

*Artículo*

**DIGNIDAD HUMANA, PACIENTES PSIQUIÁTRICOS Y MUERTE  
DIGNA: UN CASO PARADIGMÁTICO**

Juan Camilo Boada Acosta<sup>1</sup>

**Resumen**

A pesar de que, desde su despenalización en 1997 hasta su regulación actual, la eutanasia en el ordenamiento colombiano ha estado íntimamente ligada a la dignidad humana y la autonomía del paciente, sigue habiendo cuestiones por analizar. Por tanto, en el presente texto se estudiará el requisito según el cual únicamente pacientes en fase terminal pueden acceder a dicho procedimiento. Esto se hará a la luz de un grupo en particular: los pacientes psiquiátricos. Se analizará su situación y se propondrán parámetros para que estos y otros pacientes tengan acceso al derecho a morir dignamente.

**Palabras claves:**

Consentimiento, dignidad humana, enfermedad terminal, eutanasia, muerte digna, sufrimiento insoportable, paciente psiquiátrico.

**Abstract**

Although, since its decriminalization in 1997 until its current regulation, euthanasia in the Colombian legal system has been closely linked to human dignity and patient's autonomy, there are still issues to be analyzed. Therefore, this text will study why access to this procedure has been limited to patients in the terminal phase of a condition. This analysis will focus on the situation of a particular group: psychiatric patients. Afterwards, some parameters will be proposed for the regulation of the access of these and other patients to the right to die with dignity.

---

<sup>1</sup> Abogado de la Universidad de los Andes y estudiante de Maestría en Derecho (en investigación) de la misma universidad. Asistente Administrativo en la Sala de Amnistía o Indulto de la Jurisdicción Especial para la Paz. Correo: jc.boada@outlook.com.

**Key words:**

Consent, dignified death, euthanasia, human dignity, psychiatric patient, terminal disease, unbearable suffering.

## I. Definiciones<sup>2</sup>

Para una mejor comprensión del presente artículo, es importante tener presentes las siguientes definiciones:

**Eutanasia:** procedimiento por medio del cual un médico, realizando una acción u omisión, a petición expresa, reiterada e informada del paciente, le da muerte a este, quien padece una enfermedad que le produce dolores insoportables. En su vertiente activa, se da cuando se suministra algún tipo de droga o se realiza algún tipo de intervención para causar la muerte. En su vertiente pasiva, se omiten tratamientos o medicamentos que pueden llegar a prolongar la vida del paciente.

**Homicidio eugenésico:** homicidio que persigue como fin, con fundamento en hipótesis seudocientíficas, la preservación y el mejoramiento de la raza o de la especie humana.

**Enfermedad terminal:** enfermedad o condición patológica grave con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve no susceptible de tratamiento curativo. Sin embargo, Schuklenk et al. (2011) afirman que “[n]o existe una ciencia precisa que permita proporcionar un pronóstico de una enfermedad terminal en términos de período específico de tiempo” (p. 72).

**Cuidados paliativos:** los cuidados que buscan mejorar la calidad de vida de pacientes con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas requieren de apoyo médico, social, espiritual, psicológico y familiar.

## II. Introducción

Desde su creación en 1991, la Corte Constitucional ha mostrado una fuerte independencia y un claro interés por interpretar la Carta política de manera progresista y rigurosa (Uprimny, R., Rodríguez Garavito, C. y García Villegas, M., 2006, p. 300). A pesar de que muchas decisiones de dicha Corporación han recibido importantes críticas desde sectores económicos, políticos e, incluso, desde la misma Corte<sup>3</sup>, es innegable que su impacto en

---

<sup>2</sup> Estas definiciones han sido desarrolladas a partir de las sentencias de la Corte Constitucional, C-239 de 1997 y T-970 de 2014; de la Ley 1733 de 2014 y de la Resolución 1216 de 2015, que son los principales instrumentos jurídicos que hoy dotan de contenido los conceptos referenciados. Se opta por estas fuentes en aras de evitar los debates existentes en la doctrina y en el mundo médico sobre estas figuras.

<sup>3</sup> A manera de ejemplo, el magistrado José Gregorio Hernández, en salvamento de voto de la sentencia de la C-239 de 1997, afirmó: “Una cosa es condicionar el fallo,

cuanto a la protección de derechos individuales es positivo. Dicha Corporación ejemplifica la importancia que tienen los jueces con relación a la protección de este tipo de derechos. Al respecto, explica Chemerinsky (2011), “[n]o se puede confiar [a] las mayorías legislativas (...) el descubrimiento de estos valores, y por eso es necesario un control constitucional estricto” (p. 49).

La Corte Constitucional ha seguido dicha lógica, pues, como afirmaba Carlos Gaviria (1996), la Carta de 1991 tiene vocación judicial y carácter aspiracional (como se cita en Uprimny, Rodríguez Garavito, y García Villegas, 2006, p. 300). No en vano, dicha Corporación ha proferido sentencias en temas tan importantes –y polémicos– como la despenalización del consumo de drogas (Sentencia C-221 de 1994), el matrimonio entre personas del mismo sexo (Sentencia SU-214 de 2016), el aborto (Sentencia C-355 de 2006) y la eutanasia (Sentencia C-239 de 1997). Ahora, el carácter aspiracional que permea la Carta no solo implica que la protección de este tipo de derechos es progresiva, sino que, además, no siempre depende de las decisiones del Tribunal Constitucional. La eutanasia, por ejemplo, fue despenalizada en la sentencia C-239 de 1997, en la cual se exhortó al Congreso a que regulara el tema de la muerte digna en el tiempo más breve posible. Sin embargo, a pesar de diversas iniciativas legislativas, no fue sino hasta 2015, y luego de un nuevo llamado por parte del Alto Tribunal (Sentencia T-970 de 2014), que se reguló la muerte digna, y no por el Congreso sino por el Ministerio de Salud (Resolución 1216 de 2015).

