



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y TANATOLÓGICOS
DE LA EUTANASIA**

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
CAROLINA LANUZA GURRÍA

Los Reyes Iztacala, Estado de México

Septiembre 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Gracias a todos y cada unos de los seres que
compartieron, comparten y compartirán
un suspiro de luz que construye cada día
una oportunidad para andar el sendero.

Gracias a mis maravillosos padres
por su apoyo incondicional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	<i>Pág.</i> iv
CAPÍTULO I	
LA EUTANASIA CON BASE EN LOS DERECHOS HUMANOS	1
1.1. Antecedentes	1
1.2. Derecho a la vida	3
1.3. ¿Derecho a la muerte?	5
CAPÍTULO II	
CONSIDERACIONES DE LA VIDA Y LA MUERTE	11
2.1. Visión jurídica	11
2.2. Visión teológica y religiosa	16
2.3. Visión filosófica	20
2.4. Visión médica	24
2.5. Visión tanatológica	27
2.6. Visión psicológica	31
CAPÍTULO III	
ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA EUTANASIA	41
3.1. Las emociones	41
3.2. El enfermo terminal	44
3.3. La participación médica en los enfermos terminales	56
3.4. La importancia de la familia en la toma de decisiones en los casos de un enfermo terminal	59
3.5. Orientación para los seres queridos sobre los posibles trastornos que pudieran presentar en la pérdida	61
CONCLUSIONES	65
BIBLIOGRAFÍA	70

INTRODUCCIÓN

Uno de los temas que resulta interesante estudiar, debido a que se pueden presentar alteraciones psicológicas a mediano o largo plazo es la eutanasia, entendida ésta como la ayuda a morir dignamente. La eutanasia significa la inducción de la muerte sin dolor, en interés del destinatario y supone la reducción de la duración de la vida de un enfermo terminal. Lo cual ha desatado gran polémica, ya que se habla de toda una teoría que defiende la licitud de acortar la vida de un enfermo incurable, para poner fin a sus sufrimientos físicos.

En la mayoría de las ocasiones, se asume que el hecho de dar asistencia médica es suficiente para cumplir con las obligaciones legales del enfermo terminal y sus familiares; olvidando que el factor afectivo es piedra angular para hacer que el enfermo se desarrolle plenamente sin llegar a mostrar alguna alteración severa de la conducta y calidad de vida en el tiempo que le quede, sobre todo en los casos de enfermos incurables y/o con muerte cerebral que han sido mantenidos con vida artificial o sin otra opción que únicamente cuidados paliativos durante un periodo de tiempo bastante largo.

Esto es importante, puesto que no sólo el enfermo puede desarrollar un cambio de conducta sino también sus familiares, quienes podrían sufrir rechazo e incomprensión por parte de las personas que les rodean, incluso por parte del equipo médico. Tanto el enfermo terminal como sus familiares están conscientes de la existencia de una historia clínica deplorable, lo cual hace que sus emociones se manifiesten en este sentido como una grave culpa por no saber cómo transmitirle a los médicos su sensación de dolor o desesperación por la que están pasando a causa de la enfermedad.

No hay que perder de vista que en el caso de los pacientes en fase terminal, resulta sumamente doloroso e innecesario mantenerles con vida, a pesar de que muchas veces ya se encuentran con muerte cerebral y, la vida que se les proporciona no es verdadera y cualitativa, sino mecánica y lastimosa; siendo muchas veces los familiares quienes más sufren. Es indudable que otro factor común en los enfermos terminales, por lo general, es el hecho del debilitamiento ostensible o pérdida total de la capacidad de conocimiento o de pensar; es decir, que la invasión del cuerpo humano aumenta y el diagnóstico sobre la posibilidad de vida cognoscitiva, se torna confuso y debilita.

Es en el núcleo familiar, donde se reciente un permanente desgaste emocional y económico, cuando de un paciente terminal se trata. La familia del moribundo enfrenta un panorama lamentable y sin esperanzas y, muchas veces, sin recursos económicos que les permitan sortear ese grisáceo camino que conduce a la muerte. En fin, que la medicina actual se debate en la paradoja de utilizar sus grandes adelantos, ya sea para salvar una vida o para prolongar la vida de una existencia tortuosa.

Y ante esta realidad científica, se enfrentan los familiares, quienes firman un documento ante las autoridades del centro hospitalario, sin leerlo en muchas ocasiones; donde se autoriza a los médicos del hospital, para aplicar en el paciente todos los recursos técnicos con que cuenten. De esta manera, médicos y familiares caen en la trampa del avance tecnológico, prolongando irracionalmente la vida, emprendiendo con ello, una acción contra la buena muerte, que dificulta el proceso del morir; prolongando la agonía y el dolor, con lo cual incurren los médicos en una responsabilidad ética compleja y difícil de resolver.

Por otra parte, la muerte de un ser querido tiene repercusiones en los familiares sobrevivientes, “implica la muerte del tú ante la vida del otro” (Green, Mora y Roldán, 1992, p. 60); y sin importar la edad, el sexo o causa de su fallecimiento, tiene fuertes repercusiones para los demás integrantes del grupo

familiar. Existen *a posteriori* cambios cuantitativos, ya que la familia cuenta con uno o varios miembros menos; y cambios cualitativos, ya que se modifican sus pautas relacionales, se substituyen o transforman los roles desempeñados y, muchas veces se da un palpable descenso en el estatus familiar, añadiéndose a todo esto los evidentes problemas emocionales que se presentan con todo lo anterior.

También los niños resienten el dramático final de una persona próxima a morir. En el Segundo Congreso de Tanatología y Suicidio, se concluyó que los bebés de dos a cuatro meses, se perturban y deprimen ante una madre seria y sin expresión facial; los niños menores de cuatro años, entienden la muerte como una separación temporal; los niños de cinco o seis años, creen que un muerto puede ver y oír, pero no moverse; los niños entre siete y nueve años, empiezan a entender la muerte como un proceso irreversible; para los niños entre diez y doce años, la muerte es aceptada. Cuando las actitudes del adulto son evasivas, crean confusión, lo cual ocasiona angustia y, en el peor de los casos, suicidio en cualquier etapa de la vida.

También se concluyó en el aludido Congreso, que en las ciudades los enfermos son trasladados a hospitales, donde la comunicación entre el ser querido y los familiares, se modifican debido a: el hecho de los horarios de visita, mantener al paciente conectado a la tecnología de máquinas y cirugía, limitando aún más la participación de la familia.

A diferencia de nuestras comunidades rurales, donde se mantiene la costumbre de atender a los enfermos hasta la muerte dentro de su hogar, siendo el duelo más aceptable y sano, ya que el acercamiento de cada miembro de la familia ayuda a contemplar la muerte como algo natural y aceptarla como parte del ciclo de la vida. De esta manera, los niños participan activamente de estas vicisitudes, viviendo su propio duelo como algo natural y, aprendiendo a aceptarlo como algo que forma parte del proceso normal de la vida.

Dado este entorno, en el ámbito de la psicología la problemática que se plantea es si los familiares presentan alteraciones psicológicas y por ende necesidades tanatológicas durante y después de tomar la opción de aplicar la eutanasia como un derecho a la muerte en el caso de enfermos terminales y/o con muerte cerebral. Esto a su vez lleva a los cuestionamientos siguientes: ¿qué implica la eutanasia?, ¿qué es un enfermo terminal?, ¿es la eutanasia la “mejor” alternativa para este tipo de enfermos? Pues es ahí donde surge el cuestionamiento hacia la “familia” que se enfrenta a la eutanasia, entonces ¿es la eutanasia un factor importante para desencadenar alteraciones psicológicas en las personas involucradas?

Las respuestas que se dan a estos planteamientos son las que precisamente justifican la elección del tema y su investigación, ya que al considerar la eutanasia como vía para la posible “cura” de los enfermos en fase terminal, el estudio pasa a ser parte de la Psicología por las consecuencias emocionales que producirá esta acción en el vínculo o interacción enfermo terminal-seres queridos.

Cabe destacar que se tomó la decisión de desarrollar el tema por las razones que se enuncian a continuación: la primera, es la escasa investigación realizada en México a nivel licenciatura sobre el tema, pues en la bibliografía consultada sólo se encuentran estudios abordados desde la perspectiva legal tanto nacional como internacional. La segunda, va ligada a la anterior, ya que por la falta de autores nacionales que den respuestas a esta problemática, se presenta la necesidad de analizar la eutanasia desde el punto de vista psicológico y sus posibles alteraciones emocionales en quienes la deciden con objeto de expandir el interés sobre el tema y promover la investigación en este campo, así como generar propuestas al respecto.

Particularmente la investigación se sustenta en las tesis sostenidas por Maslow y Freud sobre la vida y la muerte por considerarlas más adecuadas para el objeto que se persigue en este estudio. Sin embargo, también se revisaron otros autores a fin de enriquecer el análisis y proporcionar un marco adecuado para la eutanasia desde el punto de vista psicológico.

El trabajo se dividió en tres capítulos. El primero comienza por explorar la eutanasia con base en los derechos humanos reconocidos por la comunidad internacional y contemplados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Estos principios se estudiaron tomando en cuenta sólo su aspecto legal con respecto a la vida y la muerte y son el punto de partida para demostrar cómo estos derechos son violados a diario, que por derecho natural nos corresponden.

El segundo capítulo se enfoca al estudio de diversos tratadistas y estudiosos acerca de la vida y la muerte. Dichas consideraciones se han apreciado bajo diversas formas de estudio: uno jurídico, otro teológico y religioso, otro filosófico, otro médico y otro tanatológico. Estos enfoques sirvieron de marco para iniciar el estudio psicológico del tema.

El tercer capítulo constituye la parte analítica del trabajo, ya que se dedica al examen de los aspectos psicológicos de la eutanasia, esto con objeto de identificar las características que influyen en las emociones para el desarrollo de una alteración psicológica. Todo esto derivó al análisis de las diversas tesis generadas por los autores que se han dedicado al desarrollo psicológico del enfermo terminal con un periodo de institucionalización, las cuales dieron la pauta para identificar los cambios de la personalidad que pudieran presentar tanto el enfermo en fase terminal como sus familiares en su interacción. De esta manera, se pudo llevar a cabo la propuesta que se persigue en este trabajo: dar una orientación a los seres queridos sobre los posibles trastornos que pudieran presentar en la pérdida.

Como bien se puede observar, el propósito del presente estudio es proporcionar un marco de referencia para que la eutanasia sea tratada desde el aspecto psicológico, ya que hacen falta más investigaciones en esta materia en México. Asimismo, como en los cuidados de un enfermo terminal es necesaria la intervención de un equipo que incluya un trabajo interdisciplinario por parte del equipo médico, psicológico, tanatológico, legal y trabajo social; en un plano más ambicioso, se espera que esta investigación pueda servir a otras disciplinas para que —en conjunto— se llegue a desarrollar, a futuro, un estudio integral sobre el tema.

CAPÍTULO I

LA EUTANASIA CON BASE EN LOS DERECHOS HUMANOS

1.1. ANTECEDENTES

Aunque los derechos del hombre han sido intuitos por el pensamiento filosófico, teológico, político y social desde tiempos remotos, su reconocimiento jurídico constituye un fenómeno relativamente más reciente, producto de un lento y penoso proceso de formulación normativa que ha atravesado por diversas etapas históricas, bajo circunstancias distintas en cada lugar del mundo.

En los tiempos primitivos, no hallamos ninguna consideración social ni mucho menos normativa sobre los derechos del hombre, por más que el hombre ha nacido desde siempre con ellos, pues son inherentes a la dignidad de su persona diferenciándolo de todos los demás. No obstante, inquietudes metajurídicas las encontramos en antecedentes remotos tales como los Diez Mandamientos de Moisés, el Código Hammurabi y las Leyes de Solón.

En los Estados orientales, no encontramos un reconocimiento fáctico ni mucho menos normativo de los derechos del hombre, ya que en tales pueblos, el poder y la autoridad de que estaban investidos sus gobernantes, se consideraba emanación de la divinidad. Tampoco en Grecia y en Roma, aunque el desarrollo político de la polis y la participación ciudadana llegó a un grado de evolución que aún admira a los gobernantes contemporáneos, encontramos una verdadera existencia jurídica de los derechos del hombre como tales (Burgoa, 1984).

Es en el siglo XV, ya en el ocaso de la Edad Media, cuando la escuela clásica del derecho natural representada por Grocio, Tomasio y Puffendorf “inspira la declaración de los derechos del hombre según el estado de derecho moderno” (Terán, 1986, p. 12); porque esta escuela separa al hombre de la divinidad considerándolo individualmente y libre, en un estado propio de naturaleza que le confiere derechos inmanentes a su persona. El pensamiento de dicha escuela clásica *ius naturalista*, se robustece con el método matemático y el principio del *cogito ergo sum* (pienso, luego existo), instaurado por el profundo pensamiento del filósofo, matemático y físico francés René Descartes, y que respondía a la inspiración humanista y racional del renacimiento que ya se vislumbraba en el horizonte histórico de la humanidad.

Es precisamente en este momento histórico, ya con el surgimiento de los tres grandes Estados modernos: España, Francia e Inglaterra, cuando empieza a surgir la normatividad de los derechos humanos, en un proceso lento y doloroso para la humanidad, que abarcará desde el siglo XV hasta mediados del siglo XIX y que aún se sigue gestando en nuestros días.

En España, los derechos humanos se consagraron definitivamente en la Constitución de Cádiz de marzo de 1812; en Inglaterra se dio a través de la práctica reiterada que formó el *Common Law* o Derecho Consuetudinario; mientras que en Francia se integraron como resultado de las necesidades del pueblo francés, que se debatía en el hambre, la ignorancia, la desigualdad social y la inseguridad jurídica, ante la mirada insensible de una monarquía que al amparo de su supuesta emanación divina, perpetraba las más aberrantes vejaciones contra la libertad y la dignidad humanas. Ante tal situación, la penetración del pensamiento *ius naturalista* del siglo XVIII y la circulación prohibida en el territorio francés de la Constitución estadounidense encontró campo fértil en su pueblo que, representado por los más profundos reformadores políticos y sociales de la época, como Montesquieu y Rousseau, rompió los moldes jurídico-políticos monárquicos con una de las revoluciones sociales más cruentas de los tiempos modernos y que culminó con la

declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789, documento que implantó en Francia el sistema democrático, individualista y republicano.

Es así como, la Carta Magna inglesa y la declaración francesa, al legislar formalmente y a nivel constitucional los derechos del hombre, influyeron para que fueran adoptados por los demás países del mundo. El hecho de que el constitucionalismo moderno los haya acogido es de vital importancia, así como su internacionalización a través de las jurisdicciones supraestatales para su defensa, como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, con sede en América.

1.2. DERECHO A LA VIDA

La vida es un hecho biológico, pero no tan sólo eso sino mucho más, es una realidad que se nos presenta, y que en el caso del ser humano, trasciende diferenciándolo de los demás seres vivos, hacia un plano ideal, más allá de la mera existencia física; ya que el ser humano “tiene dignidad personal, es decir, porque es un sujeto con una misión moral” (Recaséns, 1986, p. 36). Dado que la vida del hombre tiene una finalidad en sí misma, no se vive tan sólo por vivir, y esa finalidad tiene un sentido moral y axiológico.

“El derecho a la vida no tiene necesidad de ser reconocido por el derecho positivo, pues no depende de la voluntad del legislador: no es otorgado al hombre por otros hombres, sino que le pertenece por el sólo hecho de existir; sin el derecho a la vida resulta inútil cualquier otro derecho, pues todos ellos son derivados y, en alguna forma, subordinados al derecho a la vida” (Pacheco, 1992, p. 41).

En efecto, si el ser humano no existiera, no existiría tampoco el derecho, por dos razones fundamentales: 1) el hombre es el centro de imputación de los valores, así como de los derechos y obligaciones que contemplan la moral y el derecho; 2)

porque el derecho es una abstracción del pensamiento humano, que tiene su razón de ser en los sentimientos íntimos de justicia del hombre. Es decir, que si la vida está protegida en un ordenamiento jurídico, es porque el hombre la ha incluido por una lógica irreductible de que él es el único personaje del drama jurídico. De tal manera que la vida del ser humano, no es tan sólo el requisito *sine qua non* de todos los demás derechos humanos, sino que es la razón misma de la existencia del derecho. El artículo 3° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, protege este derecho señalando: “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.

Asimismo, el derecho penal de cualquier sociedad que se presuma civilizada, protege el derecho a la vida en un aspecto negativo de prohibir la privación de la misma, bajo la consigna de ser castigado con pena de prisión y hasta con la misma muerte al que lo haga; aunque se reconoce la legítima defensa por un ataque injusto, grave e inminente, y el estado de necesidad. En efecto, la privación de la vida es un delito que se castiga en nuestro Código penal, pues en su artículo 302 señala: “Comete el delito de homicidio el que priva de la vida a otro”.

