera, comenta que estas irregularidades ponen al profesional de Psicología en una situación un tanto difícil, puesto que les toca contemplar, casi que, con impotencia, a:

Un paciente que se deteriora de una manera rápida y significativa; son testigos de su propia muerte de una manera muy muy muy triste y para uno como profesional es muy frustrante [...] ¿Por qué entonces que hace uno ahí? Si se le están vulnerando sus derechos, de que él pueda tener desde su EPS un cubrimiento de sus demandas. Esa es la parte que desde mi profesión es muy muy frustrante, para mí y yo sé que para muchos. Eso es muy complejo y difícil de manejar. (Informante 2).

Otra irregularidad del sistema de salud que se observa, según una participante, es la poca garantía que existe frente a la continuidad en la atención de un paciente, ya que muchas veces este es atendido en su evolución y en sus momentos de crisis, pero para los tratamientos quimioterapéuticos son direccionados hacia otros centros asistenciales o IPS y esto conlleva a que haya una interrupción en la asistencia o un relevo en los profesionales que lo venían atendiendo. También relacionado con esto, resulta que en ocasiones el paciente es hospitalizado de urgencia y ya no hay forma que pueda ser asistido en ese momento de crisis o cuando el paciente después del proceso de quimioterapia fallece y los profesionales que lo atendían no tuvieron conocimiento del suceso de manera inmediata para intervenir desde su especialidad.

La forma en que las entidades prestadoras de salud gestionan los trámites correspondientes frente a una petición de eutanasia por parte de un paciente constituye otra irregularidad que puede ir en detrimento de su condición anímica, según comenta otra de las informantes. Frente a esto, un participante comenta el papel, un tanto reducido, que se le ha asignado a la Psicología frente a una

solicitud de eutanasia, donde se ha limitado a realizar una valoración del estado mental del paciente y rotularlo como apto o no para tomar la decisión de ponerle fin a su vida

Otra de las informantes comenta que el tiempo que contemplan las EPS, que puede ser de hasta un mes, para que el comité científico avale o no un procedimiento de eutanasia puede representar una dificultad para el paciente, puesto que es muy incierto que tanto sufrimiento se puede generar en este durante ese tiempo de espera.

Ingresado el tema de la eutanasia dentro de los hallazgos, se puntualiza que en adelante se desarrollaran los resultados encontrados con relación a esta práctica, categoría donde se agruparon los variados elementos que se configuran cuando se aborda esta forma de morir.

Al indagar sobre la solicitud de la aplicación de la eutanasia, un informante refiere que en su práctica profesional han sido pocas estas peticiones, recuerda haber tenido solamente “Tres casos de personas que han hablado [...] específicamente de eutanasia” (Informante 1) y en la actualidad tiene un caso de una paciente femenina de 60 años que sufre de Esclerosis Lateral Amiotrófica –ELA- y hasta el momento de la entrevista el caso aún no había obtenido una respuesta. Una segunda participante comenta haber tenido solo un caso así, donde la demanda no estaba planteada por el paciente sino por la familia. Finalmente, otra participante, a diferencia de los anteriores, comenta “a mí me ha tocado muchos pacientes que han solicitado la eutanasia” (Informante 3).

Un pedido de eutanasia se fundamenta, según los participantes, en la evidencia del padecimiento de una enfermedad crónica e incurable; también hay que tener en cuenta el sufrimiento que el paciente dice estar experimentando por el dolor que causa su enfermedad y la manifestación de las necesidades espirituales que se generan en él debido a este proceso de enfermedad, ya que al aparecer estas cuestiones es cuando “...el paciente nos dice ‘quiero la eutanasia’” (Informante 3).

Una participante, comenta que si bien un pedido de eutanasia está fundamentado en el padecimiento de una enfermedad terminal y en los síntomas refractarios que pueda tener un paciente – es decir, esos síntomas que no son controlables-; y que le generan un dolor y sufrimiento y por ello, también es de suma relevancia ponerle mucha atención a esto último, ya que “Para mí el sufrimiento o padecimiento de un paciente es algo fundamental para pedir la eutanasia” (Informante 3). Se establece una relación entre los síntomas de difícil control con las necesidades espirituales y la importancia de abordar y trabajar esto con el paciente, ya que si no se hace “puede

que el paciente se desestabilice a nivel emocional y llegue a considerar y pedir la eutanasia ‘yo necesito la eutanasia’... ‘yo no quiero vivir más’, y allí es donde aparece el proceso”. (Ibíd.).

Es importante resaltar que, por sufrimiento se puede entender, según una informante, como esa correlación que existe entre el dolor físico y el impacto que este produce a nivel psicológico; y también como todos aquellos aspectos:

... donde se habla no solo de una amenaza a la integridad de la vida, de la persona, sino que también es donde hay que mirar cuales son las estrategias de afrontamiento que tiene el paciente, que siente que son insuficientes y que no puede afrontarlo de una mejor manera. (Informante 3)

Otra de las participantes refiere que el sufrimiento es un generador importante del pedido de eutanasia, ya que la percepción del dolor de una enfermedad crónica o terminal es muy distinta a cualquier otro dolor, porque genera mucho malestar, un sufrimiento psicológico y emocional y, además, cuando se tiene un poco control de este, lo que genera es que:

... esos pacientes entran en un gran sufrimiento psicológico y emocional y ellos piden la muerte “no me deje sufrir más, por favor doctora”, o sea, cuando son pacientes que no son controlados, hay un pobre control de los síntomas entonces eso les genera mucho dolor psicológico y emocional ¿quién quiere vivir con dolor? Nadie, eso sí lo piden a gritos, y ahí es donde entra el médico paliativo y hace como su estudio y desde su profesión a manejar el paciente.

El sufrimiento del paciente es correlacionado directamente con la angustia experimentada por la familia, lo que lleva a que sean los parientes quienes, en algunos casos, realizan el pedido de eutanasia, ya que al ver a su ser querido en una situación tan difícil y al verse y sentirse impotentes por no poder hacer nada por él los impulsa a que lleguen al centro asistencial “pidiendo que por favor la eutanasia” (Informante 2).

Cuando se hace manifiesta una petición de eutanasia el psicólogo debe abordar al paciente para evaluar tanto su estado mental, como el correcto funcionamiento de sus procesos cognitivos y así poder trabajar con él todo lo que implica la toma de esa decisión.

Para la valoración psicológica de un pedido de eutanasia, según una de las informantes, hay que tener en cuenta el sufrimiento y las necesidades espirituales del paciente, puesto que:

...es importante saber cómo hasta el mismo sufrimiento que pueda tener el paciente porque cuando el paciente te dice yo me siento que estoy sufriendo es ahí que hay que identificar cuáles son las necesidades espirituales actuales del paciente para poder empezar a abordarlo y ayudar. (Informante 3).

También comenta que es muy importante esa valoración para poder descartar algún trastorno o identificar pensamientos automáticos y creencias centrales -tales como minusvalía, indefensión o inamabilidad-, que llevan al paciente a realizar el pedido de eutanasia. También lo que se busca con la valoración psicológica es crear espacios de reflexión donde el paciente pueda pensar e interpretar toda su existencia, intentado develar:

¿Cuál es la interpretación que tiene de la situación? También [...] el análisis de sus propias emociones, también qué tanto puede repercutir eso en su conducta y en sus cogniciones, yo usaría más que todo el modelo cognitivo como para empezar a entender esa parte.

Para otro de los participantes la valoración por Psicología de un pedido de eutanasia debe partir del “respeto a la libre decisión, cierto, lo importante es básicamente eso, que haya una decisión que el individuo expresa y que ante todo hay un ser o una persona que lo está pidiendo” (Informante 1). E igualmente que el espacio psicológico es el lugar donde se trabaja el significado que el paciente le está atribuyendo a su petición, la expresión de lo que siente frente a esta; la disposición de un espacio donde el paciente con respecto a la eutanasia “... puede decir de ella qué expectativa [...] tiene sobre la solución, que la asume, que la quiere, que la ve viable para poner fin a su propio sufrimiento” (Ibíd.). Igualmente refiere que este espacio que se brinda desde Psicología debe ir orientado a procurar un acompañamiento válido al paciente que:

... le ayude, que le sirva para que tramite todo lo que implica el hecho mismo de haberle llevado a tomar esa decisión, que se deba tramitar esa decisión y lo que implica para él haberla tomado; o sea que haya un verdadero acompañamiento allí de lo que evidencia o

de que al menos se pueda expresar el paciente de lo que está significando para él su decisión y lo que le llevo a ella [...] un acompañamiento donde se sienta apoyado, se sienta que pueda expresarse libremente. (Informante 1).

Ya en un nivel personal cada participante plantea una posición con respecto a la eutanasia. Un primer participante comenta que frente a esta práctica su postura es de respeto y aceptación, igualmente que al ser una decisión que compete a cada ser humano frente a su propia vida, la considera una alternativa válida cuando se entiende que una enfermedad y el deterioro del cuerpo pone en peligro la autonomía de la persona y se desea morir con dignidad, tal y como la persona percibe que debe ser un final digno para su vida.