Explicado lo anterior, es evidente que, si bien la eutanasia se despenalizó en 1997, su práctica es muy reciente, por lo cual resulta relevante analizar aspectos problemáticos de su regulación y aplicación, tal como se hace en este texto. El mismo es producto de una investigación jurídico-propositiva con un enfoque cualitativo. Tras una exhaustiva revisión documental de normas locales y extranjeras, jurisprudencia y doctrina doméstica y artículos médicos extranjeros, se realizó un análisis de las barreras actuales en materia de acceso al derecho a la muerte digna que permitió concluir que dicha regulación debe ser modificada, a la luz del caso de los pacientes psiquiátricos. El mismo estudio documental permitió proponer soluciones y

---

advirtiendo que sólo determinada interpretación de la ley se ajusta a la Constitución, y otra muy diferente crear una nueva norma jurídica que deba agregarse obligatoriamente a la declarada exequible. Esta última tarea corresponde exclusivamente al legislador. Y en esta oportunidad la Corte ha introducido una causal de justificación del homicidio piadoso, circunscribiéndola al caso del médico respecto de un enfermo terminal”.

modificaciones con base en las experiencias de ordenamientos extranjeros que cuentan con una regulación más flexible del acceso a dicho derecho.

Así, el texto tendrá la siguiente estructura: en primer lugar, presentará el desarrollo histórico de la muerte digna en el ordenamiento colombiano. En segundo lugar, hará una crítica al requisito actual según el cual únicamente pacientes con una enfermedad terminal pueden acceder a la eutanasia. Seguidamente, se estudiará ese punto frente a un grupo de pacientes que representa incluso otro tipo de problemas: los pacientes psiquiátricos. Y, por último, se propondrán ciertos parámetros para dar solución a estos aspectos y se harán unas breves conclusiones.

### III. Desarrollo histórico<sup>4</sup>

En aras de tener una mejor comprensión frente al estado actual de la muerte digna, resulta conveniente explicar el desarrollo que dicha figura ha tenido en el ordenamiento jurídico colombiano.

El debate alrededor de la muerte digna en la Corte Constitucional inició en 1993, con la sentencia T-493 de 1993, en la cual se analizó el caso de una mujer que rehusaba la práctica de tratamientos médicos para curar su cáncer de mama. La Corte protegió el derecho a hacerlo, argumentando en favor del derecho al libre desarrollo de la personalidad y a la intimidad. Posteriormente vino la ya referida sentencia C-239 de 1997 que despenalizó la eutanasia activa en Colombia. Durante los diez años siguientes no hubo desarrollo alguno, hasta que en 2007 se presentó el primer proyecto de ley (Proyecto de ley estatutaria 05 de 2007 de Senado) que buscaba regular la muerte digna. Sin embargo, ni ese ni otros tres proyectos de ley (Proyecto de ley estatutaria 44 de 2008 de Senado, proyecto de ley estatutaria 70 de 2012 de Senado y proyecto de ley estatutaria 117 de 2014 de Senado) que le siguieron lograron ser aprobados por varias y diferentes razones.

---

<sup>4</sup> El rastreo de los proyectos de ley, sentencias y resoluciones que se mencionan en este apartado fue facilitado en gran medida por la información contenida en dos páginas de internet que vale la pena mencionar, en particular si se quiere un análisis más profundo de cada uno de estos instrumentos y además se quiere un fácil acceso a los mismos. Dichas páginas son: (i) Cruz, S. M. (19 de mayo de 2018). *El lento tránsito legal hacia la muerte digna*. Bogotá, Ámbito Jurídico. Disponible en: <https://www.ambitojuridico.com/noticias/civil-y-familia/el-lento-transito-legal-hacia-la-muerte-dignay> (ii) DescLAB (2018). *#TomaElControl: Una estrategia digital DescLAB para conocer, ejercer y proteger el derecho a morir dignamente en Colombia*. Bogotá: DescLAB. Recuperado de: <https://www.desclab.com/conozcasusderechos>

En 2014, finalmente fue posible regular un tema relacionado con la eutanasia: fue aprobada la Ley 1733 de 2014, que desarrolla los cuidados paliativos de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles. Igualmente, ese mismo año, la Corte Constitucional profirió la sentencia T-970 de 2014, en la cual analizó el caso de una mujer que había fallecido por un cáncer de colon y a quien no se le concedió la solicitud de muerte digna. La Corporación instó al Ministerio de Salud para que estableciera los procedimientos relativos a dicho procedimiento.

Dicha entidad siguió la orden, expidiendo la Resolución 1216 de 2015, la cual regula el procedimiento de la muerte digna. Asimismo, expidió en 2016 la Resolución 1051, que regula los requisitos de la voluntad anticipada frente a procedimientos médicos que buscan prolongar innecesariamente la vida del paciente. Ese mismo año, el Alto Tribunal Constitucional profirió la sentencia T-132 de 2015, en la cual reiteró que la eutanasia sólo es aplicable en situaciones de enfermedades terminales. Luego, en 2017, se vio la mayor producción jurisprudencial al respecto, con las sentencias T-322 de 2017, T-423 de 2017, T-544 de 2017 y T-721 de 2017. Dichas providencias trataron temas como la depresión en adultos mayores como sustento de la petición de eutanasia, las trabas administrativas en las que algunas entidades prestadoras de salud incurren -impidiendo el respeto por este derecho-, la imposibilidad de que los menores de edad pudieran acceder a dicho derecho y el consentimiento sustituto de esta población. Por tanto, la Corte instó al Ministerio de Salud para que regulara estos últimos dos temas. En atención a dicho mandato, dicho Ministerio expidió la Resolución 825 de 2018 que regula el acceso de menores edad al derecho a morir dignamente, siendo este el más reciente avance en materia de muerte digna en Colombia.

#### **IV. ¿Únicamente pacientes terminales?**

Una vez explicado el recorrido histórico de la muerte digna en Colombia, es posible afirmar que su regulación actual es bastante completa e incluyente, pues el desarrollo jurisprudencial y las resoluciones del Ministerio de Salud dan cuenta de un constante avance en la protección de este derecho. Sin embargo, si bien eso puede llegar a ser cierto, eso no es óbice para seguir analizando vacíos o problemas de la actual regulación. Por tanto, el presente apartado hará una crítica al hecho de que únicamente pacientes con enfermedades terminales puedan solicitar la eutanasia en Colombia, lo cual se desprende de la Resolución 1216 de 2015, en concordancia con las sentencias C-239 de 1997 y T-970 de 2014 de la Corte Constitucional.

Esto resulta bastante problemático en tanto lo que determina que una enfermedad sea un impedimento para vivir de manera digna no debe ser el

hecho de que sea terminal o no, sino el hecho de que impida a un determinado sujeto el sentirse realizado como persona. Para mayor claridad, es preciso traer a colación diversos pronunciamientos de la Corte Constitucional frente al derecho a la vida, la auto-determinación y la dignidad humana.