“El homicidio es la muerte, objetivamente injusta, de un hombre, causada por otro hombre” (Carrancá y Carrancá, 2004, p. 17). El bien jurídico tutelado es la vida humana, pero el fin de la tutela rebasa con mucho el estricto ámbito individual, la vida del hombre es protegida por el Estado no solamente en función del derecho a vivir inherente a su persona individualmente, sino en función también del interés de la colectividad. De tal manera que la vida humana se erige en bien de carácter eminentemente público y social; dado que el elemento poblacional es esencia, fuerza y dinámica de la actividad del Estado, en cuanto forma suprema de organización de la sociedad, que tiene como fin la procuración del bien común.

La tutela jurídica de la vida humana no sólo se limita a la prohibición de privar de la vida a un ser humano, sino que también protege y garantiza el derecho a una vida digna y decorosa. De tal manera que el artículo 25 de la Declaración Universal

de los Derechos Humanos señala en su párrafo primero: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar...”

Por tanto, la vida es un derecho natural del hombre individualmente considerado y, que le pertenece por el sólo hecho de existir, debiendo ser respetado por todo sujeto individual y colectivo, incluyendo al Estado mismo. El ser humano puede disponer de su propiedad, a través de los diversos mecanismos jurídicos como la cesión, compra-venta, e incluso el mismo testamento que es un acto personalísimo e irrevocable por el que puede disponer de sus bienes total o parcialmente, pero no puede hacer lo mismo con los demás derechos naturales que tiene, como la libertad, la seguridad o la vida, toda vez que la ley misma se lo impide. En efecto, nadie puede pactar la privación o el menoscabo de su libertad, ni de su seguridad jurídica y social, ni disponer legalmente de la privación de su propia vida.

El ser humano tiene derecho a vivir, pero también tiene la obligación de vivir, deber que tiene su razón de ser en lo que las potencialidades del ser humano representan para la sociedad. Así, tenemos que el hombre no es un medio para determinado fin, sino que es una finalidad en sí mismo, es decir, el hombre vive para algo, que en términos genéricos es la prosecución de su felicidad; y la finalidad de la vida misma del hombre trasciende más allá de su sola existencia individual. La vida de un ser humano representa una responsabilidad social en cuanto a los roles que representa en la sociedad: como esposa o esposo, madre o padre, como trabajador o patrón, como ciudadano, ya sea gobernado o gobernante.

1.3. ¿DERECHO A LA MUERTE?

Debemos considerar en primer término, que no hay ningún derecho que no sea humano, y que un derecho humano surge, cuando aparece una aspiración que debe ser satisfecha. En este sentido, tales derechos humanos son determinados por las circunstancias históricas y es evidente que la evolución de la ciencia y la

tecnología hace surgir nuevas aspiraciones en el ser humano, pero también problemas y necesidades nuevas; así tenemos que actualmente los avances técnicos en el campo de la medicina, han hecho surgir el dilema de si es verdaderamente legítimo y ético, mantener por medios terapéuticos una vida que ya no existe o no es deseada por quien se encuentra bajo ese suplicio. El derecho obedece a las necesidades humanas y, ésta es una nueva necesidad humana a la que el derecho deberá abocarse, de tal manera que los legisladores deberán replantear tanto el derecho privado como el derecho punitivo, para insertar de la forma que sea procedente la solución a esta nueva necesidad.

Al hablar de derechos humanos, nos referimos a un derecho universal más allá de los límites territoriales de las naciones, toda vez que en cualquier lugar del mundo donde se encuentre un ser humano, deberán establecerse y respetarse irrestrictamente tales derechos. Los Estados modernos del mundo libre y civilizado actual, acogen la mayoría, si no es que todos los derechos humanos en sus Constituciones. La vida, es el derecho humano primordial y requisito *sine qua non* de todos los demás derechos y, razón misma del derecho, como ya lo hemos señalado anteriormente; pero, repetimos esta idea para cuestionar ahora el derecho a morir con dignidad y no estamos sugiriendo que se deba consagrar un derecho de morir por morir, lo cual ya sería un suicidio irresponsable, porque como también ya hemos señalado: el ser humano tiene el derecho a vivir pero también tiene la obligación de vivir, como padre o hijo, como ciudadano y, como habitante de este planeta, con todas las implicaciones morales religiosas y filosóficas que la realidad de la vida nos demanda.

Así como encontramos consagrado el derecho a la vida en el mundo civilizado, también vemos que el derecho a morir con dignidad o los mecanismos legales que lo permitan, no se contemplan. Es uno de los fines del presente trabajo, hacer notar la necesidad de que se regule y se satisfaga esta legítima aspiración humana, que se sustenta en el derecho que tiene el ser humano a

autodeterminarse libremente. Por tal motivo, veamos algunas generalidades de la eutanasia.

Para algunos autores la eutanasia se inicia en Grecia, ya que los griegos fueron de los primeros en aceptar el suicidio, bajo ciertas condiciones. El concepto de eutanasia significa *buena* (eu) *muerte* (thanatos) o muerte tranquila. Sócrates y Platón sostenían que padecer una enfermedad dolorosa constituía una buena razón para dejar de vivir, por lo cual equiparaban al suicidio con una forma de eutanasia. Los romanos, por su parte, consideraban que el enfermo terminal que se suicidaba tenía motivos suficientes para hacerlo, como la manera de liberarse de un sufrimiento insoportable; es decir, como una forma de morir tranquilamente, o sea, un especie de eutanasia, en su sentido etimológico (Green, Mora y Roldán, 1992). Así, griegos y romanos consideraban que la forma de morir constituía la medida del valor final de la vida, en especial para aquellas existencias consumidas por la enfermedad y el sufrimiento. En este sentido, esta creencia no ha cambiado.

En fin, que no es fácil dilucidar hasta qué grado le está permitido a un ser humano disponer de su propia vida; sin embargo si la vida es un hecho biológico, ontológico y axiológico, cuyo misterio representa aún una incógnita para el ser humano, tanto desde el punto de vista científico como religioso, y aún filosófico; la muerte es un hecho aún más contundente e inevitable al que indefectiblemente todo ser humano llegará. El concepto de la muerte entraña desde esta perspectiva dos posturas de una complejidad jurídica diversa, a saber:

- 1) El derecho a disponer de la propia vida, caso en el que el propio sujeto decide privarse de la propia vida, ya sea por sí mismo (eutanasia suicida), o solicitándole a otro sujeto que defina su vida (eutanasia agónica).
- 2) El derecho a morir cuando la vida naturalmente se acaba, sin que ésta sea prolongada por medios artificiales, es el caso de lo que se ha dado en llamar un ensañamiento terapéutico, realizado por el equipo médico, algunas veces

con el consentimiento del enfermo y sus familiares y, otras veces sin la mediación de éste.

No obstante, el problema jurídico que enfrenta cualquier individuo que ayude a una persona a alcanzar sus aspiraciones de morir, es que se expone a enfrentar un juicio penal acusado por homicidio. El problema de si un ser humano puede o no disponer de su propia vida, surgió públicamente en los Estados Unidos de América, país en el que, al lado de un impresionante desarrollo científico-tecnológico en el campo de la medicina, que permite prolongar indefinidamente la vida humana; a su vez ha surgido una mayor preocupación y gran polémica tanto en la comunidad médica como en los familiares de los enfermos que se encuentran en tal situación, de mantenerles la vida muchas veces aún contra su propia voluntad y la de sus familiares. En un primer momento la medicina contemporánea no contaba con un parámetro que le permitiera determinar la muerte clínica de una persona. “En 1968, la escuela de medicina de Harvard publicó un informe en el que definió la presencia de un coma irreversible como una nueva forma de muerte: la muerte cerebral equivalía a declarar a un individuo médicamente muerto” **(Green, Mora y Roldán, 1992). En?**

Sin embargo, se presentaron casos de pacientes inconscientes o comatosos que no reunían los requisitos de muerte cerebral a que se refería el informe de la Universidad de Harvard y que, sin embargo, eran mantenidos vivos a pesar de que su sistema nervioso central había sufrido ya daños irreversibles. Pero tal situación habría de cambiar en 1975 a raíz del caso Queenland: Karen Ann Queenland ingirió droga y alcohol con el estómago vacío cuando aún contaba con 21 años de edad, entrando en un estado de coma que fue definido como vegetativo, crónico y persistente, del cual no se recuperaría jamás; el padre de Karen iniciaría una larga serie de procedimientos ante las cortes norteamericanas a fin de obtener el permiso para desconectar todos los aparatos que mantenían a su hija viviendo artificialmente.

Inicialmente, el juez Robert Muir del Tribunal Supremo de Morristown, New Jersey, rechazó la solicitud del padre de Ann Karen; el señor Queenland tuvo que recurrir al Tribunal Supremo de New Jersey en 1976. En este caso el padre de Karen obtuvo previamente la tutela de su hija y, en su carácter de tutor, alegó el derecho constitucional a la intimidad, es decir, que si su hija tuviera un momento de lucidez, en ejercicio de ese derecho aceptaría morir.

El Presidente de la Sala del Tribunal Supremo de Nueva Jersey aceptaba el derecho a la intimidad esgrimido por el padre de Karen, y autorizando a los familiares para que, de acuerdo con una comisión ética del hospital, desconectarán los aparatos que mantenían con vida a la paciente.

Se asentó así un precedente legal en los Estados Unidos, que sostiene que: cuando los médicos y familiares estén de acuerdo en suspender el tratamiento al enfermo terminal, no tienen que recurrir a los tribunales para solicitar el derecho a tomar una decisión tan personal e íntima.

En 1977 tres diferentes tribunales accedieron en tres casos distintos a que se desconectarán los aparatos de pacientes que se encontraban en similar situación y, en ese mismo año, se legalizó el derecho a morir en los estados de Arkansas, California, Idaho, Nevada, Nuevo México, Carolina del Norte, Oregon y Texas.

Legislaciones de diversos países del mundo han legalizado la eutanasia indirectamente, atenuando la penalidad por presunto homicidio en estos casos particulares, a un nivel visible, como por ejemplo: los códigos penales suizo y danés de 1942 y 1930, castigando a quien proporcione una muerte benéfica, con una pena mínima de 3 a 60 días de cárcel; el Código Penal de Letonia de 1933 y el proyecto checoslovaco de 1926, reducen hasta 2 semanas la pena a quien ayude a morir a alguien; los códigos penales de Uruguay, Colombia y Perú establecen la facultad de los jueces para exonerar de castigo a quien ayude a morir a alguien por móviles

altruistas y de piedad; el proyecto alternativo alemán sobre eutanasia de 1986, despenaliza en casos especiales la eutanasia.

Merece especial atención el caso de Holanda, por cuanto a que representa un ejemplo del peligro de aceptar abiertamente la eutanasia; el proyecto gubernamental holandés de 1986 acepta totalmente la eutanasia, sin embargo, en este país se ha pasado de una mera eutanasia a la criptanasia (que es el auxilio ya no familiar sino médico a morir, aún sin el consentimiento de los familiares); y vemos que en Holanda “es frecuente que se deje morir a los recién nacidos minusválidos, denegando operaciones de enfermedades congénitas del corazón a niños con síndrome de Down, negándose a anestesiarnos, o negándose a implantar marcapasos a pacientes mayores de 75 años o a tratar de edema pulmonar a ancianos sin parientes cercanos” (Pacheco, 1992, p. 47).

De tal manera que, en los Estados Unidos y Holanda ya existe legislación que aprueba el derecho a morir y, nos preguntamos ¿existe este derecho en la legislación mexicana? Pero este caso lo abordaremos en su oportunidad en el Capítulo II del presente trabajo.

CAPÍTULO II

CONSIDERACIONES DE LA VIDA Y LA MUERTE

2.1. VISIÓN JURÍDICA

Desde la lejana y profunda perspectiva del *iusnaturalismo*, encontramos que la vida es contemplada como un derecho primordial, aunque por lo que respecta a la muerte el derecho natural sigue aún dominado por los aspectos religiosos.

Independientemente de lo anterior, la vida y la muerte en nuestro derecho positivo, son contempladas desde la cúspide de la Constitución, así como en nuestro Derecho Civil y Penal. Por ejemplo, el *Nasciturus*, que no ha nacido pero que ya ha sido concebido, es protegido por nuestra legislación civil, incluso le da la capacidad de heredar y de recibir donaciones. También es contemplada la muerte civil, que en nuestra legislación común se conoce como la presunción de muerte del ausente.

La vida y la integridad corporal también es protegida enérgicamente por nuestro derecho punitivo, así el Código Penal en sus capítulos I y II del título primero, castiga desde una lesión simple o calificada, hasta el homicidio o privación de la vida; protegiendo asimismo al no nacido en el capítulo V, sancionando severamente el aborto y, al recién nacido en la figura típica del infanticidio que contempla el artículo 126, del mismo ordenamiento.

Por lo que respecta a la muerte debemos considerar que jurídicamente, en nuestra legislación penal (art. 127), un médico que por razones humanitarias auxilie a un paciente que se encuentre desahuciado y lo que podríamos llamar en una fase

terminal, comete homicidio y se le impondrá prisión de dos a cinco años. O también se expone a que su conducta se adecue a la figura típica de inducción o auxilio al suicidio, tal y como lo contempla el artículo 142 del Código Penal vigente y que sanciona tal conducta con una pena de uno a cinco años de prisión; señalando tal precepto una pena más agravada si el auxilio fuere prestado al grado de realizar el propio agente la muerte de la persona auxiliada o inducida, con una pena de cuatro a diez años de prisión. E incluso se agrava la pena con las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas, si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciere enajenación mental, conforme a lo señalado por los artículos 128 y 134 del mismo ordenamiento, que imponen una pena de veinte a cincuenta años de prisión.

Conforme al artículo 15 de nuestro Código Penal vigente, delito es el acto u omisión que sancionan las leyes penales, por lo que el delito es ante todo una conducta que puede consistir en un hacer o en un no hacer. En el caso de ayudar el agente a un enfermo terminal a bien morir, esto lo puede realizar por medio de actos encaminados a privarle de la vida o auxiliarlo para tal fin, en el caso por ejemplo de proporcionarle venenos letales, ante tal situación quien prestara tal ayuda en esta forma, podría enfrentar un juicio penal por homicidio calificado, toda vez que se encontraría en la hipótesis de la calificativa de premeditación; por otra parte, puede también la persona que se encuentre en tal hipótesis de ayudar a alguien a morir, realizar la conducta por medio de un no hacer, consistente por ejemplo, en suspender los tratamientos médico-quirúrgicos que podrían prolongarle la vida, encontrándose entonces la hipótesis de un delito por omisión.

Es importante, en cuanto a la eutanasia se refiere, distinguir las formas en que se puede realizar y, así tenemos:

- a) La eutanasia activa.- que es la acción encaminada a procurar la muerte del enfermo terminal, facilitándole los medios para lograrlo.
- b) La eutanasia pasiva.- que es la renuncia a la prolongación artificial de la vida.

- c) La eutanasia directa.- que es el acto deliberado para provocar la muerte.
- d) La eutanasia indirecta.- cuando la muerte adviene como un efecto secundario.
- e) La eutanasia voluntaria.- cuando el paciente ha expresado su voluntad de morir.
- f) La eutanasia involuntaria.- cuando no es posible contar con la decisión del paciente.

Ha surgido una nueva terminología debido a los avances tecnológicos en el campo de la medicina:

- a) La distanasia.- que consiste en prolongar la vida sin esperanzas, fundamentalmente por dos razones: por avanzar en el campo de la experimentación científica, o por móviles de carácter económico, ya que tanto las instituciones médicas privadas como los fabricantes e investigadores en el campo de los medicamentos, se benefician con los prolongados tratamientos de muchos enfermos.
- b) La adistanasia.- que es el dejar de proporcionar los medios para vivir o prolongar la vida innecesariamente, respetando el proceso natural del morir.
- c) La ortotanasia.- que consiste en respetar el momento natural de la muerte sin adelantarlo ni prolongarlo.

Desde la óptica del derecho punitivo, la eutanasia activa, directa e involuntaria, está prohibida por la ley bajo la amenaza de severas sanciones penales, siendo por demás improcedente éticamente; pudiendo resultar muy peligrosa si es aceptada en un sistema totalitario o fascista, como sucedió en la Alemania nazi, ya que quienes instruyeron el juicio de Nüremberg, no encontraron

ninguna causa de justificación o atenuante penal a favor de quienes practicaron la eutanasia, que por lo demás se ajustó a la hipótesis que contemplamos.

La eutanasia pasiva e indirecta, es tolerada legalmente y no es rechazada por la moral. En nuestro Código Penal, atendiendo a lo señalado en su artículo 72 que señala que para la imposición de las penas se atenderá a los móviles que llevaron al delincuente a cometer el delito, podríamos pensar que este fundamento serviría para alegar que el móvil de piedad que indujo al agente a auxiliar a alguien a morir, es causa suficiente para pedir una atenuación de la penalidad. Pero en la práctica esto sería muy difícil de hacerse valer en un juicio penal, toda vez que sería difícil demostrar tal móvil, ya que los dictámenes médicos serían muy discutibles y objetables por el ministerio público, quien aparte de tener el monopolio exclusivo del ejercicio de la acción penal, es también parte en un proceso penal en representación de los intereses de la sociedad.