Otra de las participantes manifiesta no estar de acuerdo con la eutanasia, al menos aplicada a los pacientes oncológicos "...porque si el paciente está bien controlado no tiene porque, nunca se piensa en eso, desde la experiencia que yo he tenido" (Informante 2). Igualmente refiere que si está de acuerdo con la eutanasia con otros pacientes que padezcan alguna otra enfermedad crónica diferente al cáncer y "...teniendo en cuenta la condición, el tiempo, y bueno también con una buena asesoría para ese paciente" (Informante 2). Finaliza comentando que ante las condiciones anteriormente descritas:

... hasta yo pensaría que sí. Ay no, que uno también tiene derecho a elegir, si llevo 8, 10, 15 años y uno va viendo como sus cuidadores se van enfermando, como se van deteriorando y que se van muriendo cuidadores y que uno se va volviendo una carga para la familia. (Informante 2)

Una tercera participante manifiesta que anteriormente se oponía rotundamente a la eutanasia pero que en la actualidad esa postura es más matizada, al respecto dice que "...no es como esa oposición que es como nunca nunca nunca, pero si es saber cómo que se utilizaron todas las herramientas y todos los mecanismos para poder garantizarle a este paciente como el poder aliviarle el sufrimiento" (Informante 3) y posteriormente plantea que antes de pensar en la eutanasia se debe buscar acabar con:

...todas las posibilidades sin entrar obviamente en un encarnizamiento terapéutico, cierto, sino que también teniendo en cuenta el objetivo que es aliviar ese sufrimiento, aliviar el sufrimiento no es quitarlo, [...] es simplemente como mitigar, disminuir mientras que va avanzando la situación. (Informante 3)

Para mí o sea para mi yo me iría más desde la parte de la sedación paliativa, pero es por el objetivo en sí, que es aliviar el sufrimiento, cierto, que hay cosas que pueden aliviar el sufrimiento; busca hacer una apuesta en la cual se busque agotar todas las posibilidades. (Informante 3)

Con respecto al que hacer legal y protocolario de un pedido de eutanasia dos de los participantes comentan conocer tanto la legislación actual como los protocolos que se activan frente a esta petición; mientras que una de las informantes manifiesta no conocer mucho con respecto a esta temática; con respecto a la legislación sobre eutanasia dice "...yo sé que la aprobaron, pero no estoy muy enterada realmente. Sinceramente no me he sentado a leerla" (Informante 2) y para los protocolos ante estos pedidos refiere que "ese asunto esta manejado por el departamento de calidad y cuidados paliativos entonces realmente [...]no te sé contestar si están instaurados, me imagino que lo deben tener" (Ibíd.).

Otro de los participantes comenta que conoce las providencias que la Corte Constitucional ha proferido con respecto al tema de la eutanasia, hasta llegar a una de las sentencias de la Corte donde se busca subsanar la ausencia de regulación que ha impedido que se garantice el derecho a morir dignamente, con esta providencia se busca "...impartir una directriz para que se conformaran los comités científicos e interdisciplinarios que cumplieran las funciones señaladas en una sentencia que es la sentencia T 970" (Informante 1).

Frente a los protocolos para la aplicación de la eutanasia manifiesta que una vez el pedido se le haga al equipo médico estos deben redireccionar al paciente a la EPS, ya que es esta la encargada de gestionar todo lo correspondiente a dicha petición, como disponer de los profesionales que harán la respectiva valoración del paciente para poder dar vía libre a la eutanasia o no.

Otra de las participantes manifiesta que ante la jurisprudencia colombiana sobre la eutanasia "la idea es que sea "mayor de 12 años, acá aún no se ha hecho la eutanasia en niños porque es un tema que aún se está debatiendo" y que todo lo concerniente a esta petición se activa cuando el

paciente haya hecho la solicitud de manera reiterada. Adicional a eso, comenta que las personas tienen la posibilidad de adquirir y diligenciar un documento de voluntades anticipadas -el cual debe ser notariado, firmado por el médico tratante o por dos testigos-; donde se deja estipulado las consideraciones y decisiones que toma la persona con respecto al final de su vida.

Refiere que una vez que un paciente solicita reiteradamente la aplicación de la eutanasia, posteriormente lo que debe realizar el hospital es activar la ruta, lo cual consiste "...tener el comité interdisciplinario donde este: el médico tratante, sea oncólogo o internista, cuidados paliativos, Psicología y Psiquiatría y también como otros médicos que puedan ayudar en el proceso" (Informante 3). Una vez el equipo estudia el caso y da el aval para la aplicación de la eutanasia -tramite que puede durar un mes-, se comunica la decisión y es la EPS quien debe garantizar el lugar donde se llevara a cabo el procedimiento y disponer de un médico que no sea objetor de conciencia para que lleve a término la eutanasia.

Ya expuestas todas las categorías que emergieron de los discursos de los participantes, lo que continua corresponde a tomar todas aquellas que se revelan como las más pertinentes o apropiadas para dar cuenta de los constructos conceptuales propiamente psicológicos que posibilitan pensar el fenómeno de la eutanasia.

3. Discusión

Es pertinente señalar que el presente trabajo tiene como objetivo principal fundamentar qué elementos conceptuales ha propuesto hasta el momento o puede llegar a plantear la Psicología para aportar al debate eutanásico. Dentro de la literatura científica sobre el tema y del discurso de los participantes se rastrearon unas categorías emergentes que permiten dar cumplimiento a dicho objetivo de investigación, partiendo de algunos elementos en particular que serán abordados a lo largo del apartado y que permiten desarrollar una serie de nociones psicológicas pertinentes para el debate sobre dicha forma anticipatoria de la muerte.

Una noción de gran resonancia dentro de los discursos de los participantes y frecuente en la literatura es la importancia del sufrimiento y la experiencia de este en los pacientes que se enfrentan a un proceso de enfermedad crónica avanzada. Por la trascendencia de este concepto en el relato de los entrevistados, se propone como un primer elemento para fundamentar las razones por las cuales un enfermo piensa en la eutanasia como una alternativa válida frente a su situación clínica. Si bien el sufrimiento es un tema tratado por múltiples disciplinas, es la Psicología quien tiene un papel más preponderante en la comprensión y el tratamiento de esta experiencia humana.

Con respecto al sufrimiento los testimoniantes afirman que es un malestar emocional multicausal; va anudado a lo físico -al dolor-, al impacto que genera un diagnóstico y un tratamiento y al temor a la muerte. Esta idea, de una génesis múltiple del sufrimiento, ya ha sido expuesta teóricamente; Bayés (1998, 2009) sostiene que el hombre enfermo es un ser amenazado física y psicológicamente, que puede sufrir por múltiples causas, como la invalidez, el malestar, el desgaste del cuerpo, el aislamiento y la proximidad de la muerte; al respecto, Fonnegra (2016) sugiere que también sufre por su pasado personal, las necesidades personales, el futuro, sus vínculos afectivos, los roles, sus propias emociones, entre otros (p. 29); y todos estos aspectos pueden ser lesionados, llevar al paciente a experimentar pérdidas y ocasionar sufrimiento (Fonnegra. 2017, p. 25).

En la literatura el concepto de sufrimiento es primordial cuando se trata del abordaje de los pacientes al final de la vida y ante la petición de la eutanasia, por ello, ha sido ampliamente investigado y trabajado. Un elemento fundamental en el abordaje de este concepto es la idea de que “dolor y sufrimiento no son sinónimos” (Bayés, 1998, p. 5) pero si están entrelazados; saldando así la dicotomía cartesiana existente entre cuerpo y mente (Fonnegra, 2017, p. 124) ya que, el sujeto sufre cuando experimenta un daño físico o psicosocial o cuando percibe una amenaza a su

integridad (Ibíd. p. 10). El sufrimiento se plantea “como un concepto más amplio que el dolor” (Rivera, 2016, p. 101) porque sus fuentes generadoras son más variadas, depende en gran medida de ciertas disposiciones internas del sujeto y van más allá de las sensaciones de incomodidad producto del dolor.

Se sostiene que “el malestar emocional está relacionado con el dolor” (Participante 3); debido a que “es el cuerpo el que experimenta el dolor, pero es el ser humano el que lo sufre” (Fonnegra, 2016, p.29) y esto responde, según Laverde, al “impacto que la condición física de deterioro, invalidez y dolor tienen sobre la mente” (1997, p. 135). Esta relación aparece con mucha frecuencia en la literatura científica, en la cual se hace énfasis en que “el sufrimiento responde a la interpretación y significado otorgado a la experiencia de dolor ...” (Rivera, 2016, p. 101); en otras palabras, la dolencia física se plantea como uno de los generadores de sufrimiento en el paciente debido a que es este quien lo experimenta, lo interpreta, lo significa y le otorga una carga afectiva negativa, caracterizada por la sensación de amenaza a su integridad física o a su *Self*. Cada persona reviste afectivamente sus dolores de manera diferente, algunos pacientes pueden “...percibir el dolor como una amenaza, como un daño o una pérdida o como una oportunidad” (Participante 3); mientras que para otros “...el dolor ha sido sinónimo de ser inútil [...], el ser inútil va a generar un impacto emocional importante y también en la autoeficacia; y ello va a influir en la percepción y sensación del dolor” (Ibíd.), esto siempre estará mediado por la valoración que hace de la situación, de su vida y de los recursos con los que cuenta para hacerle frente.

