

Un caso de eutanasia en México

María Eli Guevara Rosales (*)
Carolina Ortíz Hernández (*)
Daniela Reyes García (*)

Cómo citar este texto: Guevara, M. E., Ortíz, C. y Reyes, D. (2015). Un caso de eutanasia en México. *PsicoEducativa: reflexiones y propuestas*, 1(1), 37- 42.

RESUMEN

La eutanasia se considera de gran relevancia, pero sobre todo de controversia en nuestro país ya que no es legal y sin embargo se lleva a cabo. Las posturas en contra y a favor, los marcos de referencia legal, ético y psicológico son los temas que pueden estar relacionados, donde lo más importante es ofrecer apoyo psicológico e informativo. La mala aplicación de la eutanasia puede devenir en los sentimientos de culpabilidad y el conflicto de una familia, todo esto debido a esta controversia por la falta de información, y de asesoría especializada, donde el paciente con enfermedades terminales y sus familiares son afectados por falta de información y de instituciones que brinden una adecuada ayuda. En este artículo se busca la oportuna información y acercamiento a una mujer con cáncer en fase terminal sobre la eutanasia voluntaria. Las propuestas de posibles soluciones incluyen un aproximamiento de la mujer con su familia y seres queridos para solucionar problemas del pasado, así como brindarle información sobre la eutanasia.

Palabras clave: enfermedad, familia, eutanasia, legal, culpabilidad, información oportuna.

1. INTRODUCCIÓN

Presentación de la problemática

En el presente trabajo se maneja una problemática importante en nuestro país, que es la eutanasia, se considera de gran relevancia, ya que no es legal y sin embargo se lleva a cabo, entonces podemos notar una cuestión que debería ser considerada de manera más significativa por las autoridades competentes, ya que se evidencia que se ha manejado de manera inadecuada por las instituciones, entonces si se ha realizado de manera ilegal, entonces demuestra que existe un problema institucional; es por ello que en esta pequeña investigación se presenta la suficiente evidencia teórica para poder formar un criterio acerca de la problemática en cuestión ver lo que dicen los expertos del tema, lo que significa la eutanasia, las posturas en contra y a favor, los marcos de referencia legal, ético y psicológico, además de los temas que pueden estar relacionados y todo lo que implica el tema. Posteriormente se presenta un caso que ocurrió en 1997 en nuestro país donde se llevó a cabo la eutanasia de manera ilegal, desinformada y con estragos psicológicos, por lo tanto el análisis realizado va en torno a una posible solución del caso. Además, cada integrante del trabajo realizó una posible solución de manera individual, y a pesar de no ser presentadas cada una de las propuestas, se muestran las divergencias que se pudieron notar entre las tres con las cuales el lector puede ver la importancia de la única solución acordada. La problemática que se presenta en este estudio de caso gira en torno a la eutanasia en el marco ético y legal en nuestro país. La esposa del protagonista realiza eutanasia a su esposo, con la iniciativa del mismo José (el esposo) con la finalidad de que él dejará de sufrir los estragos de una enfermedad terminal, sin embargo, después de realizarla presenta sentimientos de

culpabilidad y oculta la situación a sus hijos por miedo a ser juzgada. Tiempo después ella decide contarles la verdad a sus hijos y ellos reaccionan de manera conflictiva, creando un ambiente de tensión en la familia.

Presentación del problema específico

En el año de 1996 José de 68 y su esposa Helena¹ de 64 de edad, se encontraban de vacaciones en Cancún. Su viaje duro quince días. Al comenzar la segunda semana de viaje, Helena comenzó a notar que su esposo, perdía movilidad en el brazo izquierdo, y que al caminar presentaba una leve cojera. Al preguntarle si se sentía mal o sentía dolor en sus articulaciones, él le respondió que era un dolor leve que seguramente se debía a “achagues de la edad”. Helena creyó que los dolores se debían a una caída reciente que él había sufrido y también considero que tenía que ver con la edad. Sin embargo al termino de esa semana, ella noto que la movilidad de su esposo se veía mucho más mermada que al inicio de la semana por lo que decidió comunicarse por teléfono con sus hijas -que se encontraban en el Distrito Federal- para compartir su preocupación con ellas. Sus hijas le pidieron que regresaran de Cancún para acudir con un médico para que revisara a su papá. Ese mismo día Helena y José viajaron de vuelta al Distrito Federal, y acudieron a cita médica con un ortopedista, el médico reviso a José y solicito que le tomaran radiografías para observar sus huesos. Unos días después José y su hija Rebeca acudieron al ortopedista a que valorara las radiografías; el medico les comento que el caso de José era algo grave y mucho más complejo que un dolor de huesos. Lo remitió a otro centro médico donde le realizaron diversos estudios, incluyendo una tomografía de cuerpo completo. Dos de sus hijas acudieron con el medico a que valorara las tomografías, ellas recibieron el diagnóstico de su padre que fue “cáncer