Por lo que sería necesario y deseable, que se legislara en tal sentido, introduciendo en el Código Penal mexicano una figura típica que se adecue a la conducta que venimos comentando. Cabe señalar que en el mes de diciembre de 2005 el grupo parlamentario del Partido de la Revolución Democrática (PRD) logró poner a consideración del pleno del Senado de la República una iniciativa de ley para despenalizar la eutanasia a nivel nacional. Este proyecto, denominado “Ley de Terminación de Vida”, contempla todos los aspectos relativos a un asunto tan polémico como es el de la eutanasia. En la iniciativa están previstas todas las alternativas posibles para evitar el sufrimiento físico de los pacientes. La propuesta toca la llamada eutanasia activa, que es cuando un enfermo es ayudado a bien morir por un médico, quien le inyecta la sustancia letal que le causa la muerte. También incluye el suicidio asistido, que es aquel en donde el propio enfermo es quien se inyecta la sustancia letal. Contempla asimismo la eutanasia pasiva, que es aquella que consiste en ya no darle tratamientos, suspender los tratamientos que se le están dando al enfermo o en caso de llegar a un paro cardio-respiratorio, se evitan

medidas heroicas que consisten en tratar de salvarle la vida o si está conectado a un aparato que lo esté manteniendo con vida, consiste en retirárselo.

La propuesta también considera la creación de una Comisión Nacional de Bioética que decidiría quiénes cumplirían con los requisitos para bien morir. Esto significa que de aprobarse la iniciativa, no todos los enfermos terminales serán candidatos a la eutanasia. Dicha Comisión decidirá, primero, si se trata de un enfermo terminal mortal, y después de cumplir muchos requisitos, sólo si cuenta con un plazo de vida máximo de seis meses, tendría el derecho médico y legal de acelerar su muerte.

Por lo antes expuesto, vemos que aunque ya hay un avance todavía queda mucho por recorrer en materia legal en nuestro país para legalizar la eutanasia. No obstante, debemos mantener la alerta sobre las desventajas que se derivarían de la legalización de la misma, ya que el derecho no puede dejarse influenciar por la moda o corrientes pasajeras, ni mucho menos por las presiones de grupos que sólo buscan consignas políticas o que perciben concepciones utilitaristas o se guían por un sentimentalismo no razonado.

El derecho debe defender la ética médica y, debemos considerar también que éste se sustenta en el respeto irrestricto a la vida y, que la medicina se sustenta en el juramento hipocrático de también mantener la vida por sobre todo, siendo que una desventaja de tal legalización sería también que se eliminaría la posibilidad de que el paciente responda a un tratamiento o se beneficie por uno nuevo en fase terminal o, que se recupere por la confianza en su médico y llegue a una aceptación y esperanza.

Otra desventaja que ven quienes se oponen a tal legalización es que se reducirían los incentivos para mejorar las terapias, tratar de curar lo incurable y progresar en medicamentos. La legalización crearía asimismo sutiles o claras

presiones para ejercer un derecho que traería sentimientos de culpa al enfermo que quiere vivir y a sus familiares.

Por otra parte, arguyen quienes se oponen a la legalización de la eutanasia, que la vida es un bien jurídico fundamental, tutelado por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, basada en los valores fundamentales de libertad, igualdad y solidaridad; siendo que la prohibición de privar de la vida no puede relajarse ya que esto podría derivar en lamentables abusos y errores. Señalan, que si se legalizara sólo debería admitirse el suicidio o el rechazo a la terapia, mas nunca comprometer a otros; siendo que el consentimiento de la víctima no es causa justificante del matar, ni el motivo de piedad.

También añaden que el derecho debe fomentar la tranquilidad, la armonía y la paz social, por lo que la eutanasia añadiría una dosis de violencia; y es de hacerse observar en esta objeción, que si bien es cierto lo anterior, ésta es una verdad parcial, toda vez que también es cierto que el procurar a un paciente encarnizamientos terapéuticos muchas veces contra su voluntad y, por móviles económicos-utilitaristas de los hospitales privados, también es una forma de violencia que se encuentra muy debajo ética y moralmente de los principios que sustentan la vida.

2.2. VISIÓN TEOLÓGICA Y RELIGIOSA

La teología es el estudio teórico de Dios y de sus atributos, el primer atributo de Dios es la vida, pues además de que Dios se considera ha existido desde siempre, desde el ayer incognoscible que se pierde en la larga noche del universo, también Dios sólo es cognoscible por el ser humano a través de la creación, de la permanente manifestación de la vida. Dios representa una vida más amplia que la efímera vida humana, la cual *Él* da, la vida de Dios es eterna; y el ser humano vence el temor a la muerte a través de la fe que se insufla en su alma con esta creencia en la vida

eterna, con la certeza de que su vida no es solo biológica y física, sino que también posee un alma que se separará de su cuerpo; y que más allá de la angustia y felicidad temporal de su vida y del mismo dolor de su muerte, su alma llegará a un paraíso prometido donde seguirá creciendo y nunca morirá, porque esta fue creada a imagen y semejanza de Dios.

Desde un punto de vista teológico, Dios es sólo vida y no se puede considerar a la muerte como uno de sus atributos; pues la muerte es tan sólo una cesación transitoria y momentánea de la vida biológica, que abandona el despojo mortal para regresar hacia su origen: Dios.

Así tenemos que teológicamente, la vida de Dios y vida que *Él* crea tiene un concepto definido; pero no sucede así con las religiones, ya que éstas tienen conceptos diferentes entre sí de la forma en que se desenvuelve la vida: las religiones orientales consideran a la reencarnación; en tanto que la religión católica o judeo-cristiana considera que el alma va a un paraíso y, al menos en la práctica los clérigos del catolicismo rechazan la idea de la reencarnación.

Sin embargo todas las religiones del mundo invariablemente contienen el concepto de la vida eterna a través del alma y, de la brevedad y ensueño transitorio de la vida biológica. La difusión de toda religión empieza a través de la vida de los profetas y de la llegada del hijo de Dios: Jesús en el cristianismo, Krishna en el hinduismo y, Mahoma en la religión musulmana; han sido enviados por su padre Jehová, Visnú y Alá, respectivamente, del plano celestial a este plano terrenal para cumplir la misión de dar a conocer a los hombres las leyes de su padre.

Pero si bien la religión infunde en el ser humano fe para vivir y resignación ante el sufrimiento de la enfermedad y la muerte, también lo llena de temor ante el castigo que le deparará el quitarse la vida por sí mismo, pues sólo Dios que se la dio puede hacerlo. De ahí que San Agustín en el siglo XIV describió al suicidio como “detestable y abominable perversidad” (Green, Mora y Roldán, 1992, p. 61). En

efecto, ha sido tan severa la postura de la Iglesia Católica ante el suicidio, que se les negaba la celebración funeraria a los suicidas, de quienes se considera que han cometido un acto que contraviene la voluntad de Dios.

En el siglo XVIII, Santo Tomás de Aquino sentenciaba que “el suicidio no sólo es pecaminoso por violar el sexto mandamiento, sino que también el más peligroso de los pecados, ya que no deja tiempo para el arrepentimiento” (Green, Mora y Roldán, 1992, p. 61). Sin embargo durante el renacimiento, con el intenso desarrollo de las ciencias, las artes, los grandes descubrimientos, así como el gran auge del racionalismo y el individualismo, se robustece el concepto del hombre en sí mismo. Así, los pensadores renacentistas apoyan lo que desde la antigua Grecia se conocía como la muerte dulce o muerte justa, considerando como legítimo el derecho a privarse de la vida ante el dolor y sufrimiento de una enfermedad que no tiene remedio.

Así tenemos que Montaigne observó que “la muerte voluntaria es la más justa” (Green, Mora y Roldán, 1992, p. 62); en 1516 Sir Thomas More apoya la muerte dulce o eutanasia; en el siglo XVII el Canciller Inglés Francisco Bacon se pronuncia en el mismo sentido; así como David Hume con su ensayo sobre el suicidio. Ya en pleno siglo XIX Shopenhauer escribe: “cuando el terror de vivir es más espantoso que el de morir, es normal que el hombre ponga fin a su vida” (*Ibíd.*)

Por tanto, los valores, las aspiraciones, las angustias y la praxis cultural de un pueblo, se dan cita con mayor fuerza y contundencia en el hecho de la muerte. Y en este aspecto, la religión desempeña un papel muy importante como sustrato o esencia de la conciencia colectiva.

Es de gran relevancia en nuestra cultura latinoamericana, la opinión de la Iglesia Católica por el gran porcentaje de feligreses que congrega tal iglesia en América Latina. Al respecto la Declaración sobre la Eutanasia de la Congregación para la Doctrina de la Fe de la Iglesia Católica Romana, emitida en Roma el 5 de

mayo de 1980 señaló que: “ante la inminencia de la muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo, las curas normales de vidas al enfermo en casos similares” (Jurídica, 1994, p. 12). De tal declaración podemos observar, que la iglesia deja entrever un sí a la ortotanasia y a la eutanasia pasiva que ya hemos estudiado en el apartado anterior.

Sin embargo, resabio de la religión judeo-cristiana es la noción de sufrimiento como un hecho meritorio y purificador que prepara al ser humano para la vida después de la muerte, garantizándole en mucho el paraíso prometido. Al cristiano se le llama y se le da la gracia para morir con Cristo y de esta forma el suceso cotidiano de la muerte de un ser humano, queda elevado a los misterios de Dios. En las palabras de Jesús en la cruz, se expresa lo más bajo o humano y lo más alto o divino de su muerte, cuando dijo: “Dios mío, Dios mío, ¿por qué me has abandonado?”; “Padre, en tus manos encomiendo mi espíritu”.

Se conoce generalmente poco, aún entre los católicos, la abundante legislación judeo-cristiana, pensándose erróneamente que ésta se limita al Decálogo; en la legislación hebrea se condena reiteradamente el acto de matar por cualquier motivo, así tenemos que el Código Judío más reciente, Code of Jewish Law (1927), señala que: “aun cuando a alguien se le prolongue la agonía y esto cause aflicción al paciente y a su familia, permanece la prohibición de acelerar su muerte” (Pérez, 1989, p. 62).

El máximo representante de la Iglesia Católica en el mundo, el Papa Juan Pablo II, señaló en la encíclica titulada “El evangelio de la vida”, una denuncia contra el aborto y la eutanasia, siendo esta encíclica una última voluntad del sumo pontífice y su testamento teológico e intelectual, que a modo de dique o valladar oponible ante sus futuros sucesores, pretende reafirmar su postura tan ortodoxa ante las realidades del mundo actual. Quizá esta actitud se deriva de la división que existe

actualmente en la Iglesia Católica, entre aquellos sacerdotes que piensan que la iglesia debe adaptarse a las ideas modernistas del siglo XXI para poder salvarse y, los que como Juan Pablo II, están realmente convencidos de lo contrario, siendo que aceptar ideas tales como la eutanasia limitada, significaría la desintegración y destrucción de la Iglesia Católica.

2.3. VISIÓN FILOSÓFICA

Aunque pudiera pensarse lo contrario, la vida humana no fue objeto de una reflexión filosófica sistemática, sino hasta tiempos más recientes, de lo que ha ocupado tal tema a la religión y al derecho. Fueron Ortega y Gasset en 1914 y Heidegger diez años después, quienes empezaron analizar a la vida como una estructura óptica peculiar y distinta de las demás, que venía estudiando la ontología (teoría del ser o teoría del ente), las cosas y los valores.

En efecto, bajo la óptica de la metafísica realista o idealista, hasta sus formas de expresión más depuradas en Aristóteles y Kant respectivamente, la teoría del ente consideraba a las cosas y a los objetos ideales o valores, como estructuras ópticas que respondían a las preguntas ¿qué existe?, ¿quién existe?, quedando confusa e imprecisa la reflexión filosófica científica de un ente ya percibido pero no plenamente explicado: la vida.

Ortega y Gasset (Recaséns, 1986) empieza a intuir ya en sus meditaciones del Quijote, que las cosas son en cuanto los seres humanos actuamos y pensamos en ellas, es decir, las cosas existen en función de que las percibimos; y por otro lado, los valores “no son” sino que valen y, valen en la medida que los seres humanos les damos un valor; en efecto, “es el hombre la instancia de cumplimiento o incumplimiento de los valores. Y, por tanto, ...los valores se realizan en la vida humana” (*íbid.*, p. 73).

Gasset (Recaséns, 1986). tiene su originalidad en su concepción de la razón vital, que rechaza el racionalismo exagerado y el idealismo irracional; y ya empieza a observar la estructura óptica de la vida a la luz de esta razón vital, que se aleja de la división filosófica ortodoxa entre realismo o idealismo. Este genial filósofo español sintetiza este nuevo concepto de la existencia, en su famosa formula “yo soy yo y mi circunstancia”.

Esta tesis de Gasset, que busca una lógica de la vida más flexible, alcanza su cenit en el pensamiento de Martín Heidegger, con su nueva formulación de la fenomenología de la existencia; este notable filósofo alemán, discípulo de Husserl, es más extenso que Gasset para definir la vida, pero lo hace en sus mismos términos: “vivir es estar en el mundo; y tan necesarias son para mi existencia y en mi existencia las cosas con que vivo, como yo viviendo con las cosas” (García, 1976, p. 38).

Así nos encontramos que la vida no es igual en los demás entes, los que poseen en su existencia dos cualidades fundamentales: el ser ya y, la identidad. Es decir, una cosa como por ejemplo el triángulo, es ahora, existe y existirá siempre como tal su concepto o logos; en tanto que la vida no es ahora, porque la vida no es igual por ejemplo, en 1520 que en 1633. Por otro lado, la vida no puede tener la identidad que revisten los demás entes, porque la vida es constantemente variable.

La vida es el ente supremo sobre los demás entes: porque es determinante de todo lo demás y nunca determinada como lo son los objetos físicos e ideales; porque contiene en sí misma la seguridad de su existencia, es decir, sabemos que vivimos, siendo que los demás entes no tienen esta seguridad o conocimiento de su existencia, el triángulo como tal no se conoce existiendo y está sujeto a las Leyes Universales de las Matemáticas y la Geometría; porque además la vida, es el único ente que se interesa por sí misma, de ahí su no indiferencia.

De tal manera que la vida es el ser absoluto y auténtico, la realidad fundamental y condicionante de todos los demás entes ónticos; la vida humana no está en el mundo como los demás objetos, pues este sería el concepto biológico de la vida y, desde un punto de vista filosófico son los objetos los que están en la vida y se adhieren a ella conformándola: determinándola hacia un quehacer, que nos mantiene ocupados y preocupados, a diferencia de los demás entes, que no se ocupan ni se preocupan por sí mismos ni en un quehacer.

Este quehacer que nos ocupa y preocupa, deriva en que la vida es no indiferencia porque se interesa por sí; de ahí la angustia humana, que oscila entre la ansiedad de ser y la de no ser: el temor de la muerte.

Y si la vida en su aspecto filosófico, es un quehacer que trasciende más allá de vida biológica que sí está en el mundo; es de capital importancia definir si la vida es libre o determinada, es decir: ¿sigue su curso la vida libremente o existe un destino efecto de causas anteriores? Y aquí encontramos una de las grandes contradicciones que contiene la vida y, que solo a través de las mismas podemos definirla: la vida “nos es y no nos es dada” (García, 1976, p. 28), porque en efecto, ¿cómo es posible que algo que ya se nos dio tenemos que hacerlo?, nos encontramos viviendo con la vida ya dada pero tenemos que hacerla, por lo que la vida, nuestra vida, tiene que ser libre y no determinada, porque esta sería la única razón lógica de tener que hacerla.

La vida es libre y no determinada a diferencia de los demás entes, en los que sí se conocen por medio de Leyes Universales los efectos que producirán ciertas causas, por ejemplo, sabemos que si sometemos un metal al fuego se dilatará, o que los objetos son atraídos por la fuerza de la gravedad; pero no sabemos qué sucederá con un ser humano cuando nace, la vida humana es maravillosa pero impredecible.

Y si la vida humana es trascendente, ¿por qué no lo ha de ser su fin?, también la muerte trasciende más allá de lo físico y de la mera existencia individual; pues cuando un ser humano muere, quedan en el mundo presente sus familiares y amigos, sus deudas o su herencia; y más allá en el futuro, se puede pensar en el paraíso que nos prometen las religiones. Pero entonces, si el acto de vivir es determinante y libre, podemos llegar a la conclusión de que el acto de morir también podría serlo. Porque vista la muerte filosóficamente, no es algo aislado de la vida misma, sino tan sólo su final: por lo que la cesación de la vida puede también en un momento dado decidirse por quien la posee. Esto independientemente de la religión y, podría llegar a concretarse jurídicamente.

