

**EL CUERPO DE LA EUTANASIA, EXPERIENCIA DE LOS PALIATIVISTAS
RESPECTO A ESTA, COLOMBIA 2022**

Ana Milena Isaza

El cuerpo de la eutanasia
Tesis de maestría

Olga Patricia Melo Barbosa

Universidad Antonio Nariño
Maestría de cuidado paliativo
Enfermería
2022

Tabla de contenido

Lista de tabla	5
Resumen	6
1 Planteamiento del problema	8
1.1 Marco regulatorio internacional	9
2 Pregunta de investigación	13
3 Justificación del problema	13
4 Objetivo general	17
5 Objetivos específicos	17
6 Marco Conceptual	17
6.1 Bio derecho y despenalización	19
6.2 Contexto dogmático respecto a la eutanasia	20
6.3 Toma de decisiones y voluntades anticipadas	21
6.4 Ética médica e impacto psicoemocional de los profesionales en salud	22
7 Marco metodológico	24
7.1 Tipo y diseño general del estudio	25
7.2 Contexto de los participantes	26
7.3 Criterios de inclusión	26
7.4 Criterios de no inclusión	26
7.5 Método de muestreo	27
7.6 Recolección de los datos	27
7.7 Análisis de datos	29

7.8	Horizontalización	30
7.9	Construcción de unidades de sentido	30
7.10	Noción de Intencionalidad	30
7.11	Configuración de unidades de significado transformadas	31
7.11.1	Permanencia persistente	31
7.11.2	Confiabilidad y Credibilidad	31
7.12	Consideraciones éticas	32
8	Resultados	33
8.1	Rol del paliativista y su actuar	35
8.2	Eutanasia más allá que la reglamentación 233	36
8.3	Impacto emocional de la eutanasia	37
8.4	Los dilemas respecto a la eutanasia	38
8.5	¿Cómo se puede solicitar la eutanasia en Colombia?	40
8.6	El profesional que debería realizar el acto técnico	41
9	DISCUSIÓN	42
9.1	El rol del paliativista, su hacer y su actuar	42
9.2	Eutanasia más allá de la reglamentación 233	43
9.3	Impacto emocional de la eutanasia	43
9.4	¿Qué implica solicitar la eutanasia en Colombia?	44
9.5	El profesional que debería realizar el acto técnico y sus dilemas respecto a la eutanasia	45
10	Conclusión	46
11	Recomendaciones	49

12	Agradecimientos	51
13	Referencias	52
14.	Anexos	59
1.	Ficha de Caracterización de los participantes	59
2.	Formato de entrevista y preguntas de investigación	62
3.	Consentimiento informado por participante	63

Lista de tabla

Tabla 1

29

Resumen

La presente investigación aborda el fenómeno de la eutanasia desde la perspectiva fenomenológica de Merleau-Ponty sobre la construcción del cuerpo como parte de una perspectiva integral a partir de la experiencia desde el paciente, su familia y, principalmente, el profesional a cargo de ejecutar el acto técnico. El abordar la perspectiva de los médicos paliativistas como acompañantes en el proceso de la eutanasia resulta relevante no sólo porque existen una serie de pre concepciones que dificultan tanto el acceso al procedimiento como el proceso en sí tanto para el paciente como para sus familiares y cercanos.

Mediante la entrevista a profundidad realizada a distintos profesionales médicos en el área de cuidados paliativos, se encontraron distintas perspectivas sobre la eutanasia que se relacionan directamente con los dilemas éticos y morales que surgen a partir de las creencias adquiridas en el ámbito cultural que refiere tanto a la cotidianidad fuera del trabajo, como dentro de la misma área profesional de la medicina. Así pues, al abarcar tanto la perspectiva de los profesionales como la compilación de anécdotas sobre el mismo procedimiento, se concluye que la eutanasia constituye una experiencia corporal desde la fenomenología ya que implica un ámbito sensible desde tres partes distintas, una construcción racional de la misma y una serie de pre concepciones externas que constituyen al fenómeno de la eutanasia en sí mismo.

Palabras clave: Eutanasia, fenomenología, cuidados paliativos, ética.

Abstract

The present investigation tackles the phenomenon of euthanasia from the phenomenological approach of Merleau-Ponty about the construction of the body as part of an integral perspective that comes from the experience of the patient, his family and, principally the professional in charge of executing the technical act.

Approaching the perspective of the medics specialized in palliative care as companions in the process of euthanasia is relevant not only because there exists a series of preconceptions that make difficult both access to the procedure and the procedure itself for the patient and his close family.

Through the in-depth interview which was done to different medical professionals in the aria of palliative care, there were found several different perspectives about euthanasia that are directly related with moral and ethical dilemmas that come from the acquired beliefs in the cultural aspect that refers both to daily life outside the job, and inside the same professional area of medicine. This, by taking into account both the perspective of professionals and the compilation of anecdotes about the same procedure, it is concluded that euthanasia constitutes a corporeal experience from phenomenology since it implies a sensible aspect from three different parts, a rational construction of itself and a series of external preconceptions that constituted the phenomenon of euthanasia itself.

Key words: Euthanasia, Phenomenology, palliative care, ethics.



1 Planteamiento del problema

La eutanasia es una alternativa con la que cuentan los pacientes que tiene una enfermedad crónica o deformidad que altera su calidad de vida, generando sufrimiento intratable. A nivel mundial los pacientes que la han solicitado padecen de: cáncer en un 75% y enfermedades neurodegenerativas en menos del 15% (1).

Las razones por la cuales los pacientes la solicitan son: pérdida de la autonomía, imposibilidad de realizar actividades de disfrute, pérdida de la dignidad, control de esfínteres y considerarse a sí mismos una carga para familia y cuidadores. Éstas son situaciones que no son susceptibles de ser tratadas dentro de las atenciones interdisciplinarias en cuidados paliativos ni causales de sedación (1).

En 1980 los países bajos autorizan la eutanasia cuando: la persona tiene sufrimiento insoportable y tiene solicitud por escrito, su legalización fue en 2002 igual que en Bélgica. Estados Unidos en 1997 autoriza la eutanasia en los estados de: Oregón, Washington, Montana, Vermont y California. En 2009 se autoriza la eutanasia en Luxemburgo y en 2016 se legaliza la eutanasia y el suicidio asistido en Canadá. Colombia por su parte, despenaliza el homicidio por piedad en 1997 y se reglamenta la muerte digna y eutanasia en 2015 (1). España es el último país que despenaliza la eutanasia en el 2021.

En el marco nacional, pese a la despenalización y reglamentación en Colombia yante el elevado número de quejas presentadas por los usuarios que intentan acceder a este derecho, que manifiestan conflictos técnicos y administrativos relacionados al proceso, el Ministerio de Salud y Protección Social se pronunció a través de la resolución 971 de 2021, donde se refiere a los tramites: “reporte de solicitudes y funcionamiento de los comités de muerte digna y eutanasia en las IPS y EAPB”(2).

Acto seguido, la Corte Constitucional ante una tutela de la sentencia T970 de 2014, en sala plena emite la sentencia C233 de 2021 donde se amplía el derecho fundamental a morir dignamente, con posibilidad de solicitar eutanasia para pacientes no terminales que padezcan una lesión o enfermedad grave e incurable que provoque intenso sufrimiento; esto a favor de la dignidad humana, la autonomía, evitar tratos inhumanos, desagradables y la concepción de una vida digna según la perspectiva individual (3).

A pesar de la aprobación legislativa en diferentes países, los médicos a nivel mundial no están de acuerdo con la eutanasia, sin embargo, es posible observar que los profesionales de Estados Unidos, Bélgica y Holanda aceptan más esta decisión con porcentajes desde el 83% al 54%(1). En Colombia la encuesta Ipsos Napoleón Franco reporta que el 59% de los médicos asistirían una eutanasia (4).

Dentro del marco regulatorio de Colombia, y a partir de la sentencia C239 de 1997, se despenaliza el homicidio por piedad en personas con intenso sufrimiento, permitiendo la muerte digna (5). La sentencia T970 de 2014 autoriza la eutanasia y acuerda que debe ser un proceso libre e informado practicado por un médico en un

sujeto pasivo que tenga una condición terminal que cause sufrimiento(6).Por esto, es importante que el médico no tenga juicios de valor al respecto, al ser un actor fundamental en el proceso de solicitud.

1.1 Marco regulatorio internacional

En 1994 en el estado de Oregón en Estados Unidos, los habitantes votan un 51% a favor de la eutanasia, siendo este el primer lugar en dar aprobación en el mundo. En el 2001 se aprueba en Holanda y un año después en Bélgica, donde los criterios que debe tener una persona para acceder a la eutanasia son: ser mayor de edad o menor emancipado, consciencia sobre su petición y reiteración de la decisión cuando curse con un padecimiento físico y/o psicológico de manera constante e insuperable por condición de una patología grave e incurable, teniendo en cuenta que el médico deberá informar al paciente sobre la existencia de cuidados paliativos (7)

En 2008, Luxemburgo es el tercer país en Europa en aprobarla. En diciembre de 2013, se extiende a menores de edad en Bélgica (8). En 2014, se aprueba en el estado de California en Estados Unidos bajo la ley SB128 que autoriza a los enfermos terminales para que puedan recibir ayuda médica para morir por su propia voluntad; previa evaluación de capacidad mental(9).En este mismo año, en Holanda se autoriza a menores entre 12 y 16 años con madurez suficiente si los padres o tutores están de acuerdo con la decisión del menor (8).

En España, el 24 de marzo del 2021 se reglamenta la eutanasia. Para tal fin, el paciente debe cumplir con las siguientes condiciones: autonomía total, consentimiento informado y que se encuentre en el supuesto de: padecimiento grave crónico que afecte la funcionalidad con sufrimiento físico o psíquico intolerables, para esto debe ser evaluada la situación por dos médicos pares y posteriormente un comité de evaluación de garantía que consta de un médico y un abogado para evaluar historias clínicas (10).

En Suiza, la eutanasia está penalizada pero no el suicidio asistido, en el cual el paciente se administra el medicamento y no tiene que estar en compañía del médico a diferencia de Holanda y Oregón (7).

1.2 Marco regulatorio en Colombia

En Colombia, el artículo 326 del código penal de 1980, castiga la muerte por piedad, pero se baja la condena a 3 años de prisión si el médico lo realiza por compasión y tenía un testamento vital para soportar el acto, el cual debe ser libre de fuerza, dolor o engaño (11). La despenalización del homicidio por piedad inicia en Colombia en la década de los 90, desencadenada por la crisis social, económica y política, por lo cual se plantea una reforma constitucional; en ese momento se

buscaba que los neoliberales tuvieran una fuerza importante a través de actores académicos, a raíz de esto, la constitución empieza a ser vanguardista (12),(13).

En 1991 se hace una carta política en donde se habla sobre la dignidad humana, la autonomía y la solidaridad, flexibilizando los temas del homicidio por piedad, emitiendo conceptos sobre atenciones humanizadas que van a favor de los derechos fundamentales del ser humano. Con esto se plantea el debate con mayor amplitud y fuerza sobre el tema de los derechos fundamentales del ser humano, abordando dentro de estos el derecho a la vida, el derecho a la autonomía y a la libre expresión, haciendo mención el término de los tratos indignos, crueles e inhumanos que podrían presentar las diferentes personas. Consecuentemente en 1996 se demanda a la constitución de 1980 en donde aparece el artículo: “el homicidio por piedad” (14).

Esta demanda se resuelve en la sentencia C239 del 20 de mayo de 1997, donde se hace una votación para hacer el cambio en el código penal y se empieza a hablar sobre la despenalización del homicidio por piedad, bajo las condiciones médicas de enfermedad terminal, sufrimiento e intenso dolor que fuera expresado de manera libre y en pleno uso de las facultades, concluyendo con la reglamentación, autorización y despenalización (5).

En 2014 se hace efectiva a través de la sentencia T970, en donde se reafirma que las personas tienen derecho a morir dignamente (6). A través de la resolución 1216 del 20 de abril de 2015, se emiten las directrices de conformación y el funcionamiento de los comités técnico-científicos para morir con dignidad. A partir de este punto, el ministerio reglamenta la eutanasia en Colombia y especifica las labores técnicas del personal de la salud y las intervenciones de los actores del comité, con el ánimo que sea expedito exigiendo que las instituciones de salud hagan este proceso en las 24 horas después de haber realizado dicha solicitud (15).

A pesar de estas regulaciones, hay una fuerte controversia por las barreras generadas por las objeciones de conciencia institucional y del personal médico, apelando que no están formados para provocar la muerte de un tercero, y que la educación recibida durante el pregrado se basa en la búsqueda de salvar y proteger la vida de las personas(2). De este proceso nacen diversas leyes, entre ellas, la ley 1751 del 2015 en donde el artículo sexto trata sobre la ética médica, la diversidad, las particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud; el artículo 10 sobre información para tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto al uso de tecnologías en salud. Creando el espacio en el que se habla sobre la dignidad y el respeto frente a las creencias, costumbres y opiniones referentes a que el ser humano puede librarse de tratos crueles e inhumanos según la perspectiva individual (16).

Después se regula la sentencia T-423 del 2017, en donde se ordena la regulación de la eutanasia al ministerio y adicionalmente se describen las acciones del personal que interviene en el proceso y razones por las que se autoriza o no la eutanasia (17).

En la resolución 825 del 2018 se habla sobre la reglamentación de muerte digna en niños, niñas y adolescentes; excepcionalmente en menores 12 años, esto con el fin de garantizar el respeto a la concepción que tiene este grupo etario respecto a los tratos dignos, por lo que podrían tomar la decisión, especialmente los adolescentes de solicitar este procedimiento para no seguir sufriendo (18).

En la sentencia T060 del 2020 se aclara que la única forma de morir dignamente no es la eutanasia y que ésta solamente hace parte de uno de los procesos que se pueden optar al final de la vida. Se deben ofrecer cuidados paliativos siempre en búsqueda de mejorar la calidad de vida del paciente y la familia y se ordena que los familiares de las personas que tengan un proceso eutanásico reciban acompañamiento en el duelo (19).

La resolución 0229 de 2020 expide los nuevos lineamientos de la carta de derechos y deberes de personas afiliadas, en donde se esclarece que toda persona debe ser informada de los cuidados paliativos, el proceso de eutanasia y ello debe verse acompañado de un equipo médico interdisciplinario para tomar decisiones mediante sus voluntades anticipadas; especialmente al final de la vida, argumentado en que las barreras que prolongan el sufrimiento deben ser evitadas (20).

La resolución 971 del 2021 modifica el proceso del reporte de las solicitudes de eutanasia ante el ministerio, se dictamina que cualquier profesional en salud puede recibir la petición de eutanasia y debe reportarla ante la página del ministerio de salud, aclara que la voluntad anticipada puede ser: por escrito, con o sin testigos, o verbal y expresada a través de la historia clínica y ninguno de estos profesionales puede objetar conciencia ante la solicitud de las valoraciones, excepto el médico al cual se le solicite realizar el acto eutanásico. Cambia los tiempos y alcances del comité técnico científico para hacer seguimiento y emitir informes al ministerio y la superintendencia de salud de todo el proceso y aclara que ninguna IPS pueda negarse a tramitar y hacer efectiva estas solicitudes (2). Esta reglamentación se efectúa por diversas barreras que se presentaban frente al proceso.

