

**Eutanasia en Pacientes Psiquiátricos:**

**¿Un Dilema Bioético para los Profesionales de la Salud y el Estado Colombiano?**

Edgar Andrés Álvarez Rodríguez

Departamento de Bioética, Universidad El Bosque

Especialización en Bioética

Bogotá D.C.

Junio de 2023

**Eutanasia en Pacientes Psiquiátricos:**

**¿Un Dilema Bioético para los Profesionales de la Salud y el Estado Colombiano?**

Edgar Andrés Álvarez Rodríguez

Trabajo de grado para optar el título de Especialista en Bioética

Tutora: Dra. Tania Leonor Durán Pulido

Departamento de Bioética, Universidad El Bosque

Código 3596: Especialización en Bioética

Bogotá D.C.

Junio de 2023

## Índice

Resumen	4
Introducción	5
Antecedentes	7
Definición del Problema	7
Justificación del Estudio	9
Objetivos del Estudio	10
Eutanasia y Psiquiatría	11
Derechos, Principios y Valores	13
El Marco Legal	19
Los Recursos	22
La Encuesta	24
Resultados	24
Análisis de Resultados	30
El caso	35
Conclusiones	40
Recomendaciones	42
Referencias	44
Anexos	48

## Resumen

El siguiente estudio exploratorio descriptivo tiene como objetivo analizar la viabilidad de la eutanasia en pacientes psiquiátricos desde una perspectiva bioética. Se enfatizará en el principio de autonomía y cómo este se relaciona con la dignidad humana. Además, se empleará el enfoque utilitarista de Peter Singer y se mencionarán otros pensadores relevantes y sus contribuciones según sea pertinente en el contexto. Se hará referencia a las normativas colombianas que han llevado a la inclusión del concepto de *eutanasia* en la constitución, con énfasis en la Sentencia C-233 emitida por la Corte Constitucional de Colombia en 2021. También se abordarán conceptos adicionales con relación a principios bioéticos que enriquecerán el análisis. Se contará con una encuesta realizada a residentes de psiquiatría y estudiantes de bioética que permitirá nutrir la construcción del ensayo; y a través de la presentación de un caso, se explorará la concientización del paciente, sus diagnósticos y posibles desenlaces. Finalmente, se plantearán recomendaciones basadas en los desafíos más destacados identificados, considerando no solo la perspectiva del personal de salud, sino también la de todos los involucrados en el proceso.

**Palabras clave:** Dilema bioético, eutanasia, paciente psiquiátrico, autonomía, dignidad, normatividad colombiana, integralidad

## Introducción

Se debe comprender la eutanasia, como un tema controvertido y complejo que suscita importantes interrogantes éticos y legales en el ámbito de la atención médica, pero su solo concepto en sí ya es un reto para la bioética, el avance tecnocientífico y el constante cambio en la población presenta en la eutanasia un posible curso de acción para tener en cuenta. Si bien se ha debatido ampliamente en relación con enfermedades físicas terminales, su aplicación en pacientes psiquiátricos expone desafíos adicionales debido a la naturaleza de las enfermedades mentales y las implicaciones morales que conllevan. La eutanasia en pacientes psiquiátricos plantea preguntas relacionadas con la capacidad de toma de decisiones, la evaluación de la calidad de vida, el respeto a la autonomía del paciente, la protección de los derechos humanos, entre otras. Asimismo, es necesario tener en cuenta las implicaciones legales y los marcos normativos vigentes en diferentes países. En el caso de Colombia, es relevante mencionar la Sentencia C-233 del 2021, la cual no aborda específicamente a este tipo de pacientes y constituye la última jurisprudencia vigente en el país.

Es importante destacar que la eutanasia en pacientes psiquiátricos involucra consideraciones únicas que deben abordarse con sensibilidad y cautela. La complejidad de los trastornos mentales y las diversas perspectivas bioéticas y legales hacen necesario un análisis profundo y una evaluación rigurosa de los casos individuales. Además, es fundamental promover el acceso a tratamientos y cuidados adecuados para los pacientes psiquiátricos, así como fomentar la investigación en terapias y enfoques alternativos que puedan brindar opciones adicionales a aquellos que sufren de enfermedades mentales *graves*.

Este trabajo busca ofrecer una perspectiva integral de los diversos aspectos relacionados con la eutanasia en pacientes psiquiátricos, sin pretender adoptar una postura definitiva al respecto. Se busca que los hallazgos y reflexiones generados a partir de este estudio contribuyan al debate moral desde una

perspectiva bioética, con una construcción que permita aportar al marco legal, en el ámbito de la psiquiatría, proporcionando elementos para una toma de decisiones informada y equilibrada.

Para lograrlo, se llevará a cabo una revisión de la literatura correspondiente, donde se examinará principalmente el utilitarismo de Peter Singer y los argumentos fundamentales relacionados con la eutanasia en pacientes psiquiátricos. Además, se analizarán las legislaciones y regulaciones existentes con el fin de comprender cómo se aborda este tema en el contexto nacional.

Asimismo, con la construcción de una encuesta, se pretenderá conocer las opiniones de algunos residentes de psiquiatría, y estudiantes de bioética, quienes compartirán su perspectiva y postura frente a este tema. A través de preguntas formuladas en el estudio se buscará enriquecer el debate con diferentes puntos de vista, teniendo en cuenta tanto la dimensión profesional como los aspectos personales y subjetivos de cada participante.

Cabe resaltar que este trabajo no tiene la intención de promover una conclusión definitiva, sino de fomentar un análisis profundo y enriquecedor que permita comprender la complejidad de la eutanasia en pacientes psiquiátricos desde diferentes perspectivas. Se espera que los resultados obtenidos sean útiles tanto para los profesionales de la salud como para aquellos involucrados en la toma de decisiones en este ámbito, e incluso para todo aquel que tenga la curiosidad de cuestionar su postura frente a este tema, aportando así a un debate informado y en constante evolución.

## **Antecedentes**

Los antecedentes de la eutanasia en pacientes psiquiátricos en Colombia nos remontan a la implementación de la Ley 1733 de 2014 emitida por el Congreso de la República de Colombia, conocida como la *Ley de Muerte Digna*. Esta legislación estableció el marco legal para regular aspectos relacionados con el derecho a una muerte digna y el tratamiento de enfermedades terminales en el país. Sin embargo, a pesar de que la Ley de Muerte Digna no excluye explícitamente a los pacientes con enfermedades mentales de la posibilidad de acceder a la eutanasia, la interpretación y aplicación de la ley en este contexto han sido motivo de discusión y controversia.

En el año 2018, la Corte Constitucional de Colombia emitió la Sentencia C-825, la cual estableció que los pacientes psiquiátricos que cumplan con los requisitos legales y éticos pueden acceder a la eutanasia. Esta sentencia estableció criterios específicos para evaluar la capacidad de decisión de los pacientes psiquiátricos y garantizar que se respeten sus derechos en este proceso, sin embargo, pareciera que la norma no lo es todo, ya que la falta de información y las muchas limitantes existentes, entorpecieron la ejecución de esta Sentencia.

No obstante, en el año 2021, la Corte Constitucional de Colombia, emitió la Sentencia C-233, la cual restringe el acceso a la eutanasia para pacientes psiquiátricos que no se encuentren en una etapa terminal de su enfermedad. Esta sentencia ha generado polémica y ha sido objeto de debate en relación con la posible discriminación hacia los pacientes psiquiátricos y la limitación de su autonomía en la toma de decisiones sobre el final de su vida.

## **Definición del Problema**

La exclusión de pacientes psiquiátricos en la última normativa legal para la práctica de la eutanasia en Colombia puede ser considerada un acto de discriminación hacia esta población en particular. Es importante tener en cuenta que, según la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en

Colombia en 2015, aproximadamente el 9.4% de la población informó haber recibido un diagnóstico de algún trastorno mental en algún momento de sus vidas (OPS/OMS, 2014). Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) “calcula que el 25% de las personas padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida” (OPS/OMS, 2012), lo que representaría aproximadamente de cuatro millones ochocientos mil hasta trece millones de colombianos según la probación actual. Estas cifras, que corresponden a un período previo a la pandemia, resaltan la importancia de brindar prioridad a esta población en la actualización del marco legal y enriquecer el debate bioético en torno a este tema.

Es crucial considerar que este planteamiento no busca promover la eutanasia como la única opción para estos pacientes, sino todo lo contrario. Se busca ampliar el panorama y las opciones disponibles para aquellos pacientes psiquiátricos que sufren y enfrentan un serio deterioro en su calidad de vida y la construcción de su dignidad. Estos individuos merecen ser parte del debate y tener acceso a alternativas que les permitan encontrar alivio en su sufrimiento, siempre respetando sus derechos y autonomía.

En un contexto postpandémico, donde se ha evidenciado un aumento significativo de las enfermedades mentales, con incrementos no oficiales que varían entre el 25% al 27% (United Nations, 2022), es fundamental reconsiderar la exclusión de los pacientes psiquiátricos de la normativa legal actual y buscar soluciones inclusivas que aborden sus necesidades específicas. La promoción de un debate bioético, con el objetivo de promover la dignidad y el bienestar de los pacientes psiquiátricos, debería resultar en la evaluación y actualización del marco legal existente. Esto, a su vez, podría abrir nuevas oportunidades para brindar una mayor protección y una atención integral a esta población vulnerable.



## **Justificación del Estudio**

El paciente psiquiátrico nos enfrenta a una serie de dilemas morales y cuestiones relacionadas con los derechos humanos que requieren un análisis cuidadoso. Es fundamental garantizar su autonomía y dignidad al tomar decisiones informadas que consideren tanto los beneficios como los riesgos involucrados. Además, es crucial tener en cuenta los aspectos éticos y legales bajo un discurso bioético bien sustentado, para mejorar la atención y la calidad de vida de esta población, que, como hemos visto anteriormente, representa un porcentaje significativo en Colombia.

Asimismo, resulta crucial reconocer la persistencia de la estigmatización y la discriminación hacia los pacientes psiquiátricos en nuestra sociedad. En consecuencia, es fundamental implementar estrategias que promuevan la educación y la sensibilización tanto entre la comunidad en general como en el ámbito de los profesionales de la salud, con el propósito de concienciar acerca de las necesidades y derechos de esta población. Estas acciones contribuirán a fomentar un enfoque más inclusivo y empático en la prestación de la atención psiquiátrica.

Resulta imperativo impulsar políticas públicas que promuevan la integración social y la igualdad de oportunidades para las personas con trastornos psiquiátricos. Estas políticas deben garantizar el respeto a su dignidad y la protección de sus derechos fundamentales. Es importante reconocer que esto también abarca su concepción del buen morir, permitiendo que tengan el derecho a tomar decisiones informadas y autónomas sobre su final de vida. Para lograrlo, se requiere una mayor sensibilización y educación de la sociedad en general, así como el fortalecimiento de los servicios de salud mental y el acceso equitativo a la atención adecuada. De esta manera, se podrá brindar un apoyo integral y compasivo a las personas con trastornos psiquiátricos en todas las etapas de su vida, incluyendo los momentos finales.