Karl Jaspers (Recaséns, 1986) diferencia la existencia entre la empírica y la trascendente: empíricamente, la muerte es una situación límite, una frontera existencial opaca que no se deja dominar por el espíritu, una pared contra la cual se choca sin remedio, sin escapatoria; la existencia trascendente, espera una probable inmortalidad personal, al curso de la cual nuestra experiencia actual prosiga. El combate ante la opacidad de la muerte, vista desde la existencia empírica y la transparencia de la muerte, vista desde la trascendencia, constituyen a la vez, un riesgo y una incitación existenciales.

Para los existencialistas denominados humanistas, la muerte es finitud absoluta y esencial. No hay acabamiento ni totalidad de la vida, el hombre no puede jamás llegar a ser dueño de su existencia, porque la muerte no viene de dentro, de nuestra suprema posibilidad. El hombre es un ser-para-la-muerte. De tal manera que la muerte es la posibilidad más auténtica y más extraña a la vez, porque el ser humano no la desea y, la cree al extremo de su vida; sin embargo, está en todos los instantes de su vida, desde el mismo acto de empezar a vivir. Puede tratar de olvidarla, encubrirla bajo disfraces religiosos, someterla al tratamiento estético de su espera. Es igual, ahí está.

Para Heidegger (Recaséns, 1986) la vida auténtica sólo será aquella que viva en espera de la muerte mirándola cara a cara. Sólo entonces nuestros actos, serán actos liberados de este miedo y habremos alcanzado una trascendencia de libertad. Esta casi alegría que pregona Heidegger es rechazada por Sartre, para quien la muerte es un absurdo existencial, que no concede sentido a la vida, ya que al cortarla brutalmente cierra la posibilidad de un proyecto de vida, que desarrollado hubiese logrado un sentido más auténtico.

2.4. VISIÓN MÉDICA

Las consideraciones de carácter médico sobre la vida y la muerte, se circunscriben al aspecto bio-psíquico del ser humano; tan trascendente como el aspecto filosófico, teológico y religioso, que nos revela un mundo aun misterioso y maravilloso, que a cada descubrimiento va sorprendiendo a los científicos.

El mismo origen de la vida biológica sigue siendo un gran misterio y objeto de profundas investigaciones en el campo de la medicina, la bioquímica y la genética. Los asombrosos adelantos científicos que se han obtenido en el campo de la ingeniería genética, si bien son una gran esperanza en su aplicación a la botánica, zoología y entomología, para solucionar el problema del hambre en el mundo, también causan temor los recientes experimentos de inseminación artificial humana, así como la clonación en seres vivos, mismas que podrían degenerar a las especies y muy en especial y con grave riesgo a la especie humana.

Por otra parte, también nos encontramos ante el hecho de que a pesar que el ser humano no ha logrado descifrar los complejos misterios de la vida, sin embargo un vertiginoso desarrollo científico-tecnológico en el campo de la medicina ha logrado prolongar y mantener la vida en los seres humanos, a pesar de que muchas veces se trata ya tan sólo de una vida vegetativa. Desde un punto de vista biológico, sería de suponerse que aunque se trate de vida vegetativa en que existe una casi total ausencia de las facultades psico-motrices, la vida existe biológicamente, toda

vez que para la biología como tal la vida existe si un ser vivo aún muestra irritabilidad, es decir, reacciones a los cambios del ambiente; también existe la vida si sigue creciendo y es capaz de desarrollarse; e incluso si aún es capaz de reproducirse.

Por lo que el problema de la vida que se mantiene artificialmente, no puede analizarse tan sólo desde la perspectiva de la ciencia biológica pura, por las siguientes razones: porque la vida prolongada artificialmente, muchas veces, el ser humano sometido ya no la desea tanto por el dolor o sufrimiento inútil que de cualquier manera lo llevará irremisiblemente a la muerte; así como por la angustia y gastos económicos sumamente onerosos que tienen que erogar los familiares del paciente por estos tratamientos artificiales.

El problema a que aludimos, es un problema médico y humano, pero humano no desde la perspectiva biológica, sino en toda la dimensión de la vida humana, filosófica, teológico-religiosa y jurídica. Toda vez que solamente a través de una legislación adecuada se podría resolver este problema, de una forma digna y justa, en que se pudiera permitir que un ser humano renuncie a una vida que realmente ya no lo es social ni humanamente; ya que si un ser humano no puede trascender su existencia a través de la gratificación emotiva que le pudieran proporcionar sus relaciones interpersonales: ¿qué caso tiene mantener esa vida que ya no se desea, que ya no proporciona felicidad al que la posee y, que lastima a los seres cercanos que aman a esa persona?

Ya hemos visto cómo es que desde la perspectiva médica, se considera según los estudios de la Universidad de Harvard, que la muerte clínica de una persona sucede cuando el cerebro ha perdido sus funciones vitales, es decir, cuando se presenta la muerte cerebral. Pero también es de esperarse que este concepto tendrá que cambiar, ya que muchas veces se presentan casos de pacientes terminales en los que no han cesado totalmente las funciones cerebrales, pero que sin embargo estas no son las suficientes para poder proporcionarle lo que realmente

es la vida, entendida en sentido lato, trascendente, vital, con un quehacer que nos lleve a un fin: generalmente la felicidad.

Por lo que si como hemos visto, la vida misma ha sido objeto apenas hace unas décadas de una observación filosófica y sistemática, basada en los principios rigurosos de la ciencia de las ciencias (la filosofía), no es menos cierto que el fenómeno de la muerte también es de muy reciente análisis médico-científico.

El criterio sobre la muerte ha sido sustentado generalmente a través de la historia por los médicos. Desde la antigüedad, Aristóteles señaló que el centro de las sensaciones y las ideas era el corazón; razón por la cual, en los siglos subsiguientes el criterio de muerte se estableció con base en la suspensión de las funciones del corazón.

Posteriormente; Alemeon de Crotona, infirió que el cerebro era el órgano de la mente, así como de las sensaciones, del pensamiento y de la memoria. Así empezó la transición del criterio de la muerte del corazón, al de la muerte del cerebro; la transición de la vida afectiva a la de la vida cognoscitiva. En el pensamiento moderno, morir significa la pérdida de la capacidad de conocimiento.

En los tiempos modernos, Mari Francois Xavier Bichad (Vázquez, 2002) distinguió entre la muerte cardiopulmonar y cerebral. Para Thomas Furlow (Vázquez, 2002), el morir es un proceso social, intelectual y biológico. En los Estados Unidos, se consideró en 1966 como muerte clínica, el trazo plano del electro-encefalograma y, en los Estados de Kansas y Maryland, se concluyó que se considera una persona médica y legalmente muerta, si en opinión de un médico existe la ausencia de funciones cerebrales y, si a pesar de los intentos para mantener la circulación y la respiración, sigue ausente la función cerebral.

Es de capital importancia el aspecto médico de la vida y la muerte, toda vez que la relación médico-enfermo no es mera relación sujeto-objeto, sino un compañerismo itinerante, a la vez somático y psíquico, en el cual los dos quedan

complementaria y dinámicamente interpretados por el principio de la puerta giratoria. Toda vez que la enfermedad tiene una esencial relación con la muerte y, ahí que su realidad sea además de óptica y pática, mística, esto es, misteriosa; concepto y misterio, a un tiempo en el orden del conocimiento. Esta relevancia de la enfermedad ante la muerte la percibieron nuestros antiguos nahuas, quienes decían: si nos hemos de morir nos iremos enfermando.

Es interesante observar, que siendo el aspecto médico de tanta importancia tratándose de la vida y la muerte, sea en realidad tan olvidado. En efecto, apenas recientemente acaba de introducirse en nuestro país la especialidad en tanatología, siendo que es precisamente este especialista el que puede ayudar al enfermo terminal así como a sus familiares, a enfrentar el doloroso proceso de la muerte, tanto en el aspecto físico-terapéutico como en el psicológico.

Es una triste realidad, que los enfermos terminales que mueren en clínicas y hospitales, están rodeados por una tecnología consagrada a las subsistencias entre frascos y tubos medicinales, marcapasos eléctricos, órganos artificiales y monitores de funciones vitales; esta prolongación mecánica de la vida, ha suprimido la preocupación por la calidad de los últimos días del moribundo, quien sufre en sus aspectos biológico, emocional, psicológico y espiritual.

Con la existencia de sofisticadas máquinas y medicamentos, corazones, pulmones, riñones y hasta cabezas con cerebros separadas del cuerpo, que pueden ser guardados vivos en botellas por horas o días; así como también el hecho de poder guardar células del cuerpo humano funcionando con bombas y máquinas aunque el cerebro haya sido destruido. Se puede de esta manera mantener vivo a un paciente hasta su recuperación o, prolongar el proceso de muerte por horas o días, e incluso ocultar el momento de la muerte de un paciente que de hecho ya ha muerto. Y todo esto, ha llevado a científicos y humanistas a replantear el concepto de la vida y la muerte.

2.5. VISIÓN TANATOLÓGICA

El concepto tanatología (Green, Mora y Roldán, 1992) procede del griego *thánatos* (θάνατος - muerte) y *logos* (λογια - ciencia). En la mitología griega Thánatos personificaba a la muerte, era hijo de Nix (la noche) y de Hypnos (Dios del sueño) y era representado por un joven alado portando una antorcha apagada. Por lo que la tanatología es el estudio de la muerte y sus manifestaciones, es la ciencia de la muerte y del morir.

Este término se lo dio en 1901 el médico ruso Elías Metchnikoff (Green, Mora y Roldán, 1992) quien recibió en 1908 el premio Nóbel de Medicina. En ese tiempo la tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba la muerte y todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista médico-legal. En los años cincuenta los hospitales se hacen cargo de la muerte, es decir, de los enfermos terminales. Así, en los sesenta se le da otro enfoque y surge la *Nueva Tanatología*, que se ocupa de las *personas*: atención de los pacientes terminales y de sus familiares. Hay dos profesionales que son claves en este surgimiento: la doctora Cicely Saunders, enfermera, y la doctora Elizabeth Kübler-Ross, médica.

Se entiende por "hospice" la orientación desarrollada en 1967 por la doctora Cicely Saunders, enfermera, en Inglaterra (Kübler-Ross, 1972). Esta modalidad de trabajo sostiene que la persona que va a morir puede y debe ser asistida para aliviar el dolor y otros síntomas físicos y psíquicos provocados por la enfermedad y sus vicisitudes. Más que un lugar físico en donde la persona va a morir con dignidad —que también lo es— es una actitud frente al paciente y su familia, que siempre toma en cuenta:

- a) el control del dolor y de otros síntomas que se presenten;
- b) la persona con enfermedad es una persona, no una cosa que puede manipularse. Por lo tanto es el paciente el que participa activamente, junto con el equipo interdisciplinario de tanatología que lo acompaña, en las decisiones fundamentales, como la continuación o no de un determinado tratamiento o el lugar donde recibirlos;
- c) el paciente tiene el derecho a saber el estado de su enfermedad y los tratamientos paliativos que se le suministran; esto no quiere decir que se lo abrume con información no solicitada sino que un equipo sensible establece una buena comunicación con el paciente y su familia contestando lo que el paciente pregunta, y dicho de una forma veraz; pero teniendo en cuenta hasta dónde esa persona puede tolerar la información. Y en forma acumulativa;
- d) el apoyo a la familia, que es fundamental para poder ayudar a la persona con enfermedad terminal. Cada uno de los miembros de la familia reacciona con pautas individuales de acuerdo a su estructura psicológica, a la historia personal y a los vínculos con el enfermo. Algunos tratarán de sobreprotegerlo y así lo aíslan o agobian con atenciones no solicitadas; otros desaparecen con distintas justificaciones. Se hacen a veces más evidentes los sentimientos negativos (rivalidad, rencores);
- e) el equipo actúa ayudando en los procesos de aflicción y duelo, detectando los casos de duelos patológicos, y sugiere la terapia adecuada.

Por su parte, la doctora Elizabeth Kübler-Ross (1972), médica psiquiatra suiza, profesora de psiquiatría de la Universidad de Chicago, comienza en Estados Unidos la atención de sistemática de los enfermos terminales. Propone

modos de aproximación a sus ansiedades y en 1969 publica su primer libro: *Sobre la muerte y los moribundos*. Describe en los pacientes terminales cinco estadios psicológicos en el proceso que finaliza con la muerte, donde predominan sucesivamente diferentes emociones: a) de negación y aislamiento, b) de rabia, c) de negociación, d) de depresión, e) de aceptación.

En este contexto, vemos que la finalidad de la tanatología es proporcionar al hombre que muere, una muerte digna, una buena muerte, ayudarlo a aminorar el sufrimiento, a lograr una buena relación con las personas significativas y a comprender las limitaciones físicas propias en el entorno personal. Busca desmitificar la muerte y el morir aprendiendo a convivir con ella, por lo que ayuda en el manejo de los diversos sentimientos que son inherentes a un duelo: ira, dolor, sufrimiento, depresión y sentimientos de culpa por lo que hicimos o dejamos de hacer por la persona que se ha ido. Su objetivo es proporcionar ayuda profesional al enfermo terminal y a sus familiares, a personas con ideas suicidas y a todo individuo que haya tenido una pérdida significativa.

El máximo enigma de la vida humana es la muerte. De todas las separaciones, la muerte es la más temida, tanto si se trata de nosotros mismos, como de algún ser querido. Casi siempre nos toma por sorpresa, es prematura, inevitable e impredecible. Muy pocas personas mueren en el momento preciso, en el instante en el que ellas mismas desearían morir.

Todos estamos conscientes que vamos a morir, pero desconocemos lo que es la muerte. ¿Qué es la muerte? La muerte es un fenómeno multifactorial, que afecta primordialmente al ser humano en todas sus áreas y que refleja la vulnerabilidad de la persona y de quienes le rodean. En la actualidad no es aceptado ni asumido como un suceso natural de la vida misma, sino como una crisis, por tanto se ha convertido en una problemática personal, social, comunitaria y familiar que resulta necesario su estudio formal a nivel científico y psicológico,

por eso se dice en tanatología que el quitar el miedo a la muerte es dar vida en plenitud.

La atención se puede realizar en un hospital o en la casa de la persona enferma. La elección dependerá en gran medida de los familiares tomando en cuenta el estado del enfermo y las posibilidades económicas de la familia. A la vez que se da tratamiento a los síntomas físicos, es fundamental combatir el dolor, hoy en día existen muchas técnicas que permiten al paciente estar consciente pero sin dolor. Será necesario ocuparse en todo momento del cuidado emocional del enfermo: brindarle compañía, ayudarlo a establecer una buena relación con las personas que cuidan de él. Si el enfermo está en condiciones de realizar alguna actividad, se le debe motivar a estar activo, a poner todos sus asuntos en orden para el momento en que ya no esté. El tanatólogo también le ayudará a expresar los distintos sentimientos que surgen a lo largo del proceso que antecede a la muerte y lo apoyará frente a sus ansiedades.

En el aspecto espiritual, el tanatólogo dialoga con el enfermo sobre las dudas que puedan surgirle en el proceso, sobre el sentido de la vida y de la muerte, de la enfermedad y del dolor. Para muchos enfermos terminales la presencia religiosa es fundamental para poder irse en paz. En este caso, el tanatólogo solicita el apoyo de un sacerdote o religioso.

Con los familiares la labor del tanatólogo es enseñarles a dar apoyo al paciente terminal. Cada uno de los miembros de una familia reacciona de manera distinta de acuerdo a su historia personal y a sus vínculos con el enfermo. Algunos tratan de sobreprotegerlo y así lo aíslan o agobian con atenciones no solicitadas, mientras que otros desaparecen con todo tipo de justificaciones. Durante un proceso como éste se hacen evidentes los sentimientos negativos en el seno de una familia, como el rencor, la rivalidad, etcétera.

El tanatólogo también ayuda a los familiares en su proceso de aflicción con vistas a la separación de su ser querido.

La tanatología reconoce que es difícil morir, aunque aceptemos la muerte como parte inseparable de la vida, ya que morir significa renunciar a la vida en la tierra. Recomienda que no deberíamos verla como un enemigo a vencer, sino como una parte integral de la vida que da un sentido a nuestra existencia. Por tanto, es importante tener una educación para morir con dignidad, con paz y sin dolor. Para poder morir bien, hay que vivir bien.

2.6. VISIÓN PSICOLÓGICA

En 1916, Freud buscó una explicación a la forma de operar del inconsciente, proponiendo una particular estructura. En *Introducción al Psicoanálisis* propuso un inconsciente dividido en tres partes: el Yo o Ego, el Ello o Id y el Superyó. El Ello representa los procesos primigenios del pensamiento (nuestros pensamientos de deseos de gratificación más primitivos). El Superyó, la parte que contrarresta al Ello con pensamientos morales y éticos. El Yo permanece entre ambos, alternando nuestras necesidades primitivas y nuestras creencias éticas y morales. Un Yo saludable proporciona la habilidad para adaptarse a la realidad e interactuar con el mundo exterior de una manera que sea cómoda para el Ello y el Superyó. Freud estaba especialmente interesado en la dinámica relación entre estas tres partes de la mente, entre los que se dirimía la relación entre el principio del placer y el principio de realidad.

En *Más allá del principio del placer* (1920), argumentó que esa relación está influenciada por factores o energías innatos, que llamó pulsiones. Describió dos pulsiones antagónicas que estarían en una infinita lucha: Eros, una pulsión sexual tendiente a la preservación de la vida y Thánatos, la pulsión de muerte. La primera trata de constituir unidades mayores y mantenerlas, y la segunda de disolver los

conjuntos y de este modo destruir las cosas. De esta manera, para Freud (*Íbid.*, p. 36) Eros y Thánatos se constituyeron en "las fuerzas primordiales cuyo conflicto domina todo misterio del mundo".

Freud (1920) habla de otra característica de las pulsiones, que es el carácter repetitivo de las mismas. La compulsión a la repetición devuelve también vivencias pasadas que no tienen posibilidad de placer porque en el momento vivido no fueron satisfechas. La compulsión a la repetición aparece como más elemental, más pulsional, que el Principio del Placer. Una pulsión es un esfuerzo inherente a lo orgánico vivo, de reproducción de un estado anterior que lo vivo debió resignar bajo el influjo de fuerzas perturbadoras externas. La pulsión adquiere así, la expresión de la naturaleza del ser vivo.

Todo organismo muere por una pulsión interna (pulsión de muerte), no necesitamos ser atacados desde afuera para morir. Por lo tanto, la pulsión de autoconservación queda unida con la pulsión de muerte, modificándose así el primer dualismo pulsional, donde las pulsiones yoicas o de autoconservación van hacia el sentido de la muerte y las sexuales en el de la vida. La tendencia predominante de la vida anímica es reducir tensiones internas y confirma la existencia de la pulsión de muerte, la que actúa en forma silenciosa, donde del principio del placer cumple la función de mantener un equilibrio ante el avance de los estímulos provenientes del interior.

Estas dos pulsiones se mezclan entre sí, en forma permanente, neutralizando la pulsión de muerte enviándola hacia el mundo exterior a través de la musculatura.

En un primer momento se pensaba que el principio de placer - displacer era lo mismo que el principio de Nirvana, pero Freud (1920) se da cuenta que dicho principio es posterior a la pulsión de muerte, por consecuencia no se los debe considerar como uno solo, ya que el principio de Nirvana expresa la tendencia de

la pulsión de muerte, el principio del placer esta para satisfacer la libido, y el principio de realidad el influjo del mundo externo. En el ser vivo la libido se enfrenta con la pulsión de muerte que rige dentro de él, queriendo destruirlo llevándolo a la estabilidad inorgánica. Por tanto, en el contexto de fuerzas inconscientes, pasionales y primigenias que el Yo ha de aprender a dominar para civilizarse, la pulsión de muerte representa una moción agresiva. ¿Y por qué se concibe de esta manera?

En Occidente, el fenómeno de la muerte es un tabú para la mayor parte de la gente, por eso el hombre no puede escapar a la confrontación con la muerte. En su aproximación a este desenlace encuentra que no tiene más que dos posibilidades: o bien hay una vida después de la muerte, o no la hay. En cualquiera de estas dos formas, el hombre occidental concibe ordinariamente su propia muerte como una extinción repentina, como algo que llega a su cuerpo sin beneficio alguno. Esta actitud le hace llegar hasta las últimas posibilidades de prolongación de su vida física, lo que funciona como una especie de control psicológico colectivo, haciéndole fijar su atención sobre los aspectos cuantitativos de la vida humana, ignorando a menudo los valores cualitativos. Pero con esto pueden crearse otros problemas por la actitud de los adultos hacia la muerte.

Feifel, Eissler, Johnson, Spielberger, Kübler-Ross (Matos, 2003) entre otros, han demostrado que el pensamiento de la muerte es una fuente de angustia para el hombre. La ansiedad es un estado caracterizado por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de aprensión y de tensión asociados a una activación del sistema nervioso autónomo. El estado de ansiedad causa cambios cognitivos y de percepción. El resultado primario del temor de la muerte, trayendo como consecuencia el desarrollo de estados de ansiedad, es una distorsión fundamental de la manera en que somos conscientes del mundo. Este temor nos impide concebir la muerte como un fenómeno natural, como el destino de todos los seres sensibles y como un desenlace fundamental en la naturaleza en su proceso constante de transformación de todas las cosas.

Por otra parte, el instinto de conservación, una de las causas primeras de este temor, puede tener su origen en el anhelo inconsciente del hombre de ser eterno. Para enfrentar, en un estado ordinario de consciencia, a este modo de ser “eterno”, el hombre niega la muerte, dándole una connotación de tabú. Probablemente, este deseo inconsciente de ser eterno es una de las razones más poderosas por la que el hombre se interroga sobre la naturaleza de la muerte y del más allá. Él desea aprender sobre los misterios de la muerte. Sin embargo, su capacidad real de aclarar esta interrogante al interior de su modo de conocimiento del universo le parece que está más allá de su poder. Él se siente vencido ante tal dilema y puede llegar a experimentar miedo, reprimiendo su búsqueda.

En un estado ordinario de consciencia, nosotros asimilamos e interpretamos las percepciones de los sentidos en unidades de significación. Contemplamos el mundo alrededor de nosotros y nuestros ojos seleccionan ciertas informaciones que serán más tarde “archivadas” como una representación parcial de la realidad física. Nuestros sentidos no son capaces de asir la totalidad de la forma en la que se manifiesta la existencia —cambiante e intercambiable— del universo exterior e interior. Vemos el mundo como compuesto de cosas diferentes, separadas las unas de las otras por el espacio, y en consecuencia somos conscientes de una imagen del universo en tanto que entidades más o menos estáticas. Este resultado psicológico de la dimensión cognitiva nos vuelve apenas conscientes de los cambios que ocurren del nacimiento a la vejez en el camino hacia la muerte que se producen en nuestros cuerpos en este momento mismo. Este modo humano específico de aprehensión de la realidad es probablemente la causa principal de la conceptualización del universo de una manera dualista que hace una separación neta entre el Yo y Tú, el cuerpo y el espíritu, la vida y la muerte.

Las consecuencias existenciales de esta consciencia dualista se reflejan sobre nuestro entorno representando un amplio espectro social. Esta manera determinada de ser conscientes puede hacer que el individuo se sienta como un

ego aislado, flotando en un océano más o menos peligroso, donde él debe obtener para sí mismo medios específicos de sobrevivir en esa sociedad específica. Su meta —que es fundamentalmente la meta consciente o inconsciente de todo ser humano— será la de lograr un sentimiento de bienestar físico, psicológico y social. A fin de alcanzar sus metas a corto o a largo plazo, él negociará con su entorno social. Está claro que se comportará con la vida y la muerte en función de la consciencia que él tiene de su universo. Y negociando con un universo fundado sobre un punto de vista inadecuado —lo que es el caso de la consciencia que él tiene ordinariamente de su ambiente y de sí mismo— obtendrá resultados inadecuados. Puede alcanzar un bienestar provisorio pero se sentirá siempre amenazado por su entorno y por la perspectiva de la muerte. Su contexto social lo condicionará en todo momento para actuar más o menos en ese sentido. Nosotros podemos observar aquí un círculo vicioso.

Probablemente en todas las culturas, el hombre teme a la muerte. Parece que el instinto de conservación desde la ameba hasta el hombre hace que un ser viviente trate con todas sus fuerzas de conservar su vida. Y allí, el temor puede funcionar como un mecanismo muy útil para la preservación de las especies. Sin embargo, parece que en los estudios interculturales es posible encontrar diferencias cualitativas en las actitudes de los hombres en relación con la muerte.

Malinovski (Matos, 2003, p.12) establece que: "... para el hombre primitivo la muerte tiene principalmente el sentido de un pasaje hacia la resurrección. Ve la declinación como una etapa del renacimiento, la abundancia del otoño y el declinar del invierno como un preludio al despertar de la primavera."

Esta es una visión poética de la muerte, pero tiene implicaciones psicológicas. En este contexto, es importante insistir sobre el hecho de que la antropología moderna, al estudiar los pueblos "primitivos", reconoce que la magia y la religión no son solamente una doctrina o una filosofía, ni simplemente un conjunto intelectual de opiniones, sino un modo especial de conducta, una actitud

pragmática hecha a la vez de razón, de sentimiento y de voluntad. Es un sistema psicológico con sus modos de acción específicos y un fenómeno sociológico tanto como una manera experiencial de ser.

Una tal concepción de la muerte como un proceso universal de la naturaleza disminuye ciertamente el temor, facilitando su integración de la vida de todos los días. El temor en sí mismo es una herramienta útil de la naturaleza, advirtiendo a los seres vivientes de los diferentes peligros a los que pueden estar expuestos dentro de un cierto ambiente. El temor puede llegar a ser nocivo cuando tratamos de escapar de él rechazándolo en lugar de expresar esta emoción vital.

Al interior de las culturas orientales y “primitivas”, el temor de la muerte es aceptado y aun utilizado para facilitar el crecimiento psicológico del individuo y del grupo. Entre los tibetanos, por ejemplo, sus actitudes hacia la muerte y la agonía están desprovistas del tabú general que encontramos en Occidente. Allí, se encuentra a la muerte con respeto y veneración. Y la existencia de la muerte llega a ser un estimulante para el desarrollo del hombre. Este crecimiento psicológico es subrayado durante toda la vida, y especialmente cuando la persona está moribunda. Un principio de base del sistema budista —que impregna la vida de los tibetanos— es el carácter transitorio y el cambio constante del universo entero. Allí, la existencia de la muerte es utilizada como un elemento psicológico indispensable para la consciencia del carácter transitorio de la vida, del cambio de todas las cosas y del valor precioso de este momento mismo del aquí y el ahora. En este sentido, la muerte no es vista como un enemigo que se debe combatir y evitar a toda costa, sino como un aspecto indispensable de la vida. En otras culturas orientales la actitud hacia la muerte es también de respeto y aceptación. Esto puede haber cambiado algo en China y Mongolia, donde una filosofía materialista y una industrialización intensa han predominado desde el advenimiento del marxismo en esos países. Mientras más avanza un país en una tecnología materialista —Europa, Estados Unidos, Canadá— más hay una

tendencia a poner énfasis sobre el tabú de la muerte con sus consecuencias negativas.

En cambio, en ciertos países donde la industrialización y la tecnología no han llegado a su máximo —México, Venezuela, Brasil— el tabú de la muerte no es tan fuerte. En México, por ejemplo, hay un día especial de la muerte y toda la población toma parte en festividades muy interesantes, donde la muerte es reverenciada y se la representa en actos teatrales, pinturas, esculturas populares, y donde es celebrada con alegría —bailes y banquetes— en los cementerios, en noviembre de cada año.

En los diferentes países orientales y culturas primitivas, aprender a morir es un aspecto esencial del arte de vivir. Manuales como el *Libro Tibetano de los Muertos* (Sogyal, 1994) y el de los egipcios son recopilaciones muy antiguas, instrucciones para guiar al individuo en su viaje después de la muerte, tanto como para preparar a la persona para su muerte biológica. Esta preparación para la muerte es, en efecto, una preparación para la vida, donde el individuo, liberado de sus temores y de sus angustias en relación con la existencia de la muerte, puede gozar de una existencia más satisfactoria y plena de sentido.

Entre las diferentes técnicas que se ocupan de la existencia de la muerte en esas culturas, se encuentra la experiencia de muerte/renacimiento del ego, la que parece ser la técnica más poderosa para prepararse a la muerte y al mismo tiempo enriquecer la vida. Allí, el individuo enfrenta el proceso de la muerte experimentando por rituales y/o técnicas meditativas la fase del fin de la vida con los diferentes síntomas susceptibles de ser vividos por quien esté biológicamente en trance de morir. En este proceso experiencial, la persona tendrá la posibilidad de encontrarse con sus propios temores conscientes o inconscientes de la muerte y de la agonía y hará la experiencia en su cuerpo/espíritu de este proceso constantemente fluctuante de la transformación de su universo interior y exterior.

Esta experiencia, además de ser una preparación para la muerte, puede aportar una iluminación espiritual.

Hasta hace muy poco, la esfera de la tanatología era casi “terra incógnita” en Occidente. La preparación a la muerte y la agonía estaba casi por entero confiada a la religión, y la utilización de la muerte como elemento terapéutico para enriquecer la vida era desconocida.

Utilizando las técnicas de la terapia gestáltica, de la psicología budista tibetana, más una aproximación transpersonal, se ha desarrollado un sistema de educación terapéutica para tratar los diferentes problemas psicológicos relacionados con la muerte y los moribundos. Este sistema funciona en Europa, Estados Unidos (Instituto Esalen de California), Canadá, México, Venezuela, Brasil y Australia. Utilizando una combinación de los elementos ya mencionados, se ha sistematizado un método para facilitar la experiencia de muerte/renacimiento del ego, el que es habitualmente enseñado en seminarios esencialmente vivenciales. Es muy importante crear un entorno de apoyo en el que la persona se sienta segura y cómoda. Como el tema de la muerte y de los moribundos es un tabú para la mayor parte de la gente, y siendo que a menudo el temor a la muerte es rechazado y mantenido en la sombra por numerosos mecanismos de defensa, este estado de seguridad y de bienestar psicológico y físico es un factor muy importante para ayudar a la persona a dejar emerger sus temores sobre la muerte y los moribundos.

En esos seminarios se dan a los participantes numerosos ejercicios de grupo e individuales para facilitar a cada uno la experiencia de estas realidades de la manera más adecuada. Allí, en un contexto psicoterapéutico se tratan problemas como el temor de la muerte física, del envejecimiento, de la pérdida de los seres queridos, de la pesadumbre y del suicidio. Además se enseña — especialmente en los talleres destinados a profesionales de la salud— cómo tratar a los moribundos.

Una de las experiencias más importantes de estos seminarios es la muerte y el renacimiento psicológico del ego. Las personas que emprenden este proceso no tienen todas las mismas experiencias. Algunas tienen muchas dificultades en pasar el umbral hacia la vivencia psicológica de la muerte. Ciertas personas llegan a un espacio sombrío o a un túnel, escuchan sonidos (descritos generalmente como tañidos de campanas). Otros pueden tener experiencias desagradables, ver lugares semejantes a las descripciones del purgatorio cristiano o de infiernos de diferentes cosmologías, antes de entrar en espacios más agradables y de ser finalmente capaces de hacer la experiencia de su propio renacimiento psicológico.

Cuando separamos la muerte de la vida en nuestro modelo dualista de aprehensión de la “realidad”, al mismo tiempo nos separamos nosotros mismos conceptualmente de otros seres humanos y del mundo. Cuando una persona produce esta sólida fantasía de que ella está aislada de toda otra cosa, ha perdido la noción de que ella es una parte de esta naturaleza y de este cosmos, y puede sentirse débil y a menudo amenazada, aun si su ego es aparentemente fuerte. Entonces esta persona ensayará controlar su entorno más y más. Esta manera de negociar con el mundo es producida por las fantasías —“el mundo es sólido y durable”— que controlan al individuo y lo llevan a reaccionar de esta manera determinada. En este contexto, ha perdido la percepción vivencial del flujo de la vida y de la muerte, de este cambio inevitable y necesario de todas las cosas.

En Suecia, Dinamarca y Estados Unidos se han empezado a instalar clínicas para ayudar a los moribundos. Es un primer paso muy importante y satisfactorio para facilitar a los enfermos terminales una muerte digna, sin sufrimiento psicológico inútil. Sin embargo, esto no es suficiente para resolver los problemas causados por la forma en que el hombre moderno civilizado enfrenta a la muerte. Sería necesario que se ofreciera al personal médico una educación competente para abordar los problemas psicológicos creados por las maneras habituales de concebir y de evadir la muerte, integrándola en su formación

profesional. Sería ideal también que, más adelante, se pudiera ofrecer al público nociones de tanatología, y que se pudieran introducir en los colegios como medida preventiva. Ellas serían capaces de ayudar al niño a guardar intacta su capacidad innata de hacer frente a la existencia y a la aceptación de la muerte como un aspecto natural de la vida.

CAPÍTULO III

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA EUTANASIA

3.1. LAS EMOCIONES

Una emoción es un estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia. Las emociones tienen una función adaptativa de nuestro organismo a lo que nos rodea.

En el ser humano la experiencia de una emoción generalmente involucra un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo, que utilizamos para valorar una situación concreta y, por lo tanto, influyen en el modo en el que se percibe dicha situación (Vila y Fernández, 1990).

Las emociones, para Vila y Fernández (1990), son productos de significado personal, que dependen de aquello que para nosotros es importante y de las cosas que creemos sobre nosotros mismos y el mundo en general. Las emociones se pueden dividir de la siguiente manera:

- En las existenciales: ansiedad-miedo, culpa y vergüenza. Se les llama existenciales porque las amenazas en las que se basan tienen que ver con significados e ideas sobre quiénes somos, nuestro lugar en el mundo, la vida y la muerte, y la calidad de nuestra existencia. Construimos estos significados basándonos en nuestra experiencia vital y en los valores de la cultura. La ansiedad se refiere a nuestra seguridad personal, nuestra identidad como individuos, así como en temas de vida y muerte. La culpa

se refiere a las infracciones morales. La vergüenza trata de nuestro fracaso en vivir según nuestros propios ideales y los de los demás.

- Emociones provocadas por condiciones de vida desfavorables: alivio, esperanza, tristeza y depresión. Se refieren a condiciones como enfermedad grave, el dolor y la pérdida real o potencial de un ser querido o del estatus personal. El alivio refleja un resultado positivo que felizmente sigue a una situación desfavorable. La tristeza, es el hacerse a la idea de una pérdida irrevocable. La depresión conlleva una total desesperanza sobre lo que queda de vida.
- Emociones provocadas por condiciones de vida favorables: felicidad, orgullo y amor. Son emociones que surgen de situaciones que favorecen la consecución de nuestros objetivos y se asocian con sentirse bien.
- Las emociones empáticas: gratitud, compasión y aquellas suscitadas por experiencias estéticas. Estas emociones dependen de la capacidad de sentir empatía hacia los demás.

La afectividad determina la actitud general de rechazo o aceptación ante cualquier experiencia. Los afectos sirven como señal que ponen en alerta al yo. Sin embargo, si el afecto represivo es demasiado intenso, el funcionamiento del yo puede producir negación. El afecto inadecuado se refiere al embotamiento emocional o el desligamiento en forma de indiferencia o apatía. Se caracteriza por una sensibilidad inadecuada respecto a las experiencias que, en estado normal, dan placer o dolor emocional. La cara presenta vacuidad en la expresión. Estas personas muestran una falta de empuje y de interés hacia cosas que antes les atraían. Las cualidades como gratitud, simpatía, esperanza, aflicción, remordimiento, etc., dejan de tomar parte de la experiencia subjetiva de la persona. Esta ausencia de reactividad emocional hace que éste parezca no tener contacto con la realidad (Kolb, 1992).

Rojas y Coicou (2001) explican que los afectos son sentimientos positivos o negativos expresados hacia un objeto o que acompañan a una idea o a una representación mental (por ej. amor, odio, celos...). Asimismo, explican los trastornos de la afectividad como distimias, que son las acentuaciones del ánimo en una dirección determinada que suelen ser transitorias y que destacan por su intensidad anormal.

Las distimias más representativas en la clínica psiquiátrica son la distimia maníaca, la depresiva, la de culpa, la disfórica, la de angustia o de ansiedad, la desconfiada, la perpleja y la de miedo. De las cuales se mencionan algunas relevantes a este caso:

Distimia maníaca: En ella hay una exaltación de la vitalidad acompañada de sentimientos de regocijo, bienestar y euforia. También hay sensaciones de gran capacidad y falta de fatiga así como hiperactividad, desinhibición y pensamiento acelerado. A veces adopta formas irritables.

Distimia depresiva: Se trata de un sentimiento de tristeza, desesperanza e infelicidad, o bien sensaciones de pobreza afectiva, desolación emocional, vacío interior y falta de interés. El sujeto siente un apagamiento o disminución de su energía y capacidades. En casos más graves el sentimiento profundo de tristeza es vivido como una anestesia afectiva, en la que el sujeto se queja de su imposibilidad de sentir las cosas, de que lo que ocurre a su alrededor no tiene resonancia afectiva alguna en él.

La distimia maníaca y la depresiva pueden presentarse de manera alternante.

Distimia disfórica: Aquí predominan el mal humor, la irritabilidad, el enfado, etc., y en general la disposición a la excitación. Cuando el mal humor se convierte en ira, constituye la distimia colérica, donde se producen amenazas, insultos, agresiones, pudiendo desembocar en una agitación psicomotriz.

Dentro de las alteraciones de la afectividad observadas en este caso, se mencionan las siguientes (Rojas y Coicou, 2001):

- Frialdad y rigidez afectiva.- Se trata de una falta de modulación emocional sin respuesta a estímulos afectivos. El sujeto es frío, indiferente, insensible, con escasez de sentimientos, ya sea con respecto al mundo externo o a su propia persona.
- Sentimiento de falta de sentimiento: El sujeto se siente vacío, indiferente, y con incapacidad para sentir pena, dolor, alegría, etc. Este estado genera sufrimiento al paciente, ya que él siente que no es capaz de sentir, todo le resulta indiferente y no encuentra ninguna motivación para vivir.

Con todo esto vemos que las emociones pueden desencadenar trastornos significativos en la conducta si no son bien canalizadas. En el caso de los enfermos terminales, que es el punto que veremos a continuación, las emociones son un punto central a tomar en cuenta para ayudar a sanar sus heridas del alma.

3.2. EL ENFERMO TERMINAL

Es difícil dar un concepto de enfermo terminal en términos genéricos, ya que las enfermedades o cuadros clínicos patológicos que pueden presentar estos pacientes es de muy diversa índole. Cano Valle y Ramírez García (1992, p. 45), nos dicen que “el paciente terminal es aquella persona portadora de un proceso patológico evolutivo, no resolutivo con labidad biosicosocial extrema, cuya gravedad altera la homeóstasis al grado de hacerla insostenible, por lo tanto, sólo es posible ofrecer el manejo paliativo y en consecuencia implica un fuerte grado de afectación múltiple a su núcleo familiar y social”. La definición anterior es desde el punto de vista médico, ya que desde el punto de vista tanatológico un enfermo terminal es aquella persona que recibe un diagnóstico que lo enfrenta a su propia

muerte; es la persona que padece una enfermedad por la que probablemente va a morir en un tiempo relativamente corto.

Debemos tener en cuenta, que estos pacientes terminales, sufren doblemente: en primer lugar padecen el vértigo psicosocial que les produce el conocer la verdad de su muerte; y la muerte física que, a pesar de saberse y esperarse, es dolorosa. Un ejemplo patético de esta dramática realidad, la encontramos en quienes padecen la enfermedad de Alzheimer, que ha sido definida como una enfermedad neurológica, degenerativa, progresiva e irreversible, que provoca en la persona que la padece deterioro intelectual, dependencia, y pérdida de ser sí mismo.

Decíamos que es tarea difícil, conceptualizar a un enfermo terminal, pero no sólo por el hecho de ser tan diversos los casos, sino también porque pudiera suceder que los cambios y adelantos tecnológicos en el campo de la medicina, logren curar enfermedades que eran incurables; además el concepto de muerte varía según las diferentes culturas y, las distintas situaciones históricas, pero de la definición genérica que expusimos con antelación, podemos concluir que los enfermos terminales tienen el factor común de encontrarse en un proceso patológico evolutivo e irreversible, en el que la terapia o medicación paliativa, es la única alternativa, siendo que ésta afecta al paciente individualmente y trasciende a las demás áreas cognoscitivas de su universo propio, encontrándose el ámbito familiar en primer lugar y, el social en seguida.

Es importante distinguir al enfermo terminal que estudiamos en el apartado que antecede, del enfermo en fase terminal. El primero es aquel a quien se le ha diagnosticado una enfermedad que inevitablemente lo conducirá a la muerte algún día, pero no siempre, puesto que pueden pasar muchos años hasta que llegue a encontrarse en la **fase terminal**, que es la situación en que se encuentra la segunda clase de enfermo a que nos referimos en este apartado: el enfermo en fase terminal.

Los enfermos terminales y sus seres queridos atraviesan un doloroso proceso de muerte que la Dra. Kübler-Ross (1972) ha descrito en cinco fases fundamentales que les permite elaborar el duelo. Estas etapas son:

- a) **Negación y aislamiento.** Es la fase durante la cual, la persona evade el hecho desagradable, pretendiendo que éste no existe. La negación constituye un mecanismo de defensa natural para encarar una mala noticia, ya través de él, la persona puede hacer frente a la conmoción que le plantea el rompimiento.
- b) **Ira, rabia y resentimiento.** Esta fase, que surge cuando la persona ya no puede continuar negando los hechos, suele ser la más complicada; debido a que la persona deja fluir sus emociones sin importar a quién afecten (con frecuencia estalla en enojo con familiares y amigos cercanos). Kübler-Ross (1972) señala que cuando se deja fluir la fase de rabia sin sentimientos de culpabilidad o vergüenza, se llega a la fase de pacto o regateo.
- c) **De pacto** (más breve) susceptible de ser expresada, si el paciente es creyente. Durante esta etapa, la persona arma en su interior pequeños acuerdos, que a su parecer podrían devolverle lo que ha perdido, aunque sea por un periodo de tiempo o bajo unas circunstancias determinadas. Cada uno de estos acuerdos se caracteriza porque la persona considera que está cediendo algo de sí en ellos, y en su interior espera obtener alguna recompensa por su renuncia.
- d) **Intensa sensación de pérdida que culmina en depresión.** Esta es la etapa en la que se acentúa más la sensación de pérdida, lo cual convierte a esta vivencia en una etapa de depresión reactiva. La autora señala también que, en el caso de los enfermos terminales, existe una depresión preparatoria debida a las pérdidas inminentes.

- e) **Aceptación**, que puede manifestarse a través de la esperanza en el milagro de vivir, o de tener la certeza de una vida más allá de la muerte. Tal vez el comentario más importante a realizar sobre esta fase es que no equivale a la felicidad, sino sólo a un estado en el que las heridas ya no duelen, han sanado aunque han dejado cicatriz. Esta fase es también diferente de la resignación, dado que esta se da cuando no se puede digerir la pérdida.

Al respecto de lo anterior, señala la Dra. Kübler Ross (1972), que en todas las fases persiste la esperanza.

Por otro lado, Igor Caruso (1994) sugiere que la separación de las personas a quienes amamos, es quizá la experiencia más dolorosa a la que tenemos que enfrentarnos en nuestra vida, debido a que nos plantea una experiencia que de alguna manera se relaciona con la muerte en un doble sentido, es decir, al separarnos de la persona que amamos:

- Experimentamos la muerte del otro, la otra, en la propia conciencia.
- Experimentamos la propia muerte en la conciencia de la otra persona.

Desde esta perspectiva, es claro que la separación nos confronta no sólo con la necesidad de sanar las heridas que nos causa haber dejado de convivir con la persona que amamos, sino también aquellas ocasionadas por el hecho de sabernos no amados por ésta. Así, Nancy O'Connor (1990) propone un modelo alternativo de cuatro etapas, que describe el proceso que se lleva a cabo a partir de que la pérdida se consuma. Éstas 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.

En el caso de los pacientes en fase terminal que se encuentran sometidos a verdaderos encarnizamientos terapéuticos, resulta sumamente doloroso e innecesario mantenernos con vida a pesar de que muchas veces ya se encuentran muertos y, la vida que se les proporciona no es verdadera y de calidad, sino mecánica y lastimosa; siendo muchas veces quienes más sufren son los familiares. En el caso de la enfermedad terminal del expresidente de los Estados Unidos Harry S. Truman, tenemos un verdadero ejemplo de una serie de tratamientos terapéuticos que tan sólo encubrían el hecho insoslayable de la muerte del exmandatario; a Truman le prolongaron semanas su vida los médicos, a base de drogas y herramientas científicas, ante el cuadro patológico irreversible de una congestión pulmonar, irregularidad cardíaca, fracaso renal y mal funcionamiento del sistema digestivo, a la edad avanzada de 88 años.

Es indudable que otro factor común en los enfermos terminales por lo general, es el hecho del debilitamiento ostensible o pérdida total de la capacidad de conocimiento o de pensar; es decir, que la invasión del cuerpo humano aumenta y el diagnóstico sobre la posibilidad de vida cognoscitiva, se torna confuso y debilita. Así tenemos que en el caso de Karen Ann Queenland, el diagnóstico médico consistió en determinar que se trataba de una enfermedad

terminal en estado vegetativo persistente, sin posibilidad de recuperación, mismo dictamen médico que fue remitido al Tribunal Superior de New Jersey.

Estos son algunos casos, de enfermos en una fase terminal, donde es difícil determinar la sutil diferencia entre un estado de agonía y una incapacidad. Indudablemente que es en los casos de los enfermos en una fase terminal donde la Ley debe actuar de tal manera que substituya esa imposibilidad que tienen de manifestar su voluntad, pues en una fase terminal los dolores de la agonía y el temor de la muerte tan cercana pueden obnubilar la mente de tal manera, que la situación de tal enfermo puede parecer un verdadero estado de incapacidad y, casi lo es. Ya trataremos en un apartado subsiguiente sobre las alternativas jurídicas que propondremos para que se designe un representante a estos enfermos, para que puedan obrar en su nombre y representación, sobre su decisión personal de someterse a un tratamiento o negarse a ello.

Es evidente que el primer derecho que tiene un enfermo terminal es el de una asistencia médica adecuada, pero el enfermo o los familiares tienen también el derecho a no permitir que se prolongue irracionalmente la vida. Sin embargo, la aspiración a bien morir se encuentra reprimida por severas penas jurídicas penales, así como morales y religiosas, que no por el hecho de ser autónomas e incoercibles estas últimas, dejan de ser perniciosas en la conciencia interna de quien las infringe.

Ahora bien, ¿quién se beneficia de tales prohibiciones?, es evidente que existe un beneficio económico en la medicina privada con los prolongados tratamientos, toda vez que esta obedece a la lógica del capitalismo, a la que no escapa desgraciadamente el concepto de salud. Por otra parte, es obvio que existen quienes obtienen poder social de tales prohibiciones, toda vez que tiene poder quien tiene la facultad de prohibir y reprender.

En los Estados Unidos, existen tres derechos especificados fundamentalmente para un paciente terminal con capacidad en la Constitución y, confirmados por sus Cortes:

Primero.- El derecho a ser informado adecuadamente de la enfermedad, para poder tomar una decisión.

Segundo.- El derecho a rechazar cualquier tratamiento, siempre y cuando no se dañe a otro por las consecuencias.

Tercero.- El derecho a rechazar el tratamiento y saber que ese rechazo será cumplido, aunque el paciente se vuelva incapacitado.

Siendo requisitos esenciales: 1) Que el paciente lo haya informado verbalmente o por escrito a su familia o doctor; 2) La capacidad del paciente.

Ahora bien, el consentimiento que externa el paciente debe ser informado: 1) El paciente debe ser capaz de razonar y tomar decisiones; 2) La decisión del paciente debe ser voluntaria y sin vicios de consentimiento; 3) el paciente debe tener claro entendimiento de los riesgos y beneficios de las propuestas alternativas para su tratamiento o no tratamiento, así como una cabal comprensión de la naturaleza de la enfermedad y su pronóstico.

La Asociación Americana de Hospitales, creó en 1973, el proyecto “los derechos del paciente”, donde se concluye que la gente debe ser informada de sus derechos. Cada paciente que entra a un hospital debe recibir una circular en admisión explicándole la relación paciente-médico-hospital y las reglas del hospital, de las obligaciones de este con el paciente y del paciente para con el hospital. Los derechos que otorgó la Asociación Americana de Hospitales, son en síntesis los siguientes:

1. El paciente tiene derecho a un respetuoso y considerado cuidado.
2. Tiene derecho a obtener de su médico una completa información respecto a su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que él pueda entender. Cuando esa información no es médicamente aconsejable para el paciente, se le tiene que dar a un familiar. Tiene asimismo, derecho a saber el nombre del médico responsable de coordinar sus cuidados.
3. También tiene derecho a recibir de su médico la información necesaria para poder dar su consentimiento o no, antes de iniciar un tratamiento; también tiene derecho a estar informado sobre las alternativas significativas para un tratamiento, o sobre otras alternativas.
4. Tiene derecho a rechazar tratamientos hasta donde la ley se lo permita y a ser informado de las consecuencias de su acto.
5. Tiene derecho a toda consideración de su privacidad concerniente a su programa de cuidados médicos, deben ser confidenciales, así como su historial clínico.
6. Tiene derecho a esperar que la capacidad del hospital responda a sus necesidades; en caso de transferencia tiene que recibir completa información sobre las alternativas de su traslado.
7. Tiene derecho a obtener información sobre la relación de su hospital con otras instituciones y, de los médicos que lo atienden.
8. Tiene derecho a ser advertido si el hospital desea experimentar con sus cuidados o tratamientos y, a rehusarse a participar en esos proyectos.

9. Tiene derecho a esperar una razonable continuidad de cuidados y, a saber por adelantado los horarios de citas de médicos y dónde encontrarlos.
10. Tiene derecho a examinar y recibir una explicación de sus estados de cuenta.
11. Tiene derecho a saber las reglas del hospital que se apliquen a su conducta como paciente.

Nos hemos referido, a este proyecto de la Asociación Americana de Hospitales, para resaltar el hecho de que en aquel país, la normatividad de este problema sí se ha insertado en la ética del cuerpo médico; pero en la legislación de nuestro país no encontramos tal normatividad, ni mucho menos, en el campo de la medicina. Y es que la solución al problema es totalmente interdisciplinaria como ya lo hemos mencionado.

En nuestra Constitución, el párrafo cuarto del artículo 4º señala que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud...”, siendo que la facultad de dictar leyes sobre salubridad general de la República, queda reservada al Congreso de la Unión, en los términos de la fracción XVI del artículo 73 de nuestra mencionada Carta Magna.

De tal manera, que la normatividad sobre salud general la debemos buscar en nuestras leyes secundarias y, analizando nuestra legislación, vemos que si bien está consagrado el derecho a los servicios de salud, incuestionablemente el primero de que debe gozar todo enfermo terminal, también vemos que no se contempla una normatividad enunciativa y más amplia de los derechos que debe gozar una persona que se encuentra desahuciada o en fase terminal de una enfermedad.

De lo señalado en lo conducente del artículo 4º constitucional "...La ley definirá las bases y modalidades...", podemos interpretar que nuestra Constitución está reservando la legislación sobre estas modalidades a los servicios de salud, a nuestros ordenamientos comunes.

En nuestro Código Civil no encontramos disposiciones directas al respecto, pero sí encontramos las instituciones de nuestro derecho privado, que son corolario muchas de ellas del antiguo derecho romano; nos permiten instrumentar adecuadamente algunas modalidades o hipótesis, que permitan alcanzar el derecho a morir con dignidad. Ya hemos visto que nuestra legislación común prevé el estado de interdicción así como el procedimiento para declarar incapaz a una persona y, designarle tutor para que obre en su nombre y representación.

Sería deseable, que el legislador contemplara este derecho a bien morir como una de las facultades que pudiera ejercer el tutor designado en una declaración judicial de incapacidad, a nombre del incapaz; indudablemente, en estrecha relación con la opinión de los familiares más cercanos (quienes deben ser parte en el procedimiento) y, del cuerpo médico que asiste al incapaz que se encuentra en el supuesto de una enfermedad terminal.

Como un ejemplo legislativo al respecto, es de mencionarse el *living will*, figura jurídica que existe en el derecho privado norteamericano, siendo la finalidad de este testamento, como su nombre lo indica, permitir al testador decidir sobre su propia vida en caso de encontrarse en el supuesto de una enfermedad terminal y, en un estado de incapacidad de sus facultades mentales, mismas que no le permitan ya decidir juiciosamente al respecto en ese momento. Nuestro Código Civil contempla en cuanto a su forma, los testamentos público abierto, público cerrado, público simplificado, y ológrafo, que son los testamentos ordinarios; y como testamentos especiales, el privado, el militar, el marítimo y el hecho en país extranjero. Por lo anterior, proponemos que en México se incluya en nuestros Códigos el *living will*, el cual podría llamarse **Cláusula Vital** o **Decisión de Vida**.

Conforme al artículo 1295 de nuestro Código Civil, el “testamento es un acto personalísimo, revocable y libre, por el cual una persona capaz dispone de sus bienes y derechos, y declara o cumple deberes para después de su muerte”. De tal manera que si atendemos a la letra de tal precepto, este se refiere a los... bienes y derechos..., por lo que es evidente, que dentro de esos derechos se puede encontrar el derecho a morir con dignidad, de ser reconocido éste en nuestra legislación. Sin embargo, no sería de acuerdo a la técnica jurídica apropiado hablar de un *living will* como en el derecho de la Unión Americana, toda vez que del mismo precepto analizado se desprende que el testamento se abre a la muerte del testador. Y en el caso concreto, hablamos de una eventualidad en que la persona se encuentre en peligro de muerte, mas no ha fallecido aún.

Ahora bien, una vez reconocido este derecho y comprendido por tanto dentro de los derechos que señala el artículo 1295, sería deseable que se incluyera dentro de las condiciones que pueden ponerse en los testamentos a que se refiere el capítulo IV, del título segundo, del libro tercero del Código Civil: la cláusula vital o decisión de vida, misma que puede ser introducida en cualquiera de los testamentos, tanto ordinarios como especiales que contempla el Código Civil, con exclusión por supuesto del testamento público simplificado. En esta cláusula vital, el testador dispondría sobre su deseo de seguir viviendo o de que se le suspenda el tratamiento médico, de encontrarse eventualmente ante una enfermedad terminal.

Como lo más probable es que de cumplirse tal eventualidad, el testador se encontraría muy probablemente imposibilitado para actuar, podría esta cláusula vital o decisión de vida, señalar un representante ya sea por poder notarial o mediante acta notarial, que pudiera actuar en un momento determinado ante el cuerpo médico que esté asistiendo al paciente terminal. El representante designado por el testador, tendría entre las obligaciones inherentes a su cargo, la de poner en conocimiento del juez de lo familiar en turno, el peligro de muerte en que se encuentra el paciente terminal, a fin de que el juez gire oficio al Archivo

General de Notarías para que se le remita la cláusula vital o decisión de vida, misma que podría obrar anexa al testamento en sobre cerrado, esto a fin de respetar la voluntad puramente testamentaria que es para después de la muerte y, poder así dar cumplimiento a la cláusula vital manifestada por el enfermo terminal.

Por lo demás, previa declaración de interdicción, cuyo procedimiento contempla el Código Adjetivo Civil; podría disponerse sobre la instrumentación de un juicio sumarísimo para estos casos especiales, que por razones lógicas de tiempo, se pudiera iniciar, tanto por el representante ya sea con poder notarial o mediante acta notarial; así como quedar expedita la facultad subjetiva del juzgador que conozca del caso, para designar a un representante del enfermo terminal en caso de no existir representante, que se podría designar por el juez de entre los familiares más cercanos, siguiendo para ello así como para la tramitación del sumario sugerido, el mismo orden y el mismo procedimiento señalados en nuestro Código Civil para la sucesión legítima. De tal manera que con intervención del Ministerio Público para que manifieste lo que a su derecho convenga en representación de la familia del enfermo terminal de existir esta o de cualquier tercero que pudiera resultar perjudicado socialmente con la mencionada cláusula vital. Lo anterior se podría desahogar en un audiencia que se podría señalar dentro de las 48 horas siguientes a partir del momento en que el juez de lo familiar correspondiente dé vista al Ministerio Público, dictándose sentencia dentro de las 24 horas siguientes a la celebración de la audiencia.

También se hace necesario, hacer una adición al párrafo cuarto del artículo 4º constitucional, a fin de darle injerencia al núcleo familiar del enfermo terminal en decisión tan importante, pues a ellos es a quienes directamente y más que a nadie, afecta. Es obvio que también, deberá adicionarse la Ley General de Salud, reglamentaria de la fracción XVI del artículo 73 constitucional; y es incluso este ordenamiento el que debe abundar y detallar las bases y modalidades a que debe sujetarse la decisión de un enfermo terminal a bien morir, o a morir con dignidad. Toda vez que como ya hemos señalado, los preceptos de esta ley que se refieren

a este tema, son todavía nebulosos e imprecisos, siendo indispensable reglamentar al respecto sobre todas las hipótesis posibles que se puedan presentar en tan delicado problema.

Como podemos observar, todavía hace falta mucha conciencia en los actores de la sociedad para tratar de solidarizarse con lo que un enfermo terminal está enfrentando no sólo en su lucha contra la muerte, sino en su necesidad de ser aceptado y comprendido por las personas que están a su cuidado, como son los médicos, que es el punto que trataremos a continuación.

3.3. LA PARTICIPACIÓN MÉDICA EN LOS ENFERMOS TERMINALES

La relación médico-paciente terminal, al menos en nuestro país, no es lo suficientemente adecuada y beneficiosa que podría resultar al paciente. El médico es evitativo en sus visitas diarias y tal pareciera que ya no tiene nada que realizar en el paciente moribundo. De tal manera que el enfermo terminal queda objetivado por la mirada médica, como si fuera un hecho exterior con respecto a su enfermedad ajeno al médico y hasta ignorado por éste.

Son factores culturales y psicosociales, incidentes en la relación profesional entre médico y paciente: la sociedad mercantilista, así como los eufemismos con que se disfraza la muerte, los sentimientos de frustración y la culpa; elementos convergentes todos estos, que aíslan al paciente terminal en sus últimos momentos, impidiéndole el acercamiento humano que tanto necesita en esa parte final de su vida.

Vemos sin embargo, la ausencia en nuestra práctica médica de tanatólogos, siendo este el especialista que ayuda tanto al enfermo terminal como a la familia de éste, a vivir todo lo que es el proceso de morir; también al sobreviviente, al familiar, a realizar su trabajo de duelo; también Al equipo de

salud, por los sentimientos negativos que deja en ellos la muerte del paciente. A pesar de que hace poco más de una década se creó el Instituto Nacional de Tanatología, falta un largo camino por recorrer y un gran cúmulo de experiencias por recabar; y esperamos que se le dé impulso a esta especialidad, tan necesaria en nuestro país por la gran incidencia de enfermedades terminales que han existido desde siempre en todo el mundo.

El médico tiene gran importancia en el mundo del enfermo terminal, ya que es al fin aquel quien decide qué es lo mejor y más conveniente para este. De tal manera que muchas veces si la decisión de suspender un tratamiento depende de los familiares más cercanos al paciente; la responsabilidad, la acción, recae sobre el médico, es decir, es él quien debe hacerlo.

Sin embargo, podemos afirmar que cuando el médico aplica analgésicos y narcóticos, consciente de que con esto abrevia la vida del paciente; es obvio que no lo anima el ánimo de matar, sino el de aliviar dolores acervos e intolerables. En este caso, no puede hablarse de homicidio piadoso o de eutanasia, sino que lo que motiva al médico es aliviar el dolor.

El médico inglés George Mair, en su libro *Confesión de un Cirujano*, dice: “yo los he matado, esta es la palabra, inútil buscar eufemismos. Las gentes deben contar con los medios, moral y técnicamente, de terminar su vida con dignidad. La muerte, incluso cuando se le llama por su nombre, no tiene nada de reprehensible si es ejecutada por razones generosas y humanitarias” (Le Nouveo Observateur, 1974).

En definitiva, podemos afirmar que independientemente de que el médico sea muchas veces el responsable de la decisión final de un enfermo terminal; es la calidad de la relación humana entre médico, enfermo y su entorno familiar lo que debe ser prioritario. Esta responsabilidad debe ser compartida con el cuerpo

médico que interviene, la trabajadora social, la asistencia psiquiátrica a familiares y el médico de terapia intensiva.

El médico debería medir la reserva vital del paciente, para evitar anticipadamente la eutanasia activa, directa e involuntaria; dándole así a este la oportunidad de resolver de antemano su decisión, a través de un *living will*, donde el paciente manifieste por escrito su último deseo en caso de encontrarse en un estado de incapacidad y en una fase terminal de su enfermedad.

Cuando una persona no ha preparado ninguna orden a su médico y se vuelve incapaz por la enfermedad, el doctor tiene que actuar de acuerdo a lo que el enfermo le haya dicho verbalmente o lo que la familia crea que sería lo que el enfermo desearía. Cuando no hay familia, el doctor tiene que continuar con una terapia ordinaria para prolongar la vida del enfermo hasta que, consultando a otros médicos, determinen que el tratamiento es obsoleto.

Como ya se mencionó, la Asociación Americana de Hospitales creó en 1973 el proyecto llamado “los derechos del paciente” y, a pesar de que esto es un gran avance, hubiera sido mejor crear algo como “las obligaciones y los derechos del hospital y médicos, los derechos inherentes del paciente”. Esto hubiera enfatizado los derechos existentes del paciente, minorizando ciertas actitudes que los médicos proyectan sobre los pacientes; estas actitudes explican por qué ciertos trabajadores de la medicina, subestiman la compasión y la preocupación por los pacientes, resultando inhumanos.

Lo anterior demuestra que aun cuando algunos médicos pueden ser cuestionados por el trato que proporcionan a los enfermos terminales, ha habido pequeños avances en el campo médico al permitir que tanatólogos los asistan en el cuidado de los enfermos terminales. Y esto ha sido gracias a los seres queridos de estos pacientes que no han cesado en su lucha para que la sociedad en general sea más humanitaria y comprensiva en su trato con este tipo de personas.

A continuación explicamos más a fondo cómo la familia de los enfermos terminales participa en el tema más álgido que pueden enfrentar todas las personas involucradas en el cuidado de los enfermos terminales: la toma de decisiones.

3.4. LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN LA TOMA DE DECISIONES EN LOS CASOS DE UN ENFERMO TERMINAL

Es en el núcleo familiar, donde se reciente un permanente desgaste emocional y económico, cuando de un paciente terminal se trata. La familia del moribundo enfrenta un panorama lamentable y sin esperanzas y, muchas veces sin recursos económicos que les permitan sortear ese grisáceo camino que conduce a la muerte. En fin, que la medicina actual se debate en la paradoja de utilizar sus grandes adelantos ya sea para salvar una vida o para prolongar la vida de una existencia tortuosa.

Y ante esta realidad científica, se enfrentan los familiares, quienes firman un documento ante las autoridades del centro hospitalario, sin leerlo en muchas ocasiones; y donde se autoriza a los médicos del hospital, para aplicar en el paciente todos los recursos técnicos con que cuenten. De esta manera, médicos y familiares caen en la trampa del avance tecnológico, prolongando irracionalmente la vida e incurriendo con esto, en la distanacia; emprendiendo con ello, una acción contra la buena muerte, que dificulta el proceso del morir, prolongando la agonía y el dolor, con lo cual incurren los médicos en una responsabilidad ética compleja y difícil de resolver.

Por otra parte, la muerte de un familiar tiene repercusiones en los familiares sobrevivientes, "...implica la muerte del tú ante la vida del otro..." (Green, Mora y Roldán, 1992, p. 65); y sin importar la edad, el sexo o causa de su fallecimiento, tiene fuertes repercusiones para los demás integrantes del grupo familiar. Existen *a posteriori* cambios cuantitativos, ya que la familia cuenta con uno o varios

miembros menos; y cambios cualitativos ya que se modifican sus pautas relacionales, se substituyen o transforman los roles desempeñados y, muchas veces, se da un palpable descenso en el estatus familiar, añadiéndose a todo esto los evidentes problemas emocionales que se presentan con todo lo anterior.

También los niños resienten el dramático final de una persona próxima a morir. En el Segundo Congreso de Tanatología y Suicidio (1994), se concluyó que los bebés de dos a cuatro meses, se perturban y deprimen ante una madre seria y sin expresión facial; los niños menores de cuatro años, entienden la muerte como una separación temporal; los niños de cinco o seis años, creen que un muerto puede ver y oír, pero no moverse; los niños entre siete y nueve años, empiezan a entender la muerte como un proceso irreversible; para los niños entre diez y doce años, la muerte es aceptada. Cuando las actitudes del adulto son evasivas, crean confusión lo cual ocasiona angustia y, en el peor de los casos, suicidio en cualquier etapa de la vida.

También se concluyó en el aludido Congreso, que en las ciudades los enfermos son trasladados a hospitales, donde la comunicación entre el ser querido y los familiares, se modifican: horarios de visita, mantener al paciente conectado a la tecnología de máquinas y cirugía, limitando aún más la participación de la familia.

A diferencia de nuestras comunidades rurales, donde se mantiene la costumbre de atender a los enfermos hasta la muerte dentro de su hogar, siendo el duelo más aceptable y sano, ya que el acercamiento de cada miembro de la familia ayuda a contemplar la muerte como algo natural a aceptarla como parte del ciclo de la vida. De esta manera, los niños participan activamente de estas vicisitudes, viviendo su propio duelo como algo natural y aprendiendo a aceptarlo como algo que forma parte del proceso normal de la vida.

Por tanto, es necesario que no sólo los enfermos terminales aprendan a manejar sus emociones, sino sobre todo, sus familiares y seres queridos, pues las emociones son un recurso básico para vivir desarrollándose ante la adversidad. Las emociones son las que nos mueven a buscar el satisfactor, especialmente en situaciones de adversidad que nadie está exento de experimentar. Es por ello que se hace necesario orientar a los seres queridos de los enfermos terminales para que a través del amor y la alegría se trabaje con el miedo, la angustia, la tristeza y el enojo que puede producir la pérdida de un enfermo terminal.

3.5. ORIENTACIÓN PARA LOS SERES QUERIDOS SOBRE LOS POSIBLES TRASTORNOS QUE PUDIERAN PRESENTAR EN LA PÉRDIDA

Cuando se pierde a un ser querido, de primera instancia se pierde el sentido del tiempo y espacio, los primeros pensamientos son de total desconcierto pero tan pronto como estos empiezan a dispersarse lo más conveniente es dejar que los sentimientos tomen su propio cauce, que las emociones fluyan y no tratar de detener lo que tarde o temprano tendrá que enfrentarse: el duelo; abandonarse al dolor hará que la herida quede abierta para siempre. De cómo se decida afrontar este ciclo dependerá en gran medida experimentar un proceso de duelo natural o un duelo patológico. Ante tal situación, lo recomendable es ponerse en contacto cuanto antes con un profesional en la materia. Adicionalmente a continuación se mencionan, a manera de guía, algunas recomendaciones para afrontar los posibles trastornos emocionales por la muerte de un ser querido, basados en la experiencia profesional psicológica y tanatológica:

HABLAR

Hablando de los sentimientos en familia y con amistades, compartiendo los estados de ánimo, se puede encontrar cierto alivio. El dolor tiene su propia voz, es importante expresarlo.