En la narración de una de las psicólogas se evidencia que “... el dolor ha sido como uno de los síntomas que suelen ser más difíciles para las personas” (Participante 3); puesto que muchas veces estos están “... siendo afectados por las limitaciones que la enfermedad pone” (Participante 1), cuando un paciente se encuentra en un momento terminal de su condición clínica “ percibe un cambio general en sus condiciones físicas y una notable alteración de los hábitos cotidianos” (Barreto & Bayés, 1990, p. 171), se limitan sus movimientos físicos, se disminuyen sus interacciones sociales y esto puede complicar el cuadro clínico del paciente generando estados depresivos (Ibíd. p. 171) o de irritabilidad e incluso aprensiones ante la vida y la muerte, esto “es algo que en muchos casos incluso desborda sus recursos internos” (Participante 1) porque la activación de mecanismos de defensa o resistencias demandan una sobrecarga psíquica en el paciente. Todo el padecimiento provocado por una enfermedad lleva a que se desencadenen en el sujeto un sinnúmero de cuestiones “que varía según cada cual [...] como pérdidas, pierden una pareja,

un empleo, una vida que vivían normalmente” (Participante 2) y todo esto instauro “un sufrimiento psicológico inmenso, llega incluso la realidad de la muerte [...] y eso mueve mucho al paciente” (Ibíd.).

Las limitaciones y señales que deja a su paso la enfermedad en el cuerpo del paciente instauran en el psiquismo lo que Alizade (1996) denominó *las marcas de ser mortal*, todos aquellos signos que manifiestan la fragilidad de la vida y de la corporalidad (p. 36), ya que estas siempre se ejecutan o reflejan en la misma carne, “lo ponen en contacto con su estado viviente de ser perecedero” (Ibíd. p. 36). Estas marcas, rompen con la imago de un cuerpo entero o sano (Alizade, 1996, p. 37), se expresan como “... un recordar de lo vulnerables que estamos ante la vida, [...] que somos seres mortales y nosotros no creemos” (Participante 2). La muerte toca un lugar del cuerpo, una función específica de este e impone su impronta de cercanía, se experimenta la amenaza de aniquilación. Es como si en el cuerpo se imprimiera el mensaje “¡hey, acordate! que vos sos un ser mortal y si te vas a morir” (Ibíd.) y ello es un discurso difícil de asimilar (Alizade, 1996, p. 37), el sujeto no cree en su mortalidad, no la representa en su psiquismo.

El sufrimiento experimentado por un paciente, según Benito, “...está relacionado con la gravedad de la afección” (2008, p. 5) y esta a su vez será el resultado de la valoración que el sujeto realiza de la seriedad de su condición clínica, reafirmando la ya expuesta tesis del entrelazamiento entre el dolor y el sufrimiento. Esto puede sustentar que a un padecimiento físico poco controlado y exacerbado le subsigue un sufrimiento en iguales proporciones que representan una sobrecarga psíquica para el paciente y este encuentra como única alternativa para mitigar su sufrir la anticipación de su muerte porque al cesar la vida acaba el dolor y por consiguiente el sufrimiento. Cuando una enfermedad crónica no logra ser contrarrestada por medio de los tratamientos, debido a que cuando este es originado por un cáncer se traduce en “ un dolor que es crónico y que a veces tiende a ser muy difícil en el trato, en el tratamiento como tal” (Participante 3), provoca en el paciente un gran sufrimiento y esto desencadena el deseo de querer anticipar la muerte; y pueden verbalizar “‘yo ya me quiero morir’ ‘yo no quiero más con esto’” (Ibíd.); en otras palabras, cuando un sujeto se encuentra bajo dolores físicos intolerables, que no han sido controlados de manera eficiente y le provocan un gran sufrimiento se crea la idea de que la muerte es el único remedio para su condición y este se torna en “...algo fundamental para pedir la eutanasia” (Participante 3). Debido a que es precisamente en esa dimensión del “...sufrimiento que mayormente se dan los pedidos de muerte asistida” (Rivera, 2016, p. 101).

Un elemento central al momento de referirse al sufrimiento es lo concerniente al grado o intensidad en que pueda presentarse. Los hallazgos muestran que las "...personas que vienen con un padecimiento provocado por una enfermedad, cáncer, y eso desencadena una ría de cosas en ellos que varía según cada cual" (Testimoniante 2); se pide que se preste especial atención al último fragmento de la cita, ya que en este se visualiza una noción elaborada a lo largo del concepto de sufrimiento: la forma única y singular en que cada sujeto sufre. Las maneras tan distintas como cada persona vivencia todas aquellas situaciones que considera amenazantes y le generan sufrimiento varían su intensidad o grado dependiendo del momento del ciclo vital y de la percepción que se tenga de los recursos internos para afrontarlas (Bayés, 1998, p. 10); en otras palabras, un paciente puede referir que sufre en exceso cuando se encuentra bajo situaciones que amenazan la pérdida de su integridad física o el *Self* y cuando considera que carece de recursos internos -funciones y/oicas- para hacerle frente a la situación (Ibíd. pp. 9-10). El sufrimiento es una experiencia humana singular de cada persona, cada vivencia es diferente puesto que toda descripción "...esta siempre determinada por el tipo de reacción frente a él" (Angarita & De Castro, 2002, p.8) y el grado de intensidad que se percibe "...es el resultado del balance que esta realiza entre la amenaza percibida y los recursos que cree poseer para hacerle frente" (Barreto & Soler, 2003, p. 139).

El sufrimiento es una condición inherente a la esencia humana, se puede afirmar que todos los seres humanos sufren, en diferente medida o intensidad y por muy variopintas causas, pero este está y estará presente durante toda la existencia de las personas. Y este se ve acrecentado al final de la vida, donde en muchas ocasiones, se debe afrontar un diagnóstico de enfermedad crónica e incurable que llevan al paciente a transitar el proceso de morir inminentemente y esto lo moviliza psíquicamente para enfrentar la angustia que le genera su condición clínica y la incertidumbre que la acompaña.

El diagnóstico de una enfermedad crónica como el cáncer que se conduce con un pronóstico rodeado de incertidumbre se constituye como una fuente de sufrimiento, ya que lleva a que se desencadenen una serie de reacciones en el paciente "a nivel psicológico, emocional, existencial y espiritual" (Participante 2). Cuando se es el receptor de un diagnóstico terminal, como lo es en muchas ocasiones el oncológico, se ve inexorablemente enfrentado "... a una situación incómoda, ansiógena y desestructurante" (Middleton & Rojas, 2017, p. 49) donde el mundo del paciente -en sus diversas esferas- sufre un movimiento e incluso una ruptura y debe afrontar la pérdida de "...la

propia imagen que se fractura con el tiempo y resquebraja con ella el narcisismo del sujeto” (Díaz & Ruiz, 2011, p. 167); de su salud, de parte del cuerpo y/o funciones de este, de su lugar en la vida familiar, social y laboral, así como el menoscabo de su seguridad, su futuro y sus certezas (Middleton & Rojas, 2017, p. 49). Esto pone de manifiesto que una sola palabra irrumpe en la mente del paciente y deja su impronta amenazante y generadora de sufrimiento en el psiquismo; acorrala al *Yo* y lo empobrece, lo pone en una situación angustiante que lo confronta con “lo vulnerables que estamos ante la vida” (Participante 2); le quiebra la imagen yoica de un cuerpo omnipotente (Díaz & Ruiz, 2011, p. 171) y frente a la cual, en muchas ocasiones, no se cuenta con los recursos internos para hacerle frente y el paciente es desbordado por la angustia.

Si bien la enfermedad es un suceso, en esencia, físico y biológico que irrumpe en la vida y en especial en el cuerpo del sujeto, menoscabando su salud, Fonnegra afirma que esta “... no debe ser vista solo como un conjunto de procesos biológicos que causan deterioro” (2017, p. 35) sino que también se debe considerar la experiencia o vivencia del paciente puesto que esta trae consigo “... implicaciones sociales y su significado psicológico” (Ibíd. p. 35), que afectara al sujeto en el plano subjetivo, puesto que la confrontación con un diagnóstico de enfermedad y en especial de una de carácter terminal mueve en el paciente múltiples imaginarios, creencias y pensamientos y este muchas veces correlaciona de manera automática enfermedad con dolor, sufrimiento, deterioro y muerte (Díaz, Ruiz, Flórez, Urrea, Córdoba, Arbeláez & Rodríguez, 2013, p. 82).

