



Universidad del  
**Rosario**

Repositorio Institucional  
**EdocUR**



Universidad del  
**Rosario**

**Características psicosociales de las personas mayores de 18 años con enfermedad oncológica que reiteran eutanasia en un hospital de alta complejidad de Bogotá, Colombia entre el 2015 y 2018.**

**Autor**

**Meza polo, milagro isabel-Rivera Alvarado, Shirley.**

**Trabajo presentado como requisito para optar por el  
título de Especialista en dolor y cuidado paliativo.**

**Tutor temático.**

**Isaza Narváez, Ana milena.**

**Tutor metodológico.**

**Daza Vergara, José Alejandro.**

**Facultad de medicina**

**Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud Universidad del Rosario.**

**Bogotá – Colombia.**

**2020.**

## 1. Información General

Nombre del proyecto	Características psicosociales de las personas mayores de 18 años con enfermedad oncológica que reiteran eutanasia en un hospital de alta complejidad de Bogotá, Colombia entre el 2015 y 2018.	
Grupos de investigación	Grupo de investigación Méderi, Dolor y cuidados Paliativos	
Línea de Investigación	Salud de las Poblaciones.	
Descriptores/ palabras claves	<b>Euthanasia, Eutanasia, Genetics, Population, Política Pública, Public Policy, Terminal care, Terminally Ill, Neoplams</b>	
Investigador principal	Milagro Isabel Meza Polo Shirley Rivera Alvarado	
Contacto	Dirección	Calle 75# 72-42 apto 201
	Teléfono	
	Celular	3102560706-3223081423
	Correo electrónico	<a href="mailto:Milagro.meza@urosario.edu.co">Milagro.meza@urosario.edu.co</a> <a href="mailto:Shirley.rivera@urosario.edu.co">Shirley.rivera@urosario.edu.co</a>
Coinvestigadores	Ana Milena Isaza	Psiquiatra con maestrías en: cuidado paliativo pediátrico, psicooncología, medicina biológico naturista, fibromialgia y neurociencias y dolor.
	José Alejandro Daza Vergara.	Medico Epidemiólogo, hospital Universitario Mayor Mederi

Duración	6 meses	
Fecha esperada de inicio y terminación	Inicio Junio2019	Diciembre 2019
Clasificación del área científica o disciplinar	Salud de las poblaciones.	
Sector de aplicación	Clínicas	
Clasificación del tipo de financiación	No aplica	
Tipo de proyecto	Investigación científica	
Costo general del proyecto	\$14120000	
Costo a financiar por el FIUR	No aplica.	
Tiempo de dedicación semanal	9 horas semanales	

“La Universidad del Rosario no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”

## Contenido

<b>1. Introducción</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.1. <i>Planteamiento del problema</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.2. <i>Justificación</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>2. Marco Teórico</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>3. Pregunta de investigación</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>4. Objetivos</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.1. <i>Objetivo general</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.2. <i>Objetivos específicos</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>5. Metodología</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5.1. <i>Tipo y diseño de estudio:</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5.2. <i>Población</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5.4. <i>Criterios de selección</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5.4.1. <i>Criterios de inclusión</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5.4.2. <i>Criterios de exclusión</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5.5. <i>Variables</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5.7. <i>Plan de análisis</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5.8. <i>Proceso de recolección de la información</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>6. Aspectos éticos</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>7. Administración del proyecto</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
7.1. <i>Cronograma</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
7.2. <i>Presupuesto</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>8. Resultados</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>9. Discusión</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>10. Conclusiones</b> .....	17
<b>11. Bibliografía</b> .....	17

## 1. Resumen

**Introducción:** en el año 2012 en Colombia, aproximadamente 104 personas fallecieron cada día por enfermedad oncológica y 196 personas enfermaron de cáncer (1). Para el año 2015 se desarrolló el protocolo para la aplicación de procedimiento de eutanasia, donde se generan resoluciones y decretos juntos con la despenalización de la eutanasia a partir de la sentencia T-

970 de la Corte Constitucional (2). Es de nuestro interés caracterizar los grupos poblacionales con diagnóstico de enfermedad oncológica en fase terminal que solicitan y reiteran eutanasia, con el objetivo de determinar las características del tipo de personalidad, y el entorno psicosocial del cual hace parte este individuo que permitiría como unidad de cuidados paliativos mejorar la prestación de servicios frente a los pacientes en el final de la vida: **Métodos:** Estudio observacional descriptivo. **Resultados:** Los pacientes oncológicos evaluados presentaron una mediana de edad de 60 años, donde el 75% de los pacientes fueron hombres con estadios terminal de la enfermedad. Las causas de negación de eutanasia fueron en el 100% por trastornos afectivos. La causa reiterada de solicitud de eutanasia por los pacientes fue por dolor y disnea. El 50% presentaron personalidad tipo A y el 50% restante personalidad tipo B. **Conclusiones:** La causa reiterada de solicitud de eutanasia en pacientes oncológicos con estadio terminal de la enfermedad, con mediana de edad de 60 años, generalmente es por dolor y disnea refractarios al tratamiento paliativo ofrecido por el equipo multidisciplinario.

#### Abstract

**Introduction:** in 2012 in Colombia, approximately 104 people died every day from oncological disease and 196 people became ill from cancer (1). For the year 2015, the protocol for the application of the euthanasia procedure was developed, where resolutions and decrees are generated together with the decriminalization of euthanasia based on the ruling T-970 of the Constitutional Court (2). It is in our interest to characterize the population groups with a diagnosis of terminal oncological disease that request and repeat euthanasia, to determine the characteristics of the personality type, and the psychosocial environment of which this individual is a part, which would allow as a care unit Palliative improve service delivery to patients at the end of life. **Methods:** cross sectional study. **Results:** The oncology patients evaluated had a median age of 60 years, where 75% of the patients were men with terminal stages of the disease. The reasons for denial of euthanasia were 100% due to affective disorders. The repeated cause of request for euthanasia by patients was pain and dyspnea. 50% had to type A personality and the remaining 50% had type B personality. **Conclusions:** The repeated cause of request for euthanasia in cancer patients with the terminal stage of the disease, with a median age of 60 years, is generally due to refractory pain and dyspnea to palliative treatment offered by the multidisciplinary team.

## 2. Introducción

### 2.1. Problema de estudio

Según las estadísticas de Globocan, para Colombia en el año 2012, aproximadamente 104 personas fallecieron cada día por enfermedad oncológica y 196 personas enfermaron de cáncer (3). Lo cual nos exige generar intervenciones oportunas y eficaces para mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados, asegurando un desempeño costoefectivo del sistema sanitario. Para esto Colombia crea el Plan Decenal para el control del cáncer 2012-2021, el cual busca promover una atención continua desde las acciones de prevención hasta las de rehabilitación y brindar de manera oportuna los cuidados paliativos (4). Este plan decenal se ve reflejado en la epidemiología del cáncer en Colombia, en donde la evidencia muestra que hay descenso significativo de las tasas de incidencia y mortalidad de los tipos de cáncer relacionados con agentes infecciosos, el consumo del tabaco, y aumento en las tasas de incidencia de los cánceres relacionados con actividades de detección temprana (mama, próstata, colon) y nuevas técnicas diagnósticas (cáncer de tiroides) (5). El DANE sigue trabajando para identificar las condiciones de mortalidad de una población, como están asociadas a diversos factores de carácter demográfico, biológico, social, cultural e incluso político que influyen en el desarrollo y crecimiento de los diferentes grupos poblacionales en un período determinado (6). De ahí que sea tan importante la información del componente de mortalidad para uso en diferentes investigaciones y creación de proyectos en el sector salud que permitan identificar las principales causas de muerte en la población.