Por último, la Sentencia C-233 de 2021 emitida por la corte constitucional, permite al paciente que no se encuentre cursando con una patología en fase terminal hacer efectivo este derecho, garantizando la autonomía y evitando el sufrimiento intenso que se oponen a su concepto de vida digna (3).

Para acceder a esta solicitud, es indispensable realizar un proceso de consentimiento informado y de voluntades anticipadas, el cual es explicado al paciente por parte del personal médico especializado. No obstante, la comunicación puede tener variables importantes que corresponden a los referentes internos frente a un conocimiento técnico en donde están involucrados los valores, las percepciones, las creencias y los juicios de valor tanto del paciente como de sus allegados. Lo anterior hace que la información entregada al paciente posiblemente no sea objetiva, por lo mismo, es importante evaluar las experiencias al respecto que tienen los médicos especialistas en cuidados paliativos, para así lograr entender la problemática que presenta el fenómeno de la eutanasia desde su perspectiva y

abordar la práctica desde un punto menos subjetivo y que garantice la autonomía del paciente (21).

Es importante elaborar un análisis consciente del proceso previo a la toma de las decisiones, este no debe estar influenciado, sesgado o vetado por diferentes intereses, siendo indispensable que el personal brinde información amplia y suficiente a los pacientes cuando el juicio y raciocinio todavía estén conservados. Para poder decidir de manera voluntaria y anticipada situaciones relacionadas al fin de vida, en donde se incluyen temas como adecuación del esfuerzo terapéutico, sedación paliativa y la solicitud de eutanasia (22),(23).

Luego de analizar la literatura sobre este tema, se identificó que los médicos pasan por alto estas solicitudes haciendo efectivas solamente entre un 56% - 60% porque temen la carga emocional de realizar la eutanasia (1). Dados los resultados, se concluye entonces que es importante poder establecer cuál es la percepción de los médicos especialistas en cuidado paliativo, ya que ellos participan en la toma de decisiones de las personas que solicitan eutanasia.

2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la experiencia de los médicos especialistas en cuidado paliativo frente al tema de la eutanasia?

3 Justificación del problema

En la actualidad, el gobierno colombiano ha priorizado el concepto de vida digna, autodeterminación y conciencia social para aceptar la toma de decisiones del paciente sobre su cuerpo, permitiendo así, reglamentar la muerte digna y eutanasia, no solamente en situaciones de fin de vida sino en enfermedades crónicas incurables o deformidades que afecten gravemente a la persona(3). Pese a ser criticada la decisión de la corte por entidades religiosas, científicas y sociales, se reitera porque prima la cosmovisión de la dignidad y lo que implica vivir frente al derecho de vida, siendo este el contraargumento de muchas de estas instituciones.

Pese a esto, la eutanasia es una alternativa médica por la que pueden optar los pacientes junto con el apoyo de un equipo interdisciplinario de cuidados paliativos. Infortunadamente, las medidas que estos ofrecen pueden ser insuficientes para aliviar muchos de sus síntomas y optan por esta alternativa inmediata para controlar los padecimientos que atraviesan ellos y sus familiares.

Por esta razón tiene relevancia estudiar la percepción de los médicos paliativistas sobre la eutanasia, ya que son estas las personas que acompañan, explican a los pacientes y sus familias sobre las alternativas medicas para el control de síntomas físicos, lideran el equipo profesional para realizar la evaluación integral sobre los síntomas psicoemocionales, sociolaborales, económicos y espirituales del paciente en búsqueda de ofrecer alternativas para disminuir el sufrimiento; sin embargo las alternativas pueden no expresarse completamente omitiendo la eutanasia porque puede no ser aceptada por el cuerpo médico y este

tiene un papel fundamental en el proceso, especialmente en el consentimiento informado.

El consentimiento informado es un proceso en el cual se explica las opciones técnicamente disponibles para controlar los síntomas que le generan desconsuelo al paciente, a través de un acto psicoeducativo (21). En el caso de la eutanasia se debe verificar que el paciente rechace las opciones para recibir la solicitud.

El proceso que realiza el médico con esta solicitud es el reporte frente al ministerio y solicitar las interconsultas por: consejería para determinar la capacidad de toma de decisión, segundo concepto al perito experto de la patología, activar el comité y posteriormente, informar al paciente y su familia sobre el concepto emitido en este, aclarando dudas y pasos a seguir. Durante este acto, el médico debe ser imparcial y estar a favor de la decisión del paciente; situación que no se evidencia en estudios realizados en otros países.

En nuestro país no hay estudios sobre la percepción de los paliativistas sobre este tema, pero si se cuenta con algunos estudios recientes respecto a la aceptación de la eutanasia en médicos, pero no de esta especialidad, los estudios analizados fueron:

Investigación mixta, con 45 participantes en los que se incluyen profesionales de la salud, pacientes y familiares, identificando que los profesionales de salud presentan dilemas bioéticos por confrontación de principios y valores, lo que exige un distanciamiento objetivo de su historia y de sus referentes en virtud de las voluntades del paciente(24)

Investigación cualitativa a través de una encuesta dicotómica sobre la eutanasia infantil, en donde se evidencia que la eutanasia: puede ser una alternativa para estos pacientes; los profesionales evaluados están de acuerdo con la legalización y reconocen que los cuidados paliativos pueden ser insuficientes para garantizar un control de síntomas en esta población, por último, se identifica ambivalencia respecto al acto técnico y algunos puntos de vista sobre la vulnerabilidad del derecho a la vida(25)

Investigación cualitativa descriptiva a través de encuesta realizada en 2019, identificando que los médicos anestesiólogos conocen sobre la eutanasia, en su mayoría están de acuerdo con la legalización de esta; el 26.8% de los encuestados refiere que son objetores de conciencia y un 14.8% han realizado el protocolo y acto técnico autorizado en Colombia. (26).

Investigación cualitativa descriptiva a través de encuesta para pediatras e internistas en 1998, esta describe que el 91% de los participantes tiene claro el concepto de eutanasia; el 71% es objeto de conciencia y un 24% de estos han aplicado eutanasia. En este estudio, la mayoría de los participantes son internistas por lo cual las estadísticas apuntan a que entienden y justifican el sufrimiento del paciente y por eso el porcentaje de esta práctica(27).

En el marco internacional, se analizaron las siguientes investigaciones:

Estudio multicéntrico analítico prospectivo en Santo Domingo, 2021: no hay ideas correctas sobre el termino eutanasia, se confunde con suicidio asistido y los profesionales de salud están a favor de la autonomía del paciente y esto permite entender otros conceptos sobre la vida y la dignidad, pero se niegan a aplicarla (28).

En España y Holanda hay estudios cualitativos que muestran que los médicos paliativistas tienen posturas limitantes frente al tema e intentan hacer desvíos hacia la sedación paliativa; incrementan el tratamiento para el control sintomático; evitan discusiones al respecto con los pacientes y cuando un paciente solicita su deseo de muerte medicamente asistida buscan tratar la depresión y ansiedad, remitiendo al paciente a psiquiatría. Esto se asocia a diferentes supuestos como: considerar que la sedación paliativa es un eufemismo frente a la eutanasia, percibir esta voluntad como un fracaso de los cuidados paliativos haciéndolos menos proclives a la despenalización (29).

En el 2020 en Brasil se realizó un estudio cualitativo en médicos de la unidad de cuidados intensivos, donde se identifica las percepciones frente a la eutanasia asociadas con aspectos: sociales, morales y éticos. Como conclusión, se identifican juicios de valor tales como:

- Discursos donde se afirma que los médicos, ni ninguna otra persona, debe quitarle la vida a otro ser humano, aunque se encuentre en gran sufrimiento.
- La posición moral varía según la proximidad y creencia del concepto de la vida.
- A pesar de tener claro el concepto de eutanasia, asocian el alivio del dolor con el alivio del sufrimiento (30).

Esto argumenta la necesidad de investigar si los médicos tratantes tienden a minimizar los síntomas relacionados con el sufrimiento existencial y, a causa de este, generar procesos de sedación y control de síntomas del dolor(29) que se puede comparar con los datos registrados por el Ministerio sobre la ejecución y solicitud de este procedimiento, los cuales registran que actualmente menos de la mitad de las solicitudes se han ejecutado y no se ha realizado el primer caso de eutanasia en menores de edad. La mayoría de los casos practicados se relacionan con cáncer y no al listado de enfermedades terminales o degenerativas que padecen cientos de los colombianos (31).

Pese a que hay encuestas nacionales que muestran que los colombianos están de acuerdo con la eutanasia y que solicitan acompañamiento por parte del

médico para asistir al procedimiento en un 73%, los médicos responden que aplicarían la eutanasia solo en un 59%. Encuesta Ipsos Napoleón Franco en el periodo entre el 5 y el 19 de julio del 2015(4).

Teniendo en cuenta las cifras que argumentan este análisis, es necesario cuestionarse sobre los procedimientos que se generan a priori en las dinámicas de comunicación con el paciente y las experiencias que tiene los médicos paliativos respecto al tema, ya que existe estigmatización frente al procedimiento, lo que puede generar afectación en la explicación de las voluntades anticipadas y como consecuencia en la toma de decisiones; las estadísticas revelan incluso que puede ser omitido el tema por parte del cuerpo médico haciendo relevante esta investigación para evaluar el fenómeno.

4 Objetivo general

Analizar la percepción que tienen los médicos con formación en cuidados paliativos respecto a la eutanasia.

5 Objetivos específicos

- Evaluar la perspectiva de los médicos paliativos respecto a la eutanasia
- Estudiar las experiencias de los médicos paliativos frente a la eutanasia y la planificación de la muerte anticipada de las personas.

6 Marco Conceptual

Esta investigación está enmarcada desde la fenomenología, área de la filosofía que describe: la esencia de las experiencias vividas, reconoce el significado y la importancia de esta a través de la perspectiva del sujeto, permite hacer estudios sociales identificando que la percepción, es el constructo de los hechos y esto permite evaluar el significado de la eutanasia desde un enfoque integral; donde se pretende realizar una inmersión desde lo individual para entender la construcción del mundo, el cuál es subjetivo, y no es susceptible a la generalización (32).

Merleau-Ponty refiere que el sujeto vive y percibe el mundo mediante el cuerpo, y es así como las experiencias de vida se asumen desde la construcción bidireccional entre el entorno y el cuerpo del sujeto, donde las capacidades sensoriales permiten interpretar y proyectar el mundo, lo que logra entender que el sujeto actúa en torno a la corporalidad de este(33).

De esta forma, entender la vida y el mundo del otro, solo es posible a través de la comunicación verbal y corporal que refleja el proceso de:

- Percibir a través de los sentidos.
- Dar sentido a través de la historia y las experiencias previas.
- Generar un pensamiento cargado de conceptos y emociones, siendo esto lo que se trasmite al otro a través de las palabras y la corporalidad, para generar entre los dos sujetos un cuerpo sentido, que permite entender la totalidad de la dinámica de los sucesos(33).

Ahora bien, la conciencia activa según Merleau-Ponty, resulta de entender, investigar y analizar los roles que tienen las personas ante una situación, para este caso la eutanasia, siendo esta la realidad frente a una decisión y un derecho que atrae muchas miradas, las del médico, el paciente y su familia.

Identificando que la eutanasia es una decisión que termina siendo un cuerpo vívido porque está cargado de afectos, que pertenecen a las partes que lo construyen a través de: sus miradas, posiciones, pensamientos y decisiones, tomando acciones sobre este fenómeno que ocurren en el paciente, pero también en el personal médico, donde la decisión recae en un elemento fundamental que es la autodeterminación de finalizar la vida ante la percepción de falta de dignidad.

Existe un miedo de vivir, conocer, abordar y transitar este cuerpo, el de la eutanasia, puesto que existen vínculos y emociones que pueden llegar a perturbar el esquema de los participantes que le dan vida, pero el estigma por una de las partes puede modificar la interpretación del otro. Por esto se justifica el análisis de la percepción de los médicos paliativistas respecto a la eutanasia bajo una corriente filosófica como la fenomenología de Merleau-Ponty. (33)

Frente al problema descrito anteriormente, es importante comprender las dimensiones éticas, jurídicas, dogmáticas y la construcción de valores que están inmersas en el discurso y actuar médico, con el fin de entender la experiencia que pueden vivir los médicos, cuando su función está en pro del cuidado y el acompañamiento del paciente y su familia, la defensa de la vida y el alivio del sufrimiento.

Esta investigación busca enunciar el significado de la experiencia de las médicos paliativistas frente a la eutanasia y exponerlo, permitiendo visualizar la relación y significado para las dos partes: médico y paciente. Así pues, puede o no cambiarse la interpretación de la realidad a través de la vivencia de este duelo la cuál es cambiante y está intervenida por los significados, la experiencia, el contexto, la realidad, la historia previa, la naturaleza de la enfermedad, la intersubjetividad; que hacen un marco global sobre la cosmovisión de dos seres con roles diferentes (34).

La eutanasia es una práctica médica, que pretende finalizar con la vida de las personas que transitan con patologías crónicas avanzadas que generan un alto impacto en la calidad de vida por afectación: física, psicoemocional, socioeconómico y espiritual, generando una sensación de sufrimiento y por esto, si la persona la solicita, prolongar la vida sería un trato cruel e inhumano(35).

Históricamente, se reconoce la palabra como buen morir, por su etimología, derivada del griego 'Eu' que significa: bueno y 'Thanatos' que significa muerte (36), estas prácticas se han llevado a cabo desde la prehistoria en donde se acompañaban a morir a las personas que estaban enfermas, se describe en la biblia que el rey Saúl fue herido en una batalla y le solicita a un siervo que le permita morir definitivamente porque sentía mucho dolor y esto le estaba rompiendo su alma... (Samuel 1:2-16) (37).

En la antigua Grecia hay múltiples relatos que se utilizaba la “cicuta” para ponerle fin a los enfermos con un gran sufrimiento, prohibido posteriormente por el clásico juramento hipocrático que hace referencia: “A nadie daré una droga mortal aun cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin”(14).

Posteriormente, en Francia con el desarrollo de la medicina, se describe la posibilidad por parte de los médicos de administrar medicamentos para mitigar el sufrimiento que podrían producir la muerte (8). En 1605 Sir Francis Bacon determina el acto de la aplicación de medicamentos para inducir la muerte ante el dolor y la agonía del paciente al final de su vida. Luego durante la primera y principalmente en la segunda guerra mundial, se aplicaron múltiples técnicas extra médicas para producir la muerte grupal o masiva, con el fin de mejorar y purificar la raza, generando un gran estigma y una verdadera utopía, confundiendo el concepto de eugenesia clásica con eutanasia y debido a esto se suspende por completo estas dos prácticas (8).

Históricamente se habla sobre la legalización o reglamentación de la eutanasia en los 1980, en India, donde el parlamento propuso un proyecto de ley que buscaba la aprobación de la muerte a petición del enfermo; pero no fue aprobado. En Holanda se inició la práctica de la Eutanasia en los 90`y fue legalizada en el 2001. Se han realizado análisis de casos de eutanasia en los cuales los médicos han tomado decisiones sobre las vidas de los pacientes, incluso sin su consentimiento, considerándose dentro de un marco muy controvertido y poco ético (8).