Una de las psicólogas dice que “cuando el paciente recibe esta información o diagnóstico inmediatamente como que lo convierten a muerte”, puesto que “... la palabra ‘cáncer’ lo enfrenta a la realidad de ser mortal y ello lo conduce inexorablemente a una fuente de sufrimiento, el vérselas frente a un escenario único donde se hace manifiesta la vulnerabilidad del cuerpo y de la vida, se agrieta la imagen de un cuerpo omnipotente (Díaz & Ruiz, 2011, p. 167) y se instaura la realidad de ser perecedero, de “que somos seres mortales” (Participante 2), se esboza por primera vez la inminencia de su propia muerte y esto circunscribe una componenda difícil de tramitar para el sujeto, puesto que no hay registro psíquico -consciente o inconsciente- que dé cuenta de la representación de la propia muerte, la expresión más extrema del *No Ser* (Angarita & De Castro, 2002, p. 7). El propio sujeto no cree en su mortalidad (Participante 2) y esto conlleva la activación de múltiples mecanismos de defensa o resistencias para poder vérselas con la angustia que le genera la idea de morir. Cuando un paciente se ve enfrentado a un proceso de enfermedad se realizan unos movimientos psíquicos dentro de él, donde toda la carga psíquica se reorienta hacia la elaboración

de "un proceso de duelo en relación [...] a su condición de salud" (Informante 1); a los cambios en la percepción de sí mismo, al reordenamiento de su vida y su cotidianidad que se ven visiblemente alteradas, también a la elaboración de los duelos frente a las diversas pérdidas y a los procesos de adaptación a los cambios de roles que ejercía.

Igualmente, la incertidumbre del pronóstico de la enfermedad es un componente de sufrimiento porque hace que el paciente se sienta vulnerado en sus expectativas y proyectos porque perciben que "todo está mal, las cosas no van a suceder como yo esperaba" (Participante 1), hay un choque entre las expectativas de vida y la realidad que se va imponiendo y anulando los deseos, metas y planes de la persona. Cuando a un paciente se le notifica que el tratamiento ya no está dando los resultados deseados y que su enfermedad ha reaparecido con mayor fuerza significa para él "... un impacto mayor psicológico, existencial y emocional porque vuelve y se presenta la muerte con mayor fuerza, después que ya la habían alejado con un diagnóstico favorable" (Participante 2), debido a que "ellos luchan y luchan, pero vuelven y recaen entonces vuelven y hay que ponerles otro tratamiento. Los cambios o deterioro físico los atormenta, los afecta ya que es ver su propia muerte reflejada en su espejo". (Ibíd.). Por ello, el psiquismo del paciente "... se convierte en el escenario de una frenética lucha entre la esperanza y la crudeza de una realidad que menoscaba la autonomía y la libertad de acción" (Díaz & Ruiz, 2011, p. 173) y es allí donde el sufrimiento se instaura, se cierne la amenaza sobre lo construido y se vive un conflicto entre lo que se esperaba que fuera y lo que se va imponiendo, pese a los esfuerzos que hace el personal sanitario (Benito, 2008, p. 3).

El sufrimiento se ve intensificado cuando la dolencia física es insoportable y no se logra intervenir y el paciente pierde el control de funciones que desempeñaba en su cotidianidad; no puede levantarse de la cama, no puede comer como lo hacía habitualmente y su ciclo de sueño se ve visiblemente alterado. También va ligado a la construcción que se hace de la enfermedad, de cómo esta lo invalida para ser el mismo (Benito, 2008, p. 5) y de la imagen del propio cuerpo; un paciente con un gran dolor físico, consciente de las implicaciones que trae consigo su condición clínica, tales como "... muchas limitaciones, [...], en su gran mayoría, postrados en cama o movilidad reducida" (Participante 1), puede manifestar un inmenso malestar -sufrimiento- al verse reducido en su movilidad, postrado en una cama (Participante 3). Es un paciente que se ve infaliblemente enfrentado con "... múltiples pérdidas y duelos: su salud, parte de su cuerpo, sus funciones" (Rojas & Gutiérrez, 2017, p. 49) y por ello es relevante siempre "considerar los

sentimientos de inutilidad e incapacidad que se produce en estas personas” (Barreto & Bayés, 1990, p. 171) y que los lleva a sentirse como incompetente y dependiente de los otros y sometido a los cuidados que le pueden proporcionar, y esto, en varias ocasiones, suele ser uno de los argumentos para solicitar la eutanasia (Barbero, Bayés, Gómez, Torrubia, 2007, p. 95), puesto que “... la imagen que posee el paciente de sí mismo y del mundo son determinantes para la toma de esta decisión” (Gallardo, Rodríguez & Rojas, 2015, p. 48).

Todas esas condiciones que el paciente vivencia como vulnerables le despierta temores y miedos que repercuten en la condición afectiva (Participante 1), puesto que su sufrimiento se verá intensificado debido a la percepción del agotamiento de sus recursos personales y psicosociales para hacerle frente a la situación y ello le desencadena un sentimiento de impotencia al no poder encarar la amenaza (Bayés, 1998, p. 10) e igualmente experimentará percepciones de pérdida de control del transcurrir de su vida. Para Middleton y Rojas, un paciente enfrentado a un diagnóstico de enfermedad crónica, como puede ser el caso de un cáncer, “vive, de manera intensa, una pérdida de control y autonomía sobre todos aquellos importantes procesos que pueden llevarlo a la recuperación o por el contrario a la muerte” (2017, p. 49) y esto le genera un gran sufrimiento, y puede tomar la opción de la eutanasia como la última muestra de independencia, de hacerse a su derecho a la autonomía y al control de su situación; saberse y vivirse como dueño de las decisiones con respecto a su vida.

Otro generador de sufrimiento en el sujeto al final de la vida, y que está muy relacionada al dolor físico, es la muerte, pero no *per se* “sino a la forma cómo se va a morir” (Participante 3); lo que se ha denominado como *La morida*, donde se entiende la muerte más como un proceso que como un estado. Muchos de los pacientes enfrentados a la fase final de la enfermedad centran su atención en el miedo al proceso de morir (Barbero, et al, 2007, p. 95); la preocupación frecuente de la mayoría de enfermos, según Fonnegra, gira en torno a las “...condiciones en que se dará su muerte [...] el miedo a una muerte que sobreviene estando solo, o con dolores insoportables, o en condiciones indignas o poco decorosas” (2016, p. 33) y esto puede constituir para muchos una pesadilla peor que la muerte en sí (Fonnegra, 2017, p. 75).

El pensar que el morir -su morida- estará empañada por un dolor exacerbado genera en el paciente un monto de sufrimiento elevado, debido al miedo o aprensiones que el paciente tiene frente al dolor en el proceso de morir y ello se corrobora cuando un paciente manifiesta “‘¡ay doctora! para mí, le pido mucho a Dios que no me vaya a dejar sufrir por dolor’ ‘yo no quiero que

mi muerte llegue con dolor” (Participante 2); el temor radica en “los sufrimientos inevitables que conlleva el desenlace del proceso” (Díaz & Ruiz, 2011, p. 166), más que en el advenimiento de la muerte. Los pacientes se rehúsan a aceptar la presencia del dolor y del sufrimiento excesivo en su proceso de morir, admiten que hay estados peores que la muerte y muchas veces esta se presenta como el alivio a un sufrimiento insoportable, un fin anhelado (Fonnegra, 2016, p. 29), en otras palabras, frente a un final de la vida abrumado por el sufrimiento y el dolor emerge en el sujeto la consideración de que su muerte se abra lugar, y puede llegar a presentarse la eutanasia como el antídoto para anular, aliviar el dolor y el sufrimiento y procurarse una muerte digna.

Si bien el concepto de muerte digna ha sido tratado ampliamente por diversas disciplinas los intentos por conceptualizarla de manera unívoca han quedado cortos debido a que esta posee “una definición muy amplia y debe ser algo multidimensional” (Participante 3), y es la Psicología a quien le compete ahondar aún más en su significado, dar luces para un mayor entendimiento, puesto que abarca elementos inherentes a todo hombre por el solo hecho de ser humano (Flórez, 2010, p. 14); como es la calidad y el bienestar, ambos conceptos en estrecha relación y son siempre el resultado de la valoración subjetiva que cada paciente hace de su existencia y de los lineamientos que desea para ella. La imposibilidad de definir concretamente el buen morir radica en lo que se denomina dignidad, debido a que existe un impedimento para definirla, porque esta “... es puramente subjetiva y, por tanto, no admite universalización” (Flórez, 2010, p. 14), pero una definición, más o menos acertada, debe hacer siempre referencia a “... la posibilidad de autodeterminación, la libertad que posee el ser humano de decidir libremente sobre su vida y los fines y valores que quiere perseguir” (Ibíd. p. 14).

Una conceptualización universal de muerte digna –buen morir- no es posible puesto que es una construcción propia, una perspectiva subjetiva (Barreto & Soler, 2003, p. 136); de lo que el paciente valora por calidad de vida –la cual debe estar presente hasta la muerte- y entendiendo esta como la sensación de bienestar producto del funcionamiento satisfactorio de cuatro dimensiones del vivir: física, psicológica, ocupacional y social (Fonnegra, 2016, p. 31); las cuales procura mantener lo más inalteradas posible hasta el final de su vida.