En Colombia se creó para el año del 2015 protocolo para la aplicación de procedimiento de eutanasia (7) después de muchos años de vacío legal, se generan resoluciones y decretos juntos con la despenalización de la eutanasia a partir de la sentencia T-970 de la Corte Constitucional en donde se brinda seguridad jurídica al médico que practica el procedimiento eutanásico respectivo. Es de aclarar que solo podrá ser aplicada a aquellos que se encuentren cumpliendo los requisitos exigidos por la ley y bajo la definición de enfermo terminal, siempre y cuando se considere a aquel paciente con una enfermedad medicamente comprobada avanzada, progresiva, e incontrolable que se caracterice por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento. Así mismo, por la generación de sufrimiento físico-psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a 6 meses (2). Esto teniendo presente que el médico tratante debe contar con el conocimiento necesario de la condición de base del paciente que le permita un buen nivel de predicción de supervivencia para definir su situación como enfermo terminal.

El cáncer representa una experiencia de vida muy difícil en los diferentes factores directos o indirectos que relacionan esta enfermedad con la muerte, ya que se genera en el individuo una incertidumbre acerca de su pronóstico de vida. Además de la afectación del individuo, se genera también afectación de su núcleo familiar y de su entorno. Todos estos pacientes se enfrentan a un proceso de duelo en el cual podríamos considerar que se generan respuestas adaptativas ante una serie de pérdidas (pérdida de salud, pérdida de su estabilidad económica, y cambio del rol en el entorno familiar y laboral). Dado que en nuestro país aún se están implementando leyes en cuidados paliativos, un porcentaje de la población no tiene adecuada cobertura en cuidados paliativos en enfermedades oncológicas, generando disminución en la calidad de vida (8). Si se considera como enfermedad catastrófica, el tratamiento de estos pacientes en la fase terminal puede llevar a un argumento muy utilizado en la bioética “pendiente resbaladiza”, el cual nos señala las consecuencias previsible y evitables que se producirían en el caso de liberarse algunas prácticas en contra de la vida y la dignidad del ser humano (7).

## **2.2. Justificación o relevancia del proyecto (incluye pregunta de investigación).**

Es de nuestro interés caracterizar los grupos poblacionales con diagnóstico de enfermedad oncológica en fase terminal que solicitan y reiteran eutanasia, con el objetivo de determinar no solo las características del tipo de personalidad, si no el entorno psicosocial del cual hace parte este individuo que permitiría como unidad de cuidados paliativos mejorar la prestación de servicios frente a los pacientes en el final de la vida. Así mismo, realizar las intervenciones necesarias institucionales, en políticas públicas destinadas a una atención integral de pacientes que requieren cuidados paliativos e incentivar la creación por el gobierno de casas de hospicio que brinden acompañamiento a aquellos pacientes que no tienen estructura nuclear primaria, con lo cual se logrará brindar apoyo oportuno sin dilataciones en el proceso de atención para impactar positivamente en la calidad de vida.

Nuestro interés específico en esta investigación es la caracterización de los pacientes con patologías oncológicas y su entorno demográfico (núcleo familiar y entorno psicosocial). La prevalencia de cáncer aumenta cada año con el aumento de la expectativa de vida y también la cantidad de pacientes que sobreviven durante muchos años gracias al éxito terapéutico de la oncología moderna, llevando consigo las implicaciones además del dolor causado por el cáncer, el provocado por el tratamiento de este; y como este dolor crónico influye en el deterioro de la calidad de vida. La nueva

clasificación del dolor crónico relacionado con el cáncer para la CIE-11 define como el dolor crónico causado por el cáncer primario en sí mismo o las metástasis, o su tratamiento (dolor crónico del tratamiento pos cáncer) empieza a tenerse presente como diagnóstico y objetivo de tratamiento (9).

Para el año del 2014 en Colombia se crea la Ley 1733 del 08 de septiembre de 2014 ( Ley Consuelo Devís Saavedra) mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida (10). Para entrar en materia iniciemos con la definición etimológica, eutanasia deriva del griego *eu*, bien y *thanatos*, muerte, por lo que no significa más que una buena muerte. Constituye el derecho del ser humano a aspirar a una buena calidad de vida y a morir en las mejores condiciones. Así mismo, como se describe en el capítulo 4.5 del decreto 229 del 2020 del ministerio de salud y protección social: “Teniendo en cuenta que el derecho fundamental a vivir en forma digna implica el derecho fundamental a morir con dignidad y que esta prerrogativa no se limita exclusivamente a la muerte anticipada o eutanasia, sino que comprende el cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo, sin que este último se entienda como exclusivamente del final de la vida, la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente deberá incluir un capítulo especial concerniente al derecho fundamental a morir dignamente donde se ponga en conocimiento público de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud los derechos y deberes” (11).

Como protocolo todo paciente que solicita eutanasia se le debe realizar una valoración psicosomática y determinar con ella adecuado control síntomas físicos, síntomas mentales, red de apoyo, roles, rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento, capacidad para toma de decisiones, ganancias secundarias del paciente y cuidador y agotamiento del cuidador. Adicionalmente, se debe valorar que se trata de una enfermedad en fase terminal, que la persona es competente y ha tenido acceso a cuidado paliativo eficaz.

Es importante caracterizar a la población que reitera eutanasia en un hospital de alta complejidad a pesar de intervenciones realizadas por un equipo multidisciplinario, con lo cual se logrará brindar apoyo oportuno sin dilataciones en el proceso de atención para impactar positivamente en la calidad de vida. Los pacientes que solicitan eutanasia, en su mayoría cursan con diagnóstico oncológico en etapa terminal, el cual se encuentra soportado en las actas del comité científico interdisciplinario para el derecho de morir dignamente.

¿Cuáles son las características psicosociales de las personas mayores de 18 años con enfermedad oncológica en fase terminal que reiteran eutanasia en un hospital de alta complejidad de Bogotá, Colombia entre el 2015 y 2018?

### 3. Marco Teórico

El término eutanasia según La Organización Mundial de la Salud (OMS) es aquella “acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente”. En Colombia, la Corte Constitucional, despenalizó la eutanasia en 1997, creando la opción para que las personas que sufren una enfermedad incurable y en fase terminal puedan pedir poner fin a su vida (12); sin embargo, el Congreso de la República durante 18 años no realizó su reglamentación, por lo que la Corte en el 2014, le ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social que creara una ruta administrativa para efectuar la regulación, formando así un comité para atender las solicitudes de eutanasia activa y presentando los lineamientos generales para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad, del paciente en fase terminal en la ley 1733 de 2014 (7, 13, 14). De este modo, Colombia se convierte en el primer país en desarrollo en despenalizar la eutanasia. Los pacientes que padecen una enfermedad terminal la cual se define según SECPAL (sociedad española de cuidados paliativos) como la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable con no posibilidad de tratamiento específico, acompañada de múltiples síntomas con gran impacto en el paciente, familia y equipo terapéutico muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte y un pronóstico de vida limitado (15). Así mismo, en la resolución 229 del 2020 se establece como “enfermedad medicamente comprobada avanzada, progresiva e incontrolable, que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico-psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a seis (6) meses “ (11). Frente a la decisión del paciente que solicita eutanasia debemos tener presente el derecho a una vida digna, a la muerte digna, a la autonomía, al libre desarrollo de la personalidad, a no ser sometido a tratos crueles e inhumanos; y el no condenar a una persona a prologar su vida cuando no lo desee, anulando su dignidad y autonomía (16-18).

Holanda, fue el primer país europeo en aprobar la “ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio” en el año 2001, entrando en vigencia el 1 de abril de 2002. Se constituyeron dentro de esta ley requisitos necesarios para poder llevar a cabo esta práctica entre los cuales se pueden establecer algunos como: que la persona que requiere del auxilio al suicidio sea

ciudadano holandés, de igual forma que los dolores y angustias sean constantes e insoportables, otra necesidad es ser mayor de edad, estar consciente y la voluntad para tomar esta decisión; el médico que realice este procedimiento debe estar completamente convencido de que es la voluntad expresa del paciente, a su vez, que se le haya informado de su situación y de las posibilidades que se pueden tener a futuro. No obstante, en caso de no cumplir con los requisitos que se expresan textualmente dentro de la ley, se tienen penalizados como crímenes la eutanasia y la ayuda al suicidio. En nuestro país, empezamos a hablar de eutanasia cuando se da origen a la práctica de la eutanasia mediante la Sentencia C-239 de 1997. A diferencia de lo mencionado en Holanda, en Colombia definido en la sentencia T970/2014, el suicidio asistido se establece que “este evento, el sujeto activo y pasivo se confunde pues la intervención del médico no es directa, ya que es el mismo enfermo quien provoca su muerte (2).

La Corte Constitucional estimó conveniente despenalizar el homicidio por piedad anulando toda responsabilidad en el personal médico que por petición del paciente terminal acceda a realizar la eutanasia justificado en la sentencia por lo siguiente: “En 1996, un ciudadano demandó la constitucionalidad del Artículo 326 del Código Penal vigente en ese momento, expedido en 1980, y que rezaba así: “Homicidio por piedad. El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave o incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años” (2). Para el demandante, este artículo constituía un permiso para matar porque la pena establecida, en comparación con otro tipo de homicidios, estaba muy disminuida. Argumentaba, que el Estado debía garantizar la vida de las personas, protegiéndolas de quienes pretendían vulnerar sus derechos. Así mismo, citaba el Artículo 11 de la Constitución, que establece que el derecho a la vida es inviolable, y planteaba que el artículo demandado del Código Penal discriminaba y atentaba contra la igualdad “ (19). Fueron necesarios muchos años hasta la presentación de la sentencia T-970 de 2014, en donde se retomó el concepto de derecho a morir dignamente , dejando clara las definiciones sobre eutanasia y los elementos que deben concurrir en su solicitud. Así, la doctrina ha sido clara en señalar que cuando no existen de los anteriores elementos, se estará en presencia de un fenómeno distinto que no compete en sí mismo a la ciencia médica.

Nuestro protocolo de eutanasia es muy claro en definir que el médico tratante debe contar con el conocimiento necesario de la condición de base del paciente que le permita un buen nivel de predicción de supervivencia para definir su situación como enfermo terminal y puede establecer la predicción clínica de pacientes con enfermedad oncológica mediante el uso de las siguientes escalas de predicción (tabla 1): índice Pronóstico Paliativo (PPI), Escala Paliativa Funcional (Palliative

Performance Scale –PPS), Escala del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), Escala Funcional de Karnofsky (KSP).

Tabla 1. Escalas de predicción.

Escala	Puntaje considerado como predictor de supervivencia corta
Escala Karnofsky	≤ 50 Puntos (Probabilidad de supervivencia a 180 días inferior al 27%) (20).
Escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)	≥3 (Probabilidad de supervivencia a 180 días inferior al 17%) (20).
Escala PPS (Palliative Performance Scale)	≤50% (Tiempo promedio de vida 39.8 días) (21).
Escala PPI (Palliative Prognostic Index)	>6 (tiempo de vida promedio 3 semanas con una sensibilidad del 80% y especificidad del 85%) (22).
Escala PaP (Palliative Prognostic Score)	Pacientes clasificados en los Grupos B y C con esta escala (probabilidad de supervivencia a 30 días inferior al 70%) (23).

### 3.1 Caracterización pacientes oncológico

Para nuestra profesión no es un secreto que el dolor es uno de los principales síntomas que afectan a los pacientes oncológicos, podríamos decir que es fundamental para la supervivencia del individuo. En la nueva versión 11° de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-11 por sus siglas en inglés) se define como dolor crónico a aquel dolor persistente o recurrente que dura más de tres

meses. Dependiendo del órgano afectado y de las características del dolor la ICD-11 divide en 7 subcategorías el tipo de dolor (24).

1. Dolor crónico primario
2. Dolor crónico oncológico
3. Dolor crónico post quirúrgico y post traumático
4. Dolor crónico neuropático
5. Dolor crónico orofacial y cefálico
6. Dolor crónico visceral
7. Dolor crónico músculo esquelético.

Los seres humanos frente situaciones de estrés, como lo es una enfermedad, presentan cambios conductuales los cuales pueden ser adaptativos o desadaptativos de acuerdo a las estrategias de afrontamiento del individuo. En el dolor crónico nuestro cerebro es el encargado de recrear la experiencia dolorosa, la cual se procesa en diferentes áreas como: la corteza somatosensoriales primaria y secundaria, medula espinal, tálamo, ínsula, corteza cingulada anterior, corteza prefrontal, sustancia gris periacueductal y cerebelo, estructuras subcorticales que incluyen hipocampos, ganglios basales y amígdalas, es en estas redes cerebrales interconectadas en donde podemos comprender mejor los cambios conductuales que se generan en el dolor crónico. En el dolor crónico, se genera alteración en la cognición y la atención. La cognición, definida como el acto de conocer incluye alerta, percepción, razonamiento, toma de decisiones y juicio, la evidencia sugiere que el dolor tendría un efecto negativo en el desempeño cognitivo y en el procesamiento atencional (24), alteración en la percepción intercepción, aprendizaje y memoria, generando conductas evitativas en el individuo bien sea para no sentir dolor físico y/o emocional. Existen además ciertos rasgos de personalidad que pueden ser facilitadores de una mayor tendencia a la somatización y cronificación de los síntomas. Los individuos con alexitimia son aquellos en los que se evidencia la dificultad para identificar y describir los sentimientos; son individuos con un pensamiento práctico, concreto, sin un correlato emocional (24). Los individuos con sobre adaptación son aquellos sujetos híper eficaces, con altos niveles de autoexigencia, con gran capacidad de trabajo, que asumen roles y responsabilidades desmedidas. Se adaptan rígidamente a la realidad, “pase lo que pase, siguen adelante”. Se han planteado múltiples estudios de investigación en los cuales se ha evidenciado una característica especial en la personalidad de los pacientes oncológicos con dolor crónico como es la reducida capacidad introspectiva, notable dificultad para expresión de emociones (25), se acuña por primera vez el término *personalidad tipo C*, para definir un estilo de comportamiento que se caracteriza por una supresión de emociones ante situaciones estresantes. En resumen, las diferentes características

de los comportamientos de los sujetos que presentan un estilo comportamental tipo C como «sumamente cooperativos, pasivos, evitadores de conflicto, supresores de emociones, como la ira o la ansiedad, que usan la represión como mecanismo de afrontamiento, rígidos y con mayor predisposición a experimentar desesperanza y depresión. (26-28).

El diagnóstico de cáncer conlleva en el paciente a presentar niveles elevados de estrés, dado la estigmatización de una muerte dolorosa. En el año 2005 la unidad de Psicooncología del Memorial Sloan-Kettering Cáncer Center New York, NY (MSKCC) realizó estudio retrospectivo para identificar la prevalencia de trastornos mentales; encontrando que los trastornos globalmente considerados son trastornos depresivos (72%), de adaptación (43.7%) y de ansiedad (25%). La presencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer constituye un factor asociado con la enfermedad, que impacta negativamente a los pacientes, pues incrementa el riesgo de sufrir un trastorno mental, particularmente trastornos depresivos, de adaptación o de ansiedad, y disminuye la probabilidad de mejoría clínica. Estos hallazgos deben sensibilizar al equipo de atención del paciente con cáncer y alentar la identificación temprana de los factores de riesgo descritos, para iniciar el manejo temprano y oportuno de dichas condiciones y disminuir o erradicar la existencia de trastornos psiquiátricos en pacientes oncológicos. Finalmente, las conclusiones de este trabajo nos llevan a continuar esta línea de investigación para confirmar estos hallazgos en nuestro grupo poblacionales, realizar acciones que permitan mejorar las condiciones de vida de nuestros pacientes oncológicos (29).

No debemos olvidar las finalidades específicas de los cuidados paliativos en este contexto explícitamente, en donde su pilar principal consiste en un tratamiento médico que dignifica la vida de quienes inevitablemente van a morir, pero que su voluntad no es otra a que llegue la muerte de forma natural. El cáncer como otras enfermedades crónicas genera un impacto emocional, una vez que el paciente es informado de su diagnóstico se va a generar reacciones emocionales, las cuales están relacionadas con los rasgos de la personalidad, estrategias de afrontamiento, el tipo de cáncer, y todo un conjunto de factores externos; no solo del apoyo social que reciben de las condiciones materiales, sino también económicas y de vida que rodean al paciente. De acuerdo al tipo de cáncer desarrollado así mismo serán las diferentes reacciones emocionales que exhibirán nuestros pacientes (30). El diagnóstico y tratamiento de patologías oncológicas involucra no solo al enfermo, si no a su entorno, familiares y personas vinculadas a él, que también sufren su propio proceso de adaptación que implica alteraciones emocionales y funcionales (31).

Cuando nuestro paciente no cuenta con la figura de red de apoyo primario informal, un rol importante que a medida que avanza la enfermedad hacen parte fundamental para asumir diversas cargas a nivel físico, psicológico, económico y social, impacta negativamente en la toma de decisiones por el paciente en la progresión de la enfermedad. Debido a lo anterior y otros factores ya sustentados, a partir de la década de los años ochenta, varios países europeos iniciaron la aprobación de leyes que regulan la práctica de la eutanasia y del suicidio medicamente asistido. El país que dio los primeros pasos para la aprobación de la eutanasia fue Holanda, desde 1985, seguido después por Bélgica, Luxemburgo y Suiza (32).

En los años noventa y en la primera década del nuevo milenio se aprobó la eutanasia en los EUA en los estados de Oregón, Washington, Montana, Vermont y California. En 1995 se legalizó en el territorio norte de Australia y en 1998 se aprobó en Colombia, que hasta el momento actual es el único país latinoamericano que cuenta con la despenalización de la eutanasia en situaciones específicas. Como se puede ver, la tendencia en los últimos 30 años en el mundo es hacia la aprobación de leyes que garanticen el respeto a la voluntad anticipada de los pacientes que se encuentren en fase terminal, como lo hace la ley 1733 de 2014 que reglamenta los cuidados paliativos, y establece en su numeral 4 del artículo 5 el derecho a suscribir el documento de voluntad anticipada como: “ Toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales, con total conocimiento de las implicaciones que acarrea el presente derecho podrá suscribir el documento de Voluntad Anticipada. En este, quien lo suscriba indicará sus decisiones, en el caso de estar atravesando una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que eviten prolongar una vida digna en el paciente y en el caso de muerte su disposición o no de donar órganos “ (19, 32, 33) .

El principio ético fundamental que está involucrado en este debate es el denominado principio de autonomía que simple y llanamente consiste en el derecho que tienen las personas a decidir sobre su propio cuerpo incluida la decisión de cómo y cuándo morir. La petición de eutanasia según lo exige la ley, el paciente ha de ser mayor de edad, capaz y consciente en el momento de su petición. La petición de eutanasia debe ser voluntaria, meditada y reiterada, y no debe surgir como resultado de presiones externas. Esto basado en el derecho fundamental a morir dignamente, reglamentado en la sentencia T970 del 2014, donde establece con *dos aspectos básicos*: *“por un lado, la dignidad humana y por otro, la autonomía individual. En efecto, la dignidad humana es presupuesto esencial del ser humano que le permite razonar sobre lo que es correcto o no, pero también es indispensable*

*para el goce del derecho a la vida. El derecho a morir dignamente es un derecho autónomo, independiente pero relacionado con la vida y otros derechos. No es posible considerar la muerte digna como un componente del derecho a la autonomía, así como tampoco es dable entenderlo como una parte del derecho a la vida. Sencillamente, se trata de un derecho fundamental complejo y autónomo que goza de todas las características y atributos de las demás garantías constitucionales de esa categoría. Es un derecho complejo pues depende de circunstancias muy particulares para constatarlo y autónomo en tanto su vulneración no es una medida de otros derechos “ . De esta manera también establecida en la misma sentencia, los cuidados paliativos como tratamiento que dignifica la vida de quienes inevitablemente van a morir, pero con voluntad de que la muerte llegue de forma natural se establece como una facultad que apoya este derecho fundamental. Por otro lado, la corte suprema al despenalizar la eutanasia, la establece como facultad incluida en el derecho a morir dignamente cuando medie el consentimiento libre e informado del paciente, lo practique un médico, y el sujeto pasivo padezca una enfermedad terminal que le cause sufrimiento (2).*

#### **4. Objetivos**

##### **4.1. General**

Determinar las características psicosociales de las personas mayores de 18 años con enfermedad oncológica que reiteran eutanasia en el Hospital Universitario Mayor, Méderi. Bogotá, Colombia, entre el año 2015 y 2018.

##### **4.2. Específicos**

**4.2.1.** Caracterizar clínica y socio demográficamente la población que solicita la eutanasia en el HUM.

**4.2.2.** Identificar las causas de negación de las solicitudes de eutanasia en el HUM.

**4.2.3.** Describir los motivos de solicitud reiterada de eutanasia en el HUM.

**4.2.4.** Caracterizar los tipos de personalidad de los pacientes que reiteran eutanasia en el Hospital Universitario Mayor - Mederi.

**5.** Formulación de hipótesis: No aplica por ser tipo de investigación observacional descriptiva.

**6.** Diseño y métodos

##### **6.1. Tipo y diseño general del estudio**

Estudio observacional descriptivo de corte transversal.

**6.2. Población de estudio:** Pacientes que solicitan eutanasia en el hospital universitario Mayor Mederi.

**6.3. Descripción de la muestra**

Debido a que el marco muestral es tan reducido en este tipo de terapia, no se realizó recolección de muestra sino análisis de toda la población que reiteran eutanasia.

**6.4. Criterios de selección.**

**6.4.1. Criterios de inclusión.**

- Pacientes mayores de 18 años atendidos en el HUM y que hayan solicitado la eutanasia en esta institución.
- Pacientes hospitalizados en el HUM en el periodo comprendido entre 2015 y 2018.
- Pacientes oncológicos con enfermedad en fase terminal.

**6.4.2. Criterios de Exclusión.**

- Pacientes coaccionados por medios económicos limitados para el tratamiento.
- Pacientes en quien la solicitud fue realizada por los familiares.
- Paciente con diagnóstico de depresión en el momento de la solicitud.
- Pacientes que no hayan tenido abordaje terapéutico por cuidados paliativos.

**6.4.3. Método de muestreo**

Se analizaron todos los pacientes en el periodo de tiempo seleccionado.

**6.4.4. Cálculo del tamaño de la muestra**

No se realizó cálculo de muestra porque se analizaron todos los pacientes en el periodo de tiempo de 4 años, ya que el marco muestral es muy limitado por el tipo de terapia en la condición de salud del paciente oncológico en fase terminal.

**6.4.5. Procedencia de los sujetos**

El HUM es un hospital universitario de cuarto nivel con atención especial en pacientes adultos, sin prestación de servicios para pacientes pediátricos en consulta externa u hospitalizada. Cuenta con todas las especialidades para atención de pacientes, dentro de la cual se encuentra el grupo interdisciplinario de dolor y cuidados paliativos conformado por psicología, psiquiatría, especialista en dolor, y anestesiología intervencionista en

dolor. Según datos internos de la clínica de dolor del hospital, en un mes, el hospital atiende aproximadamente 450 pacientes de consulta externa, 480 interconsultas, 550 de cuidado diario (dolor agudo) y 270 pacientes de cuidado paliativo. El servicio de dolor y cuidados paliativos cuenta con una base de datos en la cual se registran todos los pacientes que realizaron solicitud de eutanasia y la respuesta dada por el comité científico interdisciplinario para el derecho de morir dignamente, el cual está conformado por especialistas pares oncológicos o hematólogos que no hayan valorado al paciente, psiquiatra que no haya valorado al paciente, un especialista en cuidados paliativos que no haya valorado al paciente, y un representante del departamento de jurídica.

#### **6.4.6. Método de recogida de los datos (entrevista, examen médico, examen de laboratorio, otros).**

Se diseñó una base de datos en google formats, donde solo los investigadores tenían acceso para la recolección de datos de la fuente primaria. Se realizó una exhaustiva revisión de historias clínicas de los casos de pacientes que solicitaron de manera reiterada la eutanasia.

#### **6.5. Variables**

Se establecieron variables cualitativas y cuantitativas de las diferentes escalas agrupadas para el acercamiento de los objetivos específicos de la investigación, dentro de las cuales se determinaron para los grupos de características sociodemográficas, causas de negación de las solicitudes de eutanasia en el HUM, los motivos de solicitud reiterada de eutanasia en el HUM, y los tipos de personalidad de los pacientes que reiteraban eutanasia en el Hospital Universitario Mayor - Mederi.

### 6.5.1.Registro de los valores de las variables.

Tabla 2. Clasificación de variables incluidas.

Variable	Definición	Tipo Variable	Escala Medición	Unidades	Objetivo por el cual se utiliza
Edad	Número de años cumplidos	Cuantitativa	Razón	Años	1
Sexo	Género	Cualitativa	Nominal	1. Femenino 2. Masculino	1
Diagnóstico Principal	Diagnóstico que motiva la solicitud de eutanasia.	Cualitativa	Politómica	1. Cáncer escamocelular de pulmón estadio IIIB 2. Mesotelioma pulmonar derecho 3. Adenocarcinoma urotelial de vejiga metastásico extenso 4. Adenocarcinoma de cérvix estadio IVb	1
Puntajes ESAS	Escala de valoración síntomas	Cualitativa	Ordinal	1. Leve 0-4 2. Moderado 5-7 3. Severo 8-10	1

Calidad de vida	Resultado de aplicación de escala de Karnofsky	Cuantitativa	Razón	0-100	1
Cuidador informal	Persona del núcleo familiar que realizan el cuidado del enfermo	Cualitativo	Nominal	1. Si. 2. No.	1
Estado civil	Clase o condición de una persona en el orden social	Cualitativa	Politómica	1. Soltero. 2. Casado. 3. Viudo. 4. Separado. 5. Unión libre.	1
Estrato Socioeconómico	Clasificación residencial de acuerdo a los servicios públicos.	Cualitativo	Ordinal	1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. 6	1
Nivel académico	Grado de escolaridad mayor alcanzado por el sujeto	Cualitativo	Ordinal	1. Primaria. 2. Secundaria. 3. Universitario. 4. Técnico. 5. Ninguno	1
Causas de negación de la eutanasia	Motivo por el que fue negada la solicitud de eutanasia	Cualitativo	Politómica	1. Negación por parte del cuidador directo	2

				<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Trastorno afectivo.</li> <li>3. Solicitud por parte de un familiar.</li> <li>4. Solicitud por problemas económicos.</li> </ul>	
Solicitudes reiteradas de eutanasia	Número de solicitudes reiteradas para eutanasia	Cualitativa	Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ul>	3
Motivo de la solicitud reiterada de eutanasia	Causa principal por la que el paciente o sujeto hace la solicitud reiterada de eutanasia	Cualitativo	Politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Disonancia</li> <li>2. Dolor</li> <li>3. Ambos</li> </ul>	3
Trastornos afectivos	Trastornos del estado del ánimo del paciente	Cualitativo	Politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Depresión</li> <li>2. Distimia</li> <li>3. Trastorno bipolar</li> </ul>	4

Personalidad	Tipo de personalidad del paciente que reitera la solicitud	Cualitativo	Politémica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tipo A</li> <li>2. Tipo B</li> <li>3. Tipo C</li> </ol>	4
--------------	--	-------------	------------	---	---

### 6.6. Entrada y gestión informática de los datos

A partir de una base de datos del comité científico interdisciplinario para el derecho de morir dignamente se extrajeron las variables de interés en una base de datos tipo *format*, previamente diseñadas de los pacientes que hallan reiterado solicitud de eutanasia. Todas las variables extraídas fueron de la valoración por parte de los expertos que fue diligenciada en la historia clínica. En caso que no se encontrará la información, se solicitó información a los pacientes o familiares.

### 6.7. Estrategia de análisis.

Para el plan de análisis del estudio se planteó un análisis univariado, el cual se estableció mediante tablas de frecuencia y porcentajes para las variables cualitativas como el género, motivo de la solicitud reiterada de eutanasia, Solicitudes reiteradas de eutanasia, entre otras. Por otro lado, para las variables cuantitativas como la edad y calidad de vida, se realizó medidas de tendencia central. Finalmente se realizaron tablas de 2 x 2 para establecer relaciones no causales en las variables de interés como el comportamiento de la personalidad según el tipo de trastorno afectivo, las solicitudes reiteradas según el nivel académico de los pacientes, y puntaje ESAS según diagnóstico de los pacientes, entre otros.

## 7. Calendario previsto para el estudio

Tabla 3. Calendario de desarrollo de la investigación.

ACTIVIDAD	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8
Elaboración y revisión metodológica del protocolo de investigación.								
Presentación para su revisión y aprobación a los comités de investigación HUM y de Ética de la UR.								
Recolección y tabulación de la información.								
Envío de informes y bases de datos bimestral								
Análisis de la información								
Presentación informe final								
Presentación de resultados para publicación en revista nacional o internacional indexada.								

## 8. Limitaciones y posibles sesgos del estudio

Sesgos de selección: debido a la complejidad de la enfermedad neoplásica y la aplicación de la eutanasia, los datos consignados en la historia clínica múltiples veces tienen un registro especial y la veracidad de la información siempre es corroborada por el equipo multidisciplinario y por el comité, lo que hace que la información obtenida sea mas confiable y los criterios de selección de los pacientes sean aplicables con mayor seguridad.

Sesgo de Información: para disminuir este sesgo se tomaron los datos directamente de la historia clínica de las valoraciones realizadas por el equipo de cuidados paliativos. Debido a que son pacientes con múltiples valoraciones, las definiciones y la información para las variables se

tomaron de todas las valoraciones en la historia clínica por lo menos por un investigador. Cuando se encontraron incongruencias en la historia la información fue evaluada por un segundo evaluador.

## **9. Consideraciones éticas**

**9.1.** De acuerdo a la Resolución 008430 del INVIMA este estudio se clasifica de riesgo mínimo, a pesar de que la información se obtendrá de fuentes de datos secundarias, es información susceptible y que puede generar vulneración de la privacidad e integridad del paciente.

Para evitar esto los datos fueron manejados de manera anónima y se extrajeron de manera codificada. Así mismo, solamente se tuvo acceso a esta información por parte de los investigadores del estudio.

El proyecto de investigación fue evaluado por el comité de ética de la universidad del Rosario con la aprobación el día 30 de abril del año 2019 en el acta numero 413 del CEI-UR.

**9.2.** Beneficios potenciales que pueden obtener los participantes en el estudio.

## **10. Resultados/Productos esperados y potenciales beneficiarios**

**10.1.** Relacionados con la generación de conocimiento.

Brindar una atención integral a los pacientes oncológicos, con acompañamiento continuo para identificar aquellos en los cuales no halla adecuado control de síntomas con declive en la calidad de vida.

**10.2.** Conducentes al fortalecimiento de la capacidad científica nacional.

Conocer la caracterización de la población con diagnóstico oncológico en fase terminal que solicita eutanasia, permite describir las bases de la situación local para poder crear protocolos analíticos que generen ideas de impacto en el tratamiento de este tipo de pacientes que reiteran la eutanasia.

**10.3.** Dirigidos a la apropiación social del conocimiento.

El principal objetivo es garantizar un acompañamiento integral junto a cuidados paliativos, en los pacientes desde su diagnóstico oncológico hasta el final de vida.

Crear la necesidad de abrir centros de cuidado crónico oncológica para aquellos pacientes sin una adecuada red de apoyo informal y/o formal (Hospice).

## 11. Impactos esperados a partir del uso de los resultados

Tabla 4. Impactos esperados con los resultados de la investigación

Impacto esperado	Plazo	Indicador verificable	Supuestos
Caracterizar la población que solicita eutanasia en una población de alta complejidad.	8 meses	<ul style="list-style-type: none"><li>Entrega del informe al hospital y a la universidad.</li></ul>	NA
Evidenciar principales causas de solicitud de Eutanasia.	8 meses	<ul style="list-style-type: none"><li>Entrega del informe al hospital y a la universidad.</li></ul>	NA

## 12. Plan de ejecución: estudio piloto No aplica

### 13. Organización del estudio:

#### 13.1. Personal que interviene y su responsabilidad

Dra. Ana Milena Isaza MD. Psiquiatra Maestrías en: psicooncología, cuidado paliativo pediátrico, fibromialgia y neurociencias y dolor, Tutor Temático y experta en el tema de eutanasia, apoyo en la construcción del protocolo y análisis de la información, elaboración del informe final

Dr. José A. Daza Vergara. MD. Epidemiólogo. Tutor metodológico, orientación en el desarrollo del protocolo, revisión de la tabulación y recolección de la información, análisis de datos, elaboración del informe final

Dra. Milagro Isabel Meza Polo, Construcción del protocolo, recolección, tabulación y análisis de la información, elaboración del informe final.MD. Residente De Dolor y cuidados Paliativos.

Dra. Shirley Rivera Alvarado, Construcción del protocolo, recolección, tabulación y análisis de la información, elaboración del informe final.MD. Residente De Dolor y cuidados Paliativos.

#### 13.2. Presupuesto

Tabla 5. Presupuesto de investigación

RUBROS	VALOR
Personal	\$7920000
Viajes y viáticos	\$3000000
Materiales y Suministros	\$100000
Material Bibliográfico	\$100000
Publicaciones y Patentes	\$2500000
Otros	\$500000
TOTAL	\$14120000

#### 14. Resultados

De la totalidad de pacientes evaluados en el registro de historias clínicas de la especialidad de cuidados paliativos durante el periodo de estudio, cuatro pacientes cumplieron los criterios de selección. El 75% de los pacientes fueron del sexo masculino, con una mediana de la edad de 60 (IQ: 57-66) años. El 50% de los pacientes presentaban como diagnóstico cáncer de pulmón de tipo escamocelular en estadio IIIb y mesotelioma pulmonar derecho. El 50% restante presentaron enfermedad neoplásica de pelvis con diagnósticos de adenocarcinoma urotelial de vejiga metastásico extenso y adenocarcinoma de cérvix estadio IVb (tabla 6 y 7).

Los pacientes con síntomas constitucionales severos, evaluados por puntaje ESAS fue del 75%, asociado a un puntaje del 75% en la escala Karnofsky de 20 y 30, con una mediana de 25 (IQ: 20-35), lo cual representó una mala calidad de vida. El 50% de los pacientes contaban con cuidadores no formales y mala red de apoyo, donde el 75% de los pacientes eran solteros, con estrato socioeconómico bajo en el 75% de los pacientes. El 75% de los pacientes tenían escolaridad secundaria, y solo una paciente tenía estudios técnicos dentro de su formación académica (tabla 6 y 7).

Tabla 6. Variables cualitativas sociales y demográficas de los pacientes oncológicos.

		n	%
Sexo	Femenino	1	25,0%
	Masculino	3	75,0%
Diagnóstico principal	Cáncer escamocelular de pulmón estadio IIIB	1	25,0%
	Mesotelioma pulmonar derecho	1	25,0%
	Adenocarcinoma urotelial de vejiga metastásico extenso	1	25,0%
	Adenocarcinoma de cérvix estadio IVb	1	25,0%
Puntaje escala de valoración de síntomas	Leve	0	0,0%
	Moderado	1	25,0%
	Severo	3	75,0%
Cuidador informal	Si	2	50,0%
	No	2	50,0%
Estado civil	Soltero	3	75,0%
	Casado	0	0,0%
	Viudo	0	0,0%
	Separado	0	0,0%
	Unión libre	1	25,0%
Estrato socioeconómico	2	1	25,0%
	3	3	75,0%
Nivel académico	Primaria	0	0,0%
	Secundaria	3	75,0%
	Universitario	0	0,0%
	Técnico	1	25,0%
	Ninguno	0	0,0%

Tabla 7. Variables cuantitativas sociales y demográficas de los pacientes oncológicos.

	Mediana	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 75
Edad	60,50	56,00	70,00	57,50	66,00
Calidad de vida	25,00	20,00	40,00	20,00	35,00

En el 100% de los pacientes la causa de negación por el comité fue por la presencia de trastorno afectivo. Ningún paciente presentó negación por parte del cuidador directo, familiar, o por problemas económicos. El 50% de los pacientes presentaron solicitud reiterada de eutanasia por persistencia de disnea y dolor a pesar del tratamiento instaurado por el equipo multidisciplinario. De los trastornos afectivos presentados por los pacientes, el 50% presentó depresión, y el otro 50% distimia. Ninguno

de ellos fue diagnosticado con trastorno bipolar. El 50% de los pacientes tenía personalidad tipo A, y el 50% restante personalidad tipo B (tabla 8).

Tabla 8 Características de negación y solicitud reiterada de eutanasia en los pacientes oncológicos.

		n	%
Causas de negación de eutanasia por el comité	Negación por parte del cuidador directo	0	0,0%
	Trastorno afectivo	4	100,0%
	Solicitud por parte de un familiar.	0	0,0%
	Solicitud por problemas económicos	0	0,0%
Solicitudes reiteradas de eutanasia	Si	2	50,0%
	No	2	50,0%
Motivo de la solicitud reiterada de eutanasia	Disnea	1	25,0%
	Dolor	1	25,0%
	Ambos	2	50,0%
Trastornos afectivos	Depresión	2	50,0%
	Distimia	2	50,0%
	Trastorno bipolar	0	0,0%
Personalidad	Tipo A	2	50,0%
	Tipo B	2	50,0%
	Tipo C	0	0,0%

Todos los pacientes presentaron puntaje severo en la escala de valoración de síntomas, a excepción del paciente con cáncer escamocelular de pulmón estadio IIIb que presentó puntaje moderado en la escala de valoración (tabla 9). La gran mayoría de pacientes se encontraban viviendo en estrato 3 en el momento de la solicitud reiterada de la eutanasia. Solo un paciente se encontraba viviendo en estrato 2 en el momento de la solicitud reiterada de eutanasia (tabla 10).

Tabla 9. Diagnóstico principal versus puntaje escala de valoración de síntomas tabulación cruzada

Recuento		puntaje escala de valoración de síntomas		Total
		Moderado	Severo	
Diagnóstico principal	Cáncer escamocelular de pulmón estadio IIIB	1	0	1

Mesotelioma pulmonar derecho	0	1	1
Adenocarcinoma urotelial de vejiga metastásico extenso	0	1	1
Adenocarcinoma de cérvix estadio IVb	0	1	1
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

Tabla 10 Estrato socioeconómico versus Solicitudes reiteradas de eutanasia tabulación cruzada

Recuento

		Solicitudes reiteradas de eutanasia		Total
		Si	No	
Estrato	2,00	0	1	1
socioeconómico	3,00	2	1	3
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>

## 15. Discusión

La presente investigación ha permitido que los investigadores puedan hacer un acercamiento de la situación de los pacientes oncológicos mayores de 18 años en fase terminal, que solicitan eutanasia en una institución de cuarto nivel de la ciudad de Bogotá, Colombia. Si bien la totalidad de los pacientes que se estudiaron fueron pocos, el seguimiento durante cuatro años de este tipo de pacientes permitió conocer sus características y desarrollar los objetivos de la investigación.

Según el protocolo del ministerio de salud para el 2015, en los lineamientos para la aplicación de eutanasia en Colombia, se establecen siete requisitos, empezando por la evaluación de la condición clínica donde se debe definir si la enfermedad del solicitante se encuentra en estado terminal. La totalidad de los pacientes evaluados en nuestra investigación se encontraban en estadio terminal de su enfermedad oncológica según su calificación clínica (tabla 6). El segundo requisito establece la evaluación del sufrimiento (32). En nuestra investigación los síntomas intolerables sin perspectiva de mejora a pesar del tratamiento multidisciplinario fueron el dolor y la disnea. El tercer requisito establece la evaluación de la inexistencia de alternativas de tratamiento o cuidado razonables (33). En la institución que se desarrolló la presente investigación, la evaluación y tratamiento por el grupo de cuidados paliativos garantizó el acercamiento al tratamiento del sufrimiento y manejo del dolor. Así mismo, el abordaje por el comité estableció el tipo de terapias que habían tenido los pacientes y la inexistencia de otras alternativas que modificaran el pronóstico de estos pacientes oncológicos.

El cuarto requisito describe la persistencia en la solicitud explícita, donde los pacientes se deciden por la eutanasia para no perder su independencia y asegurar un cambio a lo que eran antes, es decir una vida sin sufrimiento (34). De los pacientes evaluados en la institución, el 50% de los pacientes reiteraron la solicitud que se mantuvo en el tiempo en un periodo legal mínimo de 25 días, y se evaluó la solicitud voluntaria de los pacientes. La primera causa de rechazo por el comité en la totalidad de los pacientes fue por trastornos afectivos, donde ningún rechazo fue por parte del cuidador o familiar, o incluso por recursos económicos del paciente (tabla 7). El quinto requisito establece la capacidad de decidir (35). En la institución todos los pacientes fueron evaluados por un médico psiquiatra que no hubiera valorado al paciente previamente y determinó la capacidad para la toma de decisiones por parte del solicitante. El requisito seis y siete establece la segunda evaluación y la integridad de la evaluación del comité científico interdisciplinario para el derecho a morir dignamente o quien haga sus veces (36). El comité de la institución como lo establece el ministerio de salud en Colombia evaluó la totalidad de los casos de la investigación y ninguno de los miembros del comité habían atendido previamente a ninguno de los pacientes, ni el médico tratante de los pacientes pertenecía a la evaluación de los casos en la solicitud reiterada de eutanasia.

Los pacientes evaluados fueron principalmente hombres con una mediana de edad de 60 años, donde la mitad presentaban cáncer pulmón, uno urotelial de vejiga y la única paciente mujer se presentó con cáncer avanzado de cérvix (tabla 6 y 7). Según datos de Globocan para el 2018, en Latinoamérica el cáncer de pulmón reportó una tasa cruda de incidencia de 91.5 pacientes en el grupo de edad de los 60 a los 74 años por cada 100.000 habitantes, mientras que para el grupo de edad entre los 70 y mayores de 85 años, fue de 165 / 1000.000. Para el cáncer de vejiga fue de 34 y 72 por cada 100.000 habitantes, respectivamente. Así mismo, para el cáncer de cérvix, la incidencia fue de 39 y 46 por cada 100.000 habitantes, respectivamente (1, 37). De los pacientes evaluados en la institución, todos se encontraban con una mediana de edad menor a la de más alta incidencia reportada en la literatura.

Los pacientes que reiteran eutanasia en el ámbito hospitalario, siguen siendo pacientes que por sus patologías oncológicas en estadio terminal presentan algún grado de sufrimiento, no solo emocional sino también físico. Como lo demuestran los resultados de nuestra investigación, la gran mayoría de pacientes presentan diagnósticos oncológicos en estadio avanzado con puntuación severa en la escala de síntomas (tabla 9). Entre estos, los más relevantes son el dolor, los síntomas constitucionales severos y una mala calidad de vida, que de alguna manera se expresa en diferentes trastornos afectivos. A pesar de que los más predominantes son los trastornos depresivos y las distimias, que a su vez llevan a diferentes trastornos de personalidad como lo son los tipos A y B; todos los pacientes son evaluados por especialistas en psiquiatría para garantizar que estos trastornos no alteren la competencia en la toma de decisiones.

Mientras que la personalidad tipo A se caracteriza por unos rasgos muy fuertes y rígidos, el patrón tipo B se caracteriza por una mayor flexibilidad y docilidad en sus tendencias de comportamiento y actitudes (38). En nuestra investigación, no hubo diferencia en la distribución del tipo de enfermedad en los pacientes evaluados, y no se presentó ningún paciente con personalidad tipo C. Esto nos permite describir que el tipo de personalidad no estuvo relacionada con el tipo de diagnóstico oncológico, ni con la decisión de solicitar la eutanasia reiterada; sin embargo, se requieren de más estudios que validen estos resultados. Adicionalmente, como causas asociadas se encuentra presente los factores psicosociales como lo son los bajos niveles socioeconómicos y de escolaridad, sumados a una red de apoyo insuficiente (38). Sin embargo, en nuestra investigación, la mayoría de pacientes eran estrato 3 y tenían por lo menos nivel de escolaridad secundaria, incluso uno de ellos tenía estudios técnicos (tabla 10).

Se observa que los pacientes tienen la percepción de ser una carga para sus familiares y tienen rasgos de personalidad controladores además de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (se reservan el problema para sí y hacen evitación cognitiva y conductual); que le impiden generar mayor resiliencia y esperanza pese a la situación de sufrimiento extremo que experimentan por su patología y por la historia natural de su enfermedad. Esta carga sintomática es mayor en los pacientes con peor funcionamiento estructural (38). En nuestra investigación los pacientes fueron evaluados por un médico especialista en psiquiatría y el motivo principal para el rechazo en el primer comité fueron los trastornos afectivos. Sin embargo, la relación causal entre este tipo de trastornos y el funcionamiento funcional de los pacientes queda fuera del alcance de la presente investigación, para lo cual se requieren de estudios analíticos a futuro.

La presente investigación al ser descriptiva con una muestra limitada no permite aportar resultados extrapolables a la población oncológica y no permite hacer asociaciones ni relaciones causales con los resultados obtenidos, para lo cual los investigadores sugieren estudios de extensión a futuro con diseños analíticos y mayor tamaño de muestra que permitan confirmar o confrontar los efectos de la presente investigación.

## 16. Conclusiones

La causa reiterada de solicitud de eutanasia en pacientes oncológicos con estadio terminal de la enfermedad, con mediana de edad de 60 años, generalmente es por dolor y disnea refractarios al tratamiento paliativo ofrecido por el equipo multidisciplinario. De la población estudiada, la mitad presentan personalidad tipo A y la otra mitad personalidad tipo B, donde la causa principal de negación de eutanasia inicial es por trastornos afectivos.

## 17. Bibliografía

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer*. 2019;144(8):1941-53.
2. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1216 de 2015, 20 abril de 2015, Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la Sentencia T-970 de 2014 de la honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad. Diario Oficial No. 49.489 de 21 de abril de 2015.
3. Ospina M. ML, Huertas JA, Montaña JI, Rivillas JC. Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet]. 15 de mayo de 2015 [citado 22 de julio de 2020];33(2):262-76. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/19044>.
4. Ministerio De Salud Y Protección Social; Instituto Nacional De Cancerología E. Plan Decenal Para El Control Del Cáncer En Colombia 2012-2021 [Internet]. Ministerio De La Protección Social. 2012. 1 – 118 P. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Sites/Rid/Lists/Bibliotecadigital/Ride/la/Inca/Plan-Nacional-Control-Cancer.Pdf>.
5. Bravo LE, Muñoz N. Epidemiology of cancer in Colombia. *Colomb Med (Cali)* [Internet]. 2018 [citado 22 jul. 2020]; 49(1):9 -12. Disponible en: <https://doi.org/10.25100/cm.v49i1.3877>.