Con el desarrollo paulatino de los modelos de atención con cuidados paliativos, formalizado por el trabajo y aportes de Cicely Saunders en 1971, se propone una atención activa, total y continua para el paciente y su familia a través de modelos de atención interdisciplinario, buscando garantizar entornos más estables en donde el paciente se empodera de la enfermedad y toma decisiones sobre su salud a través de estrategias de atención interdisciplinario, garantizando tener mejores recursos para afrontar el sufrimiento. Paralelamente en Winnipeg y Montreal en los 70 en Canadá se introdujo el concepto de Unidades de Cuidados Paliativos dentro de los hospitales para enfermos terminales, buscando la atención continua al paciente terminal, empezando a gestar políticas y prácticas para optimizar la atención de los síntomas y el sufrimiento más eficientes al final de la vida (38); desarrollos que no están en contra de la eutanasia, pero si buscan mitigar el sufrimiento en personas que no deseen esta alternativa.

6.1 Bio derecho y despenalización

Dentro de las primeras hipótesis que se generan para la despenalización de la eutanasia, se habla sobre el garantizar los derechos, especialmente la dignidad de la persona y la evitación de tratos crueles e inhumanos a las personas que cumplen con una enfermedad o lesión grave e incurable que les provoque intenso

sufrimiento. Cuando se habla del derecho a la vida, no hay que referirse solamente a la existencia, sino a la calidad de vida en la que está condicionada por: la felicidad, el respeto, la libertad, la seguridad, entre otros valores que buscan garantizar el desarrollo individual y social (9). Acoplándose a diversos principios éticos para tomar decisiones al fin de la vida que se comprenden como:

- No maleficencia: No hacer daño
- Beneficencia: Buscar el bien para los otros.
- Autonomía: Respeto de libertad.
- Justicia: Trato igualitario.

Paralelamente, estos principios éticos reafirman los derechos fundamentales de los seres humanos: la libertad (autonomía), igualdad (justicia), no hacer daño (no maleficencia) y la conciencia social (beneficencia).

El primero hace referencia a hacer valer la perspectiva que tiene el paciente y recae directamente en el médico como sujeto mixto por medio de decisiones sobre las que tiene potestad, sobre lo que considere que es mejor o peor para el paciente.

La justicia, busca la proporcionalidad de la distribución de recursos con el fin de tener un trato igualitario respecto al buen morir y la dignidad, el cumplimiento de esta hace que se evalúe la perspectiva del paciente sobre la calidad vida, que puede estar asociado o no a la funcional. Así pues, la muerte digna también implica que se respete la decisión del paciente y la familia por conservar la integridad de sí mismo frente a las dificultades progresivas que representa el padecimiento de una enfermedad terminal.

Por último, la beneficencia y no maleficencia que hacer referencia a no hacer daño, el cual se puede dar por omitir los deseos del paciente o no tenerlos en cuenta, frente a decisiones sobre su vida y su cuerpo (39).

Es crucial reconocer que las decisiones políticas o gubernamentales frente a la legislación no pueden estar basadas en prácticas, creencias o valores sociales. Lo que buscan estas leyes es la garantía fundamental de los mencionados derechos, en pro de la cosmovisión individual siempre y cuando esta no supere las libertades del otro (9).

Colombia se declara un país en donde la mayoría de las personas que lo habitan son católicas, pero eso no implica que no haya personas ajenas a esas creencias, siendo ellos los que pueden favorecerse de esta reglamentación. Por lo mismo, dichas leyes están a favor de la libertad y el libre desarrollo de la personalidad (5),(40).

6.2 Contexto dogmático respecto a la eutanasia

El sujeto que elige e identifica su posible muerte, no puede ser juzgado ni discriminado frente a esta situación, el médico debe garantizar que se brinden elementos para disminuir la vulnerabilidad y el sufrimiento, los cuales son comentados al paciente y el decide si estos cumplen las expectativas de lo que es una vida digna (41). Las personas que sufren enfermedades crónicas y potencialmente mortales pueden dejar de sentir que la vida es un don cuando siente que la propia existencia se convierte en una agonía.

Desde una perspectiva teológica, se reconoce que el mayor regalo de amor que Dios ha concedido al hombre es el libre albedrío y esto favorece la autonomía, permitiendo al ser humano ser dueño de su propio destino y esto permite inclusive la validades de esta decisión(9).

Dentro de las diversas posturas, se puede identificar que hay personas que tienen claro que la vida es soportada por Dios y por eso esta tiene un valor divino, por ello están en contra de la eutanasia, sin embargo la constitución Colombiana de 1991 retira puntos de vista dogmático frente a las leyes, legislaciones y reglamentaciones del país (42).

Uno de los grandes problemas teológicos hace referencia a la divinidad vs la autonomía que puede tener el ser humano. El Vaticano Segundo, en el concilio de 1965, garantiza que la conciencia y libertad dan como resultado la percepción de divinidad humana, motivada por una convicción personal (43). Es así como se abre un gran debate en donde la misma religión habla sobre la autonomía; la responsabilidad y los actos estarían determinados para la persona que, bajo ese tipo de creencias, toma la decisión con el pleno uso de sus facultades respecto al tema (42). Estas decisiones solamente deberían ser juzgado de manera individual por Dios y no de manera colectiva, ya que el actuar desde un punto de vista religioso, debería ser individualizado y corresponde a esa libertad, conciencia y moralidad de cada una de las personas (44).

6.3 Toma de decisiones y voluntades anticipadas

Como consecuencia, se hace necesario que exista una proporcionalidad balanceada entre la objetividad científica, elementos internos sobre el sufrimiento, la transferencia y contratransferencia que se produce en los procesos de comunicación y atención entre personal de salud y el binomio paciente y familia (45). Por ende, se hace énfasis durante todas las etapas de atención por parte de los profesionales de la salud en la psicoeducación permanente, la actualización científica, la comunicación y las voluntades anticipadas, con el fin de garantizar que la percepción del mundo sea tenida en cuenta en los actos en salud, especialmente cuando se cuenta con la capacidad de autodeterminación (40).

Para esto es importante tener claro que la toma de decisiones es un proceso mental complejo en el cual interviene la razón, la abstracción, las experiencias previas, la información recibida y como esta es transmitida, entendida e

interpretada. Este proceso busca finalmente hacer una elección analizando los posibles resultados que más se ajusten a las necesidades de las personas, buscando aumentar el placer y evitando las emociones negativas.

A través de esta elección, se pone en juego las creencias, ética, juicios de valor, cultura, relación del ser con su entorno social y medio ambiental (21). No obstante, hay que tener en cuenta que hay diferentes formas en tomar decisiones: las intuitivas, que no tiene un proceso tan largo y son más mediáticas guiadas desde la emoción; las reflexivas que son la mayoría de las decisiones que se toman cuando se realiza un consentimiento informado a través de un proceso de psicoeducación (23).

Entender el proceso de la toma de voluntades prioriza el construir un acto de educación y empoderamiento del paciente respecto a su enfermedad. Para ello, el paciente debe contar con información clara sobre las tecnologías en salud que se le pueden ofertar, el personal médico entonces debe tener un análisis previo de la historia clínica del paciente, mirar en qué etapa se encuentra la patología, cuáles son los objetivos y las metas terapéuticas que estén en función de mejorar la calidad de vida asegurándose de brindar el mejor soporte al control de sus síntomas físicos, emocionales y problemas socioeconómicos.

Con este primer acercamiento al conocimiento técnico, el profesional de la salud debe fijar unas metas y objetivos terapéuticos los cuales deberán ser libres de juicios morales, esta información debe ser transmitida en un acto de comunicación bidireccional con el fin de identificar la percepción que tiene el paciente sobre su enfermedad, la construcción cultural en la que vive, el nivel educativo, el estado emocional que tiene el paciente y el vocabulario adecuado, para garantizar una comunicación empática, proporcionada y adecuada (42).

En Colombia se cumple con la normativa de voluntades anticipadas bajo la resolución 1051 de 2016, que busca realmente que las personas puedan tener pleno uso de sus facultades y que prime la autonomía dentro de su libertad para que el paciente pueda hacer la toma de decisión (46). Sin embargo, en muchas ocasiones el paciente toma decisiones con pocos argumentos y sintiéndose coaccionado frente a las conductas tomadas por parte del personal médico porque no hay la información suficiente y la que le fue orientada al paciente está inmersa bajo las creencias y los valores del profesional de salud (21).

6.4 Ética médica e impacto psicoemocional de los profesionales en salud

La vocación médica está relacionada al altruismo como parte del objetivo de su misión y visión profesional. El personal médico toma la decisión de poner su vida en virtud de otros y tener un conocimiento técnico que busca ayudar a solucionar problemas, en los que otra persona, no estaría en capacidad para solucionar si no fuese a través de un tercero, esto genera un proceso de dignificación humana

significativo, orientado por su vocación de servicio y con la fuerza interior de sacrificio personal en función del otro (47).

La vocación debería generar opciones de ayuda, independientemente de la perspectiva personal que se tenga sobre las decisiones que tome el paciente, evitando el abandono en escenarios en donde no se está de acuerdo con la decisión del paciente. Al contrario, el personal médico debe comprometerse a apoyar y buscar las estrategias para mejorar la existencia de las personas que se encuentren en situaciones al final de la vida (9).

Las investigaciones que se han realizado en otros países y en Colombia evidencian que los médicos paliativistas y oncólogos, tienen menor aceptación frente a los procesos eutanásicos que otros con diferentes especialidades, ya que la tendencia de estos profesionales se encamina más a minimizar los síntomas y desviar el proceso hacia el control de síntomas con sedación.

Cuando una persona habla sobre los temas relacionados a eutanasia evaden las preguntas, generan cambios y modifican los manejos analgésicos, enviando al paciente a servicios de psiquiatría, limitando la opción verbalizar este tema (48). Por esta razón es importante investigar sobre la experiencia que tienen este grupo de especialistas en Colombia, para describir la vivencia y en este sentido entender si esto ha generado barreras en: psicoeducación, acompañamiento en el proceso (49) y la reiteración de esta (50).

7 Marco metodológico

Dentro del presente apartado se presentarán los aspectos a tener en cuenta para el desarrollo de la investigación. Basado en parámetros fenomenológicos como los técnicos, tanto la filosofía como la ciencia han estado marcadas por dicotomías tales como apariencia - realidad, alma - cuerpo o sujeto–objeto, estas generan formas de comprender al mundo y al ser humano. Así pues, la fenomenología se centra en la descripción de la experiencia y devela que el mundo está construido a partir del mundo vivido por la experiencia de habitarlo y así adquiere sentido, mediante la relación con el entorno (33).

La construcción corporales la respuesta a una expresión neurosensorial, asociado a la reflexión de sí mismo, en donde lo vivido es lo que permite la proyección del mundo y es como esta cobra sentido, por esto Merleau-Ponty define las unidades de significado como: el orden físico, vital y humano(33), permitiendo entender que la cultura y la sedimentación emocional dan valor a la construcción y propósito de la experiencia, porque estos tres elementos son la estructura de realidad a través de una acción dinámica del sujeto (51).

La participación del sujeto con su experiencia en el entorno es lo que construye la realidad a través de la proyección y la participación dinámica; esta le permite conocerse a sí mismo. La interacción entre lo percibido y lo proyectado es lo que permite generar una conexión constante(2), dando consistencia al mundo sentido no solo con el proceso neurocognitivo que tiene inmerso el tiempo y horizonte, sino con la integración de un objeto real y lo aprendido en el que se tiene en cuenta la memoria emocional y cognitiva (3), (33)(51).

La estructura objeto-tiempo-horizonte es la perspectiva que se tiene desde una posición determinada y no imposibilita la síntesis a través de la cual puedo “tener el objeto en su totalidad”(51). Para Merleau-Ponty esto es lo que constituye la visión pre-objetiva que denomina ser-del-mundo y corresponde a una forma de vivir y se da a través del cuerpo (27).

El concepto del cuerpo vivido y el cuerpo físico permite reconocer que el cuerpo tiene la capacidad de enfocarse en la experiencia de exploración y comprensión, pero también en la comunicación cinética, verbal y emocional, la cual da sentido a la realidad porque es a través de esta que se vive; es lo que denomina Merleau-Ponty, la experiencia corpórea del sujeto que se da a través de la interacción de los cuerpos dando relevancia al esquema corporal (51).

El espacio corpóreo puede distinguir el espacio interior del exterior, generando un sistema en donde éste es la base que permite identificar los objetivos de las acciones con el sujeto; la interacción entre múltiples sujetos construye un espacio situacional y es así como la interpretación de esta estaría definida por el rol(51).

El fujo de las experiencias entre los cuerpos en una situación particular permiten la construcción de un mundo lleno de significados, historias sociales y corporales individuales que se manifiestan en los pensamientos y son materializados en palabras, símbolos de la acción, cimentando un mundo de interacciones con intención que son los que crean las vivencias(33), (51).

7.1 Tipo y diseño general del estudio

La investigación se abordó a través del modelo propuesto por Giorgi(52)enmarcado en un enfoque cualitativo fenomenológico existencial de Merleau Ponty (51),(33). Dicho método busca describir la forma en cómo se experimenta el fenómeno, desde la construcción del sujeto, para llegar a esto se describen e interpretan las estructuras fundamentales de la vivencia, dando valor a la interpretación de la realidad del sujeto.

El modelo es descriptivo y evita el preconceito del investigador, lo que permite hablar sobre el acto, tal cual como lo vive la persona, para analizar la experiencia desde interacción y cómo esta genera un espacio vivido; el cual se describió a través de través de la trascripción de las entrevistas, en donde se analizó la comunicación verbal y no verbal.

La actitud psicológica que plantea Giorgi para el análisis de los datos tiene la función de describir a profundidad del fenómeno estudiado, teniendo en cuenta la inmersión del investigador previo al desarrollo de esta y durante el proceso, intentando hacer partícipe la psiquis de todas las partes.

La reducción analítica permite identificar las ideas que tienen significado y a las que se le da conciencia para ser estudiadas y analizadas, intentando dejar atrás las suposiciones para evitar la contaminación de las categorías emergentes, para ello, es importante entender los lenguajes que caracterizan a la población y con esto hacer análisis de las narrativas y entenderlo desde la experiencia(52), esto con el fin de extraer la esencia de la experiencia para observar la variabilidad o no de la información emitida por todos los participantes en términos del contexto y las estructuras de significado.

Se establece entonces una noción de intencionalidad que se correlaciona con los roles, las acciones y la implicación inter e intrapersonal que afecta los sujetos y las partes frente al fenómeno estudiado, lo que permite evaluar la cosmovisión de la persona y la noción que tiene al respecto.

Es así como este método permite establecer las correlaciones entre las categorías emergentes, la descripción psíquica y la precepción del investigador, permitiendo hacer una interpretación adecuada de las unidades de significado para tener una coherencia psíquica del fenómeno estudiado, las cuales se ordenan y posteriormente se da una descripción de cada una; se parte lo particular a la universalidad de la cual surgen las unidades de significado trasformadoras, en donde se evalúa solo la vivencia de los participantes (52).

Desde la metodología fenomenológica descriptiva en psicología, la presente investigación se basa en los principios de Husserl y Giorgi (33), (52), por lo que permite tener un método de investigación esquemático que posibilita analizar las experiencias que se estudian de los sujetos. Esto sin forzar las unidades de significado, permitiendo no solamente describir sino interpretar las situaciones, teniendo momentos descriptivos e interpretativos, con elementos empáticos en donde se debe evitar la interpretación teórica o especulativa(52).

Por ello el método permite hacer un balance entre la objetividad, el análisis y la experiencia de las partes, en donde las descripciones se leen en totalidad, luego se atienden desde la individualidad creando las unidades de significado, que se trasforman en unas unidades sensibles, dando los horizontes del significado vivido y así entender el fenómeno estudiado(52).