## Objetivos del Estudio

**Objetivo general:** Analizar la viabilidad para considerar la eutanasia como una opción en pacientes psiquiátricos que, ejerciendo su autonomía, contemplen esta medida como una posibilidad cuando se hayan agotado todas las opciones médico-científicas y las alternativas brindadas por una sociedad pluricultural para mejorar, estabilizar o curar su enfermedad. Esto debe ocurrir cuando su condición comprometa significativamente su dignidad según su concepción de esta; todo dentro del marco legal, el cual, al ser un constructo humano, es debatible.

### **Objetivos específicos:**

- Examinar los diferentes argumentos a favor y en contra de la eutanasia en pacientes psiquiátricos. Esto, incluirá su recorrido legal por Colombia, a través de una revisión juiciosa de la literatura especializada.
- Encuestar médicos residentes de psiquiatría y personal relacionado con el campo de la bioética, para conocer sus opiniones, conocimientos y actitudes sobre la eutanasia en pacientes psiquiátricos.
- Estructurar en conjunto con un residente de psiquiatría, que prefirió conservar su anonimato, un caso que permita argumentar la viabilidad de la eutanasia como opción para patologías psiquiátricas de mal pronóstico.
- Razonar con lo construido anteriormente, estableciendo un análisis crítico y aportes al debate bajo una postura personal, informada y responsable.

## Eutanasia y Psiquiatría

Dos temas que generan polémica debido a la aparente incomodidad que causan. Sin embargo, desde un punto de vista más racional, deberíamos dejar atrás ese tabú y comprender que la muerte, de una forma u otra, es un evento al que todo ser viviente llega. La eutanasia debe ser percibida como lo que realmente es: una opción, una ayuda, para Peter Singer (2009), la eutanasia no es una forma de acortar la vida, sino una forma de poner fin al sufrimiento. Por lo tanto, esperamos que se adopte esta concepción de un término que a menudo es malinterpretado y, en ocasiones, mal ejecutado.

En cuanto a la psiquiatría, cito:

Las consecuencias negativas del estigma no solo afectan a las personas con problemas y trastornos mentales, sino a quienes los rodean, principalmente sus familias, por las tensiones e incertidumbre que experimentan, por su tendencia a alejarse de su red social y por la necesidad de dejar sus actividades laborales para convertirse en cuidadores, especialmente en periodos de crisis y recaídas (Ministerio de Salud y protección social de Colombia, 2014, p.4).

Esta observación parece muy acertada, ya que la exclusión social nos lleva a pensar que un diagnóstico psiquiátrico implica dejar de ser *persona*. Olvidamos que son seres sintientes, con anhelos y sueños, pero también con autonomía y dignidad.

Es por ello por lo que hay conceptos que no pueden ser ajenos a esta discusión: autonomía, dignidad, capacidad, sufrimiento e integralidad. Estos conceptos no están jerarquizados, son considerados destacados tanto desde mi perspectiva como en múltiples textos de la literatura revisada, debido al gran impacto que tienen en este tema en particular. Pero ¿acaso no son términos que nos conciernen a todos?, Todos buscamos que se respete nuestra autonomía, que nuestra vida sea digna, que nos consideren capaces en nuestra vida diaria, no solo por un reconocimiento externo, sino como un factor intrínseco relacionado con nuestra calidad de vida; ¿No es el sufrimiento algo que tratamos de

evitar a toda costa?, también anhelamos que se nos vea y trate desde la concepción de la integridad, no solo como un cuerpo, una mente, una profesión o un rol social, sino como un ser completo.

¿Pero cómo se comprenden estos conceptos bajo la premisa de esta situación en particular? En primer lugar, es importante establecer que la eutanasia, en términos generales, se refiere a la acción deliberada de poner fin a la vida de una persona, con el propósito de aliviar su sufrimiento extremo e irreversible. Sin embargo, esta definición que propongo y que es públicamente compartida, plantea dilemas que van desde lo bioético hasta lo biopolítico.

La eutanasia se presenta como una decisión moralmente compleja, ya que se debate si es éticamente permisible o no, y esto le abre las puertas a que la bioética sea propositiva y fomente la dialéctica en este tema. Entre los fuertes detractores se encuentra Immanuel Kant (López Flores, Luis Moisés, 2021), quien sostiene que la eutanasia va en contra de principios absolutos, como el deber de no matar, por lo que considera que no es éticamente justificable. Por otro lado, existen movimientos que defienden la eutanasia, como el utilitarismo, como argumenta (Mill, 2009) esta práctica puede estar justificada si produce la mayor felicidad o el menor sufrimiento para la persona afectada y su entorno.

El debate en torno a la eutanasia involucra reflexiones de todo tipo (bioéticas, éticas, políticas, socioculturales, filosóficas, religiosas, entre otras), sobre la dignidad humana, la autonomía, la concepción de calidad de vida y el alivio del sufrimiento. Para el contexto del área de salud, se busca equilibrar el respeto por la autonomía y el deseo de aliviar el sufrimiento con la protección de la vida y la prevención de posibles abusos.

Es importante reconocer que esta discusión no tiene respuestas definitivas y que diferentes corrientes de todas las áreas humanas ofrecen perspectivas divergentes. La eutanasia sigue siendo un tema de profundo debate en la sociedad actual, donde se busca encontrar un equilibrio entre los principios, valores, derechos individuales y las consideraciones sociales y legales.

En cuanto a los pacientes psiquiátricos, es fundamental comprender y enfatizar que son personas, con todas las implicaciones inherentes que ese término conlleva, y vale la pena aclararlo ya que por la estigmatización que sufren pareciera que les quitara este título. Estas personas, dentro de su ámbito de salud, presentan trastornos y/o enfermedades que comprometen su integridad mental, emocional y/o conductual. Estos trastornos pueden variar desde condiciones *leves*, como un trastorno del estado de ánimo debido a un evento aislado de fácil resolución, hasta una patología *compleja*, como la esquizofrenia refractaria que no responde a ningún tratamiento convencional.

Desde una perspectiva bioética, resulta indispensable reconocer y respetar la dignidad, los derechos, y la integralidad de estos individuos. A pesar de los desafíos que algunos de estos pacientes representan debido a la naturaleza de sus enfermedades, es necesario promover un enfoque cuidadoso y respetuoso de su autonomía, garantizando que puedan participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y el curso de su enfermedad, que con el avance tecnológico parece materializarse paulatinamente. Además, es fundamental fomentar una atención integral y compasiva hacia los pacientes psiquiátricos, brindándoles el apoyo necesario para su bienestar físico, mental y emocional. Esto implica considerar no solo los aspectos clínicos de su condición, sino también sus necesidades emocionales, sociales y psicosociales.

### **Derechos, Principios y Valores**

Por otro lado, y bajo una perspectiva utilitarista, sustentada en las concepciones de Peter Singer (Filósofo australiano, docente de ética, nacido en 1946).

La autonomía, un concepto que busca entenderse, como una capacidad que refleja un derecho fundamental. Esta capacidad implica que los individuos podemos tomar decisiones de manera independiente, libre y basada en nuestro propio razonamiento y valores. En el ámbito de la ética, la autonomía se considera un principio fundamental que respalda el respeto y la dignidad de las personas.

Establecía Peter Singer (2009) que, las personas deben tener la capacidad de elegir cuándo y cómo terminar su vida, incluyendo la opción de solicitar la eutanasia en casos de enfermedad terminal o sufrimiento insoportable.

Es importante destacar que el respeto a la autonomía implica que las decisiones tomadas deben ser reconocidas, pero también deben ser informadas y tomadas de manera competente. Para ejercer nuestra verdadera autonomía, debemos estar informados acerca de las opciones disponibles, así como de los riesgos y beneficios asociados a nuestras decisiones. Esto implica tener acceso a la información necesaria y contar con la capacidad de comprenderla y evaluarla de manera adecuada.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que la autonomía no es un principio absoluto y puede verse limitada en ciertas situaciones. Por ejemplo, cuando entra en conflicto con otros principios, o en condiciones fisiológicas, en la presencia de enfermedades o condiciones mentales que puede afectar o restringir la capacidad de una persona para tomar decisiones autónomas; en estos casos, es necesario encontrar un equilibrio entre el respeto a la autonomía y la protección de la persona, buscando alternativas que permitan garantizar su bienestar y salvaguardar sus intereses. Además, es relevante considerar que la autonomía no debe entenderse de manera aislada, sino en relación con otros principios bioéticos, como la beneficencia, la no maleficencia y la justicia (Childress, J., & Beauchamp, T., 1999). En ciertos casos, puede ser necesario ponderar diferentes principios y buscar un enfoque bioético equilibrado que considere todos los aspectos relevantes.

La dignidad, como otro término de gran relevancia, “es un concepto fundacional” (UNESCO, 2008, p.23), que dentro de su concepción de respeto implica el reconocimiento del valor intrínseco del ser humano. Es una idea fundamental que sostiene que todos los seres sintientes merecen un trato justo y digno, sin importar su condición, características o circunstancias. En el ámbito de la bioética, la dignidad se convierte en un principio fundamental que debe ser protegido en todas las acciones;

reconoce la igualdad y el valor intrínseco de cada individuo, sin embargo, para Peter Singer (2017), no es una noción inherente a los seres humanos, sino a todo sintiente que tenga la capacidad de tener experiencias y sufrimiento, lo que le permitirá tener la concepción de una vida valiosa y satisfactoria. Desde una perspectiva filosófica, la dignidad está directamente relacionada con la autonomía, ya que nos permite buscar y actuar en busca de un sentido y propósito en la vida.

La dignidad es un concepto que trasciende las diferencias individuales y sociales, y se basa en el reconocimiento del valor inherente de cada ente. Es un recordatorio de que todos merecemos ser tratados con dignidad y respeto, independientemente de nuestras circunstancias o capacidades. Además, la dignidad nos invita a considerar las consecuencias éticas de nuestras decisiones y acciones, asegurándonos de que no se violen la integridad y el valor intrínseco de los demás.

Otro concepto por destacar en este contexto es la capacidad. La capacidad no se limita únicamente al ámbito del pensamiento, sino que implica llevar a cabo acciones fundamentadas en decisiones informadas y razonadas. Para llevar a cabo este proceso, es necesario contar con un conocimiento, habilidades y juicio adecuados en relación con la situación específica.

En el ámbito de la atención médica, la capacidad como concepto de pensamiento y ejecución adquiere una importancia especial. Esto implica que los pacientes deben tener un conocimiento suficiente acerca de su enfermedad, los posibles tratamientos, los pronósticos y demás información relevante. De esta manera, podrán brindar un consentimiento informado, tomando en cuenta los riesgos y beneficios asociados. La capacidad, nos permite que los pacientes participen activamente en la toma de decisiones sobre su propia salud. Pero ¿qué pasa en el paciente psiquiátrico?, para Singer (2009), la capacidad está relacionada con la consideración moral, por lo que ser un sujeto en condición de *discapacidad* de cualquier tipo no debería ser un criterio de exclusión para negar derechos o

consideración moral, ya que lo fundamental es experimentar la concepción de una vida valiosa y satisfactoria, lo que refuerza el concepto de autonomía.

Además, el concepto de capacidad nos lleva a reflexionar sobre nuestra responsabilidad social. Al ser percibidos como capaces, evaluamos nuestros propios valores, metas y circunstancias, actuando de manera que se respeten tanto nuestros valores, derechos y principios, como los de los demás. Esto implica considerar el impacto de nuestras acciones en el bienestar y la dignidad de los demás, fomentando así una convivencia armoniosa y respetuosa.

El sufrimiento es un término con el que nos enfrentamos diariamente, ya sea por miedo o por empatía hacia aquellos que lo experimentan. Es una experiencia que nos brinda la percepción del dolor, ya sea físico (Entendido como la manifestación material y corporal de la existencia humana, considerando las interacciones entre el cuerpo, el entorno y la percepción sensorial), emocional (Comprendido como la dimensión afectiva y subjetiva de la experiencia humana, donde las emociones adquieren un valor significativo en la construcción de la identidad y en la manera en que nos relacionamos con el mundo y con los demás) o psicológico (Analizado como el estudio de los procesos mentales, cognitivos y emocionales que influyen en la percepción, el pensamiento y el comportamiento humano, y que contribuyen a la formación de la subjetividad y la conciencia). Lo que más nos aterra de esta palabra es su naturaleza multicausal, ya que muchas de las causas escapan a nuestro control, como conflictos, enfermedades, lesiones, pérdidas de cualquier índole, traumas, entre otros. Sin embargo, para el personal de salud, quienes perciben esa experiencia en terceros, también implica una carga moral que a veces genera conflicto, y como promotores del bienestar, dilemas bioéticos aún mayores: ¿cómo se debe responder y abordar el dolor de los demás? Algunos autores han establecido cuatro puntos clave: alivio del sufrimiento, empatía y compasión, dignidad y respeto, y, autonomía y toma de decisiones (Baum, 2017). Estos parecen ser enfoques adecuados, pero debido a nuestra condición



humana, también podemos equivocarnos en el proceso. Aun cuando se cumplan estos puntos clave, el paciente puede seguir experimentando sufrimiento.

Si no hubieras sufrido como has sufrido, no tendrías profundidad como ser humano, ni humildad ni compasión. El sufrimiento abre el caparazón del ego, pero llega un momento en que ya ha cumplido su propósito. El sufrimiento es necesario hasta que te das cuenta de que es innecesario (Eckhart Tolle, 2009)

Ese sufrimiento, no solo compete al paciente sino a todo aquel que lo rodea y percibe. Para Peter Singer (2009), y su enfoque utilitarista, el objetivo es maximizar la felicidad y minimizar el sufrimiento en la medida de lo posible, ya que la considera como una experiencia negativa

Por último, pero no menos importante, se encuentra el concepto de integralidad, que representa todas las expectativas que podríamos tener del personal de salud con relación a sus pacientes. Sin embargo, alcanzar plenamente este ideal puede parecer ilusorio. La integralidad implica un enfoque amplio y completo del paciente, abordando todas sus esferas: física, emocional, social, mental y espiritual. Es crucial comprender que estas dimensiones no son conceptos aislados, sino que están estrechamente interrelacionadas, y que el bienestar del paciente depende de un equilibrio adecuado entre ellas, pero no solo es cuestión de comprensión sino también de acción, tal como plantea Peter Singer (2002), tenemos la responsabilidad de ayudar a los demás. Argumenta que tenemos la obligación moral de ayudar a aquellos que sufren y están en necesidad, y que esta ayuda debe ser integral, es decir, abarcar todas las dimensiones necesarias para mejorar su situación. Esto implica no solo proporcionar ayuda económica o material, sino también abordar las causas subyacentes de la pobreza y la desigualdad.

En el contexto de la atención médica, a menudo se malinterpreta este concepto y se limita a ser considerado como sinónimo de *interdisciplinariedad*, que implica la colaboración de profesionales de la

salud con diferentes áreas de conocimiento y habilidades. Sin embargo, ¿dónde quedan las otras cuatro dimensiones: emocional, social, mental y espiritual? Es fundamental reconocer que la integralidad va más allá de la mera coordinación interdisciplinaria y requiere una comprensión profunda de las necesidades del paciente en todas sus esferas. Se trata de una aproximación holística que considera la interconexión y la influencia mutua de todos estos aspectos en la salud y el bienestar del individuo.

Al perseguir la integralidad, se busca superar las limitaciones de una visión fragmentada y reduccionista de la atención médica, reconociendo la importancia de evaluar y atender todas las dimensiones del ser humano. Esto implica un cambio de paradigma en la forma en que se concibe y se brinda la atención médica, promoviendo un enfoque más comprensivo, humano y centrado en la persona.

Sin embargo, ¿por qué resulta tan difícil alcanzar esta integralidad, que en última instancia beneficiaría al paciente? A primera vista, parece ser un problema de egos, una disputa sobre quién debe ser el proveedor de servicios de atención y quién el acompañante, quién debería comunicar de manera compasiva el pronóstico del paciente a los familiares, y quién es responsable de proporcionar una asesoría completa e informada sobre opciones como la eutanasia. No obstante, la verdad va mucho más allá de estas aparentes fricciones.

En la construcción popular se critica enérgicamente el papel actual del médico, argumentando que este se limita a ser un mero informante y ejecutor, sin tener una comprensión completa del dolor que atraviesa el paciente. Existe un tipo de dolor que no puede ser aliviado con medicamentos, un dolor que abarca aspectos espirituales, sociales, mentales y emocionales. Este es solo uno de muchos dilemas que han surgido y que aún no tienen respuestas definitivas.

Desde la perspectiva de la ciencia convencional, se podría considerar que el médico desempeña un papel más importante que el de un guía espiritual u otras alternativas no convencionales en la

atención de los pacientes. Sin embargo, desde la subjetividad construida en muchos entornos sociales y, en última instancia, del propio paciente, esto puede no ser necesariamente así. Por lo tanto, esta no es una cuestión de quién aporta más o menos, ni una aparente lucha de egos. Se trata de un trabajo en equipo hacia una causa común: el bienestar del paciente.

Es esencial reconocer la necesidad de un enfoque colaborativo y multidisciplinario en la atención médica, donde diferentes profesionales y especialidades trabajen juntos, aportando sus conocimientos y habilidades únicas. Solo a través de esta integración de perspectivas y enfoques podemos aspirar a brindar una atención verdaderamente integral que aborde todas las dimensiones del ser humano y responda a las necesidades individuales de cada paciente.

Aunque se logre alcanzar esa integralidad, se cumpla con todos los requisitos necesarios para hacer frente al sufrimiento, cuando se reconozca la capacidad del paciente, el respeto a su dignidad y el ejercicio responsable de su autonomía, aún existen dos limitaciones fundamentales: el marco legal y la disponibilidad de recursos.

### **El Marco Legal**

El marco legal juega un papel crucial en la atención y tratamiento de los pacientes. Las leyes y regulaciones establecen los límites y parámetros dentro de los cuales los profesionales de la salud pueden actuar. En algunos casos, las leyes pueden ser restrictivas y limitar las opciones disponibles para aliviar el sufrimiento de los pacientes. Es fundamental revisarlo y actualizarlo para garantizar que se respeten los derechos de los pacientes y se les brinde el cuidado adecuado en situaciones de sufrimiento extremo.

Además, la disponibilidad de recursos también representa un desafío importante. Los recursos médicos, terapéuticos y de apoyo psicosocial necesarios para abordar el sufrimiento de manera integral pueden ser limitados en algunos entornos de atención médica. Esto puede dificultar la implementación

efectiva de enfoques integrales y restringir las opciones de tratamiento y cuidado disponibles para los pacientes.

Aunque el recorrido histórico de la eutanasia en Colombia es extenso, existen fechas y eventos clave que han llevado a que sea una realidad actualmente, aunque con limitaciones. Uno de los hitos importantes fue la inclusión del *Homicidio por piedad* como un tipo penal autónomo en el artículo 106 de la Ley 599 de 2000. Sin embargo, esta historia se remonta aún más atrás. En 1997, un ciudadano presentó una demanda ante la Corte Constitucional argumentando que el homicidio por piedad, contemplado en el artículo 326 del Decreto número 100 de 1980 (23 de enero de 1980), permitía una pena permisible y otorgaba una *licencia para matar*. La demanda buscaba eliminar este artículo del ordenamiento jurídico. La Corte Constitucional respondió de manera inmediata emitiendo la Sentencia C-239 de 1997, donde declaró que la norma era constitucional. En dicha sentencia, se despenalizó el homicidio por piedad en el caso de un paciente terminal que, de manera libre y voluntaria, solicitara el procedimiento, eximiendo de responsabilidad al médico que lo llevara a cabo. En 2010, se radica un proyecto que posteriormente en 2015 se promulgaría en Colombia conocido como la "*Ley Estatutaria de Salud*" (Congreso de la Republica de Colombia, 2015, 16 de febrero), la cual tiene como objetivo principal regular los derechos y responsabilidades tanto de los pacientes como de los profesionales de la salud. Esta legislación reconoce y ampara el derecho a una muerte digna, estableciendo que la eutanasia puede ser considerada en casos específicos, concretamente, la eutanasia puede ser practicada cuando una persona enfrenta una enfermedad terminal o incurable, sufre un dolor físico o psicológico insostenible y ha expresado de manera libre, consciente e informada su deseo de poner fin a su vida.

Posteriormente, en la "Sentencia T-970" (Corte Constitucional de Colombia, 2014, 15 de diciembre) se abordó nuevamente el tema de la eutanasia en Colombia. Esta sentencia surge a raíz de un caso, donde se presentó una acción de tutela contra una EPS el 5 de julio de 2013, argumentando la violación de los derechos fundamentales a la vida y a una muerte digna. La paciente en cuestión padecía

de un cáncer terminal que afectaba gravemente sus funciones vitales. La EPS se negó a llevar a cabo el procedimiento de eutanasia debido a la falta de regulación en los procedimientos.

En esta sentencia se resaltaron varios aspectos importantes. En primer lugar, se reconoció el amparo de los derechos fundamentales a una vida digna, una muerte digna y la dignidad humana en sí misma. Además, se estableció una directriz para el Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de aclarar los trámites administrativos y los entes responsables que se encargarían de gestionar las solicitudes de eutanasia en hospitales y EPS. En respuesta a esta solicitud, el Ministerio emitió el correspondiente protocolo mediante la resolución 1216 de 2015, que establece:

Todo procedimiento de eutanasia debe garantizar la autonomía del paciente, la celeridad y la oportuna realización, además de ellos garantiza la imparcialidad de los profesionales de la salud. Para cumplir esto expone la corte se debe brindar un tratamiento paliativo que amerite la enfermedad, así como contar con una infraestructura adecuada que permita llevar a cabo el procedimiento, de igual forma se debe conformar el comité que coordine y cuente con parte legal y médica (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

La Resolución 971 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social es una nueva normativa que ha reemplazado a la anterior resolución; esta nueva resolución contiene una serie de disposiciones importantes:

(i.) Todo médico puede recibir y gestionar la solicitud de eutanasia y no solo el médico tratante, ya que en el panorama del país un paciente muy difícilmente es seguido por un solo médico, (ii.) el personal implicado en la solicitud del paciente no pueden ser objetores de conciencia, sólo puede ser objetor de conciencia el médico que realizará el procedimiento (iii.)”, se puede solicitar un segundo comité en caso de que sea rechazado el procedimiento por algún ente administrativo. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021)

Para concluir con la sentencia más reciente y actualmente vigente, la Sentencia C-233 de 2021, la Corte Constitucional ha modificado su línea jurisprudencial al agregar que el derecho a una muerte digna también puede ser solicitado por pacientes que sufren un intenso dolor físico o psicológico debido a una lesión corporal o enfermedad grave e incurable, y no solo por una enfermedad terminal. Esto representa un avance significativo, pero deja nuevamente fuera a poblaciones vulnerables que, quizás debido a los numerosos dilemas bioéticos que implican, han sido omitidas hasta ahora, como: pacientes menores de 6 años, pacientes con enfermedades psiquiátricas que afectan la autonomía, pacientes en estado vegetativo, entre otros. Estos casos aún requieren regulaciones específicas en los procedimientos de eutanasia.