*Estudiante de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

metastático”. Momentos después se lo comunicaron a su padre quien al conocer su estado de salud, rompió en llanto. Cabe mencionar que él no era una persona afectada a comentar sus sentimientos, en pocas ocasiones comentaba sus alegrías pero nunca hablaba de las cosas que le causaban dolor.

Al momento de dar el diagnóstico, los médicos comentaron que las opciones médicas disponibles para el tratamiento de metástasis eran solamente para mejorar la calidad de vida del paciente, no con opciones de curación debido a la etapa tan avanzada del cáncer. José y toda su familia se encontraban sumamente tristes, pero con intenciones de hacer todo lo que estuviera a su alcance para mejorar su calidad de vida. Entre los familiares de José hubo más acercamiento que antes de la enfermedad, sus hijos de Guerrero y Estados Unidos viajaron al Distrito Federal para estar con él. Las actividades que José realizaba antes de su enfermedad, ahora las realizaba su único hijo Jesús, quien dejó de estudiar su licenciatura para trabajar en una huerta que era propiedad de su padre. Igualmente dos de sus hijas dejaron de estudiar su licenciatura para cuidar de él y acompañarlo a sus citas médicas. Con respecto a las medidas que se tomaron para mejorar la calidad de vida de José, él tomó algunas sesiones de radiación con la intención de que los tumores redujeran un poco su tamaño; además recibió tratamiento de acupuntura y medicamentos para controlar el dolor tan fuerte que sufría y para poder conciliar el sueño.

Menos de un mes después de recibir el diagnóstico, José se encontraba muy débil. Ya no podía caminar, y le ocasionaba cansancio estar sentado, por lo tanto se encontraba la mayor parte del tiempo acostado, durmiendo. Únicamente se incorporaba para comer, hacer sus necesidades, y en ocasiones para ir a las consultas médicas.

Después de tomar cuatro sesiones de radioterapia, José comunicó a sus hijas que ya no quería asistir a las sesiones, porque sentía mucho dolor al trasladarse al hospital y tenía muchas molestias en su piel, se enrojecía y le ocasionaba picor, además en las últimas sesiones tenía heridas de poca profundidad en su rostro. Sus hijas respetaron su decisión y dejaron de llevarlo a las sesiones de radioterapia. Aproximadamente dos semanas después de abandonar las sesiones, José comenzó a tener problemas para comunicarse, no articulaba oraciones completas, y en ocasiones tardaba mucho tiempo en decir las palabras. Se consultó con el médico la situación y él después de observar una nueva tomografía les comentó a sus hijas que había una tumoración grande en el cerebro de José que muy probablemente ocasionaría convulsiones y también que José perdiera diversas facultades, una de ellas era el habla. Días después de hablar con el médico José sufrió una convulsión muy fuerte, debido a esto fue necesario hospitalizarlo durante más de dos semanas. Al principio de la segunda semana José perdió la capacidad de hablar, sin embargo se encontraba consciente y escuchaba y comprendía todo lo que se le decía. Sus hijas y él se comunicaban de la siguiente manera, ellas le preguntaban o comentaban cosas, y le pedían que parpadeara una vez si estaba de acuerdo y dos si no lo estaba. Cabe destacar que estas “pláticas” que tenían con José eran muy cortas y en ocasiones inacabadas, ya que él casi siempre estaba durmiendo. En una ocasión en que su hija Regina se encontraba acompañándolo en su habitación de hospital, él se despertó quejándose de los dolores tan fuertes que sufría. Con la poca movilidad que conservaba en sus brazos, buscaba quitarse el oxígeno que le

hacía respirar sin tanta dificultad. Su hija al ver eso, volvía a colocarle el oxígeno en su lugar, pero él luchaba con todas las fuerzas que podía y parpadeara dos veces seguidas, con la intención de comunicar que no quería tener puesto el oxígeno. Después de ese incidente, los médicos les comentaron a los familiares de José que su situación era bastante grave, que recomendaban que pasara en casa sus últimos días de vida.

Al recibir esta noticia, su esposa Helena, tuvo muchas complicaciones médicas. Sufrió problemas de tensión arterial muy alta, y glucosa muy alta. Además tuvo problemas de insomnio y ansiedad. Tuvo que hospitalizarse por algunos días y recibir medicación y apoyo psicológico. Cuando José se dio cuenta de que su esposa no lo acompañaba en casa, intentaba quitarse el oxígeno con más frecuencia. Cuando regresó Helena a casa, estuvo cuidando de José mientras él pasaba sus últimos días.

Fue un día en la madrugada cuando José se quitó el oxígeno mientras todos dormían, Helena se dio cuenta de lo sucedido porque escuchó que su esposo tenía dificultades para respirar e intentó colocarle nuevamente el oxígeno. Sin embargo cuando se lo iba a colocar José tomó con poca fuerza su mano y la miró. Ella decidió no colocarle el oxígeno nuevamente porque recordó que todas aquellas ocasiones en que José se lo quitaba, siempre era después de sufrir dolores o convulsiones muy fuertes, así que pensó que él ya no quería sufrir más. José fallece el 2 de Abril a la edad de 69 años un día antes de su cumpleaños número 70.

En el momento del fallecimiento del enfermo, sus hijos no sabían que su madre había tomado la decisión de no ponerle el oxígeno después de que él se lo quitó, así que reaccionaron con pesadumbre y resignación ante su fallecimiento. Fue hasta años después cuando su madre decidió contarles la historia que algunos de ellos se mostraron molestos y dejaron de dirigirla la palabra a su madre, sin embargo algunos meses después todo volvió a la normalidad. Al preguntarle a algunas de sus hijas acerca de la percepción que tienen acerca de lo sucedido con su padre, ellas comentan que la eutanasia debería hacerse legal para aquellas personas que sufren, y que están de acuerdo en que se lleve a cabo siempre y cuando el paciente elija en pleno uso de sus facultades que desea terminar con su vida. Otras de sus hijas comentan que no creen que la eutanasia deba legalizarse ya que piensan que nadie debe terminar con la vida de otra persona, bajo cualquier tipo de condiciones. Respecto a Helena ella considera que la eutanasia no debería de legalizarse, ya que opina que la persona que pone fin a la vida de otra, tiene sentimientos de culpabilidad.

2. MARCO CONCEPTUAL

Causas del problema

Etimológicamente, el término eutanasia proviene del griego *euthanatos* (“buena muerte”), en el sentido de muerte sin dolor. En la actualidad, su significado también es el de “muerte indolora provocada por procedimientos médicos a personas en estado terminal e irreversible, o que están sometidas a un dolor insoportable”. Kraus (1995) menciona que la eutanasia mezcla renglones tan delicados como religión, moral, cultura, la labor del médico, la ley o bien, motivos oscuros como pueden ser litigios económicos y familiares.

El debate en torno a la eutanasia data desde los antiguos griegos, por ejemplo, Hipócrates, en su *Juramento* afirma que no dará ninguna droga mortal a nadie por más que se lo soliciten. Por otro lado Platón dice en *La República*: “Se dejará morir a

quienes no sean sanos de cuerpo". A pesar de que es una temática de debate desde hace muchos años, en la actualidad ha adquirido una gran relevancia debido al incremento de enfermedades crónicas y a que los recursos tecnológicos de los que disponemos aún no son eficaces en la curación de enfermedades como el sida o el cáncer por mencionar algunas de ellas.

En la literatura se consideran clasificaciones de eutanasia:

✓ Por el modo o forma como se realiza, activa (acción encaminada a provocar la muerte) o pasiva (omitir el tratamiento que lleva implícito causar la muerte), Pérez (2008) menciona que la eutanasia pasiva puede revestir dos formas la abstención terapéutica y la suspensión terapéutica, en el primer caso no se inicia el tratamiento y en el segundo se suspende el reiniciado.

✓ Por su intención, puede ser directa (realizar un acto en que deliberadamente se provoca la muerte) e indirecta (la muerte resulta como efecto secundario no pretendido en sí).

✓ Por la voluntad del paciente, puede ser voluntaria (cuando él da su consentimiento) o no voluntaria (cuando no lo da). De acuerdo con Singer (1995) la eutanasia no voluntaria es la aplicación en aquellos seres incapaces de dar su consentimiento, como lo serían infantes incurables o con malformaciones, o adultos, que ya sea por enfermedad, accidente o edad, hayan perdido la aptitud de comprender y decidir acerca de su estado y de su futuro.

Como ya se mencionó con anterioridad la eutanasia es un tema de debate actual en el que se presentan argumentos tanto a favor como en contra. Los argumentos a favor de la eutanasia, entendiendo a ésta como un acto deliberado que causa la muerte con el fin de dotar de calidad de vida al paciente en sus últimos momentos, se centran en la inhibición de un sufrimiento prolongado y aluden a razones humanitarias. Se considera que un adulto consciente de su enfermedad y en pleno uso de sus facultades, y después de varias consultas médicas y reflexión profunda, puede decidir, con plena autonomía, que quiere morir para evitar un deterioro actual o futuro y merece ser ayudado para lograr este fin. En resumen se apoyan en la premisa de una muerte digna (que evita sufrimiento) y en el respeto a la autodeterminación del enfermo.

Respecto a los argumentos en contra de la eutanasia Kraus (1995) menciona los siguientes:

- Religiosos.
- Culturales.
- El peligro de sesgo y abuso.

Los argumentos en contra giran en torno a la premisa de que la vida humana es el valor supremo. Aunque existen algunas atenuantes, todas las religiones prohíben el suicidio asistido - Dios da la vida y sólo él puede quitarla- en aquellos casos terminales algunas son más laxas para facilitar el retiro de apoyo. Sin embargo, estas decisiones son personales y son responsabilidad exclusiva del consejero religioso.

A pesar de que hay diversas opiniones acerca de la eutanasia, en algunos países ya se ha legalizado, por ejemplo en Holanda y Bélgica se permite la eutanasia voluntaria activa. En Australia no se admite este tipo de eutanasia aunque es ampliamente solicitada tanto por los servicios médicos como por los familiares de algunos enfermos, en este país únicamente se

admite la eutanasia pasiva. Al legalizar una forma de eutanasia estos países consideran que el bienestar del paciente es lo primordial y que por ello se respeta y se toma en cuenta su opinión, ya que sólo él puede vivir la situación real, sentir el dolor, formarse un criterio y decidir lo que quiere que se haga con su cuerpo.

En América Latina, tanto en Brasil como en Colombia el Consejo Federal de Medicina (CFM) y el código de ética médica permiten la eutanasia pasiva, en Estados Unidos las leyes autorizan a los médicos a no aplicar o suspender las técnicas reanimadoras a pacientes mayores de edad y con capacidad que se encuentren estado terminal, siempre que estos lo hayan solicitado previamente por escrito, mediante documentos llamados directivas previas (*advance directives*) o por a través de un testamento vital (*living will*).

En México la eutanasia se encuentra sujeta a un intenso debate, ya que las organizaciones de la salud se encuentran con una lógica Bioética, que es una disciplina nombrada de esa manera en 1970 por Van Ressencaer Potter, oncólogo de la Universidad de Wisconsin quien consideró necesaria una disciplina encargada de salvaguardar a los seres vivos incluyendo al hombre; y aunque los países que ya legalizaron la eutanasia también se rigen por esta disciplina, México la utiliza como una forma de manifestar que el derecho a la vida es lo primordial.