7.2 Contexto de los participantes

Los participantes del estudio son médicos especialistas de dolor y cuidado paliativo, titulados en Colombia, que trabajan en el sector, en áreas de hospitalización o consulta externa con pacientes que cursan con enfermedades crónicas oncológicas o no oncológicas. Esto implica que las personas que participaron en esta investigación tienen experiencia en el cuidado de los pacientes en el final de su vida, reconocen y diferencian los términos relacionados a la eutanasia, conocen los requisitos de ley para poder acceder a ella, hablan con los pacientes y sus familias sobre las voluntades anticipadas y ayudan a realizar estos documentos, resuelven dilemas éticos al final de la vida y evalúan de manera integral el sufrimiento.

7.3 Criterios de inclusión

- Ser médico y especialistas en cuidados paliativos, de primera o segunda especialidad, con título obtenido en Colombia u homologado frente al ministerio de educación.
- Haber trabajado al menos un año en hospitalización o en consulta externa.
- Haber valorado al menos un paciente que haya solicitado eutanasia.
- Deseo de participación en la investigación.

7.4 Criterios de no inclusión

Se excluyeron del estudio los médicos especialistas que tengan solamente maestrías o formación fuera de Colombia que no sea homologada por el ministerio de educación como especialidad, o aquellos que tengan limitaciones: auditivas o en su expresión verbal, que no cuenten con una conexión a internet estable que permita entrevistas audiovisuales, que no cuenten con dispositivos que tengan cámara o que puedan acceder a las invitaciones por la plataforma de Teams, ya que se pierde la posibilidad de analizar las expresiones no verbales.

7.5 Método de muestreo

La selección de los participantes se realizó por técnica de rastreo bola de nieve. Esta consiste en identificar una a tres personas que cumplen los criterios de inclusión de esta investigación y posteriormente estas personas recomiendan a otros que cumplen con las características de participación (53). Se utilizó este método debido a que el total de especialistas en Medicina de Dolor y Cuidado Paliativo en Colombia son aproximadamente ciento dieciséis (54), esta condición estadística dificulta el realizar la recolección de la muestra y permite mayor neutralidad por parte del investigador.

7.6 Recolección de los datos

Dentro del Método fenomenológico se empleó la técnica de entrevista a profundidad para la recolección de datos, esta técnica se basa en la correspondencia, donde se dio el encuentro con el entrevistado y permitió la recopilación de datos, el registro y la observación, con la cual se realizó la investigación (55).

La plataforma que se utilizó fue Teams, porque permitió verificar la autenticidad de los participantes, fue la plataforma más elegida por los ellos, en ella se puede realizar un grabación con link para posterior edición con la que se pudo realizar un la transcripción de las entrevistas de forma adecuada, adicionalmente brinda privacidad y ha sido la menos hackeada por cibernautas.

Tabla 1: relación entre los objetivos de la investigación, técnicas de recolección de los datos, procesos e instrumentos:

Objetivo general	Analizar la percepción que tienen los médicos con formación en cuidados paliativos respecto a la eutanasia.
Objetivos específicos	Evaluar la cosmovisión de los médicos paliativos respecto a la eutanasia

	Estudiar las experiencias de los médicos paliativos frente a la eutanasia y la planificación de la muerte anticipada de las personas.
Indicadores	Premisas de: Influencia de principios morales éticos y dogmáticos
	Evaluación del sufrimiento según la cosmovisión de los pacientes
	Impacto emocional de la eutanasia en el personal de salud
Técnica	Caracterización de los participantes
	Entrevista a profundidad
	Procesos: Transcripción y Codificación
Instrumentos	Ficha de caracterización de participantes
	Protocolo de entrevista

La ficha de Caracterización de los participantes permitió describir a los participantes (ver anexo 1), estos datos se registraron en una base para los análisis correspondientes, se realizaron 24 horas posterior a la entrevista.

Los datos recolectados en la ficha de caracterización son una herramienta para que el entrevistador se documente sobre la información básica del participante. Es importante conocer el contexto de los participantes como un primer paso dentro de la estrategia de “acercamiento” durante el desarrollo de la entrevista (56). Simultáneamente, se ha profundizado en el tema central de la investigación y esto se logró durante la construcción del marco teórico-conceptual de la investigación.

Posterior al aval del comité de bioética de la Universidad Antonio Nariño, Facultad de enfermería, se realizó la preparación de los insumos que se requirieron para llevar a cabo las entrevistas a profundidad.

Se envió por mail: consentimientos informados y carta de intención para la participación de los entrevistados, en la cual se explicó la importancia de colaboración en la investigación, se acordó la cita para la entrevista a profundidad con el respectivo enlace, se confirmó asistencia 24 horas antes y se recibió el consentimiento informado diligenciado.

En el momento de la entrevista, se revisó conexión adecuada que incluía no tener interferencias auditivas ni visuales y se inició la entrevista, se leyó parte del consentimiento informado y se solicitó verbalmente autorización de grabación.

En las entrevistas se realizarán las siguientes preguntas abiertas para entender el fenómeno (57):

- ¿Cuál es su opinión respecto a la eutanasia? Describa sus principios éticos, morales, dogmáticos e inclusive relacionados al sistema de salud

- Cuándo ha recibido solicitudes, ¿Qué emociones, pensamientos y sensaciones tiene con respecto a la persona y cómo estos influyen o no en la comunicación con esta persona?
- ¿Cuáles son las razones por las cuales usted ha recibido solicitud de eutanasia y como podría aliviar el sufrimiento de estas personas?
- En su práctica clínica, ¿Cómo maneja las voluntades anticipadas del paciente, incluye la eutanasia dentro de su discurso?
- ¿Quién considera que es la persona más adecuada para realizar el procedimiento técnico de la eutanasia y por qué?

Como se ha mencionado antes, la modalidad de la entrevista fue virtual, con el fin de grabar el video llamado por la plataforma de Teams. El objetivo de la grabación se relacionó con la posibilidad de observar y analizar las entrevistas, no solo desde la respuesta verbal sino además la comunicación no verbal, estrategia que permite en determinado momento flexibilizar los tiempos del encuentro. El registro videográfico que queda en esta modalidad permitió evaluar los silencios y las expresiones faciales que corresponde a el 85% del lenguaje preverbal de los entrevistados y hacer una adecuada horizontalización de la entrevista (57).

Esta técnica fue empleada durante un tiempo determinado, para esta investigación se realizó en máximo sesenta minutos por entrevista por sesión, ya que después de este tiempo se disminuye el factor atencional del ser humano, afectando la objetividad, la claridad y más en esta modalidad. También fue relevante tener en cuenta el respeto en todo momento, se manifestó interés por la opinión del entrevistado y no se tuvo en cuenta juicios de valor o, de hecho, aceptando y tolerando los silencios que se presentaron y enfocando la entrevista siempre a cumplir el objetivo del desarrollo total de la experiencia del especialista.

7.7 Análisis de datos

La transcripción de las entrevistas se realizó máximo entre veinticuatro a cuarenta y ocho horas posteriores a la ejecución de la actividad, con el fin de conservar la exactitud en la descripción de la comunicación verbal y no verbal del acontecimiento (58). El registro videográfico fue revisado y sobre revisado con el fin de identificar en su transcripción lógica en la descripción del ejercicio, expresión emocional y gesticulante del participante y así establecer el buen uso de la técnica aplicada para el desarrollo de la actividad(58). Esta evidencia es relevante por ser una de las fuentes principales con relación a la información objeto del estudio de esta investigación (59).

Es importante recalcar, que los participantes seleccionados tuvieron una experiencia directa con el tema central de la investigación y con el análisis de la información recolectada de la entrevista, se logró una reducción de datos hasta llegar a la esencia del fenómeno y a partir de ese momento crear conocimiento profundo sobre el objeto de investigación del proyecto. Para tales efectos, se siguieron los pasos del modelo de Amedeo Giorgi (52) para comprender las vivencias cotidianas, contando un rigor metodológico para que así sea una transcripción fidedigna de las entrevistas describiendo también las experiencias mostradas, bajo el concepto de bracketing, que busca eliminar los prejuicios o juicios del investigador.(52)

7.8 Horizontalización

La transcripción de las entrevistas se tomó como una primera lectura, la segunda vez se leyó la transcripción completa para tener un sentido general, denominado el sentido de todo (60) y con en esta se empezó a identificar por cada párrafo las declaraciones significativas según las experiencias narradas y se realizó una lista para posteriormente extraer las unidades de significado comunes (61).

7.9 Construcción de unidades de sentido

La fenomenología estudia dos elementos que son la experiencia y el fenómeno. Para comprender la esencia, se realizó el proceso de interpretación del cuerpo vivido, que está lleno de intersubjetividades, en donde se destacó la vivencia y el sentido de lo cotidiano, donde lo relevante fue el sujeto estudiado y como este le dio valor y significado a la experiencia, la cual se describió inicialmente sin ninguna interpretación.

Luego se mantuvo una actitud psicológica en donde se dio el valor al fenómeno individual, reviendo la experiencia vivida, libre de prejuicios y es así como se pudo analizar los procesos mentales del participante a través de los términos, actitudes, valores, emociones y pensamientos que expreso la persona durante la entrevista.

Se elimino la redundancia para empezar a tener un lenguaje común de la experiencia de los médicos paliativistas y así emergieron las unidades de significado que son constantes para el grupo evaluado y no pueden ser extrapoladas a otra población y a este proceso se le denomino: categorías fenomenológicas individuales sintetizadas(61). Se aplico la fenomenología de Amedeo Giorgi como sustento metodológico.

7.10 Noción de Intencionalidad

Se estableció la correlación entre las esencias, esto hace referencia a la forma en como los seres humanos se correlacionan con el mundo y los objetos a través de la conciencia, lo que permite hacer una análisis lingüístico y psicológico. El orden de estas es individual y específica de cada tema y permite responder la estructura y experiencia del fenómeno (52).

7.11 Configuración de unidades de significado transformadas

Luego de identificar la esencia individual, se buscó el sentido total y los puntos convergentes del fenómeno. Es así como las expresiones concretas pudieron ser interpretadas y formalizar los criterios selectivos (61), eliminando las abstracciones.

7.11.1 Permanencia persistente

Esto implicó que el investigador tuvo un rango amplio de conocimiento sobre el tema y la población que es objeto de estudio, ya que el investigador forma parte de la comunidad que es objeto de estudio del proyecto de investigación, por lo cual el conocimiento está inmerso y es parte de su cultura (62).

Es importante aclarar, que al sistema se ingresó la información que corresponde a las categorías encubiertas que fueron predeterminadas posterior al análisis de los datos descritos previamente, agrupados en unidades significativas (63).

7.11.2 Confiabilidad y Credibilidad

La confiabilidad y credibilidad, se vio reflejada en la solidez de los resultados obtenidos al final de la investigación, lo cual, implicó que la transcripción que se generó de las entrevistas se revisó más de una vez por los investigadores - director de tesis e investigador principal -. Las transcripciones fueron devueltas a los participantes para verificar si estaban de acuerdo con esta y posteriormente, cuando se construyeron las categorías emergentes, para así poder hacer un análisis adecuado de las entrevistas luego del proceso de horizontalización.

Además, los registros videográficos de las entrevistas garantizaron un ejercicio de observación detallado y verificable que permitió la captura de la experiencia de una forma profunda. Facilitando la recolección del lenguaje no verbal, el cual resulta ser uno de los denominadores más importantes para dar significado a las experiencias contadas por parte de los participantes frente a situaciones que se relacionaron con el tema objeto de esta investigación (64).

El criterio de transferibilidad se mantuvo activo en la investigación realizando la descripción del contexto. Precizando con amplitud sobre los conceptos y las percepciones del estudio, el material obtenido tras la aplicación de las entrevistas

está disponible para que otros investigadores puedan acceder a este como referencia de consulta o por interés en el desarrollo continuo del proyecto (65).

Para los riesgos relacionados con el enfoque metodológico y diseño investigativo, se realizó una aplicación estricta que dio cuenta de los lineamientos metodológicos del diseño seleccionado y ajustándose al análisis de datos de acuerdo con las técnicas seleccionadas(66).

7.12 Consideraciones éticas

Los principios éticos que rigen el quehacer de los profesionales de la salud y de los investigadores en general, y que permanecen a través del tiempo son: el respeto a la vida, la autonomía, la beneficencia y no maleficencia, y la justicia. Como el objetivo es conservarlos y aplicarlos durante el desarrollo de la investigación, se realizó el uso del consentimiento informado como herramienta que garantiza el cumplimiento de los principios antes mencionados (67). Así mismo, se tuvieron en cuenta las normas científicas, técnicas y administrativas establecidas para la investigación en salud y que se regula por la resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud (68).

Esta investigación se considera de riesgo mínimo, ya que se realiza bajo métodos y técnicas que no requieren de intervención intencionada en variables biológicas, psicológicas, fisiológicas de los participantes (69).

Los participantes solicitaron no realizar citas textuales de sus intervenciones, por lo cual no se presentaron a lo largo del estudio.

8 Resultados

Las entrevistas se realizaron del 19 de enero de 2022 al 9 de marzo de 2022, contaron con la previa autorización de comité de bioética de la universidad Antonio Nariño, facultad de enfermería y revisión de preguntas con la directora de tesis. Se abordó a los participantes con el envío de la carta de intención y el consentimiento informado vía mail, con una semana de anticipación la cual fue devuelta mínimo doce horas de anticipación a la entrevista, con estos datos se diligencio el registro de la ficha de los participantes.

La modalidad de las entrevistas fue virtual, a través de la plataforma Teams, se realizó la lectura de carta de intención y autorización para grabar el material audiovisual y posteriormente transcribir; todos los participantes aceptaron. La evidencia se encuentra en los registros de las grabaciones y en los consentimientos informados.

Se explico la modalidad, “entrevista a profundidad”, en donde es importante expresar sentimiento y emociones respecto a las preguntas, en donde no hay respuestas correctas o incorrectas, esto permite tener la noción de las experiencias que tienen respecto a la eutanasia los participantes.

Es crucial aclarar que el motivo por el que no se utilizarán citas textuales de las entrevistas realizadas, fue un motivo de ética investigativa ligada al respeto por el anonimato de los participantes, dado que lo solicitaron y la razón de esto es que el gremio de los médicos paliativistas en Colombia es reducido y es muy probable que se reconozca a algún participante a partir del uso textual de sus opiniones dentro de la investigación. Por lo que, con el fin de evitar la inconformidad por parte de los participantes que surja desde una violación a su anonimato, se reitera que no se hizo uso de citas textuales de los participantes.

La transcripción se realizó 48 horas después de haber finalizado la entrevista. En estas se correlacionaron las expresiones verbales, haciendo horizontalización de la información y énfasis en las respuestas preverbales, esto con el fin de identificar la expresión emocional y gesticulación que hizo parte del objeto de estudio. Este fue revisado dos veces previo al proceso de horizontalización, el tiempo promedio de las entrevistas fue de aproximadamente 45 min - 1 hora, el documento de la transcripción por escrito se envió a los participantes para sugerencias y comentarios para aclarar que la información escrita corresponde a las ideas, emociones y cogniciones que se tuvo al respecto de cada una de las preguntas.