6. Dane. Estimación y proyección De población nacional, departamental y municipal total por área 1985-2020 [Internet]. Available From: [Http://Www.Dane.Gov.Co/Index.Php/Estadisticas-Portema/Demografia-Y-Población/Proyecciones-De-Población](http://www.Dane.Gov.Co/Index.Php/Estadisticas-Portema/Demografia-Y-Población/Proyecciones-De-Población).
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo para la aplicación del procedimiento de Eutanasia en Colombia 2015. Minsalud [Internet]. 2015 [citado 22 de julio de 2020] . Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>.
8. Sánchez-Cárdenas, M.A, León-Delgado, M.X., Rodríguez-Campos, L.F., Natalia-Perdomo, K. Núñez, A.C. et al. Anuario OCCP [Internet] 2017 [citado 22 de julio de 2020] 2a Edición:56. Disponible en: <http://occp.com.co/cuidados-paliativos/anuario-2017-del-observatorio-colombiano-de-cuidados-paliativos/>.
9. Bennett, M. I., Kaasa, S., Barke, A., Korwisi, B., Rief, W., Treede, R. D., & IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain. *Pain* [Internet]. 2019 [citado 22jul.2020]; 160 (1), 38–44. Disponible en: 10.1097/j.pain.0000000000001363.
10. Colombia. El Congreso de la República de Colombia. Ley 1733 De 2014 Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida. Diario Oficial No. 49.268 de 8 de septiembre de 2014.
11. Colombia. El Congreso de la República de Colombia. Resolución 229 De 2020 , Por la cual se definen los lineamientos 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 - EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. 20 de febrero de 2020.
12. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-239/97. Homicidio Por Piedad-Elementos/Homicidio Pietístico o Eutánico/Homicidio Eugénico Sic [Internet]. 1997 [citado 2020 julio 21]; Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos Sugeridos Para Hacer Efectivo El Derecho A Morir Con Dignidad En El Enfermo En Fase Terminal. Minisalud [Internet]. 2015; (5):22. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/Nuevos-Lineamientos-derecho-a-morir-dignamente.pdf>.
14. Sánchez-Duque J, Alzate-González M. Comienzo legal de la eutanasia en Colombia. RHCS [Internet]. 31mar.2018 [citado 22jul.2020];4(1):52-4. Disponible en: <http://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/361>.
15. Paliativos Sdc. Sociedad Española De Cuidados Paliativos. Guía De Cuidados Paliativos. Secpal [Internet]. 2002;1–52. Disponible en: [Http://www.Secpal.Com/Guiacp/Guiacp.Pdf](http://www.Secpal.Com/Guiacp/Guiacp.Pdf) %5cnhttp://Cmvinalo.Webs.Ull.Es/Docencia/Posgrado/8-Cancer Y Cuidados-Paliativos/Guiacp.Pdf.
16. Michalowski S. Legalising active voluntary euthanasia through the courts: some lessons from Colombia. *Med Law Rev* [Internet]. 2009 [citado 21 de julio de 2020] ;17(2):183–218. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwp006>.
17. Gamboa-Bernal Ga. Itinerario De La Eutanasia En Colombia. Veinte Años Después. *Pers Y Bioética* [Internet]. 2017;21(2):197–203. Disponible en: [Http://Personaybioetica.Unisabana.Edu.Co/Index.Php/Personaybioetica/Article/View/8300/4601](http://Personaybioetica.Unisabana.Edu.Co/Index.Php/Personaybioetica/Article/View/8300/4601).
18. Gempeler Rueda F. Derecho a morir dignamente. *UM* [Internet]. 2015 [citado 21jul.2020];56(2):178-85. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/16356>.
19. Díaz Amado E. La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas. *Rev Bio y Der*. 2017; 40: 125-140.

20. Buiting, H. M., Gevers, J. K., Rietjens, J. A., Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Maas, P. J., van der Heide, A., & van Delden, J. J. Dutch criteria of due care for physician-assisted dying in medical practice: a physician perspective. *J Med Ethics*. 2008; 34(9) : e12.
21. Chambaere, K., Bilsen, J., Cohen, J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Mortier, F., & Deliens, L. Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey. *CMAJ [Internet]* . 2010 [citado 21 de julio de 2020] ; 182(9), 895–901. Disponible en: <https://doi.org/10.1503/cmaj.091876>.
22. Trejo-Ayala, R.A., Ramos-Peñafiel, C.O., Santoyo-Sánchez, A., Rozen-Fuller, E., Olarte-Carrillo, I., Collazo-Jaloma. Palliative prognostic index and Charlson comorbidity index as predictors of mortality in acute lymphoblastic leukaemia patients who are candidates for palliative care. *Rev Med Hosp Gen Méx. [Internet]*. 2018 [citado 21 de julio de 2020]; 81(2):79–85. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S018510631630110X?token=E4D0E327453BE59F41A0514E8184874623C3456DF4B4D08DCA94DA0DB42BBC9A33EA02B06E7625C1528532606F1C7379>.
23. Fernández Rendón L, Rodríguez González F, Aguayo Canela M, Royo Aguado JI. Estudio comparativo de la escala Palliative Prognostic Score y la estimación de los médicos en la supervivencia de la enfermedad oncológica terminal. *Med Paliat. [Internet]*. 2016 [citado 2020 julio 21];23(2):55 –62. Disponible en: [Http://Dx.Doi.Org/10.1016/J.Medipa.2013.06.005](http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.06.005).
24. Ortiz, Y, Velasco, M. DOLOR CRÓNICO Y PSIQUIATRÍA CHRONIC PAIN AND PSYCHIATRY. *REV. MED. CLIN. CONDES. [Internet]*. 2017 [citado 2020 julio 21]; 28(6) 866-873. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301438>.
25. Vinaccia, Stefano, El Patrón de Conducta Tipo C en Pacientes con Enfermedades Crónicas. *REV COLOMB PSIQUIAT [Internet]*. 2003; XXXII(2):161-168. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80632204>.
26. Alpizar-Lorenzo OA, García-Franco A, Guzmán-Díaz G. Alexitimia y Síndrome del Cuidador Primario: Una revisión Conceptual. *ESAT [Internet]*. 5 de enero de 2019 [citado 21 de julio de 2020];6(11):11-6. Disponible en: <https://repositorio.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/atotonilco/article/view/3691>
27. Orejuela, F. Características de personalidad en pacientes adultos que viven o han vivido la experiencia de cáncer gástrico [tesis Maestría]. Pontificia Universidad Javeriana Cali ; 2019 febrero 11 . Disponible en: <http://hdl.handle.net/11522/11297>
28. Romero Urréa H, Guevara Sandoya M, Zambrano Ferruzola K, Mero Vélez MC, Ríos Correa O. Análisis del tipo de personalidad en el cáncer de mama. *JSR [Internet]*. 2018 junio 29 [citado 2020 julio 21];3(10):21-6. Disponible en: <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/sr/article/view/288>.
29. Almanza MJJ, Breitbart W, Holland JC. Trastornos mentales en una población de pacientes oncológicos ambulatorios con dolor relacionado con el cáncer. *Rev Neurol Neurocir Psiquiat*. 2005;38(4):123-128.
30. Cabrera-Macias Y, López-González E, López-Cabrera E, Arredondo-Aldama B. La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay [revista en Internet]*. 2017 [citado 2020 julio 21 ]; 7(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/522>.
31. Mesa-Gresa P, Ramos-Campos M, Redolat R. Cuidado de pacientes oncológicos: una revisión sobre el impacto de la situación de estrés crónico y su relación con la personalidad del cuidador y otras variables moduladoras. *PSIC [Internet]*. 2017 [citado 2020 julio 21];14(1):93-106. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/55814>.
32. Smets T, Bilsen J, Cohen J, Rurup ML, De Keyser E, Deliens L. The medical practice of euthanasia in Belgium and The Netherlands: legal notification, control and evaluation procedures. *Health Policy*. 2009;90(2-3):181-7.
33. Kimsma GK. Death by request in The Netherlands: facts, the legal context and effects on physicians, patients and families. *Med Health Care Philos*. 2010;13(4):355-61.
34. Ganzini L, Back A. From the USA: understanding request for physician-assisted death. *Palliative Medicine* 2003;17:113-4.

35. Ganzini L, Dobscha SK, Heintz RT, Press N. Oregon physicians' perceptions of patients who request assisted suicide and their families. *J Palliat Med.* 2003;6(3):381-90.
36. Cohen J, Van Wesemael Y, Smets T, Bilsen J, Onwuteaka-Philipsen B, Distelmans W, et al. Nationwide survey to evaluate the decision-making process in euthanasia requests in Belgium: do specifically trained 2nd physicians improve quality of consultation? *BMC Health Serv Res.* 2014;14:307.
37. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424.
38. De la Parra G, Undurraga C, Crempien C, Valdés C, Dagnino P, Gómez E. Estructura de Personalidad en Pacientes con Depresión: Adaptación de un Instrumento y Resultados Preliminares. *PSYKHE* 2018, 27(2), 1-20.