### **Los Recursos**

Para finalizar, es importante abordar la limitación de recursos en el contexto de la salud mental. Según los datos más recientes disponibles, correspondientes a 2017, se registró una inversión de \$57.367.294.467 de moneda colombiana en salud mental durante ese año. Esta cifra representa una disminución significativa en comparación con los años anteriores, como 2016 (\$82.785.957.000 COP) y 2015 (\$110.238.320.000 COP). Se encontró que una parte de la inversión proviene de convenios internacionales, con un monto aproximado de 8.500.000.000 COP (colombiano, E. P., 2018), pero no se hallaron otros datos numéricos que reflejaran la inversión en detalle. Es preocupante observar esta situación, especialmente en un contexto posterior a la pandemia, donde se espera una mayor demanda de servicios de salud mental. Además, se encontraron cifras hasta 2021 que indican un aumento del 34.6% en el número de pacientes atendidos en salud mental en los últimos cinco años (INFOBAE, 2021). Parece existir una proporción inversa entre la inversión y el aumento de la demanda de servicios, aunque no se cuentan con datos actualizados para confirmar esta relación.

Ahora, según la opinión popular entre los prestadores del sistema de salud, existe una constante insatisfacción debido a la ausencia de medicamentos, especialistas e infraestructura que permitirían un manejo óptimo e integral para los pacientes psiquiátricos. Por ejemplo, en el caso de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, que representaba el 1% de la población colombiana en 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), actualmente, para aquellos con esquizofrenia refractaria, patología con un pronóstico usualmente reservado por su alta complejidad, se utilizan diversas terapias como la Terapia Electroconvulsiva (TEC), Estimulación Magnética Transcraneal (EMT), Estimulación Cerebral Profunda (ECP) y Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).

En una conversación con algunos prestadores de salud en estrecha relación con los pacientes psiquiátricos y sus respectivos servicios, establecieron de estas opciones terapéuticas, que, la TCC es la más utilizada en Colombia, seguida de la TEC; sin embargo, es importante destacar que la TEC se encuentra centralizada en las principales ciudades del país y no está ampliamente disponible. Por otro lado, la EMT, debido a sus altos costos (2000 euros por sesión), es utilizada por pocos especialistas y también está limitada a ciudades como Bogotá, Medellín y Cali. En cuanto a la ECP, su disponibilidad es aún más escasa debido a los costos aún más elevados y aparentemente solo se practica en Bogotá.

Esta centralización de servicios y los costos asociados plantean un desafío en cuanto al acceso a opciones de tratamiento para los pacientes. Por lo tanto, es necesario evaluar la disponibilidad de otras opciones terapéuticas y considerar alternativas que puedan ser más accesibles. En este contexto, surge la pregunta sobre si la eutanasia puede ser una opción para considerar.

## **La Encuesta**

El estudio realizado puede clasificarse como exploratorio-descriptivo, ya que tiene como objetivo conocer las opiniones de los sujetos implicados en el tema. Esto implica explorar y recopilar información sobre sus puntos de vista. Además, se busca enmarcar estas opiniones en un contexto clínico e histórico con el propósito de generar una reflexión fundamentada.

En este estudio participaron un total de 11 sujetos, incluyéndome, ya que deseaba aportar mi opinión sobre el tema y su abordaje, en el marco educativo y reflexivo de mi ejercicio como estudiante de bioética. Entre los participantes se encontraban siete residentes de la especialización en Psiquiatría provenientes de diversas universidades de Bogotá, todos ellos menores de 32 años. Además, participaron dos estudiantes de la especialización en Bioética, también menores de 32 años, y un médico especialista en bioética y psiquiatría, quien fue el único participante mayor de 32 años. Es importante mencionar que se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los participantes, asegurando así la privacidad de sus respuestas. Además, se brindó la oportunidad de realizar preguntas adicionales o aclaraciones, con el fin de obtener una comprensión más completa de las opiniones y perspectivas de los sujetos involucrados.

Para la recolección de datos, se llevó a cabo una encuesta compuesta por 8 preguntas. Las preguntas fueron diseñadas por mí y contaron con la aprobación de un Especialista en Bioética. Con el fin de difundir la encuesta, se optó por utilizar una plataforma electrónica, específicamente Google Forms. La encuesta fue compartida por una residente de psiquiatría entre sus compañeros durante su período de rotación, y a un docente especializado en Bioética.

## **Resultados**

Las preguntas realizadas permitían expresar conceptos y posturas personales, pero sin perder el contexto científico y reflexivo. A continuación, presento los resultados de la siguiente manera:



- Primera pregunta, “¿Cuál es su postura ética frente a la eutanasia en pacientes psiquiátricos?”, busca conocer la aceptación o desaprobación de esta práctica en este tipo específico de población.

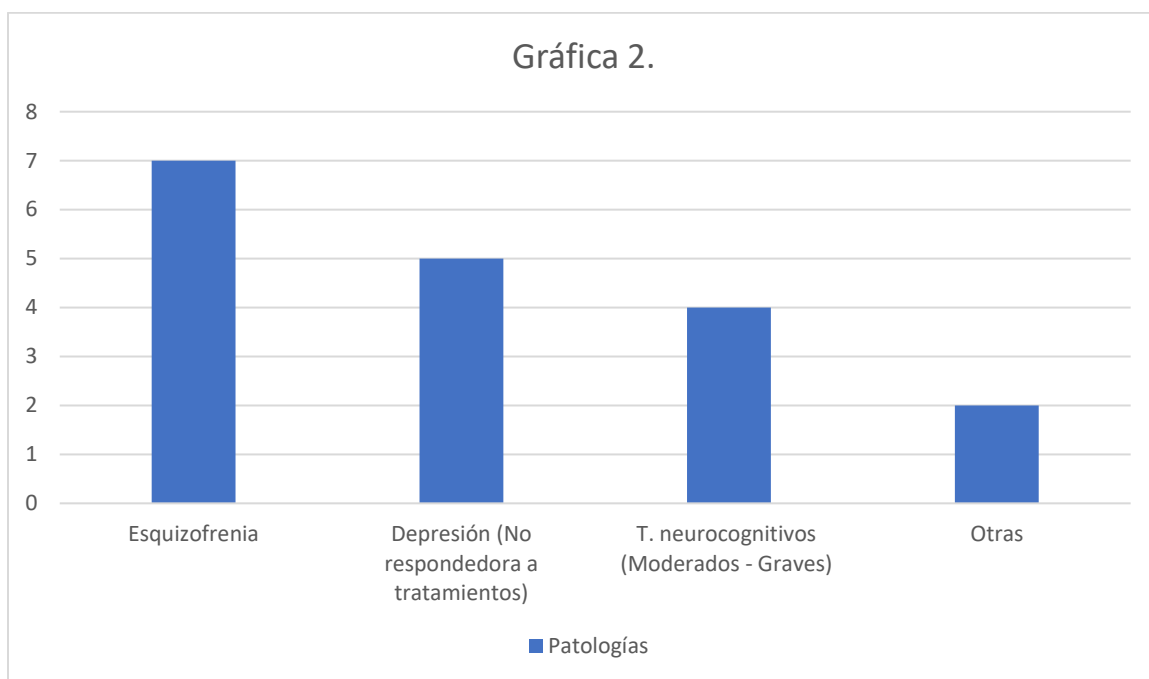
**Producto:** 9 Personas a favor, dentro de las cuales, 2 son objetoras de conciencia para realizar el procedimiento, 3 establecen estar a favor, pero hacen énfasis en que cada caso debe ser individualizado y 1 expresa preocupación, ya que pese a estar a favor sus creencias religiosas lo desaprueban. La persona restante se negó rotundamente a esta práctica en este tipo de pacientes.



- Segunda pregunta, “¿Cuáles considera que podrían ser los diagnósticos psiquiátricos que, en su opinión, podrían ser merecedores o llevar a la consideración de la eutanasia en pacientes psiquiátricos? Por favor, explique las razones detrás de su respuesta.”, La idea con esta pregunta era encontrar si existían patologías en las cuales los sujetos encuestados coincidían, lo cual permitiría en un futuro exponer dichas patologías como un punto de partida para el debate.

**Producto:** De los 10 encuestados llama la atención, 7 respondieron que la esquizofrenia sería una patología que los haría valorar la eutanasia como opción, 5 un trastorno depresivo que no respondiera a manejo psicofarmacológico, 4 a favor de esta práctica en paciente con trastornos

neurocognitivos moderados o graves, 2 personas introdujeron otras patologías (Trastorno límite de personalidad y patologías con relación a traumatismos craneoencefálicos). 3 personas expresaron algunas patologías, pero al final introdujeron que todo trastorno que afecte la noción de calidad de vida y no responda a tratamientos de ninguna índole.



- Tercera pregunta, “¿Cómo se puede asegurar que la toma de decisiones sobre la eutanasia en pacientes psiquiátricos respete y promueva verdaderamente la autonomía del paciente, considerando las posibles influencias externas, la vulnerabilidad y los desafíos particulares asociados con los trastornos psiquiátricos?”, tras esta pregunta, se buscaba establecer si existían protocolos estandarizados que aseguraran la verdadera participación del paciente ejerciendo su autonomía real y, en caso de existir, si eran conocidos por los encuestados.

**Producto:** De los encuestados, ninguno mencionó un protocolo específico. En su lugar, establecieron pautas o puntos que consideraron importantes. Por ejemplo, tres personas destacaron la importancia de que el paciente no esté experimentando un episodio agudo de su patología de base, ya

que esto podría generar un estado de psicosis o manía y esto generaría un sesgo en su autonomía.

Cuatro encuestados consideraron que evaluar la red de apoyo (familiares, pareja) permitiría un ejercicio de la autonomía menos influenciado. Dos personas sugirieron realizar múltiples entrevistas en diferentes momentos para evaluar la consistencia de las decisiones a pesar del tiempo transcurrido. Por último, una persona optó por no expresar su opinión y afirmó que este tema corresponde a los expertos.

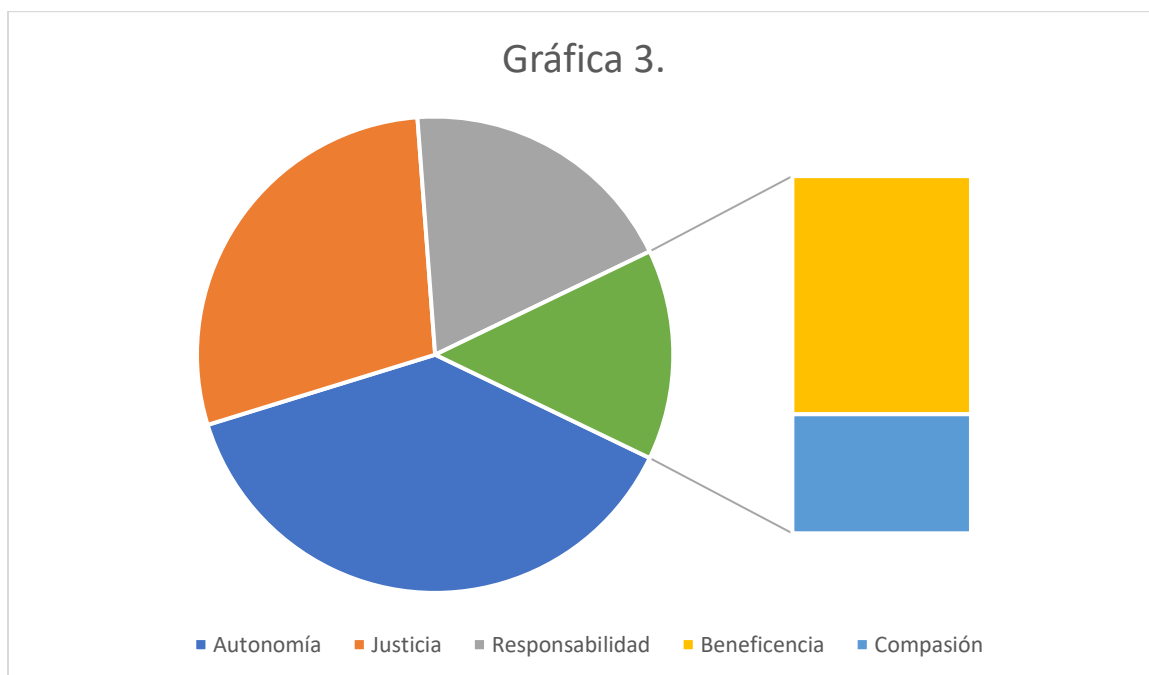
- Cuarta pregunta, “¿Cómo se puede abordar el sufrimiento psicológico en pacientes psiquiátricos de manera integral antes de considerar la eutanasia como opción?”, Permitiría evaluar si el concepto de 'integralidad' generarían en los encuestados un mayor interés por el enfoque biopsicosocial del paciente, comprendiéndolo no solo como un ente con una patología psiquiátrica, sino como un ser de sociedad.

**Producto:** Sorpresivamente el concepto de “integralidad” solo fue evaluado correctamente por 3 de los encuestados ya que, dentro de sus respuestas, establecían al paciente como un sujeto de sociedad, por lo que sus respuestas no estaban enfocadas en tratamientos y personal exclusivamente del área de salud como los otros participantes de la encuesta, sino que daban relevancia al entorno familiar, laboral, de pareja, e incluso se habló programas de reintegración social para disminuir el estigma.

- Quinta pregunta, “¿Cuáles considera que son los valores éticos fundamentales que deben guiar la discusión y toma de decisiones sobre la eutanasia en pacientes psiquiátricos?”, se buscaba establecer una jerarquía de principios y valores, de los principales responsables, que pudieran encaminar la discusión sobre un tema que genera incomodidad, incluso dentro del mismo personal sanitario.

**Producto:** El concepto de “autonomía” fue el más nombrado en estas respuestas, apareciendo en 7 de ellas. Sin embargo, en otra se mencionó la palabra "libertad", y al indagar entre los encuestados, se encontró consenso en que la libertad guarda relación con la autonomía. La segunda palabra más

escrita fue "justicia", la cual apareció en 6 de las respuestas. Seguida de cerca, se encuentra la palabra "responsabilidad" mencionada en 4 respuestas. Llama la atención una respuesta concisa y directa que expresa el pensamiento de uno de los participantes, y cito: 'Los confinados en la constitución'.



- Sexta pregunta, ¿Considera que la eutanasia en pacientes psiquiátricos podría ser percibida como una solución fácil en lugar de abordar las causas subyacentes de su sufrimiento mental?, Esta pregunta tenía como objetivo observar si las personas tan involucradas y cercanas a este tema de la eutanasia y los pacientes psiquiátricos emitían juicios de valor negativos, represivos o atacantes hacia este tipo de pacientes.

**Producto:** Siete personas consideraron que no es una salida ni solución fácil, pero debe ser concebida como una opción. Otras dos personas establecieron que depende del contexto, y una última no dio una respuesta concreta, sino que expuso la posición de, cito: 'se puede caer en esa trampa de promover el suicidio' si no está bien tipificada, si la falta de alternativas es la limitante y si el paciente no tiene adherencia a los tratamientos por múltiples razones.

- Séptima pregunta, ¿Existen alternativas “éticas” a la eutanasia en el manejo del sufrimiento psiquiátrico extremo en pacientes que no responden a los tratamientos convencionales?, Se pretendía llevar a los entrevistados al límite de la situación, donde si ya no hay nada más que hacer y el paciente continúa sufriendo, ¿es la eutanasia la última opción? Es uno de los grandes dilemas bioéticos que nos enfrentamos a diario.

**Producto:** Los 10 participantes expusieron que si existían alternativas a los métodos convencionales antes de considerar la eutanasia, tres dieron respuestas cortantes con un “Si”, uno promovió el uso de terapias alternativas y cito “Si, si bien a el tratamiento convencional está basado en el manejo con psicofármacos y psicoterapias, la evidencia ha estado a favor de terapias alternativas como la estimulación electromagnética, TECAR, e incluso se están estudiando el uso de psicodélicos (Psilocibina, Yopo y ayahuasca) en asociación con una terapia guiada y en medios controlados”, tres propusieron terapias multidisciplinarias con abordajes integrales y conjuntos, pero lo que quizá más llamo la atención de estas respuestas, es que cinco sujetos aunque hicieron sus respectivas propuestas, al final cada uno en su jerga, llegaba a la conclusión que en Colombia no serían viables.

- Octava pregunta, ¿Está familiarizado/a con las voluntades anticipadas? En caso afirmativo, ¿consideraría factible y éticamente apropiado el uso de las voluntades anticipadas en pacientes con un diagnóstico reciente, pero con tendencia a un mal pronóstico en el ámbito psiquiátrico?, Con esta última pregunta, dividida en dos partes, se pretendía, en primer lugar, conocer si las voluntades anticipadas eran un concepto reconocido por todos; y en segundo lugar, determinar si son un método que ayudaría a aliviar la presión de familiares y profesionales de la salud frente a la difícil decisión de la eutanasia en pacientes con diagnósticos psiquiátricos.

**Producto:** De los diez encuestados, solo un sujeto manifestó no estar familiarizado con el concepto de voluntades anticipadas, por lo que el segundo punto de la pregunta no aplicó en su caso.

Por otro lado, los nueve restantes, además de afirmar estar familiarizados con el término, expresaron cierto alivio en sus respuestas. Evidenciaron que, si el paciente no tenía afectado su juicio de realidad y comprendía el pronóstico de su enfermedad, las voluntades anticipadas les brindaban un sentido de dignidad y se convertían en un salvoconducto perfecto. Es importante proporcionar esta información no solo a los pacientes, sino también a todos aquellos que comprenden su entorno social y su importancia en el futuro.

### **Análisis de Resultados**

Para el análisis de resultados, se evaluará cada pregunta por separado, se expondrá el caso clínico reconstruido con el residente de psiquiatría, y al final una postura crítica generalizada.

En la pregunta número uno, se observa que la gran mayoría de los participantes (90%) aprueba el uso de la eutanasia como opción para pacientes psiquiátricos. Es importante destacar que en sus respuestas se enfatiza que cada caso debe ser analizado de manera individual y en profundidad. A pesar de que la mayoría tiene una respuesta positiva hacia esta práctica, algunos participantes indican que no serían capaces de llevarla a cabo. No se especifican las causas en la pregunta ni en las respuestas, pero según la concepción social, el temor al juicio por opinión o acción se muestra como el principal factor limitante en nuestro actuar médico.

Por otro lado, uno de los encuestados expresó preocupación debido a sus creencias religiosas. Aunque aprueba el uso de estas prácticas, su dimensión espiritual no sigue el mismo camino, lo que genera conflictos morales adicionales a la hora de tomar acciones. Por último, un participante se mostró en total desacuerdo con estas prácticas, lo cual refuerza su autonomía y su negativa a participar en acciones que considera inmorales. Es importante recordar que el ejercicio no se limita solo a establecer y evaluar al paciente, sino también a considerar las posturas, principios y valores de todos los involucrados en el proceso.

En cuanto a la segunda pregunta, se observa que la esquizofrenia y la depresión no respondedora a tratamientos fueron las condiciones más mencionadas por los participantes. Esto refleja la gravedad de estos trastornos desde una perspectiva externa. El sufrimiento experimentado por estos pacientes es tan intenso que incluso alguien ajeno a su entorno más cercano puede generar empatía y comprender porque la eutanasia se convierte en una opción para ellos.

Es importante tener en cuenta que estos entes poseen un conocimiento fisiopatológico de la enfermedad, así como una noción de los tratamientos y terapias alternativas disponibles. Además, los profesionales de la salud tienen un enfoque profesional basado en los principios de beneficencia y no maleficencia. Sin embargo, en un contexto ideal donde los tratamientos siempre estén disponibles, donde el enfoque multidisciplinario no sea un enfrentamiento de egos y donde la atención integral sea una realidad en lugar de un concepto idílico, entre otros factores, la respuesta a esta pregunta sería nula y carecería de sentido.

Sin embargo, en el contexto real que enfrentamos, sería un acto atroz no reconocer las necesidades y realidades de estos pacientes. Debemos comprender que existen situaciones en las que los tratamientos no logran aliviar el sufrimiento de manera significativa, lo que lleva a considerar opciones como la eutanasia. Es esencial abordar estas circunstancias con sensibilidad y ética, buscando siempre el bienestar y la dignidad de los pacientes, y promoviendo la mejora de los servicios de salud mental, el acceso a tratamientos eficaces y el apoyo integral para aquellos que enfrentan condiciones psiquiátricas graves y debilitantes.

En cuanto a la tercera pregunta, llama la atención que ninguno de los encuestados mencionó un protocolo específico para evaluar la autonomía y capacidad de toma de decisiones de los pacientes. Con fines académicos, adjunto al final de este trabajo algunos de los protocolos más utilizados (MacCAT-T, MacCAT-CD, ACCDI). Sin embargo, en las respuestas de los participantes se destacaron pautas

consideradas importantes para que el paciente pueda ejercer su autonomía de manera responsable. Una de las pautas más mencionadas fue que el paciente no estuviera experimentando un episodio agudo de la enfermedad, lo cual resalta la importancia de obtener una historia clínica completa. Además, se enfatizó en la necesidad de evaluar exhaustivamente el entorno en el que se desenvuelve el paciente, ya que este entorno puede tener una influencia significativa en sus decisiones. Esta consideración no solo es válida, sino que también reconoce al paciente como un miembro participativo de la sociedad. Por último, un participante expresó preferir delegar esta función a los *expertos*, lo cual no está mal, pero es importante tener un enfoque empático para beneficiar al paciente.

La cuarta pregunta, fue estructurada como una especie de *trampa*, ya que la palabra clave *integralidad* se colocó en el punto medio de la pregunta para resaltar su importancia. Sin embargo, solo tres de los participantes abordaron o destacaron esta palabra clave. Estos participantes recalcaron que, para abordar el sufrimiento del paciente de manera efectiva, era necesario entender al paciente como un todo y evaluar sus esferas física, emocional, social, mental y espiritual. No se debe tratar al paciente como partes separadas, sino como un conjunto de factores interrelacionados que promueven su dignidad. Un enfoque juicioso en la evaluación de estas esferas permitiría identificar el verdadero desencadenante del sufrimiento y abordarlo de manera integral. Como se mencionó anteriormente, el personal de salud a veces es cuestionado por su enfoque centrado en los síntomas y diagnósticos, deshumanizando al paciente y despojándolo de su rol como persona. Por lo tanto, la humanización de los servicios de salud y del personal mismo debe enfocarse en la integralidad, en lugar de priorizar la monetización y la optimización de procesos económico-administrativos.

En cuanto a la quinta pregunta, el objetivo no era jerarquizar principios ni valores, sino simplemente establecer aquellos que los encuestados consideraban más predominantes. La autonomía fue mencionada en el 80% de las respuestas, lo que indica que incluso en una medicina paternalista, que aún se experimenta en muchos sectores, se reconoce al paciente como dueño de sus decisiones y



responsable de sus consecuencias. Esto guarda una estrecha relación con otro término que apareció en el 40% de los resultados: la responsabilidad. La responsabilidad se entiende como un acto consciente que permite discernir entre lo correcto y lo incorrecto, comprendiendo que cada acción conlleva una reacción.

El segundo término más mencionado fue la justicia, concebida como un ajuste social en busca de equidad, que garantice la imparcialidad en términos de recursos, oportunidades y cargas entre los individuos. También implica entender al paciente psiquiátrico en función de sus necesidades y condiciones especiales, para asegurar que reciba lo que realmente necesita. Por último, uno de los participantes limitó su respuesta a "Lo confinado en la constitución". Es claro que no se puede ir en contra del marco legal, pero se debe comprender que el marco legal consiste en lineamientos generados por humanos y, por ende, están sujetos a ser cuestionados, la ley es un constructo humano y, por lo tanto, está sujeta a errores y limitaciones.

La sexta pregunta, como se explicó anteriormente, pretendía ver qué tan dispuestos estamos a establecer juicios de valor de manera acelerada y, muchas veces, a juzgar sin entender el contexto. En cuanto a los resultados, siete de los encuestados expresaron que la eutanasia debe ser considerada como una opción y que, si es la elección del paciente, no se le debe juzgar por ello. Otros dos participantes señalaron que dependerá del contexto de cada paciente, por lo que se podrá emitir un juicio sobre si fue la decisión más fácil o no. La pregunta es: ¿Quiénes somos nosotros para decir si fue lo más fácil o no? ¿Acaso somos capaces de percibir y sentir el sufrimiento del paciente?

Con la penúltima pregunta, se buscaba generar incomodidad en los encuestados y situarlos en el contexto real de lo que pueden enfrentar en la consulta. Imaginemos a un paciente que ha agotado todas las opciones, una familia que ha hecho todo lo posible, un personal de salud dispuesto a darlo

todo, pero el paciente no responde de manera satisfactoria. En este escenario, surge la pregunta: ¿Qué hacer?

Tres personas mencionaron que existen alternativas, pero no se especificaron cuáles podrían ser. Tal vez esto se deba a una falla en la formulación de la pregunta o tal vez refleja un ensañamiento terapéutico y la *resignación* que nos impide despedirnos cuando las opciones se agotan.

Otros sugirieron explorar lo no convencional, lo que no está descrito en libros o artículos científicos, aquello que no puede ser demostrado mediante el método científico pero que algunos afirman que funciona. Lo sorprendente es que la mitad de los encuestados llegó a la conclusión de que en Colombia no sería factible explorar otros enfoques, ya sea por limitaciones legales, económicas o culturales. La realidad es que los pronósticos no dependen únicamente del profesional que trata al paciente, sino también de la infraestructura, la disponibilidad de medicamentos, el enfoque multidisciplinario y, una vez que el paciente es dado de alta, de la rehabilitación social, laboral, económica, etc.

Por lo tanto, no debemos caer en la ingenuidad de creer que la medicina lo puede controlar todo, ya que el azar se encargará de demostrar lo contrario. Es importante comprender, que la medicina no debe ser una lucha desesperada contra la muerte, sino un acompañamiento compasivo en el proceso de morir. En resumen, esta pregunta nos lleva a reflexionar sobre los límites de la medicina, las posibilidades reales de tratamiento y la importancia de un enfoque compasivo y centrado en el paciente.

Para la última parte de la encuesta, se quiso poner sobre la mesa una propuesta en forma de pregunta. Y quiero citar dos frases que me parece importante resaltar encontradas en la web, de autores anónimos: La importancia de las voluntades anticipadas radica en respetar la autonomía del individuo y permitir que sus deseos sean tenidos en cuenta incluso cuando ya no pueda expresarlos y, las voluntades anticipadas no solo son importantes para el individuo, sino también para su familia y los profesionales de

la salud, ya que brindan claridad y guía en momentos difíciles. Es importante comprender este concepto debido a las implicaciones que tiene en el futuro. Debemos dejar de asumir que la eternidad nos espera y que todo permanece inmutable. Aunque muchos de nosotros parecemos obviarlos, no se trata simplemente de esperar a que llegue la muerte, sino de preparar el camino que nos lleva a ella, ejerciendo nuestra autonomía. En la encuesta, se observó un gran alivio por parte de la mayoría de los encuestados, ya que no recaería sobre nadie diferente al paciente, la responsabilidad de tomar decisiones y/o suponer los deseos de nuestro paciente para esas instancias donde su autonomía no puede ser ejercida. Respetar las voluntades sería una tarea mucho más clara, sin socavar la autonomía ni la dignidad de aquellos que son nuestro objetivo último: nuestros pacientes.

### **El Caso**

Como parte de un ejercicio reflexivo, se reconstruyó un caso basado en una historia real, cambiando datos en aras de salvaguardar la identidad del paciente, en conjunto con un residente de psiquiatría quien prefirió conservar el anonimato, el caso es el siguiente:

"Paciente femenina de 30 años, natural de Popayán, pero actualmente vive en Bogotá. Nació en una familia nuclear compuesta por su padre, madre y 3 hermanos, siendo ella la hermana del medio. Su padre es ganadero y goza de buena solvencia económica, mientras que su madre, a pesar de tener título profesional, se dedicó exclusivamente a la crianza de sus hijos en Popayán. Durante su adolescencia, la paciente experimentó conflictos debido a las altas exigencias de su padre. Aunque la familia disponía de abundantes recursos económicos y nunca carecieron de necesidades, la relación con su padre era tensa debido a sus repetidas infidelidades hacia su madre. Estos acontecimientos generaron un profundo resentimiento en la paciente hacia su padre. En un momento dado de su adolescencia, decidió irse a vivir con su tía, quien asumió el papel de "madre" y se encargó de su educación. Sin embargo, la convivencia con su tía también resultó difícil, por lo que decidió regresar a casa de sus padres. Durante

este tiempo, la paciente exhibía comportamientos basados en emociones desequilibradas, como autolesiones y mordeduras, cuando experimentaba emociones negativas como el mal genio. Sus padres asumieron la responsabilidad económica de sus gastos, pero se produjo una desconexión afectiva irreversible. A petición de su tía, la paciente regresó a vivir con sus padres, pero una vez completó la escuela secundaria, decidió mudarse a Bogotá. Mientras sus hermanos comenzaron a estudiar en la universidad, ella optó por estudiar Nutrición en la capital. Durante su carrera, comenzó a presentar síntomas compatibles con un trastorno de la conducta alimentaria, lo que retrasó su progreso académico. Al mismo tiempo, la paciente dejó de autolesionarse y adoptó ideaciones suicidas, comenzando a tomar medicamentos de manera indiscriminada. Entre los 18 y los 20 años, experimentó varios intentos de suicidio, incluyendo lanzarse desde edificios a alturas medias y lanzarse hacia vehículos, aunque las heridas nunca fueron graves. A pesar de mantener un fuerte resentimiento, especialmente hacia su padre, la paciente recordaba introspectivamente que este también había abusado sexualmente de su hermana, lo que se sumó a su sensación de abandono. Sin embargo, su padre intentaba compensarlo todo con dinero. En medio de su resentimiento, la paciente comenzó a planear demandar a sus padres por haberle causado el trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, en medio de este proceso, la pandemia llegó y su padre falleció. Esto sumió a la paciente en episodios depresivos constantes, fuertemente vinculados a su trastorno límite de la personalidad, además de un sentimiento de culpa por pensar en demandar a su padre. Aquí se hizo evidente la ambivalencia de la paciente, una relación entre el amor y el odio. Una vez fallecido su padre, sus hermanos guardaron un mes de luto y luego volvieron a la normalidad, pero la paciente sintió indignación y odio hacia sus hermanos porque ella aún estaba en duelo por su padre. Después de este evento, la paciente fue sometida a múltiples cambios en su tratamiento, pasando por todos los medicamentos disponibles en Colombia a dosis máximas, con los correspondientes ajustes y titulaciones, paso por todos los ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), paso por moduladores (Litio, Acido Valproico,

Carbamazepina), incluso llegó a pasar por antipsicóticos (Quetiapina, Clozapina) a altas dosis sin respuesta, llegó a darse medicamentos psicoestimulantes (Metilfenidato). Posteriormente, se decidió enviar a la paciente a psicoterapia sin obtener respuesta, por lo que se optó por la terapia dialéctico-conductual (DBT), que cuenta con una sólida evidencia para el trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, este tratamiento resultó extremadamente costoso en Colombia (18'000.000 COP anuales), aunque la paciente tenía los recursos para costearlo. Vale la pena aclarar que este tratamiento no está cubierto por el POS. La terapia DBT tuvo un efecto parcialmente positivo en la paciente, ya que logró superar su trastorno alimentario y completar su carrera universitaria. Sin embargo, su sentimiento de culpa por la muerte de su padre nunca desapareció, lo que la llevó a reincidir en las autolesiones. Posteriormente, comenzó a experimentar la crisis del adulto joven y desarrolló un deseo de independencia. Aunque su madre la apoyó económicamente para comprar una propiedad, la paciente no obtuvo una respuesta positiva. Esto condujo a nuevos episodios depresivos y múltiples hospitalizaciones. En sus últimas hospitalizaciones, la paciente decidió solicitar la eutanasia. Sin embargo, debido a la complejidad del caso y la falta de regulación, aún no se ha obtenido una respuesta."

¿La paciente puede ejercer su autonomía?

¿Cree que esta paciente considera digna su vida?

¿Esta enfermedad la va "matar"?

¿Se puede ofrecer alguna otra terapia sin vulnerar su autonomía y concepto de dignidad?

¿Por qué se le negaría su solicitud?

A nivel personal, después de revisar la literatura y basándome en las experiencias y contribuciones de los residentes de psiquiatría y estudiantes de Bioética, mi postura crítica se fundamentará en el caso reconstruido y en lo expuesto anteriormente.

En primer lugar, bajo una visión principialista, en la cual he ido reformando mi moral, siempre se ha destacado la autonomía. El concepto y argumentación de autonomía se describe de manera simplista como el derecho que tenemos los individuos a tomar decisiones sobre nuestra propia vida y, por ende, nuestra salud. Esto me hace percibir la eutanasia como una opción en casos en los que, según se establece en la Sentencia C-233 de 2021, se sufre de una enfermedad grave e incurable que genere dolor físico y/o psicológico incontrolable. Sin embargo, si ciertas enfermedades psiquiátricas en papel cumplen con estos requisitos, ¿por qué no se les permite aplicar este procedimiento?

Aquí es donde entra en juego la autonomía, ya que se establece como uno de los principales requerimientos para aplicar a este procedimiento. Esto me genera múltiples dudas. ¿Siempre ejercemos nuestra autonomía? Aunque creyéramos que sí, la realidad es que no del todo, ya que contamos con limitantes sociales, políticas, económicas, entre otras. Entonces, nuestra *autonomía*, aunque limitada, existe. Mi segunda pregunta va encaminada a si nuestra autonomía solo la podemos ejercer cuando neurológicamente estamos en condiciones de hacerlo, y esta se viese limitada ya sea por episodios activos de la enfermedad, dolor, psicosis, entre otros; y desafortunadamente, no volviese a su estado *basal*. ¿Hemos perdido nuestra autonomía para siempre? En el orden de los sucesos, ¿puede alguien tomar decisiones sobre este ser que ha perdido la autonomía? ¿Quién y por qué? Aquí cobra gran relevancia el tema de las voluntades anticipadas. Pero ¿cuándo es el momento de hacerlas? En mi opinión, las voluntades anticipadas deberían ser un tema por tratar en las familias como una conversación ordinaria, pero no lo es. Es tan desconocido como estigmatizado. Y así es como cada situación evoca nuevas dudas. La pérdida de la autonomía parece ser el principal obstáculo para la eutanasia en pacientes psiquiátricos, pero no es el único. También se debe considerar la valoración de la

dignidad del sujeto, que para muchos podría tener prioridad sobre la propia autonomía. Pero al ser la dignidad un constructo individual, es aún más difícil determinar qué es digno e indigno para estos pacientes.

Pero ¿qué es la dignidad? En mi concepción y citando “dignidad humana significa que un individuo siente respeto por sí mismo y se valora al mismo tiempo que es respetado y valorado” (Lamm, E, 2017, p-2). Teniendo en cuenta esta definición, dentro de la concepción de respeto, ¿es válido sufrir dolor? ¿Desprendernos de nuestra esencia debido a la polifarmacia que nubla nuestro consciente y subconsciente? ¿Desprecio y pérdida del sentido mismo de la vida sin posibilidad de recuperarse? ¿Sometimiento físico para evitar autolesiones o lesiones a terceros? Este principio genera aún más dudas que el anterior. Aunque estas sean difíciles de prever y responder de manera única, deben ser consideradas.

Creo que estos dos principios guían la discusión sobre la eutanasia en pacientes psiquiátricos, y bajo ellos, entra en juego nuestro rol como personal de salud: beneficencia, no maleficencia, justicia, pero sobre todo prudencia. Incluso dentro del mismo gremio, no hay una unión en torno a estos conceptos, lo cual es comprensible, ya que todos los hemos adaptado a situaciones específicas que hemos vivido. Es por lo que, incluso entre los mismos actores relacionados directamente con las patologías psiquiátricas (residentes de psiquiatría), no existe un acuerdo, como hemos visto en la encuesta realizada. Sin embargo, para efectos prácticos de mi análisis crítico, debo decir que no encuentro contradicción entre estos principios y la práctica de la eutanasia en estos pacientes.

En lo que respecta a la beneficencia, concebida como la promoción del bienestar y la mitigación del sufrimiento del individuo, en el caso de pacientes que padecen condiciones graves e irreversibles, puede considerarse un acto de compasión y empatía. Brinda una salida a aquellos atrapados en un estado de sufrimiento crónico y desesperanza. Por otra parte, en términos de no maleficencia, para los

pacientes psiquiátricos con enfermedades mentales graves y crónicas que generan un sufrimiento intolerable y afectan significativamente su calidad de vida, prolongar la vida sin una posibilidad realista de mejoría podría ser considerado una forma de infligir daño continuo. En cuanto a la justicia, se plantea la existencia de una desigualdad en el acceso a los cuidados de fin de vida, dado que un diagnóstico psiquiátrico discrimina indirectamente en términos de recibir las mismas oportunidades que aquellos sin dicho diagnóstico, generando una pérdida de equidad. Por último, la prudencia o el principio de precaución, entendido como el equilibrio entre los riesgos y beneficios para el paciente, representa una línea muy delicada que como profesionales de la salud debemos cruzar. Debemos desprendernos de nuestro sentimiento paternalista y priorizar la objetividad por encima de nuestras propias creencias, comprendiendo que cada caso debe ser individualizado y evaluado en un contexto integral con un enfoque biopsicosocial. Esto nos permitirá comprender la realidad del paciente no solo desde su enfermedad, sino también desde sus implicaciones personales, familiares y sociales. Aunque los principios pueden variar en su jerarquía e incluso en su definición, y este trabajo no tiene como objetivo objetivar ni encontrar respuestas únicas, pretendo ofrecer una perspectiva más real del contexto del paciente que, legislativamente, ha sido excluido y, médicamente, ha sido juzgado. Espero que no todos compartamos la misma opinión, sino que, por el contrario, generemos un debate, y deliberemos, ya que es de las maneras más efectiva de promover el conocimiento.

## **Conclusiones**

Las posturas frente a un tema como la eutanasia en pacientes psiquiátricos parecen no estar encaminadas con unanimidad, a favor, en contra, y otras concepciones relativistas que sustentan el: *depende*. ¿Cuál es la postura correcta?, la realidad es que como se expresó en la introducción, este trabajo no pretende establecer una postura, sino brindar al lector el sustento para que construya la suya.



La falta de claridad en la normativa para este evento en estos pacientes en concreto ha acarreado consecuencias reprochables en todos los aspectos. Los pacientes y sus familias, se sienten inconformes debido a la falta de priorización de sus patologías, la estigmatización que sufren en la sociedad y dentro del mismo sistema de salud, la vulneración de su autonomía, la des-dignificación de su vida, la falta de respaldo y trabas legales, la malversación de recursos que impide acceso equitativo a tratamientos, que incluye medicación, terapias, especialistas, infraestructura, etc; la ausencia o dificultad para acceder a terapias alternativas a sus patologías, además de los altos costos de las terapias disponibles en el país, entre otros. Estas preocupaciones también se extienden al personal de salud, que se siente vulnerable al querer ofrecer un manejo integral y no poderlo hacer por todo lo antes expuesto.

Además, se presentan dilemas morales debido a la responsabilidad aparente, a veces paternalista, sobre la vida y la salud de estos pacientes, así como la necesidad de evitar un ensañamiento terapéutico y una concepción de la muerte como un fracaso en el tratamiento. Aunque consideramos la eutanasia como una opción, parece que evitamos apropiarnos de este término y le tememos. Sin embargo, en una realidad socioeconómica como la nuestra, con un sistema de salud frágil en el que los tratamientos de alta efectividad a menudo deben ser costeados por los propios pacientes, muchas veces sin recursos, prolongar el sufrimiento se convierte en una sentencia inevitable. Como sociedad, seguimos fallando en comprender que los pacientes psiquiátricos son personas con necesidades iguales o incluso mayores que aquellos que no sufren un diagnóstico de esta índole. El abordaje integral y el seguimiento del cual se beneficiarían continúan siendo solo palabras escritas en papel, ya que desconocemos la complejidad del ser humano y sus múltiples dimensiones.

Sin embargo, no todo es negativo, la encuesta realizada a los futuros especialistas de psiquiatría y bioética permitió dilucidar un genuino interés por el bienestar de estos pacientes, ya que reconocieron la complejidad de sus patologías, los alcances y limitaciones de sus tratamientos médica y económicamente, la dificultad de un manejo integral que beneficie al paciente, los dilemas bioéticos

detrás de las decisiones, el conflicto de principios y valores propios vs los del paciente. Todo esto permite brindar un enfoque más realista del contexto actual de estos pacientes, pero también un futuro más esperanzador con unos especialistas y ojalá, una sociedad, más consciente e informada.

La construcción del caso, basado en un paciente real y sus preguntas al final, permite de manera interactiva comprender la complejidad de estos pacientes, su entorno personal y familiar, las dificultades que presenta el personal de salud y las limitaciones normativas en el país. Invito que cada uno haga su análisis reflexivo como yo presente el mío, sin olvidar que estos son entes sintientes con las implicaciones intrínsecas de todo ser humano, y que no se trata de una lucha entre unos y otros, sino de un trabajo que requiere el esfuerzo de un equipo.

### **Recomendaciones**

Para abordar los desafíos planteados, es crucial destacar la importancia de la educación y concientización en la sociedad sobre las enfermedades mentales y los desafíos que enfrentan los pacientes psiquiátricos. Romper estigmas y promover una mayor comprensión y empatía hacia estas condiciones es fundamental para eliminar la discriminación y garantizar un trato justo y digno. Esto puede lograrse mediante campañas de sensibilización en medios de comunicación, programas educativos en colegios, universidades y espacios públicos, y la promoción de testimonios y experiencias reales de personas que han vivido con enfermedades mentales. Además, es esencial fomentar la formación continua de los profesionales de la salud y proveerles de herramientas adecuadas para el manejo y atención de los pacientes psiquiátricos. Todo esto, en aras de fortalecer el respeto a la autonomía y dignidad de estos pacientes.

La atención integral y multidisciplinaria es otra recomendación clave para mejorar la situación de los pacientes psiquiátricos. Además del aspecto médico, es fundamental abordar el apoyo psicológico, social y familiar. Esto implica establecer equipos interdisciplinarios que trabajen en conjunto para brindar

una atención integral y personalizada. Además, se deben asignar recursos suficientes y garantizar un acceso equitativo a estos servicios, especialmente para aquellos que no tienen los medios económicos para acceder a terapias y tratamientos especializados. También es importante fomentar la participación de los pacientes y sus familias en la toma de decisiones relacionadas con su atención y tratamiento, promoviendo la autonomía y el respeto a sus preferencias.

La promoción de investigaciones y avances en el campo de la salud mental es crucial para mejorar la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos. Se deben asignar recursos y financiamiento adecuados para impulsar la investigación científica en este campo, tanto en el desarrollo de terapias más efectivas como en la búsqueda de tratamientos menos invasivos y costosos. Además, es necesario fomentar la colaboración entre instituciones académicas, centros de investigación y clínicas para compartir conocimientos, intercambiar buenas prácticas y promover la innovación en el ámbito de la salud mental. Estos avances deben estar enfocados en encontrar soluciones que aborden las necesidades específicas de los pacientes psiquiátricos y se adapten a su contexto socioeconómico y cultural.

Una normativa más clara e inclusiva se hace indispensable para que las buenas prácticas y cuidados sobre estos pacientes no sean limitados por marcos legales, se debe promover el debate para la actualización de una normatividad que pareciera quedarse atrás en comparación con los avances tecnocientíficos y una población cambiante, con necesidades igual de fluctuantes.

Para concluir las recomendaciones, abordar los problemas planteados desde una perspectiva bioética, en relación con la eutanasia en pacientes psiquiátricos requiere una serie de recomendaciones clave. Es fundamental educar y concientizar a la sociedad sobre las enfermedades mentales, promoviendo una mayor comprensión y empatía. Asimismo, se debe garantizar una atención integral y multidisciplinaria, brindando acceso equitativo a recursos y servicios especializados. La promoción de

investigaciones y avances en salud mental, junto con una legislación clara y precisa sobre la eutanasia en esta población en concreto, son elementos esenciales para garantizar un enfoque bioético y responsable. Finalmente, se requiere una mayor colaboración y trabajo en equipo entre los diversos actores involucrados para abordar estos desafíos de manera holística y colaborativa.

### Referencias

- Abadía-Torres, R., & Noguera-Aguilar, J. F. (2019). Reflexiones bioéticas sobre la eutanasia en pacientes con trastornos psiquiátricos graves. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(1), 97-103.
- Alvarez Marrodán, I., Baón Pérez, B., Navío Acosta, M., López-Antón, R., Lobo Escolar, E., & Ventura Faci, T. (2014). Validación española de la entrevista MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment para evaluar la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento. *Medicina clinica*, 143(5), 201–204. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2013.07.029>
- Battin, M. P., & van der Heide, A. (Eds.). (2016). *Physician-assisted dying: The case for palliative care and patient choice*. Johns Hopkins University Press.
- Baum, Erica. (2017). Eutanasia, empatía, compasión y Derechos Humanos. *Revista de Bioética y Derecho*, (39), 5-21. Epub 02 de noviembre de 2020. Recuperado en 12 de junio de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872017000100002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000100002&lng=es&tlng=es).
- Childress, J., & Beauchamp, T. (1999). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.
- Colombiano, E. P. (2018). Inversión en salud mental en Colombia disminuye aunque aumentan violencias. <https://elpacientecolombiano.com/salud-mental/la-inversion-en-salud-mental-en-colombia-disminuye-aunque-aumentan-violencias/>

Congreso de la Republica de Colombia. (2015, 16 de febrero). Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015.

Gaceta oficial del Congreso. Obtenido de [www.secretariasenado.gov.co](http://www.secretariasenado.gov.co)

Corte Constitucional de Colombia. (2014, 15 de diciembre). *Sentencia T-970 de 2014*. Centro de

Documentación Judicial. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>

Díaz-Gómez, M., & González, J. (2021). La eutanasia en pacientes con enfermedad mental desde una perspectiva clínica y ética. *Revista de Psicología y Psicoterapia*, 31(2), 169-184.

Durán-Gómez, A. (2017). Eutanasia y salud mental: una aproximación ética y legal. *Revista Bioética y Derecho*, (41), 157-173.

En Colombia la prevalencia de la esquizofrenia representa el 1% de la población. (2013, octubre 1).

Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/esquizofrenia-representa-el-1-poblacion.aspx>

Espectador, E. (2018, febrero 20). Eutanasia puede ser solicitada por familiares de pacientes: Corte Constitucional. *El Espectador*. <https://www.elespectador.com/salud/eutanasia-puede-ser-solicitada-por-familiares-de-pacientes-corte-constitucional-article-740262/>

Fernández, A. (2017). Eutanasia y suicidio asistido en el ámbito de la salud mental: un enfoque bioético.

*Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(1), 48-55.

García-Moreno, R., & Torres, L. (2019). Eutanasia en pacientes psiquiátricos: análisis ético y jurídico.

*Revista de Derecho*, 45(1), 23-41.

Gómez-Durán, E., Rodríguez-Duarte, R., & Llorente-Díaz, C. (2020). Eutanasia y suicidio asistido en pacientes psiquiátricos: una revisión bioética. *Revista Argentina de Bioética*, 14(1), 32-45.

- Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental. (2014). ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma.
- INFOBAE. (2021, julio 15). El número de personas atendidas por problemas de salud mental en Colombia aumentó 34,6 % en los últimos 5 años. infobae.  
<https://www.infobae.com/america/colombia/2021/07/15/el-numero-de-personas-atendidas-por-problemas-de-salud-mental-en-colombia-aumento-346-en-los-ultimos-5-anos/>
- Lamm, E. (2017). La dignidad humana. <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-dignidad-humana>.
- López Flores, Luis Moisés. (2021). Kant, suicidio y privación de la vida: una interpretación voluntarista. *Signos filosóficos*, 23(46), 8-37. Epub 04 de abril de 2022. Recuperado en 12 de junio de 2023, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-13242021000200008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-13242021000200008&lng=es&tlng=es).
- López-Hernández, J. M., & Fernández, S. (2020). Reflexiones éticas sobre la eutanasia en pacientes con trastornos mentales graves. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(2), 117-133.
- Mill, J. S. (2009). *Utilitarianism*. The Floating Press.
- Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2014). *Propuesta de ajuste de la Política Nacional de Salud Mental para Colombia 2014: Plan Nacional de Salud Mental 2014-2021*. Desarrollado en el Marco del Componente de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas del Convenio de Cooperación Técnica 310/13. Recuperado de <http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/pls/portal/docs/1/5304073.PDF>
- Mitchell, C. (2012, octubre 9). OPS/OMS. Pan American Health Organization / World Health Organization. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=0&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=0&lang=es)

- Rodríguez-Morales, S. (2018). Reflexiones bioéticas sobre la eutanasia en pacientes psiquiátricos. *Anales de la Facultad de Medicina*, 79(2), 225-230.
- Schaefer, L. A. (2011). MacArthur competence assessment tools. En *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (pp. 1502–1505). Springer New York.
- Singer, P. (2002). *Una vida ética: escritos*. Argentina: Taurus.
- Singer, P. (2009). *Ética práctica*. España: Ediciones Akal.
- Singer, P. (2017). *Ethics in the Real World: 82 Brief Essays on Things That Matter*. Reino Unido: Princeton University Press.
- Tolle, E. (2009). *Practicando El Poder del Ahora: Enseñanzas, meditaciones y ejercicios esenciales extraídos de El Poder del Ahora*. España: Gaia Ediciones.
- Torrado, S. (2018, marzo 11). Colombia reglamenta la eutanasia para niños y adolescentes. Ediciones EL PAÍS S.L.  
[https://elpais.com/internacional/2018/03/10/colombia/1520696972\\_962348.html?event=go&event\\_log=go&prod=REGCRART&o=cerrado](https://elpais.com/internacional/2018/03/10/colombia/1520696972_962348.html?event=go&event_log=go&prod=REGCRART&o=cerrado)
- UNESCO-Montevideo. (2008). PROGRAMA DE BASE DE ESTUDIOS SOBRE BIOÉTICA.
- United Nations. (s/f). Estado de la salud mental tras la pandemia del COVID-19 y progreso de la Iniciativa Especial para la Salud Mental (2019-2023) de la OMS | Naciones Unidas. Recuperado el 12 de junio de 2023, de <https://www.un.org/es/cr%C3%B3nica-onu/estado-de-la-salud-mental-tras-la-pandemia-del-covid-19-y-progreso-de-la-iniciativa>

## Anexos

### ***Anexo I: Consentimiento informado encuestados***

Estimado/a,

Mi nombre es Edgar Andrés Álvarez Rodríguez, aspirante para la titulación de Especialista en Bioética, me encuentro realizando el estudio “Eutanasia en Pacientes Psiquiátricos: ¿Un Dilema Bioético Para los Profesionales de la Salud y el Estado Colombiano?”. El objetivo principal es, analizar la viabilidad para considerar la eutanasia como una opción en pacientes psiquiátricos que, ejerciendo su autonomía, contemplen esta medida como una posibilidad cuando se hayan agotado todas las opciones médico-científicas y las alternativas brindadas por una sociedad pluricultural para mejorar, estabilizar o curar su enfermedad, para esto se realizara una revisión de la literatura correspondiente en términos de principios en conflicto y normativa, de manera adicional se pretende realizar una encuesta a residentes de psiquiatría y estudiantes de bioética, para recopilar información que posteriormente permita dar unas recomendaciones para mejorar el manejo integral del paciente psiquiátrico.

La encuesta se ha difundido de manera virtual en grupos donde existan personas que cumplan los criterios de inclusión del estudio (residentes de psiquiatría, estudiantes de bioética). Para concretar su participación, le pedimos que conteste la siguiente encuesta, que no le tomará más de 15 minutos.

Su información será tratada de manera confidencial y sólo para fines académicos. Cualquier información que se haga pública será de manera agregada y sin posibilidad que sea posible identificarlo personalmente. Es importante señalar, y para su mayor comodidad, esta encuesta es regida por el hábeas data, por lo que usted podrá solicitar que se retiren sus resultados si así lo desea.

De manera adicional la encuesta una vez que haya comenzado a responder, la puede cerrar y retomar en otro momento.



Si desea más información acerca de los avances del estudio o desea realizar alguna consulta, por favor comuníquese con: Edgar Álvarez (ealvarezr@unbosque.edu.co), responsables del estudio.

De ante mano muchas gracias por su colaboración y su tiempo, se despide cordialmente

Edgar Andrés Álvarez Rodríguez

Médico General (FUJNC)

***Anexo II: Preguntas Residentes de Psiquiatría – Estudiantes especialización Bioética***

1. ¿Cuál es su postura ética frente a la eutanasia en pacientes psiquiátricos?
2. ¿Cuáles considera que podrían ser los diagnósticos psiquiátricos que, en su opinión, podrían ser merecedores o llevar a la consideración de la eutanasia en pacientes psiquiátricos? Por favor, explique las razones detrás de su respuesta.
3. ¿Cómo se puede asegurar que la toma de decisiones sobre la eutanasia en pacientes psiquiátricos respete y promueva verdaderamente la autonomía del paciente, considerando las posibles influencias externas, la vulnerabilidad y los desafíos particulares asociados con los trastornos psiquiátricos?
4. ¿Cómo se puede abordar el sufrimiento psicológico en pacientes psiquiátricos de manera integral antes de considerar la eutanasia como opción?
5. ¿Cuáles considera que son los valores éticos fundamentales que deben guiar la discusión y toma de decisiones sobre la eutanasia en pacientes psiquiátricos?
6. ¿Considera que la eutanasia en pacientes psiquiátricos podría ser percibida como una solución fácil en lugar de abordar las causas subyacentes de su sufrimiento mental?
7. ¿Existen alternativas éticas a la eutanasia en el manejo del sufrimiento psiquiátrico extremo en pacientes que no responden a los tratamientos convencionales?
8. ¿Está familiarizado/a con las voluntades anticipadas? En caso afirmativo, ¿consideraría factible y éticamente apropiado el uso de las voluntades anticipadas en pacientes con un diagnóstico reciente, pero con tendencia a un mal pronóstico en el ámbito psiquiátrico?

**Anexo III: Protocolo específico para evaluar la autonomía y capacidad****MacCAT-T**

[https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=389\\_004a894f-2ae8-4770-901a-5095ac1009b7.pdf](https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=389_004a894f-2ae8-4770-901a-5095ac1009b7.pdf)

**MacCAT-CD**

[https://link.springer.com/10.1007%2F978-0-387-79948-3\\_1613](https://link.springer.com/10.1007%2F978-0-387-79948-3_1613)