De los participantes seleccionados, los primeros dos, fueron por conveniencia ya que cumplían los criterios de inclusión y posteriormente los otros fueron recomendados por los entrevistados para evitar sesgos de selección. El total de los participantes fueron 11, con lo que se obtuvo la saturación de la información, la edad promedio de los participantes fue de 40 años, 7 mujeres y 4

hombres, el tiempo promedio de trabajo como especialistas en cuidados paliativos es de 4.8 años, trabajando en hospitalización y consulta externa, el total de los especialistas trabajan en diferentes clínicas de Bogotá, Yopal, Medellín y Valledupar, todos los participantes tienen título avalado en Colombia, cinco de ellos tienen una primera especialización y luego subespecialización, las universidades de donde se graduaron fueron: Universidad del Rosario, Fundación Ciencias de la Salud y Universidad Militar, nueve de los once participantes tiene contrato docente asistencial con alguna universidad.

El dogma que practican en su mayoría son católicos, uno cristiano y otro agnóstico, hay católicos practicantes y no practicantes, pero esto no implicó la recepción de la solicitud y el trámite de los pacientes. Solamente uno de ellos refiere desvíos por sus creencias para evitar la solicitud, haciendo uso de alternativas como adecuación del esfuerzo terapéutico oportuno y remisión a otros especialistas para poder iniciar este proceso. Todos los participantes seleccionados han tenido una experiencia directa con el tema central de la investigación.

En la horizontalización se realizó con una lectura inicial para poder realizar una transcripción total de la información, en donde se identificó el lenguaje preverbal y las oraciones principales por cada pregunta, se envió la información a los participantes y posterior al aval por parte de ellos, se realizan los cambios sugeridos párrafo por párrafo, teniendo en cuenta las declaraciones significativas por cada uno de los participantes.

La siguiente actividad que se realizó, consistió en revisar de manera manual, nuevamente, este documento para determinar si son similares los datos encontrados o si emergió una categoría nueva, de esta forma también se empezó a eliminar las redundancias quedando las frases con significado asociado a la pregunta.

Posteriormente se identificó la noción de intencionalidad que corresponde a la forma como este grupo de personas entienden, experimentan, siente, piensan y actúan frente las solicitudes de eutanasia de los pacientes. Se identificaron elementos en común porque tienen una formación similar, unos valores que se enfocan para la elección de esta especialización, procesos emocionales relacionados a su rol que se van adaptando a lo largo del desarrollo profesional.

De esta forma fue posible realizar un análisis lingüístico, psicológico y filosófico que parte desde lo individual hasta lo colectivo para explicar el fenómeno, que corresponde a los puntos convergentes, expresiones concretas y criterios que dan la explicación de cada una de las categorías, surgiendo las siguientes categorías:

- Rol del Paliativista, el hacer y su actuar
- Eutanasia más allá que la reglamentación 233
- Impacto emocional de la eutanasia

- Dilemas respecto a la eutanasia
- ¿Como se puede solicitar la eutanasia en Colombia?
- El profesional que debería realizar el acto técnico

8.1 Rol del paliativista y su actuar

El Paliativista tiene un rol fundamental en varias áreas, hace el seguimiento de los pacientes y realiza una alianza terapéutica entre el paciente, la familia, el equipo médico y los cuidadores con el fin de identificar las situaciones en las que el paciente y la familia se sienten vulnerables para poder generar un plan integral de atención para el control sintomático.

La atención en estos pacientes es interdisciplinario, basada en modelo de atención holístico en donde se tiene en cuenta todas las áreas que se involucran en el proceso de salud y enfermedad del ser humano: físico, psicoemocional, sociolaboral, espiritual y económicos, pero para esto el perfil profesional debe tener unas habilidades blandas, muy desarrolladas, teniendo como característica principal la empatía, para poder tener una comunicación asertiva y de esta forma identificar las causas de sufrimiento que tienen las personas con patologías crónicas, que afectan su calidad de vida o que se encuentran en un proceso cercano a la muerte, ellos brindar servicios basados en una atención integral acorde a las necesidades de los pacientes y sus familias.

Adicionalmente, por los múltiples escenarios en los que transitan los pacientes la historia natural de la enfermedad, el declive funcional, o la toma de decisiones en situaciones agudas con pronóstico limitado; aumenta la complejidad en la toma de decisiones, se amplía el pensamiento complejo y se generan dualidades frente a algunas intervenciones, lo que constituye un cambio importante en el liderazgo de los profesionales que intervienen en los equipos de cuidados paliativos.

Debido a esto los profesionales tienen alta capacidad de adaptación, trabajo en equipo, procesos de escucha activa y comunicación empática, lo que permite reconocer los roles y los entrenamientos particulares de las personas que trabajan en su equipo para dar el apoyo adecuado frente a la necesidad del paciente, lo que sí reconocen, es que la comunicación respecto al pronóstico, diagnóstico y tratamiento es exclusiva por parte del personal médico.

De esta forma las preguntas que puedan surgir al respecto y las alternativas que se le pueden brindar al paciente se expresen de forma adecuada, clara y pertinente, evitando la incertidumbre y permitiendo el desarrollo de voluntades anticipadas del paciente, puesto que el proceso para tomar decisiones debe estar relacionado con un interlocutor con un conocimiento amplio respecto al tema que pueda transmitir la información y ser comprendida adecuadamente por el receptor.

El interlocutor debe explicar las consecuencias de los tratamientos, el uso de las tecnologías médicas que se pueden utilizar por la condición, el pronóstico, los efectos secundarios y las consecuencias, que son particulares según la condición del paciente y las opciones que se pueden brindar en cada caso con el fin mejorar la calidad de vida.

En general, se identifica que los paliativistas están formados para acompañar a los pacientes y sus familias sin juzgarlos, que desarrollan buenos procesos de comunicación y habilidades blandas durante su formación, con características de alto altruismo en función de aliviar el sufrimiento si es potencialmente tratable.

Reconocen que su fin es acompañar y controlar los síntomas que se relacionan con el fin de vida, lo que puede generar mucha incomodidad, para ello evitan juzgarlos, se reconocen como garantes de información que debe ser tratada con respeto por el reconocimiento de la dignidad y autonomía del otro que es el que sufre, apoyan la decisión consensuada de voluntades informadas para hacer cumplimiento de la voluntad de los pacientes y buscar siempre controlar los síntomas de la forma más oportuna, siendo expeditos en los tiempos de las necesidades que puedan solicitar.

Para su contención emocional generan distanciamiento objetivo especialmente respecto al tema de eutanasia, ya que identifican sentimientos de impotencia en muchas situaciones, esto se relaciona con la formación profesional que enseñó técnicas para controlar los síntomas de los pacientes hasta el último momento. Lo cual es una expresión paternalista que se tiene respecto al rol del médico – paciente, como consecuencia del contexto pedagógico en el que se desarrolló su carrera.

8.2 Eutanasia más allá que la reglamentación 233

La definición de eutanasia según la Organización Mundial de la Salud se describe como una acción médica que provoca la muerte en un sujeto que la desea y cumple con criterios para ser aprobada dentro de los cuales son: personas con enfermedades crónicas o lesiones física que hagan sentir su vida indigna, la reglamentación actual en Colombia permite favorecer el derecho fundamental de la autonomía y autodeterminación, para los pacientes que perciben una alta carga de sufrimiento, que busca acabar con la vida, a defensa de esta se encuentra los términos de solidaridad social y libre desarrollo de la personalidad.

Ahora bien, los paliativistas identifican gran controversia al respecto porque hay temas jurídicos que no están completamente definidos, sigue estando estigmatizada y la reconocen como un acto mediático a la expresión de sufrimiento del paciente, asociado con sus principios, escala de valores, contexto sociocultural y creencias dogmáticas, generan ambivalencia emocional y duda en algunas solicitudes, pese a que reconocen que los seres humanos merecen igual

consideración y respeto, simplemente por tener una conciencia y a través de esta un razonamiento que merece dignidad.

Para entender el significado de la solicitud de eutanasia que dan los paliativistas, es importante entender los contextos que han recorrido y que tienen como base de su sedimentación emocional que obliga al paciente a tomar esta decisión, dentro de la caracterización que se evidencia en el estudio, uno de los aspectos a resaltar es que, pese a que la mayoría de ellos son católicos practicantes, están parcialmente a favor de la eutanasia, aunque también presentan un conflicto de intereses relacionado al acto técnico.

Reconociendo que recibir las solicitudes e iniciar el trámite administrativo no genera una carga moral, esto es debido a la flexibilidad que tienen respecto a sus valores en virtud del altruismo y el reconocimiento del otro, adicionalmente se evidencia flexibilidad en sus prácticas por el dolor ajeno que sienten por el otro, entendiendo que existe un equilibrio entre la estructura sujeto mundo y es así como se le da sentido.

Caso contrario en las otras posiciones dogmáticas más arraigadas como se muestra en el estudio con: cristianos practicantes, en donde el recibir la solicitud también trae conflicto porque el médico que practique el acto técnico estaría condenado por una decisión de otra persona, aunque se reconoce que existe el libre albedrío, este no debe perjudicar a terceros y por esto se evita realizando desvíos terapéuticos para que esto no ocurra, identificando que esta estructura de personalidad genera roles más paternalistas, que en términos clínico jurídicos podrían vulnerar los derechos de los pacientes y podría afectar la relación interpersonal.

Por último, reconocen que, ante el crecimiento del problema social de las enfermedades crónicas en el país, el proceso de la eutanasia puede ser una salida “fácil” para el sistema político y económico, por no contar con los recursos suficientes para prestar un apoyo socio-económico adecuado para el cuidado del paciente y su familia, esto se hace más evidente con la sentencia 233, que se percibe como una desprotección a los cuidados paliativos, además, manifiestan que es evidente la falta de claridad en las rutas dentro de las instituciones para dar trámite a las solicitudes y realizar el acto técnico.

8.3 Impacto emocional de la eutanasia

Los seres humanos se identifican según el rol social que desempeñan y que generan la trascendencia necesaria para darle sentido a la vida, adicionalmente, las carreras relacionadas con salud tienen un alto grado de altruismo y algunas decisiones de los pacientes pueden generar incomodidad y afectación en la forma de actuar que generan conflictos ideo-afectivos respecto a la toma de decisiones y la aceptación de las otras personas.

Las emociones expresadas por los entrevistados fueron: frustración, ambivalencia, miedo por repercusiones legales, angustia, cuestionamiento frente a acto profesional que están ejerciendo porque podría ir en contra de la ética médica, impotencia especialmente en paciente con situaciones sociales y administrativas complejas, culpa, insuficiencia, tristeza e inclusive lo perciben como un fracaso terapéutico.

Sin embargo, al superar estos sentimientos negativos, los profesionales lograron generar empatía con el sufrimiento del otro buscando celeridad en el proceso, ya que reconocen el cansancio del paciente y la familia, aumentando la alianza terapéutica. Ahora bien, la consecuencia de esta situación es una percepción de carga emocional, más cuando hay situaciones de conflicto en la familia, problemas en la comunicación o se confunden los términos por parte de otros profesionales de la salud, lo que termina afectado por la percepción subjetiva del rol del Paliativista, lo que sí reconocen en su totalidad, es que la persona que realizará el acto técnico va a tener una carga emocional significativa y todos declaran objeción de conciencia frente a esta.

Este fenómeno se produce debido a que el procedimiento de la eutanasia va en contra en muchas de las premisas propias de la especialidad como son: siempre hay mucho por hacer, los síntomas intratables se pueden controlar con la sedación paliativa y se atiende integralmente al sufrimiento. Lo que hace que sea complejo identificar la percepción personal de la solicitud del fin de la vida en pacientes principalmente no terminales con pronósticos largos de vida, generando una dicotomía moral frente a la autonomía versus las reacciones de ajuste propias con las que cuentan los pacientes cuando se les diagnostican este tipo de enfermedades.

8.4 Los dilemas respecto a la eutanasia

La medicina paliativa refiere que morir con dignidad supone el control de síntomas hasta último momento, con una atención holística y con unos cuidados para el paciente y su familia de forma interdisciplinaria, para poder generar un proceso adecuado y adaptativo de la muerte, pero también implica el respeto de las creencias y los valores del paciente con el fin de cuidar la vida hasta el final, es por esto que el fundamento de la especialidad persé presenta un dilema ético que en muchas oportunidades está en contra de los valores o principios de la práctica de la eutanasia.

Durante la entrevista se identificaron personas que están en contra debido a que existen otras alternativas para el control de los síntomas, perciben que va en contra del rol del médico que está más asociado a una vocación de ayuda, tienen dilemas entre la oferta de esta y la atención integral de los cuidados paliativos, refieren que va en contra de la filosofía de la especialidad, abogan por la muerte natural y digna, pero otros son neutrales al respecto, dando valor a la interpretación

individual de vida digna y sufrimiento que puede tener los pacientes, según los contextos socioculturales complejos, esto les permite entender que el concepto de dignidad está asociado a la autonomía del paciente, dando significado a la voz y la escala de valores individuales.

Es por esto que también empiezan a entender conceptos diferentes relacionados con la salud y enfermedad asociados a gastos directos e indirectos en salud como escasos recursos con los que cuenta el paciente para el apoyo socioeconómico de las familias y los altos costos del cuidado de los pacientes paliativos, las dificultades que tiene las personas al perder la funcionalidad y la implicación social que significa.

El 45% de ellos reconoce que el aceptar las solicitudes o hablar respecto al tema no afecta la actuación como paliativistas y que es un tema importante de trascendencia para la especialidad porque se atienden pacientes al final de la vida, cuando se entra a explicar en detalle el proceso, que incluyen una atención integral para llevar al comité, el registro en la plataforma del ministerio y la explicación del procedimiento; los tiempos de atención se reducen y esto afecta otras intervenciones holísticas basadas en el control de síntomas que son importantes para los pacientes.

El total de los especialistas no reconocen la eutanasia como una opción terapéutica, porque es un abordaje para acabar con la vida y esto va en contra de las creencias del altruismo médico, asociado al juramento hipocrático de (no maleficencia) generando ambivalencia en muchas oportunidades, pero se destacan situaciones importantes de mencionar como, por ejemplo, afirman los participantes que los pacientes no entienden la dimensión de las solicitudes, porque están buscando otro tipo de beneficios a través de la eutanasia, especialmente acelerar procesos administrativos que no se han resuelto. Por lo anterior, se reconoce que las barreras administrativas que impide al paciente tener acceso oportuno a diagnósticos tempranos y seguimientos a la adherencia de los tratamientos, genera aumento de las solicitudes para proceso de eutanasia.

Los médicos paliativistas que están más a favor reconocen que vivir significa poder disfrutar, compartir, ser socialmente activo y comunicarse y que las personas que no pueden hacerlo por su condición tiene una vida indigna y no es justo vivir así.

Hay quejas jurídicas importantes y solicitan mayor claridad aún más desde la sentencia 233, que deja un espacio muy amplio a los pacientes no terminales que padecen enfermedades crónicas y reconocen que la pérdida de la salud en una persona genera afectación en el componente psicoemocional e impacta en la toma de decisiones.

La falta de formación en los programas académicos existentes, cuestionan si es que en principio los profesores formadores de médicos están en contra de esta, los mismos médicos reconocen que, a medida que reciben y tramitan más solicitudes, sienten mayor practicidad en el acompañamiento y seguimiento a las

solicitudes; solamente un participante reconoce que el tema de voluntades anticipadas debería formar parte del discurso de este tema.

Se evidencia que en la medida que se estudia este tema en relación con la bioética, disminuyen los conflictos internos y los sentimientos de frustración que se generan por la formación académica del Paliativista, esto a ellos les permite tener una visión más objetiva donde no hay estrategias de desviación a otras decisiones, ya que el “rol paternalista” deja de ser uno de los enfoques del especialista.