En Sentencia T-444 de 1999, dijo:

[E]l derecho constitucional fundamental a la vida no significa la simple posibilidad de existir sin tener en cuenta las condiciones en que ello se haga, sino que, por el contrario, supone la garantía de una existencia digna, que implica para el individuo la mayor posibilidad de despliegue de sus facultades corporales y espirituales.

A su vez, en Sentencia C-355 de 2006, afirmó:

[L]a vida humana (...) no consiste solamente en la supervivencia biológica, sino que, tratándose justamente de la que corresponde al ser humano, requiere desenvolverse dentro de unas condiciones mínimas de dignidad. Y, como la persona conforma un todo integral y completo, que incorpora tanto los aspectos puramente materiales, físicos y biológicos como los de orden espiritual, mental y síquico, para que su vida corresponda verdaderamente a la dignidad humana, deben confluír todos esos factores como esenciales en cuanto contribuyen a configurar el conjunto del individuo.

Adicionalmente, el que puede ser el pronunciamiento más importante sobre esta materia se encuentra contenido en la Sentencia C-239 de 1999, que precisamente despenalizó la eutanasia, entre otros, con el siguiente argumento:

Sólo el titular del derecho a la vida puede decidir hasta cuándo es ella deseable y compatible con la dignidad humana. Y si los derechos no son absolutos, tampoco lo es el deber de garantizarlos, que puede encontrar límites en la decisión de los individuos, respecto a aquellos asuntos que sólo a ellos les atañen.

Incluso, en la aclaración de voto de dicha sentencia de los magistrados Carlos Gaviria Díaz y Jorge Arango Mejía, se reconoció que la eutanasia no debió restringirse a las enfermedades terminales pues existen pacientes no terminales que pueden juzgar abrumador su padecimiento, poniendo de ejemplo a los pacientes cuadripléjicos:

Además, que no ha debido restringirse la opción legítima por la muerte, al enfermo "terminal" (restricción que no se hacía en la ponencia), pues existen casos dramáticos de enfermos no "terminales", como los cuadripléjicos [sic], v.gr., a quienes debería

comprender la posibilidad de optar por una muerte digna, si juzgan abrumador su padecimiento.

A la luz de lo dicho por la Corte Constitucional en reiterada jurisprudencia, es evidente que la indignidad no radica en el hecho de que la muerte sea próxima o no, sino de un criterio mucho más subjetivo: el del sentir del sujeto mismo sobre su vida. Es este quien determina cuándo el sufrimiento que padece es insoportable, y, por consiguiente, vuelve su vida indigna.

Sobre el sufrimiento insoportable, Thienpont, et al. (2015) afirman que este “puede ser entendido como un término subjetivo. Por su naturaleza, el grado de sufrimiento insoportable debe ser determinado desde la perspectiva del paciente, y debe depender de su fortaleza física y mental y de su personalidad” (p. 2). En la misma línea, no debe tenerse simplemente el dolor provocado por la enfermedad terminal como el punto a tener en cuenta, pues como afirmaba ya Jiménez de Asúa en 1929, “no siempre los dolores más atroces son indicios de males gravísimos, mientras que enfermedades mortales están desprovistas de sensaciones doloríficas. No podemos, en suma, confiar al dolor el decisivo influjo de decidir la eutanasia” (como se cita en Gómez López, 1981, p. 204).

Asimismo, existe otro punto que fortalece esta postura. Como resalta Gómez López (2003) frente al homicidio por piedad<sup>5</sup>:

La ley no exige que el lesionado o enfermo se encuentre en peligro de muerte, o en estado terminal, siendo suficiente que sufra intensamente; la enfermedad puede ser grave e incurable, pero no necesariamente coloca al enfermo en situación de riesgo inmediato de muerte (p. 277).

Parece curioso que solamente frente al supuesto en el que la enfermedad sea incurable es posible aplicar la eutanasia –y por ende no ser responsable por el delito de homicidio por piedad–, pero tanto en el caso de los sufrimientos provocados por una lesión corporal como por una enfermedad incurable se aplicaría este tipo privilegiado al sujeto activo de un homicidio.

---

<sup>5</sup> “ARTICULO 106. HOMICIDIO POR PIEDAD. El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a cincuenta y cuatro (54) meses” (Ley 599 del 24 de julio del 2000). Es importante tener en cuenta que sobre este delito -pero en el contexto del antiguo Código Penal colombiano, Decreto-ley 100 del 20 de febrero de 1980- se realizó una demanda de inconstitucionalidad sobre la cual la Corte Constitucional despenalizó la eutanasia en la varias veces mencionada Sentencia C-239 de 1997.



Podría argumentarse que esta distinción es razonable en la medida de que el sujeto activo, en el homicidio por piedad, asume que debe terminar la vida del sujeto pasivo porque este está padeciendo intensos sufrimientos (negándole la posibilidad de disponer de manera libre sobre su vida), mientras que en la eutanasia activa se trata –afirmarán los defensores de dicha distinción– de una realidad que objetivamente sí justifica la interrupción de la vida debido a que esta se ha tornado indigna: la enfermedad terminal. Sin embargo, esa argumentación es errónea, pues en ambos casos se está ignorando la opinión que debería justificar la interrupción de la vida: la de la persona enferma, que es la única que sabe si su enfermedad –terminal o no– impide que confluyan los diversos factores necesarios para llevar una vida digna.

Igualmente, vale precisar que, aunque en defensa del requisito de la enfermedad terminal es más objetivo que el de una enfermedad que provoque sufrimientos insoportables e indignos, y por eso se justificaría uno por encima del otro, dicho requisito tampoco es del todo objetivo. Precisamente, Luis Carlos Pérez (1991) explica que:

La incurabilidad debe apreciarse en una situación determinada, según el lugar y las condiciones que rodean al paciente y al homicida. La ciencia no llega a todas partes con igual rapidez y eficacia. De nada sirve a un enfermo pobre, e inclusive a un adinerado que no puede moverse, saber que la cirugía en otros centros cura el mal de que padece o permite prolongar la vida. (...) La incurabilidad se refiere al estado actual, a los medios sanitarios de que se dispone, y no a la excelente terapia del futuro (como se cita en Posada Maya, 2015, p. 255).

Siendo así, incluso el requisito de carácter terminal de una enfermedad es susceptible de tornarse subjetivo tal como la Resolución 1216 de 2015 lo desarrolla:

Artículo 2°. Enfermo en fase terminal. De conformidad con el artículo 2° de la Ley 1733 de 2014, se define como enfermo en fase terminal a todo aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces. (...)

Adicional a lo anterior, puede argumentarse que esta limitación puede ser excluyente frente a un grupo de pacientes cuya vida también se ha tornado insufrible. En ese sentido, Shucklenk et al. (2011) afirman:

Si el término “enfermedad terminal” es una condición necesaria en la ley, entonces sería poco incluyente; hay muchos individuos cuya vida, para ellos, no vale la pena seguir viviendo, pero que no han sido diagnosticados con una enfermedad terminal. Pueden estar sufriendo de manera grave y permanente, pero no morirán de manera inminente. No hay una base de principios para excluirlos de un suicidio asistido o una eutanasia voluntaria. (p. 72)

Explicado todo lo anterior, es posible advertir que el hecho de que únicamente los pacientes en fase terminal puedan acceder a la muerte digna resulta contrario a las interpretaciones que ha realizado la Corte Constitucional sobre la vida digna. Aunque se admite que el requisito de la fase terminal es de cierto modo objetivo, ni lo es del todo, ni abarca todos los supuestos en los que una enfermedad puede hacer que la vida se torne verdaderamente indigna para una persona.

#### **V. Caso de estudio: los pacientes psiquiátricos**

Conforme a la guía de criterios diagnósticos DSM-V, la Asociación Americana de Psiquiatría (2017) define el trastorno mental como:

[U]n síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes (p.5).

Partiendo de dicha definición, se ha escogido a los pacientes psiquiátricos como caso de estudio ya que constituye un grupo que resalta las problemáticas que hoy tiene la regulación vigente sobre muerte digna en Colombia. De un lado, en la misma línea sobre el punto recién analizado, no se trata de pacientes que se encuentren en una fase terminal. De hecho, difícilmente se ha entendido que los puede llegar a aquejar un sufrimiento insoportable que haga que su vida sea indigna. Y de otro, existen serios cuestionamientos sobre la capacidad que tienen estos pacientes para decidir sobre su deseo de morir. Dierickx, Deliens, Cohen, y Chambaere (2017) explican los problemas de este grupo de cara a las solicitudes de eutanasia:

En las personas con desordenes psiquiátricos o diagnósticos de demencia, su capacidad puede verse cuestionada; el deseo de morir puede ser también un síntoma de la enfermedad. Además, la

irreversibilidad de los desórdenes psiquiátricos se ve constantemente cuestionada, ya que el curso de estos desórdenes ha de fluctuar y debe ser difícil de predecir y el pronóstico tiende a ser incierto (p. 2)

Además, se debe tener presente que, si uno de los fines de la terapia psiquiátrica consiste en prevenir el suicidio del paciente, llegar junto a este a la conclusión de que la mejor solución para salir de su sufrimiento es la eutanasia parece contradictorio. Al respecto, Thienpont et al. (2015) afirman que “el principal argumento en contra de la eutanasia es que la prevención del suicidio es un propósito primordial del cuidado psiquiátrico y un enfoque clave en el entrenamiento de los psiquiatras” (p. 2). En el mismo sentido, “El Colegio Real de Psiquiatras (en el Reino Unido y en Irlanda) ha expresado “preocupación”, y propone que el suicidio asistido es incompatible con el rol del psiquiatra de prevenir el suicidio” (McCormack y Fléchais, 2012, p. 320). Por tanto, conviene analizar la situación de este grupo de cara al derecho a la muerte digna en el ordenamiento colombiano.

#### A. ¿Sufrimiento insoportable?

Hoy en día, bajo la actual regulación de la eutanasia en Colombia, los pacientes con enfermedades psiquiátricas no pueden acceder a este procedimiento. La condición psiquiátrica difícilmente podría llegar a tener un pronóstico fatal e irreversible. Pero incluso si se aceptara que no solo pacientes con enfermedades terminales pueden acceder a este procedimiento, sino también aquellos que padecen un sufrimiento insoportable que hace que su vida sea indigna, las enfermedades psiquiátricas tampoco parecen entrar en dicha categoría. A diferencia del ya mencionado caso del paciente de cuadriplejía, el paciente psiquiátrico no sufre –en principio– dolores físicos<sup>6</sup>. De hecho, ya que el sufrimiento de la etapa temprana de la demencia o el cansancio frente a la vida son un problema predominantemente psicosocial o existencial más que físico, los médicos tienden a no considerarlo un sufrimiento insoportable (Bolt, Snijdewind, Willems, van der Heide y Onwuteaka-Philipsen, 2015, p. 5).

Sobre los sufrimientos que aquejan a este tipo de pacientes, diversos estudios se han hecho con base en las solicitudes de eutanasia en países en los que dicho procedimiento es accesible no solo a enfermos en fase terminal, sino a

---

<sup>6</sup> Esto, naturalmente, admite importantes excepciones. La figura del trastorno mental abarca un número muy amplio de trastornos, entre los cuales existen varios que tienen repercusiones psicofisiológicas. Por ejemplo, el trastorno de pánico, dentro de los trastornos de ansiedad, tiene como síntomas las palpitaciones, golpeteo de corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca o dolor o molestias en el tórax (Asociación Americana de Psiquiatría, 2017, p. 133).

cualquier paciente cuyo padecimiento provoque en ellos una condición de constante e insoportable sufrimiento físico o mental que no puede ser curado, como sucede en Bélgica<sup>7</sup> y Holanda<sup>8</sup>. Ha habido diversos estudios cuantitativos y cualitativos que han procurado recoger las razones por las cuales estos –y en general cualquier tipo de– pacientes solicitan la eutanasia. A continuación, se analizan algunos puntos destacados en estas investigaciones.

Dees, Vernooij-Dassen, Dekkers, y van Weel (2010) han arribado a la conclusión de que existen al menos cuatro dimensiones que afectan la vida de una persona y que hacen que sufran de manera insoportable: médico, psicológico, existencial (o espiritual) y social (p. 347-348). En ese sentido, destacan que en la dimensión existencial —que, vale resaltar, es aplicable a pacientes tanto en etapa terminal como en los que no— los pacientes hacían referencia a la desmoralización, la desesperanza, el hecho de ser una carga para familiares o amigos o la pérdida de dignidad eran temas recurrentes (p. 347-348). También, otros aspectos que se destacan, en pacientes psiquiátricos en particular, son la pérdida de control emocional, el insomnio, el miedo, o problemas con su identidad (Dees, M. K., 2013, p. 154-155).