Debido a que en nuestro país la eutanasia aún no está legalizada, es considerada como homicidio por el Código Penal mexicano, de acuerdo con los artículos 302 y 312, en los que califica como homicida a todo aquel que prive de la vida a otro o, en su caso, induzca el suicidio. A pesar de no estar legalizada la mayor parte de la población mexicana está a favor de la legalización, pues piensan que no hay peor castigo que morir agonizando o siendo víctimas del ensañamiento clínico. Esto puede comprobarse con los datos obtenidos en el 2005 en una encuesta de Mitofsky en la que se encuentra que el 62.9 % se encuentra a favor y el 31.1% en contra de la eutanasia. Se repitió esta encuesta en 2007 y la tendencia se mantuvo e incluso se acentuó en la población mayor de 50 años.

Se han presentado diversos proyectos para la modificación de la legislación de la eutanasia en nuestro país, uno de los avances que se ha presentado es la creación de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, esta ley tiene el propósito de regular el derecho a una muerte digna, ya que el enfermo terminal en pleno goce de sus facultades mentales puede decidir en qué momento y bajo qué circunstancias renuncia a tratamientos y a cambio recibe los cuidados paliativos. De acuerdo con Sureda (2003) la etapa terminal se refiere al momento en que una enfermedad ha progresado hasta el punto en que los tratamientos disponibles se han agotado o no surten el efecto esperado. Según la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal un enfermo en etapa terminal: es aquel que tiene un padecimiento mortal o que por un caso fortuito o causas de fuerza mayor tiene una esperanza de vida menor a seis meses, y se encuentra imposibilitado para mantener su vida manera natural.

Es sumamente importante respetar la integridad del enfermo terminal en todo momento, además de respetar sus deseos de participar en las decisiones que afecten sus cuidados, para esto sirve el consentimiento informado. Para ello, las autoridades competentes deben proporcionar la información adecuada y completa al paciente con enfermedad terminal en los países

donde sí es legal y puede ser una alternativa la eutanasia, o en el caso de nuestro país la ley de voluntad anticipada.

Ya que para que el paciente tome la mejor decisión es primordial informarlo detalladamente sobre el padecimiento, los diferentes procedimientos diagnósticos y terapéuticos además de sus posibles complicaciones, y de ésta forma pueda decidir sobre su propia vida. Por su parte el médico deberá darle el mejor trato, tomando en cuenta su punto de vista y las decisiones que él quiera tomar respecto a su situación, respetando de ésta manera su autonomía. Aunque hay dos factores que pueden llegar a impedir que se respete la autonomía estos son:

❖ Factores internos: como son enfermedades mentales, padecimientos del sistema nervioso central, que impiden lucidez a la conciencia

❖ Factores externos: que son la falta o distorsión de la información y el engaño emocional.

En estos casos son los familiares que eligen por el paciente. La familia desempeña un papel importante en el proceso de enfermedad y muerte de un ser querido, puesto que ella puede ofrecer un valioso soporte en lo que respecta a la atención integral del enfermo.

La familia es la que de manera más íntima puede conocer al paciente, pues está al tanto de sus temores, sus debilidades, sus proyectos, sus expectativas de vida, su concepción sobre la propia muerte, de manera que su participación es de suma importancia. Los familiares experimentan grandes presiones a la hora de enfrentarse con un diagnóstico, sobre todo cuando este va acompañado de una noticia de muerte. El mismo hecho de no aceptar la propia muerte genera en la familia diversos conflictos personales, que van desde la negación de la realidad, hasta el desesperado deseo de inmortalidad del ser querido.

Las etapas por las que usualmente pasan los familiares del enfermo después de su deceso según Espina (1995) son:

- Etapa de ruptura de antiguos hábitos: La persona comienza a reestructurar su vida, ajustándose a su nuevo entorno, sus nuevas compañías o la falta de éstas.

- Etapa de inicio de reconstrucción de la vida: La persona comienza a seleccionar aquellos hábitos que más se ajusten a su nuevo estilo de vida, modificando la manera en que reorganiza su vida.

- Etapa de búsqueda de nuevos objetos de amor: La persona comienza a sentirse atraída por nuevos medios, personas o lugares en los que depositar sus afectos. No necesariamente se substituye un objeto por otro de la misma naturaleza, es decir una persona puede substituirse por una actividad.

- Etapa de terminación de reajustes: La persona termina de sanar la herida, habiendo encontrado nuevos objetos a los que dirigir su búsqueda amorosa.

El conflicto al que se enfrentan los familiares de personas que padecen una enfermedad terminal, trae como consecuencia desequilibrio emocional, conductual y laboral, que conlleva a un estado crítico, en el que factores de índole educativo, socioeconómico y cultural, intervienen en ella; por lo tanto creemos que la intervención y el apoyo psicológico aliviará el sufrimiento de la familia. Un terapeuta familiar puede ser de mucha utilidad, sus funciones se centraran en:

1. Vehicular la información (médicos- paciente/ familiares).

2. Orientar al personal sanitario.

3. Planificar con los trabajadores sociales las intervenciones necesarias para cada caso.

4. Coordinar reuniones entre equipo médico, trabajadores sociales, paciente y familia.

5. Realizar tratamientos psicológicos pertinentes a cada fase de la enfermedad.

6. Orientar a familiares y amigos a cómo comportarse con el enfermo.

7. Ayudar a la familia a realizar el duelo

En este sentido, la intervención del psicólogo se torna efectiva cuando es capaz de generar cambios en las personas que conforman el grupo familiar que gira en torno al paciente fallecido. Para lograr este objetivo requiere de implementación de algunas estrategias que pueden facilitar la experimentación de este momento crucial de la vida.

Se propone realizar el modelo de intervención propuesto por Espina (1995) el cual está dividido en tres fases:

1. Fase pre-operatoria- El terapeuta ofrece ayuda psicológica en un momento particularmente difícil para toda la familia, transmitiéndoles una actitud respetuosa y empática con sus sufrimientos.

2. Fase post-operatoria- Se enfoca en : mantener la esperanza de los familiares sin negar la gravedad de la enfermedad, hacer ente entre médicos y familiares para transmitir información y apoyarlos, asegurar el descanso y apoyo mutuo entre familiares, convocar a la red social de apoyo.

3. Fase del duelo por la muerte: El terapeuta acompañara a los familiares durante el duelo, les explicara las fases de este así como la duración aproximada.

En la última fase de duelo por la muerte del familiar, se recomienda que los familiares asistan a un grupo de apoyo, ya que estos grupos tienen como objetivos estimular la expresión de sentimientos, ayudar al doliente a comprender sentimientos que emergen y que son normales en el proceso de duelo pero que muchas veces resultan incomprensibles y están contra los principios o valores del oliente, aminorar la sensación de soledad del doliente, promover la comunicación del doliente con sus familiares y demás allegados, propiciar la identificación y desarrollo de actividades positivas para afrontar el duelo, estimular en los dolientes el compromiso de ayudarse a sí mismos en la elaboración del duelo, ampliar la red social del doliente. Como menciona Ospina, (2003) los grupos de apoyo son muy útiles porque fomentan en los participantes del grupo, la expresión de sentimientos, la superación de sentimientos de culpa, el aprender a ser tolerante consigo mismo y el que tenga resignificación en su vida.

Además de recomendar que los familiares asistan a grupos de ayuda para superar el duelo, también se hace extiende la recomendación a los enfermos terminales a asistir a estos grupos ya que estos constituyen uno de los más recientes recursos de apoyo social desarrollados para hacer frente a las secuelas psicológicas y sociales derivadas del diagnóstico y tratamiento de

una enfermedad grave y crónica como es el cáncer. Estos grupos han demostrado su efectividad en pacientes que sufrían diversos tipos de cáncer, en un estudio realizado por Durá, E; & Hernández, S. (2003) indican que el grupo de apoyo, ofrece más ayuda que la familia y los amigos en dos aspectos fundamentales: a nivel emocional y a nivel informativo. El mantener relaciones afectivas cercanas que posibiliten hablar

abiertamente de cualquier tema que les preocupe, que permitan desahogarse en un clima de apoyo y comprensión, y sentirse valiosos como personas, son aspectos que las mujeres perciben que les posibilita el grupo en mayor medida que su familia y amigos. Se mencionó que también a nivel informativo las mujeres consideran al grupo como un medio para obtener información sobre la enfermedad que se ha padecido (tratamientos, consecuencias, posibilidades de curación, etc.) con el objetivo de entenderla mejor y comprender que los síntomas y sensaciones que se experimentan son normales, así como solucionar problemas derivados de ella.