Luego de las entrevistas, el 81% de los participantes reconocen que debería hablarse en el portafolio de los cuidados paliativos, como una estrategia educativa para los pacientes, generándoles herramientas para que puedan optar libremente en sus voluntades anticipadas.

Existen sentimientos encontrados con algunos colegas por no realizar el proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico activamente, generando más solicitudes de eutanasia por mistanasia. Por otro lado, los pacientes que reciben la favorabilidad como respuesta a su solicitud por parte del comité, se sienten mejor y disminuye el sufrimiento.

8.5 ¿Cómo se puede solicitar la eutanasia en Colombia?

Se hace a través de un deseo voluntario por medio verbal o escrito, pero para esto es importante entender que la voluntad anticipada requiere un acto de comunicación en donde un profesional brinda información al paciente de manera adecuada, veraz, amplia y proporcional al lenguaje del paciente, de lo contrario, los pacientes no sabrán cuales son las alternativas con las que pueden contar en la planeación de fin de vida y se podrían vulnerar sus derechos.

En las entrevistas se evidencia que, dentro del acompañamiento del servicio de dolor y cuidado paliativo, no se nombra este concepto, puesto que se asocia a la falsa creencia de estar ofertándola y esto influiría en el aumento del número de solicitudes, expresan los participantes que es incómodo hablar sobre el tema con los pacientes ya que muchos son religiosos, solo se habla a profundidad cuando alguno de ellos solicita información sobre este proceso.

Los discursos de las intervenciones están centrados en la planificación de los cuidados, lo que genera una desinformación significativa ante las opciones que tiene el paciente y no se garantiza la libre elección sobre el fin de vida dado que sigue siendo un tema tabú. No obstante, luego de indagar sobre esta pregunta, los participantes hacen mención que sería importante hacerlo para que conozcan sus derechos y tengan acceso al consentimiento sustituto en algunos casos, solamente el 36% de los especialistas afirman que el acceso a los cuidados paliativos es oportuno, fácil y adecuado; personas con menor nivel educativo solicitan menos este derecho, los médicos paliativistas suponen que es por mayor resiliencia ante el sufrimiento o porque desconocen sus derechos.

Para poder aceptar la situación actual de vida, y los desafíos relacionados con la solicitud de muerte digna y eutanasia, los paliativistas deben identificar y modificar algunas estrategias de afrontamiento que permiten sobrellevar las situaciones complejas a las que se enfrentan con respecto al tema, por lo mismo, es importante durante la residencia trabajar en recursos internos de los médicos para apoyar al paciente en estos procesos: distanciamiento objetivo, sedaciones en pacientes en fases agónicas, sedación en síntomas refractarios, sobre empatía, entender las limitaciones y alcances de los profesionales de salud respecto a mejorar la resiliencia de los pacientes para aceptar la dependencia funcional y aclarar las opciones terapéuticas diversas que se tienen al final de la vida.

Con el fin de mejorar la resiliencia y entender que, pese a estar en contra del principio fundamental de su formación o inclusive de las posiciones personales, el rol del profesional en cuidados paliativos es el acompañamiento del paciente hasta el fin de su vida para mejorar su calidad de vida según la conciba el mismo, lo que implica que frente a esta decisión prima la voluntad, la autonomía, la no maleficencia y la solidaridad social.

Para esto, es importante tener conversaciones profundas sobre el sufrimiento emocional, conflictos familiares, percepción de carga, pérdida funcional, dolor, sufrimiento familiar, síntomas refractarios, pérdida de energía, pérdida de apoyo social, perder el rol en la familia, minusvalía, disnea, inapetencia, afectación espiritual, afectación de la autoimagen por el deterioro corporal, pérdida laboral, efectos secundarios de los medicamentos, falta de cuidadores, soledad, desigualdad social y económica que limita el cuidado, y enfermedades de trayectoria larga y agobiante para la familia y el paciente.

8.6 El profesional que debería realizar el acto técnico

Frente al profesional que debería realizar el acto técnico las respuestas varían: entre médicos con formación en el tema, hasta anesthesiólogos porque manejan y saben de los medicamentos, no obstante, algunos reconocen que debería ser una persona que esté vinculada con el paciente y contar con acompañamiento durante el acto para evitar un duelo complicado para la familia y la sensación de abandono por parte del paciente.

Solamente el 18% reconoce que podría ser un Paliativista, puesto que es la persona que ha acompañado al paciente y es el médico tratante, tiene conocimiento y práctica sobre los medicamentos que se utilizan en el protocolo, algunos objetan conciencia en el acto técnico porque no quieren volverse facilistas ante el sufrimiento del otro y prefieren realizar múltiples aproximaciones para el control y alivio de síntomas.

9 DISCUSIÓN

Dentro del presente apartado se realizó la discusión utilizando las mismas categorías presentadas en los resultados, con la diferencia de que la categoría cuatro, Dilemas respecto a la eutanasia, y la categoría seis, el profesional que debería realizar el acto técnico, se reunirá en una misma categoría debido a que la construcción del profesional incluye los dilemas éticos presentados en la realización del acto técnico de la eutanasia. Por esto las categorías relevantes para la discusión fueron: el rol del paliativista su hacer y su actuar, eutanasia más allá de la reglamentación 233, impacto emocional de la eutanasia, ¿que implica solicitar la eutanasia en Colombia? y el profesional que debería realizar el acto técnico y el impacto emocional.

Se aclara que a nivel nacional no se han realizado otras investigaciones cualitativas en este grupo de población sobre el tema, hay algunas sobre profesionales de salud y otras especialidades que se tendrá en cuenta en el análisis para dar soporte a la discusión.

La investigación parte desde la fenomenología de Merleau Ponty, donde plantea que el esquema corporal permite tomar conciencia del mundo que es dinámico, intrasensorial, permitiendo configurar el tiempo y espacio según las miradas y la relaciones que se dan entre los dos objetos para generar el sistema sujeto-mundo; dando sentido a la experiencia y la percepción que se genera a través de la interacción con el entorno (33). Esto permite construir categorías de resultados mediante los cuales se examina la forma en la que el esquema corporal, tanto del médico paliativista como del paciente, construye el cuerpo de la eutanasia.

9.1 El rol del paliativista, su hacer y su actuar

El paliativista tiene un rol complejo, puesto que desempeña muchas actividades para realizar una atención holística con sus pacientes, desarrollan habilidades blandas para poder tener comunicación empática con el dueto paciente-familia y son garantes del cumplimiento de la autonomía, respeto y percepción de dignidad de los pacientes (70), permitiendo en este momento que el sujeto médico paliativista tome conciencia desde la experiencia, entendiendo que vivir en el mundo hace parte del cuidado de uno y del otro, siendo así como realmente se entendería la dualidad de los valores en el cuidado comprensivo (71).

En este sentido, el rol se construye con la interacción de los cuerpos mediante las relaciones reciprocas, teniendo una misma dialéctica (51) a través de un acto cognitivo que inicia en el proceso de formación y se afina mediante el contacto con el otro, construyendo un espacio intersubjetivo en la relación médico-paciente, siendo el verdadero acto médico el que vive el paciente y su familia

acompañada por el médico a través de sus seres y las posibles tecnologías que se ofrecen para paliar (51).

9.2 Eutanasia más allá de la reglamentación 233

En las entrevistas se identifican barreras instituciones y falta de claridad respecto al tema, pese a que la sentencia 971 deja claro que no es posible poner algún tipo de barrera en las IPS y que el procedimiento se debe realizar en donde el paciente lo desee; por parte del personal de salud hay desconocimiento respecto a las rutas institucionales para tal fin. Aunque se reconoce que esta situación también es generada porque la eutanasia está reglamentada, pero no legislada en Colombia, esto implica la existencia de muchos vacíos que se encuentran en el protocolo, generado incertidumbre y miedo por las implicaciones médicas legales que puedan tener.

Otro aspecto que influye en la percepción de los médicos paliativistas sobre la eutanasia en pacientes no terminales es la concepción de vida digna la cual es un constructo individual(72), pero los procesos de experiencia del mundo vivido con el otro implican que a través de la escucha activa y la empatía, se genere una percepción colectiva y subjetiva que parte de las experiencias previas que se conectan con el otro; es así como la realidad puede cambiar dependiendo la relación y el vínculo, situando la interacción interpersonal como una forma de construir las bases de lo que se considera vida digna, que es uno de los juicios de valor más frecuentes sobre las solicitudes de eutanasia.

Dentro de las características sociodemográficas se identifica que las personas con mayor nivel educativo y más conocimiento respecto a sus derechos son las que más solicitan la eutanasia, pero también se relaciona con la poca aceptación de la dependencia funcional en personas con estratos socioeconómicos altos.

Hay inconformidad en la atención de algunos médicos por parte de sus colegas al no realizar adecuación del esfuerzo terapéutico, que se asocia al sufrimiento de fin de vida por lo que podrían pedir este derecho.

9.3 Impacto emocional de la eutanasia

Se evidencia alteración ideo afectiva sobre el tema, lo cual se ha demostrado en otros estudios en Colombialigada a los principios y valores que llevan a elegir la especialidad de cuidados paliativos, que pretenden mejorar la calidad de vida mediante tratamientos interdisciplinarios en función de una atención holística del paciente y su familia(24).

Se parte de la premisa en la que se acompaña en la vida mientras llega la muerte(71),lo cual es contradictorio a la eutanasia, donde se anticipa la muerte por

voluntad y decisión del paciente, permitiendo un diálogo entre ese organismo que se deteriora por la enfermedad y todo su entorno, puesto que los vínculos interpersonales hacen que los sujetos cercanos y la sociedad sean afectados por esta situación(70).Descartar este hecho, impide generar una construcción del médico respecto a la percepción del otro (71).

Para evitar las emociones desagradables que genera el dilema ético del paliativista respecto a la eutanasia, este utiliza como estrategia de afrontamiento el distanciamiento objetivo y la racionalización técnica, utilizando un lenguaje diferente al contexto, lejos del desarrollo sociocultural. De esta forma se pueden desviar las decisiones a unas 'más favorables', porque el lenguaje es la manifestación del pensamiento (33), desafortunadamente no todos los médicos paliativistas utilizan los recursos emocionales adecuadamente brindando la ayuda solicitada al paciente. Algunos, por ejemplo, hacen desvíos, solicitan y psicologizan la solicitud para que el paciente sea más resiliente y pueda adaptarse al proceso de fin de vida(73).

9.4 ¿Qué implica solicitar la eutanasia en Colombia?

Los paliativistas reconocen la situación social de desprotección que presentan los pacientes con enfermedades crónicas, que generan alta carga de sufrimiento, por lo que describen que las solicitudes más frecuentes son: pérdida de la funcionalidad, pérdida de corporalidad y la dependencia que hacen que no se pueda tener una vida digna para la persona que la padece (74).

Por lo mismo, también el sector reconoce un aumento progresivo de solicitudes con el fin de vencer algunas barreras administrativas por parte del paciente, no obstante, para los profesionales implica un desgaste administrativo y emocional puesto que genera unas expectativas diferentes por parte del paciente y su familia con el fin de recibir beneficios en coberturas que no han sido autorizadas por parte del sistema de salud, especialmente asociado al cuidado cuando se pierde la funcionalidad lo cual depende de la familia y no del sistema (75).

Durante el estudio, se evidencia que los médicos aceptan más estas solicitudes cuando realizan estudios en bioética, por la disminución de la carga moral que da el entendimiento de la autodeterminación del paciente (51). Los paliativistas que no han realizado estos estudios, no se sienten cómodos antes estas solicitudes(47),sustentado en frases como: “no se puede realizar esto, porque de lo contrario no hago todo lo posible para atender adecuadamente al paciente”. Sin embargo, son conscientes de su actuar como veedores en los tiempos del proceso.

Los paliativistas reconoce que en Colombia las solicitudes son en su mayoría por: pérdida de la funcionalidad, la pérdida de corporalidad y de la dependencia que generan una concepción de vida indigna (76); estas pérdidas impiden interactuar con el otro y modifica el rol de la persona que es el que dasignificado a la vida y la existencia(77).

9.5 El profesional que debería realizar el acto técnico y sus dilemas respecto a la eutanasia

El proceso de la solicitud de la eutanasia no solo produce sufrimiento al paciente y su familia, sino también al médico tratante porque afecta su misión y visión de vida que está basada en un alto altruismo que construye su devenir (24), (25), (76), este tipo de solicitudes afecta las estructuras narcisistas del profesional que son las que permiten tolerar la ansiedad y la tristeza que conlleva el acompañamiento de las personas que están en fin de vida(78).

Cuando se analiza la formación como médico hay un temor interno en tomar decisiones inadecuadas, por la presión relacionada al contexto del cuidado y el vínculo (79), lo cual hace que en ocasiones la información de malas noticias al paciente sea parcializada, especialmente si existe sobre identificación.

Para estos profesionales sigue siendo un tabú hablar sobre la eutanasia por varias situaciones: miedo a explicarla, sensación de ofertarla y aumentar la posibilidad de reiterar la solicita por parte del paciente (80). Estos temores se hacen evidentes en algunos argumentos expresados en las entrevistas "se pierde tiempo en la consulta para explicar cuidados en salud". Adicionalmente, se tiene la creencia que esta práctica no pertenece a una buena planeación de muerte y va en contra de los cuidados paliativos.

Las afectaciones que se generan en los paliativistas ante estas solicitudes son: heridas narcisistas que se asocian al altruismo, la omnipotencia frente al control de síntomas, dificultades en reconocer que los problemas sociales hacen parte de la afectación en salud (81), el miedo a la alteración de la corporalidad del otro porque se desvincula el rol y la dignidad, conflicto en las creencias religiosas respecto a la justicia(24),(82).

Por esto los entrevistados sugieren que el profesional idóneo para la realización del acto técnico es el que tenga más conocimiento del manejo de los medicamentos y sus efectos secundarios, lo que se traduce en una persona que tenga menos carga moral y menos sentimientos encontrados, desconociendo que el protocolo es claro y realizado por expertos y solamente requiere seguir los pasos y verificar la pérdida de signos vitales (83).

Algunos de los profesionales entrevistados piensan en la necesidad del paciente y la familia y expresan que en algunos momentos la eutanasia es un acto compasivo y que se los deben acompañar hasta el último momento(84) pero siguen presentando dilemas éticos al respecto.

10 Conclusión

La eutanasia se experimenta como un cuerpo, ya que todas las partes, médicos, pacientes y familia, tienen una visión y un pensamiento que se involucran en este, estas partes dudan de muchas de las razones por las que la eutanasia está permitida, ya que genera controversia sobre sus emociones, valores, miedos y ética personal.

El fenómeno del cuerpo de la eutanasia se hace presente a través de la intersubjetividad de vivirla entre unos y otros mediante un proceso que originalmente es cognitivo, pero adquiere vida propia por los pensamientos en donde prima la educación, la cultura, la construcción personal y los vínculos que se construyeron previamente.

De esta forma el equipo de cuidados paliativos tiene muchos retos que enfrentar, porque el especialista siente que puede perder la identidad propia de la especialidad, que es acompañar hasta el fin de la vida a través del cuidado; hablar del cuidado implica relacionarse con el otro a través de una experiencia empática construida en una estructura de altruismo.