Otros estudios han permitido igualmente tener acceso a declaraciones directas de los pacientes que permiten dar cuenta del sufrimiento de los pacientes. Así, por ejemplo, un paciente mencionaba lo siguiente:

Llevar una conversación normal es una lucha. Parece que no puedes expresarte. Tienes problemas tomando decisiones sencillas. Tus amigos y familiares te irritan. No estás seguro de si todavía amas a tu esposo. Sonreír se siente rígido e incómodo. Es como si los músculos que generan la sonrisa estuvieran congelados. Pareciera como si hubiese una pared de vidrio entre tú y el resto del mundo. Se te olvidan las cosas y es muy difícil concentrarte. Eres ansioso y te preocupas bastante. Todo parece sin esperanza (Schuklenk y van de Vathorst, 2015, p. 579).

---

<sup>7</sup> La Ley sobre eutanasia del 28 de mayo de 2002, dispone en su Capítulo 2, sección 3: “El médico que realice eutanasia no incurre en responsabilidad penal cuando se asegure: (...) El paciente se encuentre en una condición médica fútil de constante e insoportable sufrimiento físico o mental que no puede aliviarse, proveniente de un serio o incurable desorden causado por enfermedad o accidente.

<sup>8</sup> El capítulo 2, sección 2, de la Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al suicidio asistido (Ley 26691) del Congreso del Reino Unido de los Países Bajos, dispone: “1. En aras de cumplir con el cuidado necesario al que se refiere el artículo 293, párrafo 2, del Código Penal, el doctor debe: (...) b. haber llegado a la conclusión de que el sufrimiento del paciente es insoportable y sin esperanzas de mejora”.

Así mismo, otra paciente afirmaba: “Sufro tanto que no recuerdo cuándo la vida era amorosa y feliz. Mi vida es un infierno. Mi vida es inhumana. Tengo un dolor profundamente grande” (Dees, M. K., 2013, p. 57). Otros pacientes destacan que han perdido fe en las terapias después de muchos años, que no pueden ir más al trabajo porque no saben cómo interactuar con sus compañeros o que sufren porque la gente lo juzga al no entender por qué quieren morir si se ven tan bien (Verhofstadt, M., Thienpont, L., y Peters G.Y., 2017, p. 240-242).

Ahora, estos sufrimientos no son exclusivos de los pacientes psiquiátricos. Muchas veces las preocupaciones de pacientes —de cualquier tipo de enfermedad— que solicitan la eutanasia no son físicas, sino que se basan en muchos otros factores (Dees et al., 2010, p. 346). Sin embargo, a pesar de eso, incluso podría decirse que estos pacientes sufren aún más en algunos aspectos. Como destacan Schuklenk y Van de Vathorst (2015), a diferencia, por ejemplo, de pacientes con cáncer, los pacientes que sufren un trastorno psiquiátrico resistente al tratamiento<sup>9</sup> no tienen ninguna esperanza de cura, así como, en caso de que se les niegue la eutanasia, no aspiran a liberarse de su sufrimiento de manera pronta a través de la muerte natural, pues este sufrimiento no les causará la muerte (p. 580). Adicionalmente, vale recalcar que los pacientes de una depresión intratable, a diferencia de personas que al intentar suicidarse y fallan en el intento consideran que su vida ahora sí vale la pena vivirla, no cambian su parecer al respecto de lo indigna que resulta su vida (p. 580).

Expuesto lo anterior, y teniendo en cuenta la definición de paciente psiquiátrico que se citó en el inicio de este apartado, resulta claro que los pacientes psiquiátricos pueden padecer terribles e insoportables sufrimientos que hacen que su vida se torne indigna en los términos que la Corte Constitucional ha explicado.

#### B. ¿Síntoma o verdadero deseo?: problemas para dar consentimiento

Como se resaltó al inicio de este apartado, el problema con el consentimiento de los pacientes psiquiátricos radica esencialmente en que el deseo de morir es generalmente un síntoma de la enfermedad. Esto, a su vez, lleva a afirmar que la evaluación que tienden a hacer los pacientes depresivos se ve

---

<sup>9</sup> Berghmans, Widdershoven y Widdershoven-Heerding (2013) afirman que un paciente es resistente al tratamiento si alguna de las siguientes intervenciones se ha probado inefectiva: todos los tratamientos regulares biológicos aplicables; todos los tratamientos psicoterapéuticos aplicables; intervenciones sociales que puedan hacer más soportable el sufrimiento (como se cita en Schuklenk y van de Vathorst, 2015, p. 580).

influenciada por su depresión. Siguiendo a Schuklenk y Van de Vathorst (2015), ello es innegablemente cierto (p. 580), pero eso no implica que la persona no pueda consentir. De hecho, incluso, llegar a tal conclusión pareciera no compadecerse de un trato especial que merecen los pacientes psiquiátricos.

La Corte Constitucional ya ha clarificado que la capacidad para decidir consiste en que la persona tenga “la capacidad para comprender, retener, creer y sopesar la información que se recibe a fin de tomar una decisión” (Sentencia C-182 de 2016). En la misma línea, Appelbaum (2007) afirma que los pacientes, al consentir para un tratamiento, “deben tener las habilidades para comunicar una decisión, para entender información relevante, para apreciar las consecuencias médicas y para razonar sobre sus tratamientos” (p. 1835). Por último, si se miran las resoluciones proferidas por el Ministerio de Salud, no se evidencia que las enfermedades psiquiátricas –que estén presentes junto a la enfermedad terminal– puedan impedir que estas personas consientan.

Así, la Resolución 1216 de 2015, en su artículo 15, establece que el “consentimiento debe ser expresado de manera libre, informada e inequívoca para que se aplique el procedimiento para garantizar su derecho a morir con dignidad”. A la vez que la Resolución 825 de 2018, en su artículo 3, que establece los sujetos de exclusión del procedimiento eutanásico para menores, excluye en el numeral 6 a los “niños, niñas y adolescentes con trastornos psiquiátricos diagnosticados que alteren la competencia para entender, razonar y emitir un juicio reflexivo”. Lo anterior da a entender que una enfermedad psiquiátrica no excluye per se la capacidad de decidir de una persona sino que dicha situación debe determinarse caso a caso.