3. PLANTEAMIENTO

Solución del caso

Método o estrategia de solución planteada

Se brindará el acceso al apoyo psicológico necesario para que los familiares del protagonista resuelvan los conflictos que tienen con su madre, se proveerá la asesoría necesaria para que los familiares conozcan más acerca de la eutanasia en el marco legal y ético en México, y se informará sobre la Ley de Voluntad Anticipada, además de proporcionar a la señora Helena el acceso a un grupo de apoyo donde pueda trabajar para modificar el sentimiento de culpabilidad que en la actualidad presenta, estas son las soluciones que se proponen para trabajar con el caso en la actualidad.

También se propone una solución teórica para el caso que sucedió en 1997, se propone que los familiares del enfermo asistieran a talleres en las diferentes clínicas de salud del país donde se les instruyera sobre los cuidados paliativos en un enfermo terminal, ya que en situaciones como la que se plantea en el caso, el enfermo requirió cuidados médicos en su hogar. A la par de estos talleres se recomendaría que los familiares asistieran a un grupo de apoyo donde recibirían apoyo para poder llevar el duelo. Ya que como mencionan Ospina (2003) los grupos de apoyo son muy útiles para fomentan la expresión de sentimientos, la superación de sentimientos de culpa, el aprender a ser tolerante consigo mismo y la resignificación de su vida.

Además de recomendar que los familiares asistan a un grupo de ayuda para superar el duelo, también se haría la recomendación de que el enfermo terminal asistiera a este grupo ya que según Durá y Hernández (2003) estos ofrecen más ayuda que la familia y los amigos en aspectos fundamentales: a nivel emocional y a nivel informativo. En el nivel emocional el hecho de mantener relaciones afectivas cercanas que posibiliten hablar abiertamente de cualquier tema que les preocupe y que además es un tema en común son aspectos que los participantes perciben que les posibilita el grupo en mayor medida que su familia y amigos. A nivel informativo consideran al grupo como un medio para obtener información sobre la enfermedad que se padece (tratamientos, consecuencias, posibilidades de curación, etc.) con el objetivo de entenderla mejor y comprender que los síntomas y sensaciones que se experimentan son normales, así como solucionar problemas derivados de ella.

Aportaciones

Ofrecer apoyo psicológico, de acuerdo con Ospina (2003), para la esposa y trabajar con el sentimiento de culpa, para los familiares solucionar el conflicto con la madre.

4. CONCLUSIÓN

Podemos mencionar que en el proceso de una elaboración de la solución del caso encontramos puntos en contra entre los miembros del equipo, ya que uno de los puntos de desacuerdo son que tanto en la hipótesis 1 como la 3 se propone la información acerca de la eutanasia y la voluntad anticipada, sin embargo en la hipótesis 2 no se propone brindar información acerca de la voluntad anticipada. Otro punto de divergencia entre las hipótesis fue que tanto en la hipótesis 1 como la 2 se propone trabajar con los conflictos ocasionados en la familia a raíz de la eutanasia, mientras que en la hipótesis 3 no se menciona el trabajo con los conflictos familiares previos a la eutanasia. Finalmente en la hipótesis 1 y 2 no se realiza la propuesta de trabajar con la culpa que le generó la eutanasia de Helena sin embargo en la hipótesis 3 sí se realiza esta propuesta. Por otro lado, la divergencia entre la primera y segunda propuesta, radica en que la segunda buscó una solución y explicación de la situación en ese momento y las soluciones que se pudieron tomar en cuenta en el momento en que José se encontraba aún con vida, esto de acuerdo con la literatura, como fueron las emociones presentes al momento de enterarse de la enfermedad, al momento del tratamiento y la emociones que se presentaron cuando José falleció; además de la información que se proporcionó y la que faltó, también se tomó en cuenta la cuestión ética que intervino en el caso de la eutanasia en México y por último las implicaciones psicológicas en tanto a las afecciones de la familia y el tratamiento psicológico al que acudió la esposa; en cambio, la primera propuesta se enfoca en las posibles medidas que se pueden tomar en cuenta actualmente, por lo que estas soluciones tienen vigencia, como son: terapia psicológica a los familiares de José, proporcionarles la información suficiente para que comprendan la eutanasia en general y en México, además de la ley de la voluntad anticipada y por último, permitirle acceso a talleres para que puedan afrontar su duelo.

Existen dos diferencias entre la primera y la última propuesta, la primera es que, mientras que la primera menciona que en la actualidad se puede dar información a los familiares sobre la ley anticipada, la última dice esto pero que se pudo dar cuando José estaba sufriendo la enfermedad. La segunda diferencia está cuando la tercera compañera propone que los familiares y el paciente tomaran un taller para aceptar la enfermedad, ya que de la primera, su propuesta estaba en tomar talleres, pero, los familiares y en la actualidad.

Una diferencia que existe entre la primera propuesta de solución y la última propuesta es que en la primera se menciona que sería conveniente que los familiares del enfermo asistieran con un psicólogo o un tanatólogo para que les ayudara en las emociones que tenían por el momento en el que estaban pasando durante que los familiares cuidaran del enfermo, en este caso de José.

Se pudo lograr llegar a un acuerdo, ya que al llevar a cabo un análisis de las propuestas individuales, se puede afirmar que es conveniente enfocarnos mayormente en la posible solución en la actualidad ya que se considera vigente e incluso se podría llevar a cabo, como es el apoyo psicológico para afrontar la problemática y orientación informativa a toda la familia, acerca de las cuestiones legales y éticas de la eutanasia. Por lo tanto se deja un poco de lado las posibles soluciones en el momento en que José sufría la enfermedad, aunque si se consideró necesario mencionar algunas estrategias como son talleres para enseñar a los familiares cuidados paliativos, además se mencionó la

importancia de proporcionar ayuda psicológica; esto para que en la actualidad lo tomen en cuenta instituciones y familiares que tengan alguna persona con enfermedad terminal.

5. REFERENCIAS

- Berengueras, M. (2006). Eutanasia, crimen o derecho. *Pensamiento y lenguaje universitario*. 35-41.
- Capella, F. (2005). Ética y eutanasia. *La ilustración liberal*. 9, 1-10.
- Casas, M. (2005). Sedación terminal, eutanasia y bioética. *Revista Cubana de Medicina*, 44(5-6).
- Durá, E. & Hernández, S. (2003). Los grupos de auto-ayuda como apoyo social en el cáncer de mama. Las asociaciones de mujeres mastectomizadas de España. *Boletín de Psicología*, 78, 21-39.
- Espina, A. (1995). El enfermo terminal: Asistencia a la familia y el proceso del duelo. *Cuadernos de terapia familiar*, 29, 53-64.
- Garduño, A., Ham, O., Cruz, A., Díaz, E. y Reyes, C. (2010). Decisiones médicas al final de la vida de los niños. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. 67(3), 281-292.
- Gutiérrez, C. (2001). La bioética ante la muerte. *Gaceta Médica de México*, 137(3), 269-276.
- Islas, M., & Muñoz, H. (2000). El consentimiento informado. Aspectos bioéticos. *Revista Médica del Hospital General de México*. 63(4), 267-273.
- Kraus, A. (1995). Eutanasia: reflexión obligada. *La revista de investigación clínica*. 47(3), 145-175.
- Ospina, A. (2003). Los grupos de apoyo: una alternativa para la elaboración del duelo. *Revista prospectiva*, 8, 172-184.
- Pascucci de Ponte, E. (2003). Cuestiones en torno a la eutanasia. *Saberes*. 1, 1-19.
- Pérez, V. (2008). *Eutanasia: ¿Piedad? ¿Delito?*. Madrid: Editorial Limusa.
- Singer, P. (1995). *Compendio de Ética*. Madrid: Alianza Editorial.
- Sureda, M. 2003. Aproximación al enfermo terminal y a la muerte. *Asociación Catalana de Estudios Bioéticos*. En [http:// www.aceb.org/term.htm](http://www.aceb.org/term.htm)