La experiencia del otro no siempre es fácil de abordar por el propio miedo a vivirla de cerca, pensarla y transitarla, es por esto que en situaciones complejas se dificulta hablar y se configura como un tabú, obviándola como una alternativa del paciente y se omite en el acto del consentimiento informado.

Las estrategias evidenciadas en la investigación para tolerar el sufrimiento y la ambivalencia emocional son:

1. El distanciamiento objetivo que permite ser empático, prestar atención, brindar confianza, comprensión y comunicación, esta estrategia de afrontamiento permite evaluar mejor la situación que atraviesa el paciente, observándolo como un desconocido que no ha tratado previamente (85).
2. La empatía, proceso mental voluntario de percepción y exclusión de sentimientos, actitudes, pensamientos y motivaciones inducidas por otro, es una estrategia consciente de hacer una compensación sobre las emociones del otro, regulando la emoción propia(86).
3. Sobre empatía, es la exageración de la empatía asociada a sentimientos de compasión y sobre identificación, en donde se busca solucionar la situación del otro invalidando la resiliencia que pueda tener el paciente, que genera actitudes paternalistas y sobrepasa el rol de medico paliativista, causando

modificaciones en las decisiones y afectando la estructura psíquica - emocional del paciente y la familia (siendo esta la cara oscura de la empatía) (87).

La empatía y la ecpatia permiten a los médicos cambiar sus discursos y el análisis de las situaciones, no solamente por la emocionalidad que produce el sufrimiento del otro, sino las implicaciones estructurales de la personalidad que les ha permitido escoger esta especialidad.

El distanciamiento objetivo permite flexibilizar las decisiones de la triada, permitiendo comprender la precepción, el pensamiento a través del comportamiento y la verbalización de las necesidades que tiene el paciente. Este mecanismo permite dar vida y significado a cada una de las historias, por las fantasías, las proyecciones, la experiencia construida y transitada mientras se explora la situación del paciente que solicita su derecho(77).

Cuando la comunicación es clara se puede entender el mundo interno y la comunicación genuina desde la realidad vivida de las partes, esto permite realizar un análisis adecuado de las voluntades anticipadas para el proceso de muerte, que adquiere significado. Lo anterior se debe a que a través del cuerpo se interactúa, existe y se da significado a la vida (51), la afectación de este genera sentimientos negativos porque no pueden seguir viviendo el mundo y esto afecta la calidad de vida, los recursos y la independencia.

El cuerpo del paciente cambia y se deteriora, esto es lo que realmente afecta el esquema corporal, la relación con el otro y con el mundo, modificando el significado del valor de la vida y afectando la dignidad, que es indispensable para entender el sufrimiento del otro(88), la falta de entendimiento de esta situación es la que genera los conflictos internos, emociones negativas y la dificultad de ponerle fin a la vida de otra persona, porque para el paciente vivir en este estado fisiológico es sobrevivir, porque se perdió la posibilidad de interactuar, interpretar y actuar en el mundo.

Es de reconocer que los médicos paliativistas aceptan el derecho de la eutanasia desde un distanciamiento objetivo, para no sentirse sobre involucrados con situaciones emocionales complicadas que presentan los pacientes que la solicitan, este mecanismo lo emplean para poder soportar la angustia, la frustración y la proyección que se tiene con el paciente.

Se identifico que muchos especialistas pueden percibir que los pacientes y las familias sienten abandono y soledad, por la alta demanda de cuidado y atención que se requiere en las patologías crónicas la cual no puede ser atendido por el sistema de salud, entender esta situación permite a el profesional mejor lo procesos de comunicación para evitar sesgos sobre lo que es valioso, significativo y trascendental para cada uno, esto permitirá mejores desenlaces en dilemas éticos

que se pueden presentar respecto al final de vida y la adecuación del esfuerzo terapéutico.

Para esto es importante tener una formación en este tipo de comunicación, al igual que la identificación temprana de emociones y sensaciones que producen algunas historias para poder poner límites y así no tener proyecciones en los otros, esto disminuye la transferencia y contratransferencia y genera precisión y tranquilidad al hablar sobre la eutanasia.

El conocimiento de las leyes, protocolos, guías, vías y las rutas de acceso a este derecho, generara confianza y menos miedo a repercusiones médico legales, por otro lado la omisión de información, desvíos, sobreprotección o abandono si tiene repercusiones graves en nuestro país para el cuerpo médico.

11 Recomendaciones

Se recomienda tener una formación en comunicación sobre planeación de muerte y fin de vida para el paciente y su familia, así como evaluar adecuadamente la transferencia y contratransferencia que se producen con los pacientes a través de la introspección, identificación emocional, sobre empatía y distanciamiento adecuado del otro.

Sería ideal que, durante la formación de posgrado, se establezca un proceso de psicoterapia individual con el fin de trabajar las causas inocentes de la elección de esta especialidad, las experiencias traumáticas y puntos blancos en los que los paliativistas se puedan identificar con el otro y proyectar su historia, dado que el rol que desempeñan implica una empatía que puede generar muchas emociones negativas, burnout y afecta la forma en cómo se interpretan las decisiones de los otros y como ofertan la salud en relación con el bienestar, la calidad de vida, la dignidad y el respeto de la cosmovisión del otro.

Hablar sobre eutanasia con el paciente y su familia, como parte del proceso educativo de planeación de fin de vida y voluntades anticipadas, no significa ofertarla, ni aumenta el número de solicitudes al respecto, solamente va a dar claridad en las personas sobre los derechos que tienen y como hacerlos valer, esto incluye el acompañamiento del cuidado paliativo hasta el fin de vida y todos los protocolos que existen para el control sintomático y disminución del sufrimiento.

La información completa y transparente sobre este tema, educa al paciente y a su familia, permitiendo una comunicación más adecuada con escucha activa, haciendo que la triada de atención se sienta cómoda y puede expresar completamente todas las necesidades que tiene y buscar entre los tres las mejores soluciones.

El comunicar las alternativas a las personas permite hacerlas participe y responsables de sus actos, por esto sería importante involucrar al servicio interdisciplinario completo (psicología, trabajo social y de ser posible un abogado), para entender los derechos y deberes que tiene el paciente, el cuidador, los profesionales de salud y otros entes como cajas de compensación, entes gubernamentales que apoyan a pacientes con fragilidad y discapacidad.

El cuidado paliativo temprano permite un apoyo integral al paciente, la familia y la comunidad, que da bases sólidas para entender el proceso salud – enfermedad, preparándolos para situaciones complejas que puedan presentar cuando se padecen enfermedades crónicas y oncológicas en todas las áreas de su vida.

Entender la eutanasia como una opción de vida y desestigmatizarla, permite ser más empático con el otro y estar en función del cuidado de las personas, lo que genera una construcción de un mundo cargado de nuevas experiencias, que podrá ser transitado por los tres (médico, paciente y familia) durante el tiempo que sea necesario.

La persona que realice el acto técnico no requiere una formación especial, pero si requiere tener un acercamiento con el paciente y tener la capacidad de entender que el cuerpo en el que vive el paciente, ya no le permite vivir dignamente según la perspectiva que tiene del mundo. Por eso, de forma libre, toma esta decisión para acabar con el sufrimiento que siente, esta premisa permite disminuir la carga moral al respecto.

12 Agradecimientos

Agradezco a los pacientes que han sido mis grandes maestros de vida, los cuales me han permitido entender que el sufrimiento es una experiencia y se presenta cuando las situaciones complejas limitan sus más profundos deseos y la identidad que han tenido y que permite construir lo que son. A mi familia, que gracias a su formación me ha permitido crear un pensamiento complejo y analítico frente a la realidad de los otros y propia. A mis docentes, porque me han enseñado con entusiasmo amar la academia, a entender que la palabra “profe” se gana y que hace parte de la enseñanza de procesos intelectuales y la propia vida que permite reflexionar como el conocimiento se trasfiere a la cotidianidad para resolver situaciones complejas en función de los otros. A el departamento de psiquiatría (la familia) que acepta, entiende la diferencia y construye una cadena de afectos significativos desde las esencias que somos los miembros que la constituimos. A mis amigos del alma porque los escogí y me corrigen, me enseñan y vivimos desde al amor. A mis parejas que me enseñan el concepto del amor puro pese a las diferencias y momentos de la vida en donde nos encontramos. Y a la vida por permitirme esta acá para disfrutar la experiencia de vivirla en lo bueno y en lo malo, pero siempre avanzando en mi propósito de entender, escuchar, comprender y apoyar a que las personas que está a mi lado avanzando en mi proyecto inter, intra y transpersonal alineada con mi esencia.

13 Referencias

1. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes And Practices Of Euthanasia And Physician-Assisted Suicide In The United States, Canada, and Europe. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2016 jul 5;316(1):79-90.
2. Corte Constucional De Colombia. Resolución 971-2021, Recepción Trámite Y Reporte De Las Solicitudes De Eutanasia, Asi Como Las Directrices Para La Organizacion Y El Funcionamiento Del Comité Para Hacer Efectivo El Derecho A Morir Con Dignidad A través De La Eutanasia. Resolución , 971-2021 Colombia: 2021; jul 1, 2021 p. 1-19.
3. Corte Costitucional De Colombia. Sentencia C-233 De 2021 Referencia: Expediente D-14043, Demanda De Inconstitucionalidad Contra El Artículo 106 De La Ley 599 De 2000. Corte Consitucional Republica De Colombia 2021 p. 1-153.
4. Empresa GALLUP, Contratada por: Semana RF. Ipsos Napoleón Franco [Internet]. Colombia; 2015 jul. Available from: <https://www.semana.com/73-por-ciento-de-los-colombianos-creen-que-la-eutanasia-debe-ser-legal/437201-3/>
5. Corte Constitucional De Colombia. Sentencia C-239/97, Homicidio Por Piedad. 1997 1997 p. 1-124.
6. Corte Constitucional De Colombia. Sentencia T-970-14 Muerte Digna [Internet]. Sentencia, T 924-14 Colombia; 2014 p. 1-53. Available from: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>
7. Sánchez m., López A. Eutanasia Y Suicidio Asistido: Conceptos Generales, Situación Legal En Europa, Oregon y Australia. *Medicina Paliativa*. 2006;13(4):207-15.
8. Santamaria F., Fidel L., Enrique G. El Derecho A La Eutanasia En Personas Con Enfermedad En Fase Terminal En El Nuevo Régimen Constitucional Del Ecuador [Tesis De Maestría]. [Ambato]: Uniandes ; 2016.
9. Bonilla D. El Derecho a La Vida Digna Y La Muerte Asistida. Tesis De Especialización Para Optar A El Título De Abogada De Juzgados Y Tribunales De La Republica De Ecuador Universidad Tecnica De Ambato [Internet]. 2017;1-139. Available from: https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/5913/1/Tesis_Lcda.JeanethBarreraCueva.pdf
10. Boletín Oficial Del Estado España. Ley Orgánica 3/2021, Regulación De La Eutanasia. [Internet]. 4628 España; mar 24, 2021 p. 1-13. Available from: <https://www.boe.es>
11. Bernate Ochoa F, Sintura Varela F. Decreto Número 100 de 1980, Nuevo Código Penal. Decreto Número 100 de 1980, 100 de 1980 Colombia: Universidad del Rosario; 1980 p. 1-97.
12. Díaz E. La Despenalización De La Eutanasia En Colombia: Contexto, Bases Y Críticas. *Rev Bioet Derecho*. 2017;40:125-40.
13. Sánchez J., González M. Comienzo Legal De La Eutanasia En Colombia. *Rev Hisp Cienc Salud*. 2018;4(1):52-4.

14. Beltrán J., Cuenca R. Perspectivas Legales De La Eutanasia En Colombia. Revista Criterio Libre Jurídico. 2019;16:1794-7200.
15. Ministerio De Salud Y Protección Social. Resolución número 1216 de 2015, Cumplimiento sentencia T970 De 2014, Organización Y Funcionamiento Para Hacer Efectivo El Derecho A Morir Con Dignidad. MinSalud, 1215 Bogotá D.C.; abr 20, 2015 p. 1-8.
16. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria Número 1751 Del 16 De Febrero 2015, Por Medio De La Cual Se Regula El Derecho Fundamental A La Salud Y Se Dictan Otras Disposiciones. feb 16, 2015 p. 1-13.
17. Pardo C. Sentencia T-423/17, Derecho Fundamental A Morir Dignamente, Joven Con Enfermedad Terminal. Tutela. Corte Constitucional De Colombia, /-423/17 Bogotá D.C.; 2017 p. 1-84.
18. Ministerio de Salud y Protección Social RDC. Resolución número 0825 de 2018, Reglamenta El Procedimiento Para Hacer Efectivo El Derecho A Morir Con Dignidad De Los Niños, Niñas Y Adolescentes. 9 marzo 2018, 0825 Bogotá D.C.; mar 9, 2018 p. 1-16.
19. Corte Constitucional De La Republica De Colombia. Sentencia T-060 de 2020, Accion De Tutela En Materia De Derecho Fundamental A Morir Dignamente- Procedencia. 18 febrero 2020, T-060 Bogotá D.C.; feb 27, 2020 p. 1-82.
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 0229 de 2020, Lineamiento De La Carta De Derechos Y Deberes De La Persona Afiliada Y Del Paciente En El Sistema General De Seguridad Social En Salud Y De La Carta De Desempeño De Las Entidades Promotoras De Salud. 20 Febrero 2020, 0229 Bogotá D.C.; feb 20, 2020 p. 1-19.
21. Mendoza J., Herrera L. El Consentimiento Informado En Colombia. Un Análisis Comparativo Del Proyecto De Ley 24 De 2015 Con El Código Vigente Y Otros Códigos De Ética. CES Derecho. 2017;156-71.
22. Iglesias O., Chávez O. Repercusión Social De La Eutanasia Desde El Punto De Vista Ético. Multimed [Internet]. 2018;22(1):11. Available from: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/viewFile/804/1126>
23. Medina M., Cruz L., Sierra De Jaramillo M. Análisis De La Toma De Decisiones Al Final De La Vida Desde Una Perspectiva Teórica Contemporánea. Revista Colombiana de Bioética [Internet]. 2012;7(2). Available from: <http://es.scribd>.
24. Jorge Hernán González, Cortés Laura María Valencia, Cano Yesika Fernanda Arias, Castrillón Mariana Castaño Londoño. Mirada bioética a la eutanasia en Colombia: Lecturas desde los actores involucrados en el proceso. pensando psicología . 2020;1-20.
25. R Vargas María Fernanda, Santos Peña Karen Dayana, Suarez Ardila María del Pilar. Percepción sobre la eutanasia en niños, niñas y adolescentes en el municipio de san gil (resolución 825 de 2.018) [tesis de grado psicología]. [san gil]: progama de psicología; 2019.

