

REVISTA PRISMA SOCIAL N° 43

PARTICIPACIÓN, INVESTIGACIÓN ACCIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO: RETOS, OPORTUNIDADES Y EXPERIENCIAS

4° TRIMESTRE, OCTUBRE 2023 | SECCIÓN ABIERTA | PP. 262-282

RECIBIDO: 28/7/2023 – ACEPTADO: 12/10/2023

DERECHO A LA EUTANASIA: MEDIACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA

THE RIGHT TO EUTHANASIA: MEDIATION IN
END-OF-LIFE DECISION-MAKING

PILAR MUNUERA GÓMEZ / PMUNUERA@UCM.ES

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. ESPAÑA

JOSÉ ÁNGEL MARTÍNEZ-LÓPEZ / JAML@UM.ES

UNIVERSIDAD DE MURCIA, ESPAÑA

ESTHER BÓDALO LOZANO / EBODALO@UM.ES

UNIVERSIDAD DE MURCIA, ESPAÑA

JESÚS ADOLFO GUILLAMÓN AYALA / JESUSADOLFO.GUILLAMON@UM.ES

UNIVERSIDAD DE MURCIA, ESPAÑA



prisma
social
revista
de ciencias
sociales

RESUMEN

Existe una amplia dificultad en la toma de decisiones al final de la vida y especialmente cuando los/as pacientes por iniciativa propia deciden poner fin a su sufrimiento. Una persona mediadora puede gestionar la toma de decisiones, gracias a la creación de un espacio neutral. La finalidad de este estudio es analizar las posibilidades de intervención de la mediación en los procesos de toma de decisiones al final de la vida donde la eutanasia es una opción. Se ha utilizado una metodología cuantitativa (cuestionario), desde una perspectiva descriptiva y transversal, donde han participado 221 profesionales de Trabajo Social cuya actividad se realiza en el ámbito sanitario. Para estos/as profesionales la mediación sanitaria está indicada en aquellos casos donde la comunicación entre pacientes, familias y profesionales no permite gestionar los conflictos que se presentan a la hora de dar respuesta a las peticiones de los/as pacientes cuando la vida de una persona está próxima a su fin y es necesario para evitar el sufrimiento innecesario y planificar el tratamiento. El 74.7% de los y las profesionales encuestados/as consideran que la mediación sanitaria puede ayudar a resolver los conflictos en la toma de decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad terminal.

PALABRAS CLAVE

Mediación sanitaria; toma de decisiones; final de la vida; eutanasia; Trabajo Social

ABSTRACT

It is of great difficulty making decisions at the end of life, especially when patients decide on their own initiative to end their suffering. A mediator can manage the decision-making process by creating a neutral space. The purpose of this study is to analyze the possibility of mediation intervention in end-of-life decision-making processes, where euthanasia is a possible option. A quantitative methodology was used from a descriptive and cross-cutting perspective, with the participation of 221 Social Work professionals working in the health care sector. For these professionals, healthcare mediation is indicated in those cases where communication between patients, families and professionals does not allow managing the conflicts that arise when facing patients' requests whose life is near to its end and it is necessary to avoid unnecessary suffering and to plan treatment. 74.7% of the professionals surveyed considers that healthcare mediation can help resolve conflicts in end-of-life decision-making for patients with terminal illness.

KEYWORDS

Health mediation; decisión-making; end-of-life; eutanasia, Social Work

1. INTRODUCCIÓN

Los avances en medicina, el aumento en la esperanza de vida de la población, la soledad no deseada, junto a la presencia de otros determinantes sociales en la calidad de vida de las personas (Gómez, 2017) muestran un escenario inaudito en relación a la toma de decisiones sobre cómo se quiere vivir o morir. Estas situaciones han dado lugar a circunstancias donde las personas deben tomar decisiones complicadas sobre cómo quieren que se desarrolle el final de su vida (Munuera, 2016). En algunas ocasiones dependen de los cuidados de familiares y/o profesionales para sobrevivir (Tomás-Valiente, 2016; Jiménez y Munuera, 2021), condicionando a su esfera social y familiar, a la vez que pierden autonomía en su proceso de enfermedad. La mayoría de estas personas se caracterizan por tener una edad avanzada, incapacidad física y sensorial, dificultades socioeconómicas, carencia de una red familiar o de amistad, déficit en los cuidados, soledad, etc. que agravan su día a día (Morishita-Kawahara, *et al.*, 2022). Estos casos, necesitan recursos sociosanitarios que suelen suponer una gran sobrecarga emocional para familiares y profesionales, necesitando recursos socioeconómicos y sanitarios (Martínez-López *et al.*, 2021). En la actualidad existen pocos estudios sobre indicadores de calidad al final de la vida, donde haya indicadores que puedan ser monitorizados o transformados (Tilden *et al.*, 2002). Esta situación apenas ha cambiado en las dos últimas décadas dada la dificultad de investigación en este campo, y es necesario plantear nuevas alternativas que humanicen este proceso con medidas que permitan el diálogo y reconocimiento de los deseos del/la paciente.

El 22 de marzo, el Pleno del Tribunal Constitucional de España declaró constitucional la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (en adelante, LORE), al considerar que cubre el derecho de autodeterminación de la persona para decidir de manera libre, informada y consciente el modo y momento de morir, dando respuesta al recurso interpuesto sobre su validez. Esta ley fue aprobada por mayoría en el Congreso de los/as diputados/as (256 a favor; 142 en contra y 2 abstenciones). La eutanasia solo está contemplada en situaciones médicamente contrastadas de enfermedades terminales o gravemente incapacitantes, con el fin de evitar el sufrimiento del o la paciente (Munuera, 2016). La tramitación de estas solicitudes se resuelve a través de la Comisión de Garantía y Evaluación, como órgano colegiado que dictamina la procedencia legal o no de esta prestación. En aquellos casos que reciben la denegación de esta comisión, tienen la opción de recurrir al Tribunal Superior correspondiente, lo que no garantiza el informe positivo su solicitud. Las familias de pacientes con deterioro cognitivo o en situación terminal que disponen de testamento vital del o la solicitante donde ha dejado expresado su deseo de utilización de eutanasia, tienen menos dificultades en la tramitación del proceso. La información que se ofrece a la persona enferma será accesible, según la Ley 6/2022, de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, para establecer y regular la accesibilidad cognitiva y sus condiciones de exigencia y aplicación.

Según datos de la Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia de Países Bajos en 2014 se declararon un total de 1.928 eutanasias, de las cuales 405 se declararon en francés y 1.523 en holandés. Un total de 977 eutanasias correspondían a hombres (51%) y 951 a mujeres; 1.890 obedecían a peticiones conscientes y 38 a declaraciones de voluntades antici-

padas (2%) (Sanz *et al.*, 2023). Según la Asociación de Derecho a Morir Dignamente (2023) desde la aprobación de la ley en el año 2021 al 22 junio de 2023 se ha ayudado a morir a 370 personas.

La mediación en España está regulada a nivel estatal por la Ley 5/2012 de mediación en asuntos civiles y mercantiles y diferentes disposiciones adicionales que regulan su aplicación. Se espera que la futura *Ley de Medidas de Eficiencia Procesal del Servicio Público de Justicia*, impulse su ejercicio a ser obligatoria antes de iniciar cualquier proceso judicial. La necesidad de personas mediadoras y la existencia de este espacio e identidad profesional hace pensar en la necesidad de una formación universitaria (Martínez-López, García-Longoria y Rondón, 2023).

A través de la presente investigación se trata de abordar las implicaciones que tiene la aplicación de la reciente Ley de Eutanasia en la práctica profesional de los/as profesionales que habitualmente realizan prácticas mediadoras dentro de las estructuras sanitarias, al intervenir en el triángulo de las relaciones entre: paciente - profesionales sanitarios/as, paciente-familia y familia-sistema sanitario.

1.1. MEDIACIÓN SANITARIA COMO HERRAMIENTA EN LA TOMA DE DECISIONES EN EL FINAL DE LA VIDA

La mediación en el ámbito sanitario, viene a ser la herramienta adecuada que puede formar parte de los nuevos sistemas y procedimientos para el manejo del conflicto entre profesionales y usuarios (Munuera *et al.*, 2023), favoreciendo su resolución. Los conflictos que se presentan en el contexto familiar pueden determinar el bienestar de pacientes, familias y profesionales en la atención del proceso en el final de la vida. Estos se crean ante la necesidad de tomar decisiones entre el equipo médico y las familias. Goold, Williams & Arnold (2000), plantearon en su estudio tres categorías de conflictos:

1. Factores familiares. La red del o la paciente puede disentir del equipo clínico porque no entienden la situación que se les describe. Dentro de esta categoría se ha de destacar que los conflictos pueden tener su origen en la falta de información o mala interpretación de algunos hechos. Esta valoración coincide con la realizada por la mayoría de investigaciones realizadas (Dubler, 2011; Coleman, Deutsch y Marcus, 2014; Akah, 2016; Moorkamp, 2017). En segundo lugar, se pueden producir conflictos de información o comunicación surgidos a partir de las "malas noticias" sobre el proceso del/la paciente. A veces, el estilo comunicación del/la profesional, con un uso elevado de términos técnicos, ayuda a construir un conflicto de información o comunicación. En tercer lugar, los conflictos pueden originarse cuando las familias obtienen información de múltiples fuentes, incluyendo televisión, internet, amigos, etc. Además, cuando intervienen numerosos equipos clínicos en el cuidado de los/as pacientes, la probabilidad de confusión puede aumentar por sus discrepancias. Ante esta disparidad de opiniones y criterios debe elegirse al profesional que va a convertirse en el/la comunicador/a principal, que regularmente va a asumir dicha responsabilidad de coordinación.

2. Factores vinculados a la intervención de profesionales de la medicina. Determinadas conductas llevadas a cabo por algunos profesionales contribuyen a crear conflictos en relación a la toma de decisiones. Los/as profesionales de la medicina igual que los/as

pacientes y las familias pueden estar fatigados/as, frustrados/as, estresados/as e incluso asediados/as por gran número de factores que se presentan en el tratamiento. Esta falta de confort puede llevarles a realizar comentarios arbitrarios de manera vacilante o atrevida. Por ejemplo, la realización de afirmaciones como “no saldrá del hospital vivo/a” o “le quedan menos de 6 meses de vida”, que no tienen en cuenta la casi universal incertidumbre o la dificultad existe en dicho pronóstico. A esta realidad hay que sumar la cultura del hospital, con sus prioridades en la atención de emergencias, tecnología, altas rápidas, etc. pueden contribuir a intervenciones de alta tecnología con la evitación de las entrevistas personales para ahorrar tiempo.

3. Factores sociales y organizativos. No se puede olvidar la presión asistencial de los/as profesionales sanitarios/as a las que se debe añadir las tensiones económicas, falta de incentivos para conversar con los/as afectados/as, etc. Los/as gestores hospitalarios pueden estar más preocupados/as por su rentabilidad económica, los/as profesionales de la medicina están preocupados/as por su desempeño profesional, pérdida de rol, etc. Las políticas hospitalarias en medidas legales, restricciones de horarios de visitas, reuniones con la familia etc. pueden cambiarse para evitar conflictos en el centro (Goold, Williams y Arnold, 2000). Estos conflictos suelen situarse en aquellos servicios con mayor atención a pacientes en estado crítico, como son las unidades de cuidados intensivos (en un 78% de 102 casos estudiados por Breen *et al.*, 2001), en cuidados paliativos (Ho *et al.*, 2021; Munuera y Novellas, 2020), en procesos oncológicos, demencias, etc. La intervención más adecuada para la gestión de estos conflictos es permitir el diálogo abierto a través de la utilización de la mediación, con la finalidad de permitir expresarse y comenzar a trabajar a través de su dolor, para unir a la familia en el logro de propósitos comunes. En este proceso, las mejores técnicas están basadas en la utilización de una actitud de escucha reforzada con preguntas abiertas para la comprensión del mundo fenoménico del o la paciente y su familia. En determinadas ocasiones “las familias pueden sentirse aisladas, incomprendidas o abandonadas y comenzar a dudar del compromiso del equipo de atención médica con el bienestar del/la paciente” (Goold, Williams y Arnold, 2000, p. 909). En estas circunstancias, es aconsejable que la información sea sincera y la comunicación fluida para promover en la familia y el/la paciente el suficiente apoyo entre ellos/as con el ánimo de reducir ambigüedades, confusiones innecesarias y, esencialmente, poder compartir la soledad interna (Kissane *et al.*, 1998). De esta manera, la mediación sanitaria permite evitar la aparición de factores que puedan desencadenar la aparición de trastornos emocionales, depresión, etc. (Aoyama *et al.*, 2018).

La mediación se presenta como una vía alternativa al sistema judicial para resolver los conflictos que surgen en el ámbito sanitario por su capacidad de crear un espacio de diálogo, centralidad y carácter no adversarial (Dubler, 2011; Akah, 2016; Moorkamp, 2017; Álvarez, 2021; Herzog y Hills, 2019), y como técnica que favorece el logro de acuerdos entre las partes.

Las modalidades de intervención en este contexto se encuentran fundamentadas por la mediación bioética (Dubler, 2011; Akah, 2016; Moorkamp, 2017) por tratar principios de la bioética como la autodeterminación, autonomía, etc. a la hora de tomar decisiones en la atención médica. En segundo lugar, por la mediación sanitaria al realizarse en contexto médico o sanitario, ambas modalidades son acertadas para crear una comunicación ética que favorezca la

comprensión y empowerment de las partes donde el/la mediador/a actúa como catalizador de un espacio imparcial que favorece el encuentro, el perdón y los acuerdos (Guillaume-Hofnung, 2009; Herzog & Hills, 2019; Álvarez, 2021). La utilización de la mediación sanitaria en procesos de toma de decisiones al final de la vida busca establecer acuerdos y consenso con la finalidad de lograr la transformación de los conflictos con la participación y reflexión de todas las partes involucradas (Montañés & Ramos, 2012; Munuera, 2016). El/la mediador/a debe cuidar que los acuerdos se ajusten a los requisitos legales aplicables y no restrinja los derechos del/la paciente, ni las obligaciones de la institución sanitaria.

1.2. LA EUTANASIA: NECESIDAD DE UN NUEVO AVANCE SOCIAL

España se ha incorporado recientemente a los países que han legalizado la eutanasia (Jiménez, 2022; Sanz *et al.*, 2023). En el estudio realizado por Cohen *et al.*, (2014), se destacaba una predisposición favorable de la población española en 2008 por esta medida y se posicionaba en el séptimo lugar de los países que la consideraban necesaria detrás de Dinamarca, Bélgica, Francia, Holanda, Suecia y Luxemburgo. Estos países legalizaron años antes la interrupción de la vida de una persona enferma a petición de este, por parte de un médico a través de una sustancia letal (Roest, Trappenburg y Leget, 2019). Esta decisión es, en sí misma, muy compleja tanto para la persona como para la familia y servicios involucrados, dando lugar a diversos conflictos (Green-Pedersen, 2007; Dubler, 2011; Akah, 2016; Moorkamp, 2017). En estos momentos se pueden establecer diferentes posiciones entre aquellos que apelan al derecho a la vida y a la integridad física y moral, y por el otro, aquellas personas que fundamentan el derecho de autodeterminación de la persona, es decir, un ejercicio de autonomía de la voluntad del o la paciente.

La petición de eutanasia suele estar motivada por diferentes circunstancias entre las que se encuentran: la renuncia a un sufrimiento innecesario; o miedo a un sufrimiento mayor; a vivir sus últimos días en situación de dependencia extrema; situaciones de incertidumbre económica para hacer frente a los cuidados que conlleva la enfermedad; o evitar las tensiones que viven los/as cuidadores; la percepción de abandono por parte del equipo sanitario y un largo etcétera. Son momentos donde pacientes y familias deben tomar decisiones complejas y la dificultad en realizarlas les sumerge en un mar de incertidumbre donde aparecen pensamientos contrapuestos sobre el tratamiento a seguir, en especial, sobre qué objetivos o resultados son deseables, qué decisión es la más apropiada a los deseos del paciente, etc.

La relación entre el/la paciente, la familia y el equipo médico determina en la mayoría de las ocasiones la calidad de la atención sanitaria. Los tipos de interferencia entre las familias y los/as profesionales de la medicina pueden variar desde la cooperación, la manipulación, la confrontación y el conflicto. En relación a los conflictos que se pueden presentar en una solicitud de eutanasia se establecen dos tipos de conflicto. El primero es la presión familiar para poner fin a una vida y el segundo es la oposición de uno o más miembros de la familia para llevar a cabo la realización del procedimiento solicitado (Kimsma y van Leeuwen, 2007). Por otro lado, no se puede obviar una tercera parte del proceso de enfermedad más allá del/la paciente y equipo sanitario: las personas cuidadoras. Desde esta óptica, hay que resaltar que los/as cuidadores/as que han vivido experiencias previas de cuidados en el lecho de muerte de sus parejas, pa-

dres o hermanos/as, se muestran a favor de la eutanasia entre las decisiones a tomar al final de la vida (Roest, Trappenburg y Leget, 2019; Booij *et al.*, 2013; Durán, 2018).

La familia se convierte en una pieza fundamental en la atención de los/as pacientes al final de la vida. Kimsma y van Leeuwen (2007) consideran cuatro posibles papeles de las familias en las distintas fases de una enfermedad, en relación al proceso de solicitud de eutanasia y según el tipo de interferencia para los/as profesionales de la medicina: a) las familias inician una solicitud sin conocer los deseos reales del enfermo/a, b) recuerdan al médico/a la petición realizada por el/la paciente y sugieren el momento de poner fin a una vida, c) se oponen a la eutanasia, incluso cuando hay una petición expresa de la persona, y d) las diferencias de opinión entre la familia y el/la profesional de la medicina en relación con un aspecto concreto, como informar del caso a las autoridades, etc.

En este proceso deben tenerse en cuenta, en primer lugar, la capacidad de entendimiento, comunicación, razonamiento y deliberación, de la persona que piensa en poner fin a su vida para evitar el sufrimiento. Y, en segundo lugar, que estas decisiones estén relacionadas sobre la concepción del bien, bienestar y autodeterminación del o la paciente como elementos clave ponderados en su conjunto. Para evitar no proteger el bienestar de una persona incapaz de decidir por sí misma, o de no respetar la autonomía de una persona capaz de tomar decisiones. Al mismo tiempo que se evalúa el grado del daño que pueda causar la decisión (a mayor riesgo de una decisión, mayor capacidad debe exigirse al paciente) y la importancia que el paciente atribuye a la autodeterminación (Buchanan & Brock, 2009). No se debe de olvidar que en estos momentos fluye entre las partes un especial altruismo en relación a lograr el bienestar al resto de semejantes y la capacidad para analizar críticamente las causas y responsabilidades de las adversidades que se sufren puede verse mermada (Szarazgat, Glaz, y Gaetano, 2006).

El objetivo general de la presente investigación es doble. Por un lado, este estudio trata de conocer los conflictos que se presentan al final de la vida en los centros sanitarios y, en segundo lugar, analizar las posibilidades de intervención de la mediación en los procesos de toma de decisiones al final de la vida donde la eutanasia es una opción en estos mismos centros. Además, establecer si existe algún tipo de relación significativa entre la valoración positiva de la mediación y el resto de las variables estudiadas. Para ello se ha consultado a los/as trabajadores/as sociales como los/as profesionales que se encuentran en el contexto sanitario y tienen una visión integral de la persona enferma y de su familia. Estos profesionales parten de una perspectiva holística del o la paciente y su familia, a través del estudio, evaluación y diagnóstico profesional de sus necesidades, al mismo tiempo que son responsables de proporcionar apoyo psicosocial durante su estancia hospitalaria. La realización de esta investigación les sitúa en un espacio donde pueden ayudar a resolver los conflictos que presentan los/as enfermos/as y familias que deciden optar por la eutanasia. Al mismo tiempo, que facilitan el acceso a los recursos de los que dispone el hospital, produciéndose en estas circunstancias una retroalimentación del equipo interdisciplinar sobre las actuaciones que se han llevado a cabo con el/la paciente y su familia. La interpretación y diagnóstico de los "problemas" son tratados como situaciones sociales que requieren respuestas a través de la investigación y la formulación de políticas sociales (Beddoe & Maidment, 2013; Pockett & Beddoe, 2017). En estos momentos, forman parte de la Comisión de Garantía y Evaluación de las solicitudes de eutanasia algunas comunidades autónomas, entre ellas la Comunidad Autónoma de Madrid o la Comunidad Va-

lenciana (Jiménez, 2022, p. 88). Todas estas circunstancias, les permite orientar al paciente y sus familias, profesionales sanitarios hacia servicios profesionales de mediación.

2. DISEÑO Y MÉTODO

El acercamiento al objeto de estudio se ha realizado desde una perspectiva descriptiva y transversal, desde una metodología cuantitativa. La investigación se ha llevado a cabo entre noviembre y diciembre de 2022 y cuenta con el aval del Comité de Ética de la Universidad Complutense de Madrid (CE_20221215-12_SOC). Esta investigación se ha realizado en el conjunto del territorio español utilizando como técnica de investigación el cuestionario en línea. Se ha desarrollado de forma online para mejorar la difusión e incrementar al máximo el alcance de la muestra. Se ha elegido esta profesión por tener una visión holística de las dificultades que viven los/as pacientes y familias, en primer lugar; y en segundo, por ser este perfil de profesionales quienes articulan, en gran medida, los conflictos que pueden surgir entre el o la paciente y la estructura sanitaria, o los/as pacientes y la familia, así como entre la familia y la estructura sanitaria.

Para lograr una muestra estadísticamente significativa, se estableció un universo de 2815 profesionales en Trabajo Social que desarrollan su actividad en el ámbito sanitario, según información del Consejo General del Trabajo Social (2022). Lo que suponía que para un nivel de confianza del 90% y un margen de error de ± 6 , que se debía alcanzar 178 participantes como mínimo.

3. TRABAJO DE CAMPO Y ANÁLISIS DE DATOS

El acceso a los/as trabajadores/as sociales se ha realizado a través de los Colegios Profesionales de Trabajo Social, quienes, a través de sus listas de difusión, nos ayudaron a hacer llegar este cuestionario a los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario. Los criterios de inclusión fueron: a) estar trabajando como trabajador/a social en ese momento en una institución sanitaria, b) ser profesional colegiado. No se establecieron criterios de exclusión dado que, los criterios de inclusión limitaban totalmente el acceso a participar en la encuesta de otros profesionales.

La encuesta se envió a través de la aplicación UMU.encuestas que permite el anonimato y difusión del cuestionario, cumpliendo con las normas de la Declaración de Helsinki. Dicho cuestionario estaba compuesto por: a) variables sociodemográficas; b) variables relacionadas con el papel que juega la mediación; c) tipo de conflictos que se producen dentro de su ámbito profesional.

Posteriormente, se realizó un tratamiento de los datos a través del programa informático SPSS v. 24 (IBM). Inicialmente, se procedió a realizar un análisis descriptivo de las variables objeto de estudio. A continuación, se realizó un análisis de tablas cruzadas atendiendo al nivel de significación del chi cuadrado ≤ 0.005 , siendo la variable dependiente la mediación sanitaria.

La n obtenida alcanzó los/as 221 participantes, superior al nivel estadístico establecido (178). Respecto a los/as participantes, un 83.6% son mujeres, destacando la muestra por una feminización de las personas participantes. Respecto a la edad, el grueso se encuentra entre quie-

nes tienen entre 51-60 años (35.7%), seguidos por quienes tienen entre 41-50 años (27.1%). Respecto al ámbito profesional en el cual trabajan, la mayoría se ha aglutinado en la opción: "Otro", que incorpora a Fundaciones, Asociaciones, etc. Aislado esta categoría, un 26.1% están vinculados/as laboralmente a centros de salud, un 25.1% a hospital, un 7.6% a centros de salud, y finalmente, un 6.2% a centros de atención a drogodependientes.

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de los/as participantes en la investigación

Sexo	Mujer	Hombre				
	83.6	16.4				
Edad	Hasta 30	31-40	41-50	51-60	+60	
	13.6	20.4	27.1	35.7	3.2	
Ámbito profesional	Hospital	Centro Salud	Centro Mental	Salud	Centro Atención Adicciones	Otro (Fundaciones/Asociaciones, etc.)
	25.1	26.1	7.6		6.2	35.1

4. RESULTADOS

En una primera aproximación a los conflictos, se observa que el origen de los mismos varía según los/as actores/as intervinientes, la naturaleza sobre la cual se gesta y las causas que lo hacen emerger. De este modo, atendiendo a los/as agentes intervinientes (respuesta múltiple), los conflictos están principalmente vinculados al ámbito familiar, ya sea entre familiares del o la paciente (67.4%) o entre la familia y el sector sanitario (54.8%). En último lugar, los conflictos tienen su origen en el o la paciente y el sector sanitario (39.4%). Atendiendo a su naturaleza (respuesta múltiple), se observa que la causa principal es por miedos e incertidumbre de la familia (75.6%), seguidos, a mucha distancia por la falta de acuerdo entre los/as profesionales (37.1%) y por el desconocimiento del equipo médico (24.4%). Respecto a las causas del conflicto, las tres principales son: a) en relación a la comunicación/relación entre el/la enfermo/a, familiares y personal asistencial (32.8%); b) Falta de información sobre el proceso (24.4%); y c) Toma de decisiones (18.3%). Por tanto, en virtud de estos resultados, el origen del conflicto está ligado a cuestiones de ámbito familiar principalmente, siendo la familia como agente institucionalizador del bienestar y protección social, donde emergen los problemas ante las decisiones sobre poner fin a la vida.

Tabla 2. Valoración de los orígenes del conflicto en los procesos de eutanasia

Origen del conflicto según actores intervinientes (respuesta múltiple)	
Entre los propios miembros de la familia	67.4
Entre el/la paciente y el sector sanitario	39.4
Entre la familia y el sector sanitario	54.8
Origen del conflicto según su naturaleza (respuesta múltiple)	
Por desconocimiento del equipo médico	24.4
Por miedos e incertidumbres de la familia	75.6
Por falta de acuerdo entre los/as profesionales sanitarios/as	37.1
Causas del origen del conflicto:	
Sobre el tratamiento a seguir	7.1
De comunicación/relación entre enfermo/a, familiares y personal asistencial	32.8
Falta de información sobre el proceso	24.4
En la organización de la atención al enfermo/a	10.9
En la toma de decisiones	18.3
No sabe, no contesta	6.3

Ante los conflictos que pueden surgir dentro del ámbito sanitario sobre la toma de decisiones sobre el final de la vida, la mayor parte de los/as trabajadores/as sociales consideran que la mediación sanitaria es una alternativa idónea para gestionar estas situaciones (74.7%). Los elevados porcentajes se obtienen también en relación con la finalidad que puede tener la mediación en los conflictos relacionados con la eutanasia dado que el 67.5% considera que permite tomar decisiones más adecuadas con la suficiente información. En esta misma línea, la mayoría de las personas encuestadas (93.4%) consideran que este perfil profesional, a través de la mediación establece encuentros con el entorno del/la cuidador/a y la familia, favoreciendo un espacio comunicativo.

Tabla 3. Valoración de la mediación en los procesos de eutanasia

¿Considera usted adecuado el uso de la mediación sanitaria ante la necesidad de tomar decisiones apropiadas en las situaciones de pacientes con enfermedad terminal?	
Sí es una alternativa idónea para gestionar este tipo de situaciones	74.7
No la considero apropiada	4.5
No sabe/ No contesta	20.8
¿Por qué consideras que la mediación se puede utilizar en situaciones de eutanasia?	
Permite reducir el coste emocional	19.6
Aumenta la calidad del cuidado	11.7
Permite tomar decisiones más adecuadas con la suficiente información	67.5
No sabe/ No contesta	1.2
Señale la opción que considera más apropiada en relación a la figura del/la trabajador/a en el proceso de mediación en el ámbito de la salud ante situaciones de eutanasia	
Es importante que establezca encuentros con el entorno del cuidador y la familia favoreciendo un espacio comunicativo	93.4
Tomar decisiones cuando la familia se encuentra desbordada	4.2
Apoyar y respetar las decisiones del equipo médico	1.2
No sabe/ No contesta	1.2

Por otro lado, respecto a las cuestiones de carácter laboral y de organización del trabajo en relación al proceso de eutanasia, existen casos de abandono de la persona enferma, registrándose un 41.1%, un porcentaje muy elevado que favorece la necesidad de intervención profesional en este ámbito del Trabajo Social. Igualmente, también se han detectado situaciones de negligencia o deficiencia de cobertura en relación con las necesidades del/la paciente (48.5%). En cambio, sí que recoge un valor más elevado en la valoración sobre la salud de las personas que se identifican como cuidadores/as, que en este caso alcanza el 64.0%.

Siguiendo con el contexto de trabajo, solamente un 38.0% de los/as profesionales en Trabajo Social manifiesta haber observado incapacidad por parte del equipo profesional para dar información en relación a la eutanasia o su proceso. Solamente en un 20.1% se desprende ocultamiento en relación a los diagnósticos. Finalmente, en un 12.0% consideran que no se han respetado las voluntades del paciente en relación al documento de voluntades anticipadas.

Tabla 4. Problemáticas en torno al proceso de eutanasia en sus centros de trabajo

¿Se han detectado por parte de los/as profesionales alguna de las siguientes situaciones?	
Abandono de la persona enferma	
Sí	No
41.1	58.9
Situaciones de negligencia o deficiencia de cobertura de necesidades de la persona enferma	
Sí	No
48.5	51.5
Falta de salud de las personas que se identifican como cuidadores/as	
Sí	No
64.0	36.0
¿Considera que en su centro de trabajo se han dado casos de?	
Incapacidad del equipo profesional para dar este tipo de noticias	
Sí	No
38.0	62.0
Ocultamiento de información en torno al diagnóstico	
Sí	No
20.1	79.9
No respetar la decisión del/la paciente aun habiendo un documento de voluntades anticipadas	
Sí	No
12.0	88.0

Posteriormente, se realiza un análisis de tablas cruzadas para conocer si existen relaciones significativas entre la valoración positiva de la utilización de la mediación y el resto de variables estudiadas. De ellas, aquellas que mostraron un nivel de significatividad del chi cuadrado ≤ 0.005 se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 5. Variables con nivel de significatividad del chi cuadrado ≤ 0.005

Variable dependiente: Valoración positiva de la mediación sanitaria para resolver los conflictos de toma de decisiones en pacientes con enfermedad terminal (74.7%)	
Variables	χ^2
Los principales conflictos se producen en relación con la organización de la atención al enfermo/a	0.044
Necesita ampliar sus conocimientos sobre la solicitud de la prestación de ayuda a morir	0.025
Necesita ampliar sus conocimientos jurídicos sobre instrucciones previas, testamento vital	0.031
Existe protocolo en su centro sobre el proceso de solicitud de la prestación de ayuda a morir	0.007
Se han detectado situaciones de negligencia o deficiencia de cobertura a las necesidades de la persona enferma	0.004
Falta de salud de personas que se identifican como cuidadores	0.033
Incapacidad del equipo profesional de dar estas noticias	0.002
No respetar la voluntad del/la paciente habiendo un documento de voluntades anticipadas	0.042

El análisis de la valoración positiva de la mediación para resolver los conflictos derivados de la solicitud del derecho a morir nos permite comprender que dicha percepción está conectada con: a) carencias o problemas insertos en las estructuras sanitarias; b) problemas de respeto a la voluntad del o la paciente que pueden tener su origen tanto en las estructuras sanitarias como en el ámbito laboral; c) necesidad de formación del trabajador/a social.

De este modo, en relación a las carencias o problemas insertos en las estructuras sanitarias, la mediación sanitaria es considerada útil, cuando se producen conflictos en relación con la atención al enfermo ($\chi^2=0.044$), con la existencia o no de un protocolo sobre el proceso de ayuda a morir ($\chi^2=0.007$), la detección de negligencia o deficiencia de cobertura de necesidades de la persona enferma ($\chi^2=0.004$), incapacidad del equipo para dar estas noticias relacionadas con el proceso de ayuda a morir ($\chi^2=0.002$), y no respetar la voluntad del paciente existiendo un documento de voluntades anticipadas.

De acuerdo a los problemas de respeto de la voluntad del/la paciente tanto por parte de las instituciones sanitarias como de la familia, destacan: la existencia o no de un protocolo sobre el proceso de ayuda a morir ($\chi^2=0.007$) y no respetar la voluntad del/la paciente existiendo un documento de voluntades anticipadas.

En relación a la formación: necesidad de ampliar sus conocimientos sobre la solicitud de la prestación de ayuda a morir ($\chi^2=0.025$) y necesidad de ampliar sus conocimientos jurídicos sobre instrucciones previas y testamento vital ($\chi^2=0.031$).

Entre los resultados más significativos, se puede destacar que un 74.7% de los/as trabajadores/as sociales consultados ven la mediación sanitaria como una alternativa idónea para gestionar los conflictos al final de la vida. En nuestro estudio los/as profesionales de Trabajo Social han destacado que los conflictos se desarrollan en el entorno familiar (67.4%) o entre la familia y el sector sanitario (54.8%). En la toma de decisiones al final de la vida los elementos clave del conflicto actúan en el contexto familiar y sanitario.

La existencia de un documento de últimas voluntades o voluntades anticipadas, agiliza este proceso evitando la desorientación de familiares a la hora de tomar decisiones en relación a la demanda del paciente. La existencia de un testamento vital puede evitar que surjan conflictos por futilidad médica donde la mayoría de los/as pacientes no desean un tratamiento agresivo al final de la vida. El 88 % de los/as encuestados/as de nuestro estudio afirma que se respetan las decisiones elaboradas por los/as pacientes.

Las familias suelen buscar la solución de sus problemas en los/as profesionales de Trabajo Social. Especialmente significativa es la labor de estos/as profesionales en los casos de abandono de la persona enferma (41.1%) vinculados/as a los procesos de eutanasia. Desde esta posición relevante, los/as profesionales del Trabajo Social consideran la necesidad de utilizar la mediación dadas las dificultades que se presentan en la atención de los/as pacientes donde las instituciones sanitarias y la legislación existente pueden determinar la falta de una respuesta adecuada a las peticiones realizadas por el/la paciente o su familia. Y un porcentaje elevado (74.7%), tiene claro que la mediación sanitaria puede ayudar a resolver los conflictos que se presentan a la hora de la toma de decisiones en pacientes que tienen una enfermedad terminal o enfermedad avanzada.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Un 74.7% de los/as trabajadores/as sociales consultados/as ven la mediación sanitaria como una alternativa idónea para gestionar los conflictos al final de la vida. Según Gómez y Armadans (2023) la mediación sanitaria es una técnica en expansión dada su consolidación en países como Chile, México, Corea, Suiza, China, USA, etc.

Los conflictos que se presentan al final de la vida están determinados por múltiples factores, tanto de carácter intrapersonal como contextual. Esta aproximación está vinculada con los planteamientos realizados por los/as investigadores/as más emblemáticos en este campo de la conflictología como Lederach (1997), quien estableció la necesidad de tener en cuenta tres elementos claves (persona, problema y proceso) para conocer la naturaleza de los conflictos. Esta consideración no debe impedir la identificación de la esencia del conflicto (social, estructural, legitimación, poder, recursos escasos, autoestima, valores, identidad, normativo, expectativas, inadaptación, información, intereses, atributivo e inhibición), realizada por Redorta (2004), ya que ello ayudará a determinar la intervención del/la profesional que interviene para la gestión del conflicto. En esta misma línea (Coleman, Deutsch y Marcus, 2014) sugieren que los conflictos pueden variar dependiendo de los actores intervinientes, la naturaleza sobre la cual se gesta y las causas que lo hacen emerger.

En un contexto caracterizado por la fragilidad de la persona enferma, la elevada carga emocional del momento al pretender hacer efectivo el derecho a una muerte digna y la tensión por la limitación en la disponibilidad del tiempo necesario para tomar dicha decisión, los conflictos pueden complicar la autodeterminación del paciente y la toma de decisiones, las cuales, deben respetar en todo momento sus deseos y no entorpecer su ejecución dentro de la legalidad.

La intensidad del conflicto puede agravarse por la falta de formación de los/as profesionales sanitarios/as dando lugar a situaciones complejas (Dobbins, 2007). Los estudios de Pope (2013a), Nelson y Nazareth (2013) consideran que la utilización de una mejor comunicación, entre las partes en conflicto puede llegar a un consenso en el 94% de los conflictos sobre futilidad médica. Sólo alrededor del 6% siguen siendo irresolubles. Además de incluso resolverse de manera informal dentro del hospital (Pope, 2013b), a través de conversaciones de calidad. Es necesario la utilización de un espacio de encuentro y diálogo, con el fin de tratar el contenido emocional de las vivencias, las presiones y dedicar tiempo a explicar las limitaciones de la ley y las opciones para aliviar el sufrimiento de un modo aceptable (Kimsma, 2007, p. 369).

En las disputas que se generan en estas situaciones se involucran discusiones sobre la condición actual del/la paciente, el historial de atención y las opciones futuras, donde es importante que el mediador conozca este contexto para que pueda ayudar a facilitar la discusión entre los/as profesionales sanitarios/as, los/as responsables de la institución sanitaria y los familiares (Álvarez, 2021).

La eutanasia es una de las opciones que el/la paciente puede tomar en España (Sanz *et al.*, 2023). Esta medida puede evitar el suicidio en aquellas personas que han decidido poner fin a su vida para evitar el sufrimiento de una enfermedad incurable (casos que han trascendido a los medios de comunicación). Según estos autores la solicitud en España es un proceso complejo que puede alcanzar los 40 días o más a pesar de que muchos de los/as solicitantes se

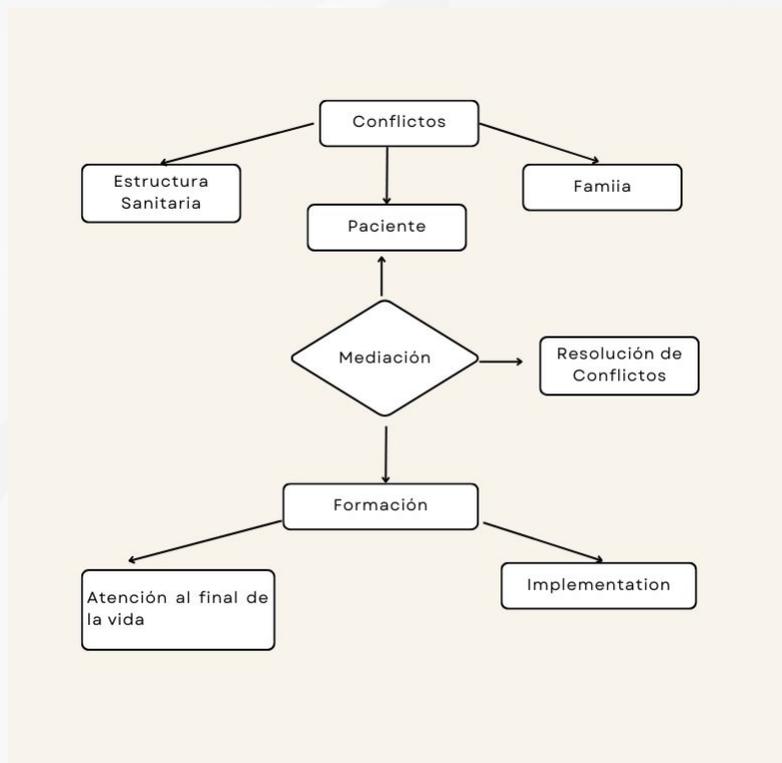
encuentran en una situación de final de vida. Mientras se resuelve la tramitación en España, el/la profesional de la medicina se centrará en el/la paciente y en sus deseos. Se debe favorecer un proceso de evaluación para favorecer y reforzar los cambios necesarios (Dorado & Ruiz, 2017).

En otros países como Holanda, Luxemburgo y Bélgica el proceso es más rápido (Sanz *et al.*, 2023), donde “el profesional médico se enfrenta a los diversos problemas que quedan después de la eutanasia, entre los que se encuentran evitar las investigaciones legales tanto para el médico como para los familiares” (Kimsma y van Leeuwen, 2007, p. 370).

La valoración positiva por parte de los/las profesionales de la mediación está unida al soporte que ofrece la existencia de legislación vigente sobre mediación en España como alternativa a la vía judicial (Gómez y Armadans, 2023). Su utilización en las decisiones que hay que tomar al final de la vida está especialmente indicada en aquellos casos que no se logran resolver de manera informal ya que es una forma eficaz de gestionar los conflictos que se presentan ayudando a las partes involucradas a tratar temas delicados jerarquizando las opciones a través de criterios objetivos (Herzog y Hills, 2019; Munuera y Munuellas, 2020). La utilización de la mediación estaría indicada en aquellas familias que tienen estilos de comunicación disfuncionales o tóxicos, con dificultad de entenderse y que suelen degradarse aún más cuando afrontan estas situaciones. En la comunidad autónoma de Madrid durante 2017, se han llevado a cabo diferentes programas de formación en mediación para trabajadores/as sociales lo que les ha permitido gestionar de forma positiva los conflictos a los que se han enfrentado con las familias.

Los/as profesionales especializados en mediación intervienen en este contexto tratando con conflictos altamente emocionales al mismo tiempo que cuidan las diferencias culturales y religiosas de los/as pacientes y sus familias. Especialmente en la intervención de casos que soliciten poner fin a su vida a través de la eutanasia, son competentes por el conocimiento de las obligaciones legales en juego, y el respeto a la cultura de la institución (Álvarez, 2021, p. 5).

La vinculación de los resultados obtenidos con las investigaciones realizadas hasta la actualidad indica que los conflictos que pueden surgir en los procesos de ejercicio del derecho sobre cómo morir son tridireccionales, dando que hay tres elementos claves que pueden alterar el resultado o acuerdo: paciente, familia y estructura sanitaria donde está atendido el/la paciente. Y la respuesta que puede ofrecer la mediación está determinada por la legislación vigente, tal como se recoge en la siguiente Figura 1.

Figura 1. Mediación al final de la vida y el proceso de toma de decisiones

Entre las implicaciones de la aplicación de la LORE, está la utilización de la mediación en la toma de decisiones al final de la vida que aparece como un nuevo contexto de intervención para los/as mediadores/as. Esta mediación estaría vinculada a la mediación bioética que se realiza en otros países, como Estados Unidos. Entre las ventajas que ofrece esta técnica es la rapidez en la resolución de los casos en unas pocas horas, lo que la hacen más aconsejable, ya que por vía judicial podría tardar meses o años en resolverse (Álvarez, 2021, p. 2). Actualmente no existe una titulación específica en mediación, sino cursos de formación especializada que deben cumplir con el requisito mínimo establecido por la ley que regula su actuación. Entre estos requisitos, es obligatorio tener una titulación universitaria (Derecho, Trabajo Social, Psicología, Educación Social, etc.).

La mediación aparece como el espacio adecuado donde se pueden tomar las decisiones relacionadas con el final de la vida y donde la eutanasia puede estar presente. Esta realidad se abre como un contexto novedoso de intervención para los/as mediadores/as. La mediación puede aumentar la percepción en la calidad de la atención que recibe el/la enfermo/a y su familia aumentando el grado de humanización en la atención que el equipo médico o el centro prestan.

La utilización de la mediación como Mecanismo de Solución de Controversias (conocidos como MASC), por parte de los/as trabajadores/as sociales especializados/as en mediación puede ayudar tanto a pacientes y sus familias, como a los/as profesionales sanitarios/as y al propio Sistema Sanitario. Los/as sanitarios/as tendrían el apoyo necesario para dar respuesta a las peticiones que reciben sobre la toma de decisiones al final de la vida que desbordan su competencia. El espacio de encuentro creado por una persona mediadora ofrece un entorno psicológicamente seguro para todas las partes. La mediación sanitaria estaría vinculada a estrategias

organizativas claras para el bienestar de los/as profesionales favoreciendo la existencia de una cultura colaborativa en las organizaciones sanitarias.

Las decisiones que se deben tomar al final de la vida para pacientes con enfermedades irreversibles y terminales son increíblemente complejas y pueden generar conflictos entre los/as pacientes, familia y profesionales. Los conflictos que se presentan están relacionados por la interacción existente entre los/as familiares, las decisiones del/la paciente y la atención de los/as profesionales sanitarios/as, donde influyen tanto los factores familiares, profesionales y la estructura generada en la sociedad sobre la aceptación de la eutanasia, así como sobre el proceso legal establecido para su aplicación.

Actualmente siempre que los/as profesionales de la medicina consideren adecuada esta decisión, este proceso no tiene contraindicaciones. La mediación sería propicia para aquellos casos complejos donde la interacción entre familiares, paciente y profesionales es más complicada, y fuera necesario resolver en un breve espacio de tiempo.

Las decisiones de la Comisión de Garantía y Evaluación, donde la eutanasia es una opción deben ser más ágiles con la finalidad de evitar los conflictos que se generan entre todos los/as implicados/as. Esto ayudaría a dar respuesta a la toma de decisiones que tienen que afrontar, para evitar costes emocionales mayores y la tensión que se puede llegar a producir al recurrir a la vía judicial.

Las decisiones o preferencias de una persona enferma consciente, apoyadas en un testamento vital, generalmente son tenidas en cuenta con más respeto que los juicios o decisiones de familiares o allegados/as. Los/as profesionales de la medicina suelen respetar estas decisiones. Esta situación además impide la aparición del sentimiento de culpa a la hora de tomar decisiones respecto a la vida de otra persona, tanto por parte de familiares como de los/as profesionales sanitarios/as.

La falta de redacción y registro de las voluntades anticipadas abre la puerta a los/as profesionales sanitarios/as para cuestionar si las decisiones de las personas allegadas reflejan los puntos de vista o intereses del/la paciente. En estas ocasiones se debería favorecer la utilización de la mediación para resolver malentendidos y llegar a acuerdos.

En la utilización de la mediación sanitaria las partes involucradas participan de forma voluntaria, ayudando a resolver la confrontación y facilitando el logro de una adecuada comunicación y el bienestar para el/la paciente. Los/as profesionales de Trabajo Social especializados/as en mediación pueden ser los/as profesionales que intervengan en la toma de decisiones al final de la vida para afrontar la elección de eutanasia por el/la paciente.

Esta investigación supone una primera aproximación al ejercicio del derecho de la toma de decisiones al final de la vida regulado en la nueva Ley de Eutanasia. Si bien existe una dificultad para conectar con otros estudios previos desde el punto de vista de los conflictos y la mediación, supone un punto de partida para seguir profundizando sobre esta temática tan importante que trasciende a las cuestiones éticas, morales y derechos individuales.

Ante la imposibilidad de realizar esta investigación entre los/as profesionales mediadores/as sanitarios/as, se optó por la figura de un profesional próximo a la especializado en mediación, entre los que se encuentra el perfil del/la trabajador/a social que en sus planes de estudio tiene

reconocido la función de mediación. Además de tener en sus planes de estudio asignaturas o formación en mediación, en la mayoría de los centros donde se imparte este Grado.

En el futuro, cuando se consolide la figura del/la mediador/a sanitario/a, se podrá tener un mejor ajuste en la muestra garantizando que tengan una formación específica.

6. REFERENCIAS

- Akah, H. (2016). Expanding the Scope of Bioethics Mediation: New Opportunities to Protect the Autonomy of Terminally Ill Patients. *Ohio State Journal on Dispute Resolution*, 31, 73-100.
- Álvarez, A. (2021). Applying Bioethics Mediation to End-of-Life Care. *American Journal of Mediation*, 14, 125-128.
- Aoyama M., Sakaguchi Y., Morita T., Ogawa, A., Fujisawa, D., Kizawa, Y., Tsuneto, S., Shima, Y., Miyashita, M. (2018). Factors associated with possible complicated grief and major depressive disorders. *Psychooncology*, 27, 915–921. <https://doi.org/10.1002/pon.4610>
- Asociación de Derecho a Morir Dignamente. (16 de julio de 2023). *El número de personas que morirán por eutanasia crecerá en los próximos años*. <https://derechoamorrir.org/2023/06/23/el-numero-de-personas-que-moriran-por-eutanasia-crecera-en-los-proximos-anos/>
- Beddoe, L., y Maidment, J. (Eds.). (2013). *Social work practice for promoting health and well-being: Critical issues*. Routledge.
- Booij, S. J., Rödig, V., Engberts, D. P., Tibben, A., y Roos, R. A. (2013). Euthanasia and advance directives in Huntington's disease: qualitative analysis of interviews with patients. *Journal of Huntington's disease*, 2(3), 323-330. <https://doi.org/10.3233/JHD-130060>.
- Breen, C. M., Abernethy, A. P., Abbott, K. H., y Tulskey, J. A. (2001). Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in intensive care units. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 283-289. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.00419.x>
- Buchanan, A. E., y Brock, D. W. (2009). *Decidir por otros: ética de la toma de decisiones subrogadas*. Instituto de Investigaciones Filosóficas.
- Cohen, J., Van Landeghem, P., Carpentier, N., y Deliens, L. (2014). Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries. *International Journal of Public Health*, 59, 143-156. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0461-6>
- Coleman, P. T., Deutsch, M., y Marcus, E. C. (Eds.). (2014). *The handbook of conflict resolution: Theory and practice*. John Wiley & Sons.
- Dobbins, E. H. (2007). End-of-life decisions: influence of advance directives on patient care. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(10), 50-56. <https://doi.org/10.3928/00989134-20071001-08>
- Dorado, A., y Ruiz, M. C. (2017). Reactivación de la Intervención comunitaria en la España del siglo XXI. El Consejo Local. *Revista Prisma Social*, 18, 393–433. <https://revistaprismasocial.es/article/view/1397>
- Dubler, N. N. (2011). A principled resolution: The fulcrum for bioethics mediation. *Law & Contemporary Problems*, 74 (3), 177- 200. <https://doi.org/scholarship.law.duke.edu/lcp/vol74/iss3/8>
- Durán, M. Á. (2018). *La riqueza invisible del cuidado*. Universitat de València.