Cuando se habla de la muerte enmarcada en la dignidad, a nivel objetivo, se dice que es la “...forma de poner fin al dolor físico y al sufrimiento psíquico causados por una enfermedad que ponen al sujeto en situación de indignidad” (Flórez, 2010, p. 15), partiendo de que “...los síntomas estén bien controlados, un paciente no tiene por qué morir en sufrimiento, o sea, sufrimiento físico”

(Participante 2), Igualmente, que no se le vulneren los derechos desde la parte del sistema de salud, que el paciente tenga la atención de los profesionales, que pueda morir en su casa, rodeado de su familia, que tenga un buena red de apoyo familiar y social, y que tenga una asistencia espiritual. (Participante 2), que permanezca inviolable el derecho del paciente “... a conocer todas las opciones disponibles y participar activamente en las decisiones” (Fonnegra, 2016, p.31). Y a un nivel subjetivo, frecuentemente obviado en la definición de morir dignamente, es imprescindible establecer como premisa el respeto a la “posibilidad que el sujeto tiene de elegir en forma autónoma y responsable qué hacer con su vida cuando se enfrenta al sufrimiento y al dolor” (Ruiz, 2016, p. 2), siempre respetando el bienestar, la libre elección del sujeto, ya sea que “... su opción sea padecer hasta el final o ponerle fin a una condición a la que el mismo repele con todo su ser y su sentir (Ibíd. p. 2); el mantenimiento de la tranquilidad y la mayor disminución del dolor posible para que el paciente pueda vivir ese proceso en paz (Participante 3); pero también poderle brindar una calidad de vida, referida siempre al contexto del paciente, permitiendo “promover en el paciente esa toma de decisiones [...] y darle el acompañamiento pertinente a la familia”. (Participante 3).

El buen morir se constituye como un acto facilitado por un medio externo, familia y equipo asistencial que plantea la “...posibilidad de reivindicar al sujeto frente a su deseo y libertad de elección acerca de su vida y su muerte” (Flórez, 2010, p. 15); permitiéndole la expresión y validación de la posición que toma frente a la muerte, que le permite pensarla y hacerse consciente de ella (Ibíd. 15), puesto que el morir con dignidad depende también de cómo ha abordado el paciente la cuestión de la muerte a lo largo de su existencia (Kung citado en Flórez, 2010, p. 16), puesto que al final de la vida, la muerte “está siempre ahí para ellos” (Informante 2), el paciente se encuentra constantemente en una elaboración de esta a veces desde la aceptación y otras desde la negación (Ibíd.).

Definir la muerte digna de una única forma, como por ejemplo la aplicación de la eutanasia, sería una falacia porque limitaría el buen morir a “... simplemente en acabar con la vida y listo” (Participante 3); dejando de lado otras alternativas como los cuidados paliativos y cualquier otra clase de muerte (Fonnegra, 2017, p. 95) que el paciente considera válidas y acordes a lo que ha construido alrededor del concepto de calidad –tanto de vida como de la muerte-. Un buen morir radica en el respeto de la persona en su integralidad, procurando que en su proceso de muerte el *dolor total*, ese dolor “de existir con la absoluta certeza de que se muere en medio de un

insoportable dolor y sin sentido” (Ruiz, 2016, p. 6), este lo más menguado posible, ya que ese dolor que es “... físico, emocional y espiritual cuando estos están desatendidos son causantes de una mala muerte (Fonnegra, 2016, p. 29).

Otro elemento que se elabora desde la Psicología en torno a los pacientes al final de la vida corresponde a las necesidades espirituales -psicológicas o emocionales como aparece frecuentemente en la literatura-, entiendo estas como la cosmovisión, siempre particular y subjetiva, que el sujeto construye de su existencia y con la cual la riges; abarca todo aquello que le da sentido y sostén a su vida, corresponde a “la manera como cada sujeto ha decidido estar en el mundo y de qué se aferra para mantenerse en él” (Ruiz, 2016, p. 2). Estas cobran mayor relevancia al final de la vida porque pueden verse vulneradas o incluso perdidas y constituyen una fuente de sufrimiento adicional para el paciente y “... podrían ser las principales causas para la solicitud de la aceleración de la muerte en pacientes terminales” (Gallardo, et al, 2015, p. 50).

Es imperioso hacer la distinción entre espiritualidad y religiosidad, porque “esta segunda es una forma para poder expresar esa espiritualidad” (Participante 3). Cuando se habla de espiritualidad se entiende como aquel “... sentido que tiene la persona de su vida [...] también la conexión que tiene consigo mismo, con el mundo, con los demás, con la naturaleza y con una deidad, pues, si cree en una deidad como tal” (Participante 3); está relacionado con el ámbito de la trascendencia, del sentido último que se le crea a la vida, de la relación con los valores, la consciencia moral y la relación que se tiene con un Dios (Celedón, 2012, p. 262). Esta es sumamente relevante al final de la vida porque “... se convierte en la herramienta más fructífera a la hora de hacer un proceso de duelo y generar un equilibrio espiritual” (Gómez, Murillo & Suarez, 2019, p. 139); puesto que al final de la vida “...permiten al individuo una descarga emocional, que le hace sentir una sensación de alivio y de paz interior” (Ibíd. p. 139). Constituye en el sujeto “la necesidad de volver a leer su vida, de buscar un sentido, de liberarse de la culpa, como todo ese proceso de perdón; de amar y ser amado” (Participante 3).

Las necesidades espirituales son un elemento particular y subjetivo del paciente, puesto que son “propias de cada persona y pueden estar relacionadas con ser reconocido como persona [...] que no es solamente la persona desde su proceso de enfermedad sino también, como la persona que fue y que ahora es” (Participante 3). Son de gran importancia a lo largo de la vida del paciente debido a que representan parte de los recursos internos que utiliza para el afrontamiento de situaciones difíciles y amenazadoras. Y se tornan mucho más relevantes al final de la vida porque

golpean al componente de inmortalidad narcisista del paciente (Laverde, 1997, p. 135) debido a que “nadie nos queremos morir, eso es una realidad ante la muerte” (Participante 2), por lo que este se aferra, desde sus creencias personales, a ese ser que le dará esa posibilidad de prolongar un poco más la existencia, genera en el paciente una conexión aptitudinal y actitudinal y estas lo movilizan a ponerle fuerza a la situación, dan lugar a la motivación a someterse a un tratamiento, sujetándose a la idea de que si pone un gran empeño personal –de sí mismo-, el Dios en el que cree le ayudara (Ibíd.).

Por otra parte, es importante considerar que cuando un paciente se encuentra frente a un proceso de enfermedad terminal, con un dolor y un sufrimiento exacerbado, con temores o miedos frente a la muerte y procurándose que el final de su vida llegue en condiciones dignas, se hace imperativo que este sea abordado “... en toda su dimensión y no solo desde el punto de vista físico” (Celedón, 2012, p. 262) por un equipo médico multidisciplinar, donde participen áreas del conocimiento que le brinden el cumplimiento al complejo universo de necesidades que tiene el paciente, brindando una calidad de vida “promoviendo el máximo bienestar posible y facilitar el proceso de adaptación” (Barreto & Soler, 2003,p. 144), atención que se le brinda, con una marcada preferencia de los participantes, desde los cuidados paliativos. El papel de la psicología dentro de la intervención debe regirse por el respeto a la dignidad humana e ir dirigido al alivio del sufrimiento y la promoción del bienestar (Barreto & Soler, 2003, p.138), partiendo siempre del conocimiento y reconocimiento del paciente, humanizando todas aquellas características (Participante 3), debido a que cada caso es diferente y se deben “tener en cuenta las distintas dimensiones, el perfil psicológico de la persona, factores ambientales, culturales” (Participante 2).

Un objetivo de la psicología al final de la vida de un paciente es “... aliviar su sufrimiento, acompañar al final de la vida, trabajar duelo por pérdidas [...] trabajar el duelo anticipatorio” (Informante 1); igualmente, ayudar a un yo empobrecido por la derrota en la adaptación a los cambios que produce la enfermedad en el paciente (Auza & Caballero, 2016, p. 21), partiendo de “la percepción que tiene el paciente sobre la enfermedad ...”; ahondando en las creencias o pensamientos –que tiene o ha tenido- sobre esta y brindándole la información más completa y verídica posible para darle tranquilidad y claridad sobre su proceso (Ibíd. p 21). Igualmente, se busca favorecer los procesos de elaboración intrapsíquica, permitiendo al “paciente que surja su ser” (Participante 1) para que pueda resignificar el dolor, su historia, los vínculos y la vida que aún queda, recuperar la fuerza que lo vincula a la vida para que así sea capaz de hacerse cargo de su

muerte, ejerciendo la libertad con la que ha enfrentado su existencia (Díaz & Ruiz, 2011, p. 176); teniendo siempre en cuenta la espiritualidad del paciente, sus creencias religiosas y hasta culturales (Participante 3), con las cuales la persona logra movilizarse (Auza & Caballero, 2016, p. 21) porque es desde allí, partiendo de su mundo intrapsíquico, que se puede encontrar y potencializar aquellas herramientas que le generen bienestar al paciente y le contribuyan al afrontamiento del proceso de muerte.

Es frecuente que los pacientes enfrentados al final de vida tengan que vérselas con un sistema de salud que no posibilita la atención de su dolor y su sufrimiento y esto acarrea un detrimento en su calidad de vida, puesto que su universo de necesidades se ve menoscabado y se ve atrincherado en un proceso de muerte que él considera indigna y esto puede detonar el denominado síndrome de desmoralización; el cual se evidencia “cuando un paciente empieza a sentir y pensar que no importa qué se haga, ya nada mejorara o que ya no hay nada que se pueda hacer” (Participante 3). En otras palabras, puede entenderse como ese sentimiento de impotencia o desesperanza frente a la vida, donde el paciente concibe que se encuentra en una situación donde ya no hay posibilidad alguna de solución y se evidencia en él un deseo de renunciar a todo tratamiento o intervención y dejarse arrastrar por lo que le depara su enfermedad.

Para García y Soler este síndrome hace parte de las características peculiares del enfermo en fase terminal, puede considerarse como un estrés existencial y “hace referencia a algo más abstracto, más espiritual, un dolor emocional profundo, una pérdida de significado o de esperanza” (2008, p. 126). Se concibe también, siguiendo autores como Frank (1973), Engel (1985); Klein, Gittelman, Quitkin y Rifkin (citados en García & Soler, 2008, p. 126), como un estado psíquico donde sus pilares básicos son la desesperanza y la impotencia, pero también se puede encontrar una constelación de sentimientos como baja autoestima, soledad, malestar existencial, desamparo, ansiedad, la pérdida de sentido de la vida; se percibe una confusión en el pensamiento y una pobre salud física, igualmente, existe un miedo latente a perder el control y se experimentan fallos permanentes en el manejo y afrontamiento de las situaciones estresantes y esto lleva a impresiones de incapacidad o incompetencia. El diagnóstico de este síndrome debe darse cuando los diferentes sentimientos, principalmente impotencia, desesperanza y abandono, persisten por lo menos un mes y están asociados a alguna afección médica o en ausencia de otro trastorno mental (Ibíd. p. 128).

Cuando se abordan pacientes al final de la vida es importante tener cuidado al momento de diagnosticar un síndrome de desmoralización puesto que su sintomatología comparte

características con la depresión (García & Soler, 2008, p. 126) tales como “un ánimo triste, [...] angustia, como esas ganas de no hacer nada o a veces como pensar que todo es difícil, como la desmoralización de decir ya no hay nada que hacer” (Participante 3). Un diagnóstico diferencial de estas dos psicopatologías permite una intervención oportuna y eficaz para el paciente, puesto que la presencia de alguno de estos dos contribuye, de forma independiente, al deseo de una muerte acelerada (García & Soler, 2008, 125); en otras palabras, el paciente que por un síndrome de desmoralización desea y solicita morir, debe ser abordado de una manera específica, no siempre farmacológica pero sí con una intervención psicológica donde prime la escucha y este pueda poner su malestar en palabras; mientras que un paciente con un trastorno de depresión debe ser tratado en un primer momento con fármacos y posteriormente con psicoterapia para estabilizar su estado mental e indagar sobre si el deseo de anticipar la muerte es genuino o no.

A manera de conclusión, los conceptos de sufrimiento, morir bien, necesidades espirituales son abundantemente tratados en la literatura científica psicológica relacionada al tema de morir con dignidad y pueden ser aplicados satisfactoriamente a la muerte por eutanasia. Dichos conceptos revelan que desde la Psicología han sido copiosos los constructos conceptuales propuestos para hablar sobre el proceso de morir y estos pueden tomarse prestados para ampliar el espectro explicativo de la práctica eutanásica e igualmente, denotan una validez, efectividad y eficacia cuando son llevados a la práctica clínica con pacientes al final de la vida.

Epilogo

En los diferentes discursos que se han construido sobre la eutanasia es notoria la relevancia que toma lo externo, lo objetivable que llega y anula al sujeto en su más amplia y especial característica, su mundo interno, lo que denominamos subjetividad. Desde la doctrina religiosa hasta la majestad de las leyes ha imperado un dominio sobre la vida del otro inhibiendo la soberanía y autonomía frente a su libertad de elección y de auto conducirse; y a través de ese prisma es que se ha debatido y sentado posiciones censuradoras sobre la eutanasia dejando excluido al elemento más relevante de la ecuación: el sujeto, aquel que está viviendo en carne propia una enfermedad y que se acerca inexorablemente a la muerte. Frente a este panorama es un imperativo que la Psicología entre al debate eutanásico, sienta una voz y una posición que permita restaurar el lugar que el sujeto debe tener dentro del abordaje de este fenómeno.

Los hallazgos de la investigación, producto de las entrevistas a profesionales de la psicología y del entrelazamiento de estas con la literatura científica disponible sobre el proceso de morir, permiten fundamentar elementos conceptuales propios de este saber que posibilitan reinscribir al sujeto, como agente activo, dentro de la discusión de la muerte por eutanasia. Los conceptos rastreados son esenciales para ampliar el panorama sobre esta forma anticipatoria de la muerte, dándole un papel protagónico a la subjetividad, poniendo el énfasis a lo que configura su mundo interno, el cual se compone de lo que este piensa, siente, vivencia, significa, representa y puede expresar sobre su condición clínica y sobre su existencia.

Develar al sujeto como un ser extremadamente sufriente es el centro de la elaboración científica y literaria de la psicología, y más específicamente cuando la praxis se enfoca en la atención a los pacientes al final de la vida, puesto que, como ya se ha expuesto anteriormente, el proceso de morir es excesivamente doloroso y generador de un gran monto de sufrimiento para el paciente principalmente. Y dicho sufrimiento no inhabilita al sujeto para ejercer dominio y control sobre su vida y el final de esta; sino que por el contrario se configura como la escena desde donde el paciente construye el mundo, analiza su existencia en retrospectiva, elabora un balance, sondea opciones y toma su propia decisión, que sea cual sea, siempre será una elección válida y respetable por ser fruto del fuero interno y soberano del sujeto.

Poner al paciente desde un lugar activo frente a su proceso de morir le endilga derechos y deberes consigo mismo. Este debe pensarse a sí mismo de manera retrospectiva y representarse

frente a su muerte. Es a este a quien le atañe construir, a lo largo de su vida y más intensamente al final de esta, el sentido que ha de investir su vida; al igual, que fundar lo que considera su dignidad y como esta ha de expresarse al final de la vida.

Pensar todo lo anterior y lo expuesto a lo largo del presente trabajo permitirá abonar al debate sobre la eutanasia en nuestro país abriendo una nueva arista, que si bien no les resta importancia a las otras perspectivas es fundamental que sea escuchada de manera más activa para que el debate sea mucho más amplio y se enfoque en el protagonista del mismo: el paciente al final de la vida.

Finalmente, a pesar de los fecundos e importantes hallazgos anteriormente expuestos, queda para futuras investigaciones esclarecer hasta donde tienen conocimiento los profesionales de la psicología sobre la legislación y los protocolos de aplicación de la eutanasia y si este tiene incidencia en la atención que se le debe brindar a un paciente al final de la vida.

Referencias

- Aguilar Cortes, K. S. (2016). *Incidencia de la eutanasia frente al derecho fundamental a la vida*. [Tesis de pregrado, Universidad Nueva Granada]. Bogotá – Colombia. <https://bit.ly/2WgyPrP>
- Alizade, A. C (1996). *Clínica con la muerte*. Amorrortu Editores. Buenos Aires – Argentina
- Álvarez del Rio, A. (2005). *Práctica y ética de la eutanasia*. México. Editorial S. L Fondo de Cultura Económica de España. México.
- Álvarez Echeverri, T. (1991). Eutanasia: La decisión ética. *Rev. Iatreia, Vol. 4 (1)*, 37- 43. Universidad de Antioquia. Medellín – Colombia
- Andrade, C. (2001). Eutanasia, distintas miradas sobre la muerte dulce. Sociedad Rionegro Online. <https://bit.ly/3j4g3MS>
- Angarita A, C. y De Castro, A. M. (2002). Cara a cara con la muerte: Buscando el sentido. *Psicología desde el caribe*, Vol. 9, 1-19. <https://n9.cl/uvgh6>
- Auza R, J. Y Caballero, H. B. (2016). *Psicología y muerte digna: aportes para la construcción de políticas públicas*. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Javeriana]. Medellín. <https://n9.cl/xw04>
- Ayala C, R. (2008). La metodología fenomenológica hermenéutica de M Van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. *Revista de Investigación Educativa*, 26, (2), 409-430. Barcelona. <https://n9.cl/2r0d>
- Barbero G, J., Bayés S, R., Gómez S, M. y Torrubia A, P. (2007). Sufrimiento al final de la vida. *Medicina Paliativa*, 14 (2), 93-99. <https://n9.cl/xpfc>
- Barreto, M. P. y Bayés S, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. *Canales de psicología*, vol. 6 (2), pp. 169- 180 <https://n9.cl/jy6yq>
- Barreto, M. P. y Soler, M. D. C. (2003). Psicología y fin de vida. *Psicooncología*, 0 (1), 135-146.
- Bayés S, R. (1998). Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Anuario de Psicología*, 29 (4), 5-17. <https://n9.cl/s0qvb>
- Bayés S, R. (2009). Sobre la felicidad y el sufrimiento. *Quaderns de Psicología*, 11 (1/2), 11-16.
- Beltrán M, E. H. (2014). *Eutanasia: sociedad y cultura* [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Pereira]. Pereira- Colombia. <https://n9.cl/s0qvb>
- Benito, E. (8 octubre 2008). *El sufrimiento al final de la vida: núcleo de nuestra práctica clínica*. [Discurso principal]. Conferencia Ministerio Sanidad, Mallorca. <https://n9.cl/badzn>
- Canal Jaime Iván Sánchez Gordillo. (19 marzo 2020). *Eutanasia Documentos Magisteriales*. [Archivo de Vídeo]. <https://n9.cl/7zb9m>
- Canal Noticias Caracol. (18 de mayo de 2018). *La eutanasia, un debate vigente en América Latina*. [Archivo de Vídeo]. <https://n9.cl/hc827>
- Cardona, G., Cabal, A, N. y Zuluaga Al, C. (2010). El rol del psicólogo en las políticas públicas acerca de la eutanasia. *Cuadernos hispanoamericanos de Psicología*, 10 (2), 61- 74.
- Celedón, C. (2012). Sufrimiento y muerte en un paciente terminal. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 72 (3), 261-266.
- Código de Ética En Investigación de la Universidad de Antioquia

- Córdoba, J.V. [Radio María Colombia]. (7 de junio de 2019). *El personaje: Mons. Juan Vicente Córdoba: "la eutanasia en Colombia"*. [Archivo de video]. <https://n9.cl/8tw0>
- Corte Constitucional. (20 de mayo de 1997). Sentencia C-239/97. [MP Carlos Gaviria Díaz]
- Corte Constitucional. (15 de diciembre de 2014). Sentencia T-970/14. [MP Luis Ernesto Vargas Silva]
- Declaración del presidente de la Confederación Episcopal de Colombia frente a la eutanasia. Santa Fe de Bogotá D.C. 29 de mayo de 1997.
- Delgado R, E. (2017). Eutanasia en Colombia: una mirada hacia la nueva legislación. *Revista Justicia*, 31, 225 – 239.
- Decreto Numero 100 de 1980. Por el cual se expide el código penal.
- Díaz B, L., Torruco G, U., Martínez H, M. y Valencia R, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación Educación médica*, 2 (7), 162-167.
- Díaz F, V. E. y Ruiz O, M. A. (2011). La experiencia de morir. Reflexiones sobre el duelo anticipado. *Desde el Jardín De Freud*, (11), 163-178.
- Díaz F, V. E., Ruiz O, M., Flórez, C., Urrea, Y., Cardona, V., Arbeláez, C. y Rodríguez, D. (2013). Impacto familiar del diagnóstico de muerte inminente. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 5 (2), 81- 94.
- Dworkin, G., Frey, R.G. y Bok, S. (2000). *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*. Cambridge University Press.
- De Benito, E. (18 de marzo de 2021). España aprueba la ley de eutanasia y se convierte en el quinto país del mundo en regularla. *El País*. <https://n9.cl/599gt>
- Ferro, M; Molina R, L & Rodríguez G, W A. (2008) La Bioética y sus principios. *Acta Odontología*, 47 (2). <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/2/art-26/>
- Fonnegra D J, I. (2016). El médico ante el sufrimiento del paciente que enfrenta su muerte. *ArsMedica Revista de Ciencias médicas*, 19 (1), 29-40.
- Fonnegra D J, I. (2017). *De cara a la muerte*. Intermedio Editores S.A.S. Bogotá – Colombia.
- Francisconi, C. F. (2007). Eutanasia: una reflexión desde la mirada bioética. *Rev. Latinoamericana de Bioética*, 7 (12), 110-115.
- Flórez R, C. (2010). *El buen morir, paradoja de la época moderna*. [Tesis de pregrado, Universidad de Antioquia]. Medellín – Colombia.

- Galeano, M E. (2004). *Estrategias de investigación social cualitativa, El giro en la mirada*. La Carreta Editorial. Medellín- Colombia.
- Galeano, M E. (2016). *Diseños de proyectos en la investigación cualitativa*. Fondo Editorial Universidad Eafit. Medellín – Colombia.
- Gallardo P, Y. y Moreno G, A. (1987). *Módulo 3 recolección de información*. Arfo editores LTDA. Bogotá – Colombia.
- Gallardo, S. M., Rodríguez, H, R. y Rojas, M. (2015) Eutanasia: una opción en contra del encarnizamiento médico. *Psicoeducación: reflexiones y propuestas*, 1 (1), 47- 54.
- García P, J. A. (2016). Consideraciones del bioderecho sobre la eutanasia en Colombia. *Revista Latinoamericana de bioética*, 17, (1), 200 – 221. <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.2637>
- García S, G. y Soler, P. (2008). Trastorno del estado de ánimo al final de la vida ¿Desmoralización o depresión? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (2), 123-133.
- Gaviria Díaz, C. [Canal Juanacostanavas]. (2020, nov 19). *Debates bioéticos: Carlos Gaviria Díaz – La eutanasia (19/11/12) U de A (Parte 1)*. [Archivo de video]. <https://n9.cl/dpbg4>
- Gempeler R, F. E. (2018). Derecho a morir dignamente. *Uni. Med.* 56 (2), 178 – 185.
- Golan, G, K. (2008). *Eutanasia y Justicia*. Editorial Javeriano. Universidad Pontificia Javeriana. Cali, Colombia.
- Gómez, P. K., Murillo H, M. y Suarez B, L.F. (2019). Acompañamiento al enfermo crónico o terminal y calidad de vida en familia. *Poiésis*, (36), 126-146.
- Gonzales, M.A. (22 de octubre de 2019). ¿Cuántos católicos hay en el mundo? *Vida Nueva Digital*. <https://n9.cl/g7zs>
- Grajales S, C.D., Rodas C, L J., Güiza M, L. A. y Fernández G, L. F. (2016). Constitucionalidad de la despenalización y reglamentación de la eutanasia en Colombia. [Tesis especialización en Derecho Constitucional, Universidad Libre Seccional Pereira]. Pereira – Colombia.
- Gutiérrez Jaramillo, J. (1997). Eutanasia activa en pacientes terminales. *Colombia Medica*, Vol. 3, pp. 157-160. Universidad del Valle. Cali – Colombia.
- La Información. (lun 16 de mayo de 2016). *Sólo cinco países del mundo y algunos estados de EE. UU. permiten la eutanasia*. <https://n9.cl/n7i81>
- Laverde R, E. (1997). La muerte en el espejo, eutanasia, un enfoque psicoanalítico. *Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*, 45 (3), 135-138.

- León, F J. (1995). *Dignidad humana, libertad y bioética*. Universidad Ramon Ilull. Barcelona – España.
- Ley 1090 de 2006, de septiembre de 2006. por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. 6 de septiembre de 2006. D. O. No. 46.383
- Los 7 países del mundo donde la eutanasia es legal (y cuál es la situación en América Latina)*. (18 de marzo de 2021). BBC News Mundo. <https://n9.cl/u9cev>
- Lozano Villegas, G. (2001). La eutanasia activa En Colombia: algunas reflexiones sobre la jurisprudencia constitucional. *Revista Derecho del Estado*, (11), pp. 95-103.
- Maidana, S H. (2016). La idea de la muerte en la antropología de David Hume. *Pensamiento, papeles de filosofía*, 2 (3), 15 – 29.
- Mendoza Vega, J. (2005). El derecho a morir dignamente. *Revista. Biomédica*, 25, (2), 165-166.
- Merchán Price, J. (2008). La eutanasia no es un acto médico. *Revista Persona y Bioética*, 12, N 1 (30), 42 – 52.
- Middleton, J. y Rojas J, C. (2017). *Personas, cáncer y psicología: algunas consideraciones esenciales para la comprensión y actuación psicooncológica* en Rojas J, C. y Valdés G, Y. (Ed). *Psicooncológica, Enfoques avances e investigación*. Nueva Mirada Ediciones.
- Murillo H, C. T. (2010). *Estudio sobre la eutanasia* [Tesis de pregrado, Universidad Ces]. Medellín - Colombia.
- Neira, H. (2017). Suicidio soberano y suicidio patológico. *Ideas y Valores*, 66 (164), 151-179.
- Nietzsche, F. (1889). *El crepúsculo de los ídolos*. Alianza Editorial.
- Novoa M, S.J. C.J. (1995). La eutanasia: un desafío al sentido cristiano de la enfermedad y el dolor. *Revista Theologica Xaveriana*, (114). Bogotá – Colombia.
- Novoa M, S.J. C.J. (2016). *La ciencia desafía la fe*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá – Colombia.
- Ocampo R, A. (4 de dic de 2019). El Legislativo hundió el proyecto que reglamentaba esta posibilidad, por una votación de 71 contra 69. *RCN Radio*. <https://n9.cl/4dl8o>
- Ocampo R, A. (8 de abril de 2021). Eutanasia en Colombia: Una vez más se hundió el proyecto en el Congreso. *RCN Radio*. <https://n9.cl/z9asr>
- Ochoa M, G. (1997). Derecho a una muerte digna. *Revista. Persona y Bioética*, 1, 99 – 107.