26. Díaz A. Analisis Descriptivo Del Conocimiento, Percepcion Y Puntos De Vista De Los Anestesiologos En Relacion Con La Practica De Eutanasia En Colombia En El Año 2019. Tesis Para Optar Al Titulo De Especialidad En Anestesiología Y Reanimación. 2019;2-26.
27. Sanchez D., Cuartas E., Duque A. Eutanasia: Encuesta De Opinión A Médicos Internistas Y Pediatras: Medellín, Segundo Semestre 1998. CES Medicina. 1999;13(2):21-6.
28. Miguel suazo, rosanel amaro rodriguez, maria eugenia perez cordoba. percepcion y posiciones sobre la eutanasia, en medicos y enfermeras en 5 hospitales de santo domingo, durante el periodo septiembre-noviembre 2001. Cienc Soc. 2003;2(XXVIII):1-20.
29. Cuervo M. Actitudes Y Opiniones De Los Medicos Ante La Eutanasia Y El Suicidio Medicamente Asistido. Tesis Doctoral, Universidad de zaragoza. 2012;1-312.
30. Silva AAA, Pestana FKM, Rocha FC, Rios BRM, Aquino AA, Gonçalves Sobrinho JF, et al. Percepção de profissionais da saúde sobre eutanásia. Revista Bioética. 2020 mar;28(1):111-8.
31. Laboratorio De Derechos Economicos Sociales Y Culturales, Correa L. www.desclab.com [Internet]. Eutanasia en Colombia: 30 cifras para tomar el control y saber más sobre muerte digna. 2021 [citado 2021 nov 19]. Available from: <https://www.desclab.com/post/eutanasiacifras>
32. Fuster Doris. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y representaciones, Revista de psicología educativa. 2019;7.
33. Orozco CA. La «Fenomenología de la percepción» de Merleau-Ponty como sustento del enfoque enactivo de la cognición. 2017.
34. Guerrero-Castañeda RF, Prado ML do, Kempfer SS, Ojeda Vargas MG. Momentos del Proyecto de Investigación Fenomenológica en Enfermería. Index de Enfermería [Internet]. 2017 [citado 2022 may 16];26(1-2):67-71. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
35. Torres M, Pardo R. Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia. Minsalud [Internet]. 2015;1-120. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>
36. Sandoval T. Eutanasia. Asociación Mexicana De Tanatología [Internet]. 2010 [citado 2021 nov 19];1(1):71-3. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.codhem.org.mx%2FLocalUser%2Fcodhem.org%2Finfo%2Fgacetas%2Fgaceta48.pdf&clen=4466511&chunk=true
37. Anonima. Samuel 1:2-16 . En: Santa Biblia 1960 . Reina Valera. 2021.
38. Montes de Oca G. Historia De Los Cuidados Paliativos. Revista Digital Universitaria [Internet]. 2006;7(4):1-9. Available from: <http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/art23.htm>

39. Báti Jacinto. Problemas éticos al final de la vida. SECPAL [Internet]. 2014 [citado 2021 oct 16]; Available from: <https://www.secpal.com/PROBLEMAS-ETICOS-AL-FINAL-DE-LA-VIDA>
40. Molina D. La Bioética: Sus Principios Y Propósitos, Para Un Mundo Tecnocientífico, Multicultural y Diverso. *Revista Colombiana de Bioética*. 2015;8(2):18.
41. Córdoba R. El Elemento Ético Religioso En La Relación Médico Paciente. *Pers Bioet*. 2007;11(2):156-69.
42. Torre Jesus avila de la. *Actitud Ante La Eutanasia, Una Exploración Hemenográfica*. Universidad Autónoma Del Estado De México, Tesis De Licenciatura En Psicología. 2017;1-127.
43. Alberigo Giuseppe, Hunermann Peter, Routhier Gilles, Theobald Christophe, Turbanti Giovanni, Velati Mauro, et al. *Historia del Concilio Vaticano II*. Salamanca: Ediciones Sígueme; 2008.
44. Roldán S. Algunas Consideraciones Para Una Valoración Desde La Teología Moral Al Debate Sobre La Eutanasia En Colombia. *Rev Iberoam Bioet*. 2019 sep 24;(11):1-22.
45. Álvarez A. El Derecho A Decidir: Eutanasia Y Suicidio Asistido. *Cir Gen* [Internet]. 2013;3535(2):115-8. Available from: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>
46. Guerrero Raúl, DoPrado Marta, Silveria Silveria, Ojeda Guadalupe. resolución 1051 de 2016. 2017 jun;26.
47. Fontalis A, Prousalí E, Kulkarni K. Euthanasia And Assisted Dying: What Is The Current Position And What Are The Key Arguments Informing The Debate? *J R Soc Med*. 2018;111(11):407-13.
48. Mendoza J., Herrera L. Reflexiones Acerca De La Eutanasia En Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2016;44(4):324-9.
49. Bélanger E, Towers A, Wright DK, Chen Y, Tradounsky G, Macdonald ME. Of dilemmas and tensions: A qualitative study of palliative care physicians' positions regarding voluntary active euthanasia in Quebec, Canada. *J Med Ethics*. 2019 ene 1;45(1):48-53.
50. Castaño G., Neira M. Aplicación De La Eutanasia En Pacientes Terminales Frente A La Legitimidad Y La Percepción Del Entorno Social Caleño. Universidad Santiago De Cali, Facultad De Derecho [Internet]. 2019;11(1):1-76. Available from: http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_SISTEM_PEMBETUNGAN_TERPUSAT_STRATEGI_MELESTARI
51. Josgrilberg B. Redalyc. La fenomenología de Maurice Merleau-Ponty y la investigación en comunicación. 2008; Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86005205>

52. Martínez Ávila B, Alvarez Aguirre A. Aplicación de la fenomenología de Amedeo Giorgi como sustento metodológico. ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería. 2021 jul 19;8(1):106-12.
53. Baltar F, Gorjup MT. Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. Intangible Capital. 2012;8(1):123-49.
54. Paul Rene OT, Diego Antonio RM, Diego Alberto CO. Estimación De Oferta De Médicos Especialistas En Colombia 1950-2030 Anexo Metodológico. Ministerio Salud, Colombia. 2018;1-18.
55. Robles B. Redalyc. La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico. 2011.
56. Amezcua, Toro A. Los Modos De Análisis En Investigación Cualitativa En Salud: Perspectiva Crítica Y Reflexiones En Voz Alta. Rev Esp Salud Pública. 2002;76:423-36.
57. Schettini P, Cortazzo I. Técnicas y estrategias en la investigación cualitativa. La Plata; 2020.
58. Irani E. The Use Of Videoconferencing For Qualitative Interviewing: Opportunities, Challenges, and Considerations. Vol. 28, Clinical Nursing Research. SAGE Publications Inc.; 2019. p. 3-8.
59. Amezcua M. La entrevista en profundidad en 10 pasos. Index de Enfermería [Internet] [Internet]. 2015;4:216-216. Available from: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300019>
60. Siavil C, Carmona V, Ribot De Flores S. Implicaciones conceptuales y metologicas en la aplicacion de la entrevista a profundidad. Año. 2007;13.
61. Aguirre J., Jaramillo J. Aportes Del Método Fenomenológico A La Investigación Educativa. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (Colombia). 2012;8(2):51-74.
62. Mejía Navarrete J. Problemas centrales del análisis de datos cualitativos. Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social [Internet]. 2011;1:47-60. Available from: <http://jbposgrado.org/icuali/An%E1lisis%20de%20datos%20cualitativos%20problemas%20centrales.pdf>
63. Balcázar Nava P; González-Arratia N; López Fuentes GMGP. Investigación Cualitativa. Ciudad de México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2013. 33-94 p.
64. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación : las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Mexico: Mc Graw Hill; 387-592 p.
65. Fuster Guillen DE. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y Representaciones. 2019 ene 1;7(1):201.
66. Lankshear C, Knobel M. Problemas asociados con la metodologia de la investigacion cualitativa. 2000;
67. Cañete R, Guilhem D, Brito K. Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. Vol. 18, Acta Bioethica. 2012.

68. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 8430 de 1993. Colombia; 1993.
69. Ministerio de Salud y Protección Social. ABC Guía Comité de Ética en Investigación. Bogotá D.C.; 2012.
70. Paneque Sosa A. La dignidad humana y los cuidados paliativos. 2022;85-106. Available from: <http://www.cancunoncologycenter.com/7-increibles-avances-medicos-cientificos/>
71. Martha adiola lopera betancur. acompañar en la muerte es un pilar del cuidado una dolorosa obligacion y un dilema. ciencia y enfermería . 2016;65-74.
72. Ramírez-Pérez M, Cárdenas-Jiménez M, Rodríguez-Jiménez S. El Dasein de los cuidados desde la fenomenología hermenéutica de Martín Heidegger. Enfermería Universitaria. 2015 jul;12(3):144-51.
73. Pérez Riobello A. Merleau-Ponty: percepción, corporalidad y mundo. Eikasia Revista de Filosofía, [Internet]. 2008;1-24. Available from: <http://www.revistadefilosofia.org>
74. Pau perez sales, Autores Alberto Fernández-Liria. Trauma, Culpa y Duelo. Hacia una psicoterapia integradora, programa de autoformacion en psicoterapia de respuestas traumaticas. 1.ª ed. pau perez sales, editor. Vol. 1. 2006. 1-438 p.
75. Departamento Administrativo de la Función Pública. Ley_1733_de_2014. Bogota: camara de representantes; sep 8, 2014 p. 1-3.
76. Gutmann T, Carlos T.; Rendón E. Dignidad y autonomía. Reflexiones sobre la tradición kantiana * Dignity and autonomy. Reflections about Kantian tradition. estud.filosn universidad de antioquia. 2019 ago 14;59:233-54.
77. Peñacoba Puente. Estrategias de afrontamiento y personalidad resistente en pacientes de cuidados paliativos. Unestudio preliminar. Clin Salud [Internet]. 2005;65-89. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180616109004>
78. Gerson sthephen goen gonzalez. la muerte en la obra de freud a la luz de su relacion con el inconsciente y la pulsion [magister en investigacion psicoanalitica]. [medellin]: universidad de antioquia;
79. Torre Díaz J de la. Eutanasia: los factores sociales del deseo de morir. Rev Iberoam Bioet. 2019 oct 28;(11):1-23.
80. Zamberlan c, calvetti a, deisvaldi j, de siqueira. Calidad de vida, salud y enfermería en la perspectiva ecosistemica. 2010 oct;
81. R armengol millans. Eros narcisismo amor y beneficencia. Critica de la teroria psicoanalitica actual. intercambios. :1-17.
82. Sociedad española de filosofia analitica. Libre albedrío _ SEFA. madrid;
83. José Manuel Bertolín-guillén. Eutanasia, suicidio asistido y psiquiatría. revista asociacion española neuropsiquiatria. 2011;41:51-67.
84. Zurriarain RG. Cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida. Pers Bioet. 2019 dic 3;23(2):180-93.

85. Guzmán AM. Cambiar metáforas en la psicología social de la acción pública: De intervenir a involucrarse. Athenea Digital. 2014;14(1):3-28.
86. Maria Elena cuaderno. Desgaste por empatia: como ser un profesional del trabajo social y no desfallecer en el intento. Revista Cuaderno de Trabajo Social [Internet]. 2018;11(1):9-31. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-9510-8721>
87. jose carlos bermejo. La cara oscura de la empatía. <https://www.josecarlosbermejo.es/>. 2019. p. 1-3.
88. Sheets-Johnstone M. Embodied minds or mindful bodies? A question of fundamental, inherently inter-related aspects of animation. Subjectivity. 2011 dic;4(4):451-66.

14. Anexos

1. Ficha de Caracterización de los participantes

código	edad	genero	Formación académica	Año de grado	Título obtenido	Cargo actual	Años de experiencia profesional en CP.
01	37	F	Especialista en dolor y cuidado paliativo	2018	Especialista en dolor y cuidado paliativo	Medico especialista en CP, Consulta externa y hospitalización	5
02	38	F	Especialista de anestesia y formación en dolor y cuidado paliativo	2020	Especialista en dolor y cuidado paliativo	Medico especialista en CP, Consulta externa y hospitalización	1
03	38	F	Especialista en cuidados paliativos	2016	Especialista en dolor y cuidado paliativo y master en bioetica	Medico especialista en CP, Consulta externa y hospitalización	7
04	42	M	Internistas especialistas en	2018	Internistas especialistas en	Medico especialista en CP, Consulta	4

			cuidados paliativos		cuidado paliativo master en bioetica	externa y hospitalización	
05	43	M	Fisiatra especialistas en cuidados paliativos	2017	Fisiatra especialistas en cuidados paliativos	Medico esp CP, Consulta externa y hospitalización	6
06	40	F	Especialistas en cuidados paliativos	2018	Especialistas en cuidados paliativos	Medico esp CP, Consulta externa y hospitalización	4
07	36	M	Especialista en cuidados paliativos	2017	Especialista en cuidados paliativos	Medico esp CP, Consulta externa y hospitalización	5
08	45	F	Medica familiarista y especialista en	2014	Especialista en cuidados paliativos	Medico esp CP, Consulta externa y hospitalización	8

			cuidados paliativos				
09	38	M	Especialista en cuidados paliativos	2017	Especialista en cuidados paliativos	Medico esp CP, Consulta externa y hospitalización	5
10	40	F	Especialista en cuidados paliativos	2017	Especialista en cuidados paliativos	Medico esp CP, Consulta externa y hospitalización	5
11	43	F	Medica familiarista y especialista en cuidados paliativos	2019	Especialistas en cuidados paliativos	Medico esp CP, Consulta externa y hospitalización	3

2. Formato de entrevista y preguntas de investigación

Buenos días / tardes

Gracias de antemano por participar en esta investigación, el objetivo de esta es poder identificar la percepción de los paliativistas respecto a la eutanasia, para tal fin es importante que me autorices poder grabar esta entrevista en donde hablaremos sobre la percepción de la eutanasia en el rol de medico paliativista.

Quería confirma que me autorizas el uso de estos datos para poder realizar una investigación cualitativa en donde primero transcribo la entrevista y posteriormente ser realiza un proceso de verificación de la información por parte tuya y luego se realizaran los análisis pertinentes y se verifica que está de acuerdo o no con la forma en como se hace esa interpretación de la información.

Si está de acuerdo daré inicio a la entrevista y empezare la grabación

- ¿Cuál es su opinión respecto a la eutanasia, describa sus principios éticos, morales, dogmáticos e inclusive relacionados al sistema de salud?
- ¿Cuándo ha recibido solicitudes que emociones, pensamientos y sensaciones tiene con respecto a la persona y como estos influyen o no en la comunicación con esta persona?
- ¿Cuáles son las razones por las cuales usted ha recibido solicitud de eutanasia y como podría aliviar el sufrimiento de estas personas?
- ¿En su práctica clínica, como maneja las voluntades anticipadas del paciente, incluye la eutanasia dentro de su discurso?
- ¿Quién considera que es la persona más adecuada para realizar el procedimiento técnico de la eutanasia y por qué?

Muchas gracias

3. Consentimiento informado por participante

UNIVERSIDAD ANTONIONARIÑO
PERCEPCION DE LOS PALIATIVISTAS SOBRE LA EUTANASIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION

Ciudad:

Fecha:

Yo _____ Identificado con el documento En pleno uso de mis facultades, reconociendo que soy profesional de la salud conformación en dolor y cuidado paliativo, estoy de acuerdo en el desarrollo de la entrevista a profundidad que se va a realizar, con el fin de participar en el proyecto de investigación: Percepción de la eutanasia en médicos paliativos, que se realiza dentro del proceso formativo para optar al título de Magíster de Cuidados Paliativos de la Universidad Antonio Nariño.

En el presente documento, reitero que recibí información expresa, amplia y suficiente, sobre esta investigación y autorizo el registro videográfico para posteriormente realizar la horizontalización de los datos para el análisis de mi precepción, esta información será conocida por el investigador principal y los docentes asignados.

De la misma manera, me han informado que tengo derecho a que se entregue una copia de mi informe con el fin de verificar que lo registrado corresponde a el, proceso narrativo realizado por las partes.

Firma: