

LA ASISTENCIA AL ENFERMO TERMINAL

Una cuestión pendiente

Hospital Universitario Central de Asturias 1997

1. LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE

La muerte ha suscitado entre los seres humanos un abanico de diversas actitudes desde tiempos muy antiguos. Parece lógico, pues, que el tipo de asistencia ofrecida a cualquier enfermo terminal esté bajo la influencia de la propia concepción de la muerte y de la predisposición con la que cada uno afronte el hecho del morir.

En Occidente se han conocido diferentes maneras de encarar la muerte hasta el día de hoy, según ha puesto de relieve Philippe Ariès¹: 1ª) durante la primera Edad Media predomina la muerte *domesticada*, con serenidad y sin improvisaciones, en medio de un ritual ceremonioso ante la familia y los amigos que lo aceptan como signo del destino natural; 2ª) a partir del siglo XII se acentúa la muerte propia, *individualizada*, como lugar donde el hombre toma conciencia de sí y de su individualidad, porque ahí está en juego su destino eterno, produciéndose en sentido contrario un intenso afán de vivir; 3ª) a lo largo del siglo XVIII se comienza a exaltar la muerte *ajena*, asociada con las añoranzas del amor romántico y la contemplación estética, celebrando duelos cada vez más largos y dramáticos e inspirando un nuevo culto a las tumbas y los cementerios, que desplazan el miedo a morir hacia la muerte del otro; 4ª) en el siglo XX la muerte se ha convertido en algo *oculto*, prohibido, de lo que no se debe hablar con el fin de no hacer pasar un mal rato a nadie ni, menos aún, alarmar al enfermo, por tratarse de un hecho estúpido y trivial que es necesario despistar o narcotizar para que no afecte demasiado a las personas implicadas.

En la sociedad contemporánea se concede la primacía a los valores del consumo, la producción, la eficacia, el bienestar material, la competencia y el triunfo profesional. Así pues hay que repudiar todo lo que no sea acción eficaz, rendimiento útil y vitalidad, que chocan frontalmente con el hecho de la muerte.

Por otra parte el desarrollo de la calidad de vida y los grandes avances de la medicina han contribuido a considerar la muerte como algo no integrado en la existencia cotidiana, porque puede “vencerse” con mayor frecuencia o alejar su llegada mucho más que antes.

También se han producido otras modificaciones importantes: la muerte ha cambiado de escenario (hoy se muere en el hospital), al igual que la forma ideal de morir (antes de forma lúcida y religiosa, ahora de manera rápida y sin dolor), y se ha pasado de la «buena muerte» en el seno de la familia a la «muerte dulce» sin dolores ni sufrimientos.

En consecuencia la muerte se presenta como *anti-valor*, porque destruye y niega de todos los valores predominantes, y se tiende a ocultarla por todos los medios como si fuera una realidad prohibida, un nuevo *tabú* que es necesario reprimir. De ese modo se ha contribuido a la difusión generalizada de una serie de actitudes ante los moribundos: encubrir la verdad de su situación, contestar con evasivas a sus preguntas, darles falsos ánimos y evitarles la angustia que genera un trance de tal calibre. Todo ello obedece a sentimientos sinceros de compasión y de piedad hacia el enfermo pero, en el fondo, encierra una doble coartada: 1ª) mostrarle un evidente paternalismo o tratarle como a un niño por quien se toman decisiones que sólo le conciernen a él, y 2ª) ayudarnos a nosotros mismos a no afrontar el hecho de la muerte, puesto que al escamotear la muerte al enfermo estamos escamoteando la que nos afecta a cada uno.

¹ Cfr. *La muerte en Occidente*, Barcelona, 1982; *El hombre ante la muerte*, Madrid, 1983.

2. LA REALIDAD DE LA MUERTE Y SUS IMPLICACIONES

El siglo XX está siendo uno de los que más muertes ha provocado y más las contempla a diario y, curiosamente, es también uno de los más prolíficos a la hora de escribir y pensar sobre la muerte. Entre los poetas de lengua española, por ejemplo, han quedado versos que contienen profundas sugerencias:

«Tenemos que morir
ignoramos
que aventamos niebla y nieve...
He aquí que muero a manos llenas»².

«Un golpe de ataúd en tierra es algo
perfectamente serio»³.

«...como un naufragio hacia dentro nos morimos,
como ahogarnos en el corazón,
como irnos cayendo desde la piel al alma»⁴

La muerte es el único acontecimiento que vamos a vivir con absoluta seguridad. Nadie puede manipularla ni falsificarla ni aun camuflarla. Representa la evidencia física, brutalmente irrefutable, de esa cualidad metafísica del ser humano que llamamos finitud. Por todo eso, y quizá de un modo sarcástico, el hombre es el único animal que sabe que va a morir y, además, el único que entierra. Los rasgos característicos del morir humano podrían resumirse así:⁵

Es, ante todo, *el fin del hombre entero*. Todos los aspectos constitutivos de lo humano (espíritu, materia, mundanidad y socialidad) son radicalmente afectados por la muerte, que se presenta a cada uno como disolución de la unidad del ser, sustracción de la esfera de lo mundano y ruptura de las relaciones con los demás. Así pues, la muerte no es sólo negación de la vida sino eclipse del sujeto entero de la vida, es el fin del hombre.

Es también *la posibilidad por excelencia del hombre*, porque ella es la única certeza ineludible que posee acerca de su futuro. Para cada ser humano, que es por naturaleza prospectivo, un proyecto, o sea, que existe en la medida en que actúa progresivamente sus posibilidades, la muerte representa la única posibilidad factible y absoluta. De ahí que se le haya caracterizado como «ser para la muerte», el único viviente ordenado intrínseca y dinámicamente hacia ella.