Todo lo anterior, sumado a que en algunos casos los pacientes que atraviesan enfermedades terminales también llegan a sufrir depresión u otras enfermedades psiquiátricas o, cuando menos, solicitan eutanasia (Van der Lee, et. al., 2005, p. 6607), da cuenta de que los pacientes psiquiátricos no deberían ser excluidos de plano de poder consentir ya que ello sólo debería ocurrir cuando se pruebe que su enfermedad les niega la posibilidad de entender y decidir. Si este es el caso, incluso, esto no niega desde ningún punto de vista su capacidad legal, lo que implica que deberían incluso poder acceder a este derecho, como a cualquier otro, a través de un representante o tutor.

### C. Tratamiento en otras legislaciones

Los dos puntos recién analizados dan cuenta de los problemas que existen alrededor de la regulación de la eutanasia para pacientes psiquiátricos en

Colombia. Conviene, por tanto, analizar la regulación existente en otros países en los que se establecen estos parámetros. Se toman como Estados a analizar el belga y el holandés ya que estos países no incluyen el requisito de la enfermedad terminal del paciente para que este pueda acceder a la eutanasia. Sus regulaciones pueden plantear soluciones que resulten convenientes para el ordenamiento colombiano.

En primer lugar, la ley belga (Párrafos 2 y 3 de la sección 3 del capítulo II de la ley sobre eutanasia del 28 de mayo de 2002 del Reino de Bélgica) dispone que para determinar que un sufrimiento es insoportable el doctor debe tener varias conversaciones con el paciente dentro de un tiempo razonable para determinar, en conjunto, que la eutanasia es la salida necesaria para la condición del paciente. Igualmente, debe consultarse otro médico que revisará las razones para solicitar el procedimiento, así como la historia médica. Y en casos de enfermos no terminales, un tercer doctor debe dar su opinión al respecto.

De otro lado, en cuanto a la regulación en Holanda, los pacientes con depresión resistente al tratamiento pueden acceder al procedimiento, siempre que “se sigan las siguientes condiciones (cuidado necesario): sus solicitudes son explícitas, voluntarias y reflexivas; son conscientes de su condición y de las perspectivas; su sufrimiento es insoportable y no hay esperanza de mejora basado en el estado actual de la ciencia médica al tiempo en el que se toma la decisión; no hay alternativas razonables para aliviar el dolor; un doctor independiente ha dado su opinión en la materia” (Schuklenk y Van de Vathorst, 2015, p. 579).

Al comparar dichas regulaciones con la existente en el ordenamiento colombiano, este último no plantea que la decisión recaiga sobre un médico que evalúe y otro re evalúe la situación del paciente, sino de un comité interdisciplinario conformado por un abogado, un psiquiatra y un médico con la especialidad de la patología que padece la persona (artículo 6 de la Resolución 1216 de 2015). Además, dichas jurisdicciones no establecen un término mínimo para analizar el caso y realizar el procedimiento, mientras que el ordenamiento colombiano establece un término menor de 10 días para que el paciente reitere su decisión, y otro máximo de 15 días siguientes a la reiteración para realizar el procedimiento (artículo 7 de la Resolución 1216 de 2015).

Teniendo en cuenta lo anterior, puede advertirse que el ordenamiento colombiano contiene una regulación mucho más objetiva que los dos ordenamientos traídos a colación. Así, por el hecho de que tiene un requisito

“objetivo” como el de la fase terminal, no establece una regulación especial para casos “límite”, como el que plantean los pacientes psiquiátricos.

#### **D. Soluciones**

Explicados los puntos anteriores del presente apartado, puede concluirse que (i) los pacientes psiquiátricos pueden llegar a padecer sufrimientos insoportables, que (ii) su consentimiento no se ve viciado automáticamente por el hecho de padecer un trastorno mental<sup>10</sup> y que (iii) otras legislaciones que admiten la eutanasia por sufrimientos insoportables lo hacen a partir de exámenes que permiten dar cuenta de las particularidades del sufrimiento que padecen los pacientes.

Con respecto al primer punto, una primera solución radica en el sencillo cambio de requisito para acceder a la eutanasia, pasando del requisito de pacientes en fase terminal al de pacientes que padezcan un constante e insoportable sufrimiento físico o mental que no puede aliviarse. Ahora, en materia normativa no parece tener mayor problema cambiar dicho requisito, así como no parece tan complejo que los pacientes psiquiátricos estén en capacidad de consentir. El problema real yace tanto en cómo determinar que un sufrimiento es insoportable, como en cómo aceptar que un determinado cuadro psiquiátrico no es pasajero ni está impidiendo que un paciente tome una decisión consciente y voluntaria.

Lo anterior pone de presente que para estas situaciones se requiere un trato diferenciado frente al de pacientes con enfermedades terminales y al de pacientes que no sufren de ningún tipo de enfermedad psiquiátrica. Esto, en virtud del derecho a la igualdad, el cual, en reiterada jurisprudencia, la Corte Constitucional ha explicado que se traduce en “dar un trato igual a quienes se encuentran en la misma situación fáctica, y un trato diverso a quienes se hallan en distintas condiciones de hecho” (Sentencias C-178 de 2014 y C-250

---

<sup>10</sup> Trastornos como la depresión, por ejemplo, no necesariamente excluyen la capacidad para consentir en el paciente. Sin embargo, existen diversos trastornos en los que es mucho más complejo afirmar esto debido a la presencia de ideas delirantes. “También reciben el nombre de delirios. Son creencias basadas en experiencias psíquicas complejas por lo general extrañas, intensas y poco habituales. La persona está totalmente convencida de su veracidad a pesar de que nadie las comparta. Las defiende con vehemencia y rechaza, desvaloriza o desestima totalmente los argumentos y evidencias en su contra. Estas creencias motivan o generan actos de conducta, muchas veces extraños, pero consistentes con la convicción que le brindan a su poseedor. Todo ello favorecido por la pobreza crítica introspectiva que las acompaña” (Fierro, M., 2008, p. 116). Esto sucede, por ejemplo, con algunos trastornos de la personalidad, como del trastorno bipolar II (Asociación Americana de Psiquiatría, 2017, p. 82).



de 2012). Así, por tratarse de situaciones que dependen de valoraciones subjetivas, parece necesario establecer requisitos más estrictos para que la procedencia de este procedimiento en estos casos no se vuelva una pendiente resbaladiza para pacientes en los que se pueden solucionar los problemas que provocan el deseo de morir.

Por tanto, teniendo en cuenta un eventual cambio normativo con respecto al requisito de la enfermedad terminal, en Colombia podría adaptarse la regulación extranjera analizada y establecer parámetros que den cuenta de las siguientes directrices: (i) un mayor acercamiento entre el paciente y el doctor que permita a este último llegar a un conocimiento razonable sobre lo insoportable de la enfermedad del paciente; (ii) la posibilidad de que el doctor que ha venido tratando al paciente haga parte del comité interdisciplinario; (iii) un tiempo más largo pero igualmente razonable para que se compruebe que el paciente no está pasando por una tristeza pasajera; y (iv) que exista un tipo de segunda instancia que pueda corroborar o contradecir lo dicho por el primer comité interdisciplinario.

## VI. Conclusiones

El presente texto ha hecho un recorrido histórico sobre la muerte digna en Colombia. Frente al estado actual, se criticó el requisito según el cual para acceder a un procedimiento eutanásico es necesario que el paciente se encuentre en fase terminal, puesto que hay muchas otras situaciones médicas que igualmente impiden que una persona viva de manera digna. También, se analizó la situación de los pacientes psiquiátricos y se llegó a la conclusión de que estos efectivamente pueden padecer un sufrimiento insoportable y pueden consentir, e igualmente se propusieron ciertos parámetros para llegar a garantizarles el acceso a este derecho.

Este análisis no busca de ningún modo abrir una puerta que permita que miles de casos de pacientes que todavía pueden salir delante de una situación de incomparable y a veces incomprensible sufrimiento mueran teniendo la posibilidad de recuperarse y poder vivir una vida digna. Si bien se reconoce que la pendiente resbaladiza es una crítica razonable, no por ello deja de ser razonable que a personas que han dejado de vivir dignamente y que sufren un verdadero tormento puedan terminar con su sufrimiento de manera digna a través de la muerte. Varios de los estudios aquí reseñados dan cuenta de cómo la aceptación de la eutanasia para muchos pacientes fue un alivio, pues les dio la tranquilidad de que la sociedad no los iba a juzgar por estar realizando un acto muchas veces tildado de cobarde. Tal es la tranquilidad, que incluso hubo pacientes que desistieron de la eutanasia. El abrir este derecho puede no solo —por muy contradictorio que suene— salvar vidas, sino hacer que la vida sea más llevadera para estos pacientes.

Ello, en todo caso, no puede de ninguna manera eximir de responsabilidad a los prestadores de servicios de salud. Por el contrario, el cambio de requisito para acceder a la eutanasia debería venir acompañado también de un importante avance en términos de cuidados paliativos, pues, a fin de cuentas, el procedimiento eutanásico debe ser siempre la última opción existente cuando se ha llegado a un punto en el que, lamentablemente, un paciente considera que su estado de salud es tan precario que le ha quitado cualquier deseo de vivir.

## VII. Referencias

### Jurisprudencia:

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-493 de 1993. Magistrado ponente: Antonio Barrera Carbonell. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/T-493-93.htm>

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-221 de 1994. Magistrado ponente: Carlos Gaviria Díaz. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/1994/C-221-94.htm>

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-239 de 1997. Magistrado ponente: Carlos Gaviria Díaz. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-444 de 1999. Magistrado Ponente: Eduardo Cifuentes Muñoz. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/T-444-99.htm>

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-355 de 2006. Magistrados ponentes: Jaime Araujo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-250 de 2012. Magistrado ponente: Humberto Sierra Porto. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/C-250-12.htm>

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-178 de 2014. Magistrada ponente: María Victoria Calle Correa. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-178-14.htm>

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-970 de 2014. MP. Luis Ernesto Vargas Silva. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>

- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-132 de 2016 Magistrado Ponente: Luis Ernesto Vargas. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-132-16.htm>
- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-182 de 2016. Magistrada ponente: Gloria Stella Ortiz Delgado. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/c-182-16.htm>
- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia SU-214 de 2016. Magistrado ponente: Alberto Rojas Ríos. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/su214-16.htm>
- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-322 de 2017. Magistrado ponente: Aquiles Arrieta Gómez. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-322-17.htm>
- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-423 de 2017. Magistrado ponente (encargado): Iván Humberto Escrucería Mayolo. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-423-17.htm>
- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-544 de 2017. Magistrada ponente: Gloria Stella Ortiz Delgado. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-544-17.htm>
- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-721 de 2017. Magistrado ponente: Antonio José Lizarazo Ocampo. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-721-17.htm>

Leyes y decretos:

- Ley 599 de 2000: Código Penal. Congreso de la República de Colombia. Diario Oficial No. 44.097 del 24 de julio de 2000.
- Ley 1733 de 2014: Ley Consuelo Devis Saavedra. Congreso de la República de Colombia. Diario oficial 49.268 del 8 de septiembre de 2014.
- Proyecto de ley estatutaria 05 de 2007. Senado.
- Proyecto de ley estatutaria 44 de 2008. Senado.
- Proyecto de ley estatutaria 70 de 2012. Senado
- Proyecto de ley estatutaria 117 de 2014. Senado.
- Ley 09590 de 2002: Ley sobre eutanasia. Congreso del Reino de Bélgica. 28 de mayo de 2002. Disponible en inglés en: [www.ethical-perspectives.be/viewpic.php?TABLE=EP&ID=59](http://www.ethical-perspectives.be/viewpic.php?TABLE=EP&ID=59). Versión original en francés en: [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/loi\\_a.pl?=&sql=\(text+contains+\(%27%27\)\)&rech=1&language=fr&tri=dd+AS+RANK&numero=1&](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a.pl?=&sql=(text+contains+(%27%27))&rech=1&language=fr&tri=dd+AS+RANK&numero=1&)

table\_name=loi&F=&cn=2002052837&caller=image\_a1&fromtab=loi&la=F&pdf\_page=16&pdf\_file=http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2002/06/22\_1.pdf

- Ley 26691 de 2002: Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al suicidio asistido. Congreso del Reino de Países Bajos. 12 de abril de 2002. Disponible en inglés en: <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/euthanasia-code/euthanasia-code-2018/euthanasia-code-2018/euthanasia-code-2018>
- Resolución 1216 de 2015. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Diario Oficial No. 49.489 de 21 de abril de 2015
- Resolución 1051 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Diario oficial 49.831, de abril 1 de 2016.
- Resolución 825 de 2018. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Diario oficial 50530 del 9 de marzo de 2018.
- Decreto-ley 100 de 1980. Presidencia de la República de Colombia. Diario Oficial No. 35.461 de 20 de febrero de 1980.

Libros y artículos:

- Appelbaum, P. S. (2007). Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment [Evaluación de la competencia de los pacientes para consentir el tratamiento]. *The New England Journal of Medicine*, 357 (18), 1834-1840. doi: 10.1056/NEJMcp074045
- Bolt, E. E., Snijdewind M.C., Willems D.L., van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen B.D. (2015). Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living? [¿Pueden los médicos concebir realizar eutanasia en caso de enfermedad psiquiátrica, demencia o cansancio de vivir?]. *Journal of Medical Ethics*, 41 (8), 592-598. Recuperado de: <http://jme.bmj.com/content/early/2015/01/30/medethics-2014-102150>
- Chemerinsky E. y Parker, R. D. (2011). *Constitucionalismo popular* (J. González Jácome, trad.). Bogotá, Colombia: Siglo del Hombre – Universidad de los Andes – Instituto Pensar de la Pontificia Universidad Javeriana.
- Dees, M., Vernooij-Dassen, M., Dekkers, W., y van Weel, C. (2010). Unbearable suffering of patients with a request for euthanasia or physician-assisted suicide: an integrative review [Sufrimiento insoportable de pacientes con una solicitud de eutanasia o suicidio asistido por un médico: una revisión integradora]. *Psycho-Oncology*, 19(4), 347-348. doi: 10.1002/pon.1612

- Dees, M. K. (2013). *When suffering becomes unbearable: Perspectives of Dutch patients, close relatives and attending physicians in a request for euthanasia* [Cuando el sufrimiento se vuelve insoportable: perspectivas de pacientes holandeses, parientes cercanos y médicos que acuden en una solicitud de eutanasia]. Recuperado de: <https://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/105790>
- Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J., Chambaere, K. (2017). Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases [Eutanasia para personas con trastornos psiquiátricos o demencia en Bélgica: análisis de casos reportados oficialmente]. *BMC Psychiatry*, 17 (203) 1-9. doi: 10.1186/s12888-017-1369-0
- Fierro, M. (2008). *Semiología del psiquismo* (2ª ed.). Bogotá, Colombia: Editorial Kimpres.
- Gómez López, O. (1981). El homicidio eutanásico. *Nuevo Foro Penal*, 12(10), 192-215. Recuperado de <http://publicaciones.eafit.edu.co/index.php/nuevo-foro-penal/article/view/4495>
- Gómez López, O. (2003). *El homicidio* (Tomo 2, 3ª ed.). Bogotá, Colombia: Ediciones doctrina y ley.
- McCormack, R., Fléchais, R. (2012). The Role of Psychiatrists and Mental Disorder in Assisted Dying Practices Around the World: A Review of the Legislation and Official Reports [El papel de los psiquiatras y el trastorno mental en las prácticas de muerte asistida en todo el mundo: una revisión de la legislación e informes oficiales]. *Psychosomatics*, 53, (4) 319-326. doi: 10.1016/j.psych.2012.03.005
- Schuklenk, U., Van Delden, J.J.M., Downie, J., Mclean, S.A.M., Upshur, R., Weinstock, D. (2011). End-of-Life Decision-Making in Canada: The Report by the Royal Society of Canada Expert Panel on End-of-Life Decision-Making [Toma de decisiones al final de su vida útil en Canadá: el informe del Panel de Expertos de la Sociedad Real de Canadá sobre la toma de decisiones al final de su vida útil]. *Bioethics*, 25 (Suppl 1):1-73. Doi: 10.1111/j.1467-8519.2011.01939.x
- Schuklenk, U., y van de Vathorst, S. (2015). Treatment-resistant major depressive disorder and assisted dying [Trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento y muerte asistida]. *Journal of Medical Ethics*, 41, (8) 577-583. doi:10.1136/medethics-2014-102458
- Posada Maya, R. (2015). *Delitos contra la vida y la integridad personal I, Delitos de homicidio, genocidio y otras figuras delictivas*. Bogotá, Colombia: Ed. Uniandes-Ed. Ibáñez.

- Thienpont, L., Verhofstadt, M., Van Loon, T., Distelmans, W., Audenaert, K., De Deyn, P.P. (2015). Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study [Solicitudes, procedimientos y resultados de eutanasia para 100 pacientes belgas que sufren trastornos psiquiátricos: un estudio retrospectivo y descriptivo]. *BMJ Open Journal*, 5 (7) 1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007454
- Uprimny, R., Rodríguez Garavito, C. y García Villegas, M. (2006) *¿Justicia para todos?: sistema judicial, derechos sociales y democracia en Colombia*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Van der Lee, M.L., van der Bom, J.G., Swarte, N.B., Heintz, A.P., de Graeff, A., van den Bout, J. (2005). Euthanasia and Depression: A Prospective Cohort Study Among Terminally Ill Cancer Patients [Eutanasia y depresión: un estudio prospectivo de cohorte en pacientes con cáncer terminal]. *Journal of Clinical Oncology*. 23 (27) 6607-6612. doi: 10.1200/JCO.2005.14.308
- Verhofstadt, M., Thienpont, L., y Peters G.Y. (2017). When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study [Cuando el sufrimiento inquebrantable incita a los pacientes psiquiátricos a solicitar eutanasia: estudio cualitativo]. *The British Journal of Psychiatry*, 211 (4) 238-245. Doi: 10.1192/bjp.bp.117.199331
- Otros:
- Asociación Americana de Psiquiatría (2017). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V (Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.))*. Washington DC: Asociación Americana de Psiquiatría. Recuperado de: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
- DescLAB (2018). *#TomaElControl: Una estrategia digital DescLAB para conocer, ejercer y proteger el derecho a morir dignamente en Colombia*. Bogotá: DescLAB. Recuperado de: <https://www.desclab.com/conozcasusderechos>
- Cruz, S. M. (19 de mayo de 2018). *El lento tránsito legal hacia la muerte digna*. Bogotá, Ámbito Jurídico. Disponible en: <https://www.ambitojuridico.com/noticias/civil-y-familia/el-lento-transito-legal-hacia-la-muerte-digna>