- Ortega Díaz, J. A. (2015). *Eutanasia: de delito a derecho fundamental*. [Tesis de maestría en Derecho, Corporación Universidad Libre de Colombia] Bogotá – Colombia.
- Ortiz Ávila, E. F. (2018). Derecho a morir dignamente desde la perspectiva del derecho disciplinario en Colombia. *Revista Dialogo de Saberes*, (49), 43- 67.
- Pereira Otero, C. A. (2013). Alcance del principio de libertad individual en la eutanasia a la luz de la sentencia c 239 de 1997. *Revista Derecho y Realidad*, 21, 264 -270.
- Pérez V, V.M. (2003). *Eutanasia ¿piedad? ¿Delito?* Madrid, España. Editorial Limusa S.A.
- Platón. (370 a.C). Libro III. La República.
- Resolución 1216 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, de 21 de abril de 2015.
- Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social, de 4 de octubre de 1993.
- Rivera A, M. A. (2016). Los profesionales de salud mental y la muerte asistida. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 27 (1), 96-113.
- Rodríguez, S. (2002). Actitudes hacia la eutanasia, contacto con enfermos terminales y personalidad. *Interdisciplinar*, 17 (2), 119- 136.
- Rodríguez Jurado, R. F. y Rodríguez Holguín, F. (1999). Eutanasia: sentir de los médicos colombianos que trabajan con pacientes terminales. *Revista Colombia Médica*, 30 (2), 102-106.
- Rojas J, C. y Gutiérrez V, Y. (2017). *Psicología: Enfoques, Avances e Investigación*. Nueva Mirada Ediciones. Talca – Chile.
- Rojas A, D. y Sánchez A, H. (2017) Actitudes de estudiantes de la Universidad Pontificia Javeriana. Bogotá – Colombia.
- Rozo G, A. (2017). *Decisiones al final de la vida*. Fallidos Editores. Medellín, Colombia.
- Ruiz, M. (2016). La eutanasia entre la obligación moral y la voluntad de elegir. *Revista Remanso*, 20. Bogotá – Colombia.
- Salas C, R. R., García Colorado, G., Perusquia, M. L y García Ituarte, M. (2004). *Tanatología, Aspectos sociales y éticos*. México. <https://n9.cl/u9ri5>
- Sampieri, R. (2004). *Metodología de la investigación*. Editorial punta santa fe. México.
- Sánchez, D., Cuartas, E., Duque, A.N. y Peláez, N. (1999). Eutanasia: encuesta de opinión a médicos internistas y pediatría. Medellín, Segundo semestre 1998. *Revista Ces medicina*, 13 (2). Medellín.
- Sánchez G, J. I. (2019). Eutanasia en Colombia: Aspectos jurídicos, eclesiales y culturales. *Revista Iberoamericana de bioética*, 11, 1-15.

- Sánchez Torres, F. (1997). A propósito de la eutanasia. *Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*, 45 (2), 61-62.
- Sánchez Torres, F. (1997). La eutanasia justificada. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 48 (2), 69-71.
- Sandoval, C. (1996). *Investigación cualitativa*. ICFES. Bogotá – Colombia.
- Sapuy Benavides, K. G. (2017) ¿La eutanasia afecta el derecho a la vida y la dignidad humana? *Revista Erasmus Semilleros de Investigación*, 2 (1), 72- 74.
- Siurana A, J C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, (22).
- Strauss, A; Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia. Edición en español. Medellín.
- Tasset, J. L. (2011). Razones para una buena muerte. La justificación filosófica de la eutanasia dentro de la tradición utilitarista de David Hume a Peter Singer. *Revista Iberoamericana de estudios utilitaristas*, XVIII (1-2), 153-195.
- Torralba, F. (1998). Eutanasia, libertad y responsabilidad social. *Anuario de psicología*, 29 (4), 91-99.
- Trejo N, G. H. (2017). Eutanasia y Derecho Penal. *Nuevos Paradigmas de las Ciencias Sociales Latinoamericanas*, III, (15). 29-52.
- Tsuchida, M. y Bandres, M. (2002). Actitudes de los médicos residentes sobre la enfermedad terminal: los cuidados al final de la vida. *Revista de la sociedad peruana de medicina interna*, 15 (4), 200- 204.
- Valencia L, V E. (2015) *Revisión documental en el proceso de investigación*. Universidad Tecnológica de Pereira.
- Vasilachis D G, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Editorial Gedisa. Barcelona.
- Vilches, L. (2001). Sobre eutanasia. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*, X (1), 177-185.
- Von Engelhardt, D. (2002). La eutanasia entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir: experiencia del pasado, retos del presente. *Acta bioética* 8 (1), 55 – 66.
- Wilches F, A, M. (2011). La propuesta bioética de Van Rensselaer Potter, cuatro décadas después. *Revista opción*, 27 (66), 70-84.

Anexos

Anexo 1. Entrevista

1. ¿Trabaja usted con personas que estén enfrentadas a la muerte inminente?
(Explique)
2. ¿En su lugar de trabajo hay alguna reglamentación explícita sobre el manejo de los pedidos de eutanasia? ¿La conoce? ¿Qué piensa al respecto?
3. ¿Cuál es su posición respecto a la eutanasia?
4. ¿Ha tenido experiencias cercanas, personal o laboralmente, a la eutanasia?
Si la respuesta es afirmativa, ¿por favor narre lo más detalladamente posible como fue o fueron estas experiencias?
5. ¿Qué sabe acerca de los debates que existen en nuestro medio en torno a la eutanasia?
6. ¿Qué sabe de la legislación actual sobre la eutanasia en Colombia?
7. Si a usted como psicólogo(a), le invitasen a presentar en un foro la posición de la psicología sobre la eutanasia, ¿Qué argumentos usaría para su presentación?
8. Desde su experiencia en el contexto de la salud o la clínica ¿Cómo podría la psicología ayudar a pensar la muerte por eutanasia?
9. ¿Qué conceptos se pueden usar de la Psicología para hablar de la eutanasia?
10. ¿Durante su formación en pregrado recuerda haber visto algún curso sobre muerte, eutanasia o bioética (aplicada a la muerte)? Narre su experiencia al respecto.

Anexo 2. Consentimiento informado

Consentimiento informado
“Eutanasia: En Defensa de la Subjetividad”
Universidad de Antioquia

Investigador: Joel Sebastián Loaiza Serna

Eutanasia: En Defensa de la Subjetividad

Usted señor(a) _____ ha sido invitado a participar de la investigación “Eutanasia: En Defensa de la Subjetividad”.

Lo que debe saber:

- La participación en este estudio es voluntaria. Usted puede negarse a participar o retirarse del mismo en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.
- Esta investigación no tiene un propósito terapéutico, sino únicamente posee fines académicos.
- Usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en dicho estudio, finalizado el estudio se le hará llegar los resultados de la investigación, si así lo manifiesta.

Información sobre la investigación

Tómese el tiempo necesario para leer este documento que contiene la información sobre la investigación. De tener alguna duda pregunte o sugerencia por favor hágala saber al investigador; siéntase en la confianza de discutir aquellos aspectos que no le son claros, para que así pueda tomar la decisión de participar o no en la presente investigación.

Objetivo: Fundamentar qué elementos conceptuales ha propuesto o puede proponer la Psicología para aportar al debate sobre la eutanasia.

Procedimiento: Se realizará en un único encuentro, donde la idea es conversar a partir de una serie de preguntas orientadoras ya elaboradas por el investigador a cargo.

Inconvenientes y riesgos: Esta investigación no involucra ningún tipo de riesgo físico, psicológico ni moral para quienes accedan a participar en ella. Según La Resolución 8430 del Ministerio de Salud y Protección Social, en su artículo 11, el presente estudio se encuentra en la clasificación a) investigación sin riesgo.

Confidencialidad: Su identidad quedará totalmente resguardada, al igual que la información que usted brinde para este estudio estará protegida por el derecho a la confidencialidad. Su identidad estará resguardada, tanto en audio como en texto, y para ello se le otorgará un número serial o un nombre. Toda información que usted suministre será de único uso de esta investigación y no será conocido por gente ajena al presente estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de leer y comprender la información suministrada en relación con la investigación *Eutanasia: En Defensa de la Subjetividad* y de recibir del investigador Joel Sebastián Loaiza Serna, las explicaciones pertinentes y respuestas satisfactorias a mis inquietudes, y de haber reflexionado sobre las implicaciones, beneficios y posibles inconvenientes, manifiesto que yo, _____, he decidido participar como informante de esta investigación.

Autorizo al investigador a utilizar la información brindada sobre la temática en futuras investigaciones y la utilización de los resultados en la divulgación de resultados y artículos.

En constancia, firmo este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO en presencia del investigador Sebastián Loaiza Serna

Participante

Nombre: _____ Firma: _____

Cédula de ciudadanía N° _____ de: _____

Investigador:

Nombre: _____ Firma: _____

Cédula de ciudadanía N° _____ de: _____

Se firma en el Municipio de _____ a los ____ días del mes de _____ de año _____.