LLORAR

El llanto es una expresión del dolor, a través de éste se expresa la aflicción; es recomendable expresarlo en lugar de reprimirlo.

El tratar de ser fuertes frente a los demás no ayuda a los otros ni tampoco a nosotros mismos, porque a la larga nadie se desahoga y cada uno vive el duelo en forma individual.

CONVERSAR CON OTROS

Que han sufrido una pérdida semejante. Ver a otros que han podido sobrevivir y que han sido capaces de llevar una vida más o menos normal consuela y es una esperanza.

GRUPOS DE AUTOAYUDA

Acercarse a un grupo de autoayuda puede aliviar en gran parte el dolor y dar confianza en el futuro.

ESCRIBIR LO QUE SE SIENTE

Dar salidas positivas a los sentimientos es de suma importancia; escribir, cualquier actividad o arte que ayude a sublimar las emociones negativas y dependiendo de las creencias espirituales y religiosas, la oración también es una opción para expresar emociones.

ESCRIBIR UNA CARTA

Si hay algo que hubiese querido decir, o preferido no decir o algo que hizo o dejó de hacer, a veces resulta de gran ayuda el escribir una carta al ser querido que ha fallecido, es una forma de poner en palabras lo que en pensamiento o sentimiento puede estar lastimando.

MEDITACIÓN Y RELAJACIÓN PROFUNDA

Dos buenas opciones para desahogar las ideas persistentes y obsesivas, despejar el pensamiento de la carga emocional.

EXIMIRSE DE TOMAR RESPONSABILIDADES MAYORES

Aplazar las decisiones importantes y/o trascendentes como cambiarse de casa o de trabajo; dejarlo para cuando se hayan superado las primeras etapas del duelo y se pueda percibir el panorama con mejor claridad.

CONSULTAR UN PROFESIONAL

Aceptar cuando se necesite orientación profesional, olvidarse de cualquier prejuicio que pudiera impedir buscar la ayuda apropiada.

ESTABLECER CONTACTO

Aunque resulte difícil de llevar a cabo, es importante mantener contacto con al menos una persona de total confianza para el doliente, la cual no sólo ayudará como escucha sino también en tratar de proveer lo que se necesite, por ejemplo, animar a los niños de la familia, ir a hacer algunas compras, tomar las llamadas, recibir a las visitas, etc. Esta labor es muy valiosa ya que el doliente no puede concentrarse en estos detalles, al menos las primeras semanas.

RITOS Y COSTUMBRES

No perder de vista los símbolos representados por diferentes costumbres y ritos, dar la importancia necesaria al consuelo que pueden brindar ya sea que se opte por las tradiciones de una religión determinada o hacer la propia serie de ritos y ceremonias solo o en compañía.

SEGUIR COMPARTIENDO

Aceptar que esa persona que ha partido seguirá ocupando un lugar muy especial en la vida. Por tanto, siga compartiendo con la persona que físicamente ya no está, pensamientos, alegrías y problemas cotidianos, exactamente como lo haría si aún estuviese de manera física. Recuerde que de ese ser ha quedado su esencia y que sin retenerlo ni cayendo en un duelo patológico, podrá continuar

compartiendo con él. No se trata de visitar durante meses a diario la tumba, es sólo que la persona sobreviviente necesita algo a que agarrarse como parte natural del proceso de duelo; es importante aclarar que esto es temporal.

RESCATE LOS BUENOS RECUERDOS

Procure no perder el tiempo en reclamos o reproches, dedique la mayor parte del tiempo a la rememoración de los mejores momentos, a los recuerdos felices.

Indudablemente cada proceso es único y diferente, tal como cada persona lo es; sin embargo, de estas recomendaciones se pueden tomar las que se consideren compatibles con el propio duelo.

Como se observa, esta guía pretende ser un recurso para los familiares de los enfermos terminales que se encuentran desorientados ante la pérdida. Es comprensible que después de la muerte de un ser querido la familia sienta que la vida cobra otro sentido. ¿De dónde resurgen las fuerzas para salir adelante ante un evento tan doloroso y dar una resignificación a la muerte de ese ser tan amado? A través de la transformación del sufrimiento en esperanza que ilumine su camino. En este sentido, la tanatología es un recurso importante para ayudar a los familiares de los enfermos terminales a resignificar la vida a través de la muerte, pues al ayudarles a conocer los aspectos teóricos sobre los tipos de muerte, así como la actitud personal que tienen ante los procesos de duelo, podrán enfrentar la muerte como algo natural y valorar cada instante de su vida dándole un mejor significado a la misma.

Cabe mencionar que la presente propuesta implica el monitoreo inicial de un psicólogo, preferentemente con formación tanatológica que en un determinado momento permita que el propio consultante domine las técnicas y pueda continuar de forma autónoma.

CONCLUSIONES

A pesar de que a través de los tiempos la eutanasia ha sido criticada, juzgada e incluso despreciada es una opción muy socorrida en la que desafortunadamente, por tratarse de un acto ilegal en algunos países, no se toman las precauciones necesarias o no se busca la asistencia pertinente tal como sería un equipo interdisciplinario que apoye de una manera profesional la decisión de los familiares. Esto es:

- Un médico que comprenda y respete la vida con calidad.
- Un psicólogo como orientación y canalización de las emociones.
- Un tanatólogo como orientación espiritual y humanitaria.

Tomando en cuenta que el proceso para los familiares no termina con la muerte de un ser querido es pertinente incluir el apoyo psicológico y tanatológico en los hospitales. Esta visión en conjunto representa una alternativa que coadyuve al desarrollo de una sociedad más sana.

La idea es instrumentar este estilo de trabajo en conjunto en el que se convierte el hogar de los moribundos, es decir, el hospital, el lugar donde los encargados de la salud toman decisiones en las que bien podrían participar diferentes profesionales, quitando ideas arcaicas que limitan las posibilidades de apoyo para los familiares quienes se encuentran completamente desorientados y desconocen las particularidades tanto de la enfermedad como de la expresión de sus emociones que a veces se ven limitadas por la propia idiosincrasia de las personas o por la falta del apoyo indicado, ya que el psicólogo y el tanatólogo apoyan a despedirse de ese ser querido al que por un lado no quieren soltar y por otra parte saben que dejarlo ir es tal vez el camino indicado.

Poner en palabras los sentimientos se vuelve una necesidad que no todos tienen la oportunidad de expresar pues las personas que están alrededor se encuentran también desorientados. Este trabajo integral contribuye a la preservación de la salud mental de los seres queridos de un enfermo terminal.

De esta manera la eutanasia puede fungir como una herramienta justa en situaciones muy específicas que incluso podrían ser respaldados desde un punto de vista legal, en el que se valorarán los casos desde diferentes perspectivas y lograr deslindar a los familiares del sufrimiento y la culpa que les genera tomar una decisión tan delicada.

Por otro lado, el hecho de que la eutanasia sea considerada como un delito es una muestra de las exageraciones en las que se puede caer y de lo inflexible que puede mostrarse una sociedad.

Una eutanasia bien asistida y valorada es una decisión que alejada de inconformidades morales representa una posibilidad que sólo puede comprenderse en un momento tan confrontante como lo es decidir entre mantener vivo de manera artificial a un ser querido o permitirle partir cuando la vida a nivel biológico y espiritual lo indican, lo cual incluso es un acto de humanidad.

Tal vez sólo un ser que está postrado en una cama completamente inmóvil y sin vida propia podría responder la siguiente pregunta: ¿La eutanasia es un delito o es un regalo de paz y tranquilidad? Visto de este modo, el abanico de posibilidades se incrementa pues surge la propuesta de crear una carta que sea firmada a manera de testamento en la que se autorice o no que se le aplique la eutanasia en caso de muerte cerebral (como la de donación de órganos).

Con esto vemos que en México ha llegado el momento de legalizar los testamentos vitales, asimismo se deben legalizar los derechos de los enfermos terminales y los de sus familiares, los cuales podríamos resumir conforme a lo que hemos plasmado en esta investigación de la siguiente manera:

Derechos de los enfermos terminales:

1. Vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, psicológico, espiritual y social de acuerdo a su situación concreta, en otras palabras tienen derecho a ser tratados como seres humanos hasta que mueran.
2. Vivir independiente y alerta; es decir, tiene derecho a expresar sus sentimientos y emociones en todo momento y su manera personal de enfocar su propia muerte.
3. Tener alivio de sus sufrimientos físicos, emocionales, psicológicos, intelectuales, sociales y espirituales; es más, tiene derecho a no experimentar dolor en lo posible para que pueda mantener una sensación de optimismo, y en este punto es prioridad lo espiritual.
4. Conocer todo lo concerniente a su enfermedad, su estado, su pronóstico médico o a rehusar conocerlos.
5. Ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores, pero competentes en su campo y seguros de lo que hacen.
6. Participar en las decisiones que incumben a sus cuidados y a su vida, y si se encuentra incapacitado, que sea la persona responsable la que tenga este derecho.
7. Que no se le prolongue indefinidamente el sufrimiento ni se le apliquen medidas extremas o heroicas para sostener sus funciones vitales.
8. Usar su creatividad para pasar mejor su tiempo.

9. Discutir y acrecentar sus experiencias religiosas, místicas y espirituales.
10. Disponer de ayuda de y para su familia, tanto a la hora de aceptar su muerte como a la hora de morir. Esto va un poco en contra de la política hospitalaria, porque cuando una persona está en terapia intensiva no tiene acceso a la ayuda de su familia, ya que los familiares sólo pueden entrar unos minutos al día y salirse.
11. No morir solo. Que también va en contra de la política hospitalaria, pero se han hecho estudios en México que uno de los temores más grandes que existe es el de morir solo, y el morir solo significa morir sin ningún ser amado, porque pueden morir acompañados por médicos y enfermeras, pero sin sus seres queridos.
12. Morir con verdadera dignidad, con plena aceptación y en total paz.
13. Esperar que la inviolabilidad de su cuerpo sea respetada tras su muerte.

Derechos de los familiares de los enfermos terminales:

1. Ser tratados como pacientes, muchas veces los familiares sufren una angustia mayor que el enfermo, porque de alguna manera no lo pueden demostrar y mucho menos al paciente.
2. Saber todo lo relacionado con el paciente, todos los tratamientos, todas las consecuencias, todas las opciones que tenga el enfermo.
3. Que se les atienda, tienen derecho a formar parte en el equipo de salud, es decir, que la familia sepa cómo ponerle el oxígeno o cómo quitárselo, que sepa cómo voltearlo, que sepa cómo bañarlo en la cama; si la familia toma esos papeles que generalmente son de enfermería, cuando muera el paciente ya no va a ser tan duro el

duelo para los familiares, porque así van a sentir que hicieron hasta lo último por el enfermo.

Por todo lo anterior la propuesta de este trabajo es que el centro de todo el equipo de salud sea el enfermo y en torno a él sea que se tomen todas las decisiones, incluida la eutanasia. En especial, desde el punto de vista psicológico atender las necesidades emocionales del enfermo y sus seres queridos, como individuos y también como miembros una familia.

BIBLIOGRAFÍA

- Bidart Campos, G.J. (1993). *Teoría general de los derechos humanos*. UNAM, México.
- Burgoa Orihuela, I. (1984). *Las garantías individuales*, 18ª ed. Porrúa, México.
- Cabodevilla, Iosu. (1999). *Vivir y morir conscientemente*. Desclée de Brouwer, Bilbao.
- Cameron, N. (1982). *Desarrollo por psicología de la personalidad. Un enfoque dinámico*. Trillas, México.
- Cano Valle, F., Ramírez García, L. y Del Castillo Z., H. (1992). *Bioética y derechos humanos*, Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM, México.
- Carrancá y Trujillo, R. y Carrancá y Rivas, R. (2004). *Código penal anotado*, 18ª ed. Porrúa, México.
- Caruso, Igor. (1994). *La separación de los amantes*, 19ª ed., Siglo XXI Editores, México.
- Castaneda, Carlos. (1998). *El conocimiento silencioso*. FCE, México.
- Dalai Lama y Hopkins, Jeffrey. (2003). *Acerca de la muerte*. Océano, México.
- Freud, S. (1981). *Obras completas*, Tomo II. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Freud, S. (1920). *Más allá del Principio del Placer*. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Green, R., Mora, M. y Roldán, G. “La participación de la familia en la toma de decisiones en el caso de un enfermo terminal”. En: Cano Valle, F., Ramírez García, L. y Del Castillo Z., H. (1992). *Bioética y derechos humanos*, Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM, México.
- Instituto Mexicano de Tanatología. *Segundo Congreso Nacional de Tanatología y Suicidio y Primer Simposio Internacional*. Manual de resúmenes, México, 28 de septiembre al 1º de octubre 1994.

- Kolb, L. (1992). *Psiquiatría clínica moderna*, 6ª ed. en español. Ediciones Científicas la Prensa Médica Mexicana, México.
- Kapleau, Philip. (1998). *El zen de la vida y la muerte*. Ediciones Oniro, España.
- Kübler-Ross, Elizabeth. (1972). *Sobre la muerte y los moribundos*. Grupo Editorial Random House, México.
- Kübler-Ross, Elizabeth. (1991). *La muerte: un amanecer*. Ediciones Luciérnaga, España.
- Laplanche, J y Pontalis, J. (1968). *Diccionario de Psicoanálisis*. De Labor, Buenos Aires.
- Lazarus, R. y Lazarus, B. (2000). *Pasión y razón*, 3ª ed. Paidós, Barcelona.
- Longaker, Christine. (1998). *Afrontar la muerte y encontrar esperanza*. Grijalbo, México.
- Maslow, A.H. (1970). *Motivation and personality*, 2nd ed. Harper & Row, New York.
- . *Toward a psychology of being*, Van Nostrand Reinhold, New York, 1962.
- Matos, Leo. "Psicología de la muerte". En *ALCIONE* (2003), No. 15, trad. Carmen Bustos, Chile.
- O'Connor, Nancy. (1990). *Déjalos ir con amor*. Trillas, México.
- Ortíz Quezada, Federico. (1989). *El acto de morir: sobre "La muerte de Ivan Ilitch" de León Tolstoi*, 6ª ed. Colecc. Dolor, enfermedad y muerte, México.
- Pacheco Escobedo, A. "Derecho a la vida: ¿derecho a la muerte?". En Cano Valle, F., Ramírez García, L. y Del Castillo Z., H. (1992) (Eds.). *Bioética y derechos humanos*, Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM, México.
- Pavón, F. y Vargas, G. (1977). *Los delitos de peligro para la vida y la integridad corporal*, 3ª ed. Porrúa, México.
- Pérez Valera, Víctor M. (1989). *Eutanasia ¿piedad? ¿delito?*, 2ª ed. Jus, México.
- Pichot, P. (2003). *DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales*. Masson, México.
- Pina, Rafael de y Pina Vara. (1988). *Diccionario de derecho*, 15ª ed. Porrúa, México.

Recaséns Siches, L. (1986). *Tratado general de filosofía del derecho*, 9ª ed. Porrúa, México.

Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción*. Mc Graw Hill, Madrid.

Rojas, V. y Coicou, M.(2001). *Trastornos de la afectividad*, http://www.avizora.com/publicaciones/psicología/textos/trastornos_afectividad_0042.htm.
Webmaster@avizora.com, Fuente: Sociedad Española de Psiquiatría.

Runes, D. (1981). *Diccionario de filosofía*. Grijalbo, México.

Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia, S.C., *El Sentido de la Muerte*.

Sogyal, Rimpoché. (1994). *El libro tibetano de la vida y la muerte*. Ediciones Urano, Barcelona.

Sogyal, Rimpoché. (1996). *Destellos de sabiduría*, Ediciones Urano, Barcelona.

Terán, J.M. (1986). *Filosofía del derecho*, 10ª ed. Porrúa, México.

Varela, Francisco J. (1998). *El sueño, los sueños y la muerte*. José J. de Olañeta, ed., España.

Vázquez, Rodolfo. (2002). *Bioética y derecho, fundamentos y problemas actuales*, 2ª ed. ITAM-FCE, México.

Vila, J. y Fernández, M. (1990). *Activación y conducta*. Alambra, Madrid.

Fuentes legales:

Código Civil para el Distrito Federal en Materia Común y para toda la República en Materia Federal. Porrúa, México: 2005.

Código Penal para el Distrito Federal en Materia Común para toda la República en Materia Federal. Sista, México: 2005.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Porrúa, México: 2005.

Declaración Universal de los Derechos Humanos promulgada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, Tobías Areas, México: 1995.

Hemerografía:

Castañeda Velasco, Hermilo. "La muerte de los seres humanos, reivindicación del concepto del alma". En *Excélsior*, México: 3 de noviembre 1994.

Carrancá y Rivas, Raúl. "Thanatos y el derecho penal". En *El Gallo Ilustrado*, México: 2 de mayo 1993.

Jurídica, Anuario del Departamento de Derecho de la Universidad Iberoamericana, Núm. 23, México: 1994.

Ortíz Quezada, Federico. "El acto de morir", en *El Gallo Ilustrado*, México: 2 de mayo 1993.