Goold, S. D., Williams, B., y Arnold, R. M. (2000). Conflicts regarding decisions to limit treatment: a differential diagnosis. *Jama*, 283 (7), 909-914. <https://doi.org/doi:10.1001/jama.283.7.909>

Green-Pedersen, C. (2007). The conflict of conflicts in comparative perspective: Euthanasia as a political issue in Denmark, Belgium, and the Netherlands. *Comparative politics*, 39(3), 273-291.

Gómez, T. (2017). ¿Qué factores explican el comportamiento diferencial de la demografía española durante el siglo XIX? *Revista Prisma Social*, 19, 471–502. <https://revistaprismasocial.es/article/view/2163>

Guillaume-Hofnung M. (2009). *La Médiation*. Presses Universitaires de France.

Jiménez, J.M., y Munuera, P. (2021). *Fundamentos del Trabajo Social Sanitario*. Tirant lo Blanch.

Jiménez, J. M. (2022). Eutanasia en España: Un análisis interpretativo a la actual normativa desde el Trabajo Social Sanitario. *Trabajo Social Hoy*, 95, 77-92. <https://doi.org/10.12960/TSH 2022.0005>

Herzog, S. M., & Hills, T. T. (2019). Mediation centrality in adversarial policy networks. *Complexity*, 4(79). <https://doi.org/10.1155/2019/1918504>

Ho, A., Norman, J. S., Joolae, S., Serota, K., Twells, L., & William, L. (2021). How does Medical Assistance in Dying affect end-of-life care planning discussions? Experiences of Canadian multidisciplinary palliative care providers. *Palliative care and social practice*, 15, 1-14. <https://doi.org/10.1177/26323524211045996>

Kimsma, G. K., & van Leeuwen, E. (2007). The role of family in euthanasia decision making. *HEC F.*, 19, 365-373. <https://doi.org/10.1007/s10730-007-9048-z>.

Kissane, D.W., Bloch, S., McKenzie, M., McDowal, A.C. y Nitzan, R. (1998). Family grief therapy: A preliminary account of a new model to promote healthy family functioning during palliative care and bereavement. *Psycho-Oncology*, 7, 14-25. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199801/02\)7:1<14::AID-PON313>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199801/02)7:1<14::AID-PON313>3.0.CO;2-D)

Lederach, J. P. (1997). *Construyendo la paz. Reconciliación sostenible. Sociedades divididas*. Gernica Gogoratuz.

Ley 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. 25 de marzo de 2021. D.O. No. 72.

Ley 6/2022, de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, para establecer y regular la accesibilidad cognitiva y sus condiciones de exigencia y aplicación. 01 de abril de 2022. D.O. No. 78.

Martínez-López, J. Á., Lázaro-Pérez, C., Gómez-Galán, J., y Raducea, M. (2021). Aproximación a los cuidados de larga duración durante el pico de la COVID-19 en la Región de Murcia. *Revista Prisma Social*, 32, 128–146.

- Martínez-López J. Á., García-Longoria Serrano M. P. y Rondón U. (2023). El estado de la mediación en España: un análisis descriptivo del perfil y práctica profesional. *Mediaciones Sociales*, 21, 1-16. <https://doi.org/10.5209/meso.79178>
- Montañés, M., y Ramos, E. A. (2012). La paz transformadora: una propuesta para la construcción participada de paz y la gestión de conflictos desde la perspectiva sociopráctica. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales*, 7(2), 241-269. <https://doi.org/10.14198/OBETS2012.7.2.04>
- Moorkamp, A. (2017). Don't Pull the Plug on Bioethics Mediation: The Use of Mediation in Health Care Settings and End of Life Situations. *Journal of Dispute Resolution*, 1, 219-235.
- Morishita-Kawahara, M., Tsumura, A., Aiki, S., Sei, Y., Iwamoto, Y., Matsui, H., y Kawahara, T. (2022). Association between family caregivers' satisfaction with care for terminal cancer patients and quality of life of the bereaved family: a prospective pre-and postloss study. *Journal of Palliative Medicine*, 25(1), 81-88. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0043>
- Munuera, P. (2016). *Mediación Sanitaria*. Tirant lo Blanch
- Munuera, P. y Novellas, A. (2020). Mediación al final de la vida en enfermedades avanzadas. *Medicina Paliativa*, 27 (2), 136-140. <https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1065/2019>
- Munuera, P., y Armadans, I. (2023). La mediación sanitaria una vía alternativa en la solución de conflictos en el ejercicio de la medicina en unos tiempos convulsos: una puesta al día. *Medicina Clínica*, X, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2023.07.026>
- Nelson, C. M., y Nazareth, B. A. (2013). Nonbeneficial treatment and conflict resolution: building consensus. *The Permanente Journal*, 17(3), 23-27. <http://dx.doi.org/10.7812/TPP/12-124>
- Pockett, R., y Beddoe, L. (2017). Social work in health care: An international perspective. *International Social Work*, 60(1), 126-139. <https://doi.org/10.1177/0020872814562479>
- Pope, T. M. (2013a). Dispute resolution mechanisms for intractable medical futility disputes. *New York Law School Law Review*, 58, 347-398.
- Pope, T. M. (2013b). Clinicians may not administer life-sustaining treatment without consent: civil, criminal, and disciplinary sanctions. *Journal of Health & Biomedical Law*, 9(2), 213-296.
- Redorta, J. (2004). *Cómo analizar los conflictos. La tipología de conflictos como herramienta de mediación*. Paidós Ibérica.
- Roest, B., Trappenburg, M., y Leget, C. (2019). The involvement of family in the Dutch practice of euthanasia and physician assisted suicide: a systematic mixed studies review. *BMC Medical Ethics*, 20, 1-21. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0361-2>
- Sanz, T. R. V., Pastor, P. P., Moreno-Milán, B., Hanlon, L. F. M., y Herreros, B. (2023). Spanish regulation of euthanasia and physician-assisted suicide. *Journal of Medical Ethics*, 49(1), 49-55. <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2021-107523>
- Spijkers, A.S., Akkermans, A., Smets, E.M.A., Schultz, M.J., Cherpanath, T.G.V., Van Woensel, J.B.M., Van Heerde, A.H., Van de Loo, M. Willems, D.L. y de Vos, M.A. (2022). How doctors manage conflicts with families of critically ill patients during conversations about end-of-life deci-

sions in neonatal, pediatric, and adult intensive care. *Intensive Care Medicine*, 48, 910–922. <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06771-5>

Szarazgat, D., Glaz, C. y Gaetano, C. (2009). La Elocuencia de los Eufemismos. Un Análisis Semántico desde la Perspectiva Educativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 50, 221-232.

Tomás-Valiente, C. (2016) La eutanasia: marco legal en España y encaje del posible derecho a disponer de la propia vida. Eutanasia y suicidio asistido. *Cuadernos de la Fundació Victor Grifols i Lucas*, 41, 59-73.