Por último, la muerte goza de *una presencia constante en la vida*, porque el hombre puede morir en cualquier momento, es decir, la muerte posee un marcado carácter de inminencia. No se trata de un evento lejano. Su sombra se proyecta sobre el curso entero de la vida, como el remate final de un proceso iniciado antes de nacer: «Morir siempre es una cuestión de tiempo»⁶. Por eso el hombre está obligado a tomar postura ante ella en el sentido de que puede y debe *morir la muerte*, no sólo expirar. No soportarla pasivamente, sino obrarla. Al ser la muerte el punto final del trayecto de la vida, el hombre no sólo puede padecerla por necesidad natural sino que debe optar ante ella, no puede rehuir la responsabilidad de apropiarse de su más propia y decisiva posibilidad sino elegir libremente el modo de afrontarla, de vivirla.

² BLAS DE OTERO, *Poesía con nombres*, Madrid, 1983, 32 y 39.

³ A. MACHADO, *Antología poética*, Barcelona, 1985, 13.

⁴ P. NERUDA, *Residencia en la tierra*, II, en J. O. JIMÉNEZ (ed.), *Antología de la poesía hispanoamericana contemporánea 1914-1970*, Madrid, 1973, 305.

⁵ Cfr. J. L. RUIZ DE LA PEÑA, *La otra dimensión. Escatología*, Madrid 1975, 309-312; *La otra dimensión*, Madrid 1979, 145-151.

⁶ Así lo afirma un personaje de J. SARAMAGO, *Ensayo sobre la ceguera*, Madrid, 1996, 337.

Las dimensiones que componen el hecho del morir están íntimamente relacionadas con la pregunta sobre la propia muerte. De ahí brota una cascada de interrogantes acerca del sentido de la vida, el significado de la historia, la validez de los imperativos éticos absolutos (justicia, libertad, dignidad), la dialéctica presente-futuro, la posibilidad de la esperanza y el nombre de su sujeto y, especialmente, la pregunta sobre la persona, es decir, la densidad, irrepeticibilidad y validez absoluta del individuo concreto, que es en definitiva quien sufre la muerte.

3. EL PROCESO DEL MORIR Y CRITERIOS DE ACTUACIÓN

La muerte suele ocurrir hoy en los hospitales, donde es normal sentirse extraños y despersonalizados aun suponiendo la buena voluntad y profesionalidad del personal sanitario. Parece ser que existen ahí bastantes dificultades⁷ a la hora de afrontar la muerte debido, entre otras causas, a la educación académica recibida (que insiste sobre todo en los aspectos biomédicos), al énfasis que se pone en los aspectos técnicos (en detrimento o por carencia de formación en relaciones personales), a la excesiva burocratización de los centros hospitalarios (que obstaculiza la relación humana con los enfermos críticos), a la división vertical de las actuaciones sanitarias (que dificulta el trabajo en equipo), a la escasez de recursos psicológicos para ofrecer soluciones adecuadas a esta clase de enfermos, y a la influencia del ocultamiento de la muerte que proviene de la sociedad actual.

Por eso conviene dar un repaso a las etapas por las que atraviesa un enfermo terminal. Hace ya casi tres décadas que se vienen publicando diferentes estudios sobre el tema⁸. Los resultados obtenidos pueden resumirse en el siguiente esquema:

POSICIONES	FASES Y ACTITUDES	CRITERIOS
CONFUSIÓN (1)	<p>Primera</p> <ul style="list-style-type: none"> • Despreocupación por la muerte • Desconocimiento del diagnóstico 	<ul style="list-style-type: none"> • Ponerse de acuerdo en equipo • No alardear de “normalidad”
CONFUSIÓN (2)	<p>Segunda</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preocupación por el diagnóstico • Inseguridad, miedo, tristeza 	<ul style="list-style-type: none"> • El médico como interlocutor • No anatematizar con Dios
NEGACIÓN (1)	<p>Tercera</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negación implícita, inconsciente • Huida de la realidad/Autodefensa 	<ul style="list-style-type: none"> • Dosificar la verdad “soportable” • Intensificar la comunicación
NEGACIÓN (2)	<p>Cuarta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negación explícita, consciente • Rechazo de sistema sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar y respetar • No eludir la verdad ni imponerla
INDIGNACIÓN	<p>Quinta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rebelión e irritabilidad • Búsqueda de culpables 	<ul style="list-style-type: none"> • Desidealizar la medicina • Desplazamiento del agresor • Desmitificar el Dios “milagrero”
DEPRESIÓN (1)	<p>Sexta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regateo para eludir el problema • Deseo de acciones purificadoras 	<ul style="list-style-type: none"> • No prometer imposibles • No al Dios que “castiga”

⁷ Cfr. S. URRACA MARTÍNEZ, «La muerte y el morir», *Jano* 653 (1985) 39.

⁸ Cfr. E. KÜBLER-ROSS, *Sobre la muerte y los moribundos*, Barcelona, 1975; P. SPORKEN, *Ayudando a morir*, Santander, 1978; E. M. PATTISON, *The experience of dying*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1977; T. RODABOUGH, «Alternatives to the Stages Model of the Dying Process», *Death Education* 1 (1980) 1-19.

DEPRESIÓN (2)	<p style="text-align: center;">Séptima</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abandono y pérdida de interés • Deseos de estar en soledad 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbalizar angustias y temores • Intensificar la cercanía • “Dios está en cada enfermo”
ACEPTACIÓN	<p style="text-align: center;">Octava</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aceptación (?) de la muerte • Posible desasimio egocéntrico 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto físico de la familia • Disponibilidad del profesional

El esquema anterior no pretende establecer una cronología definida, imposible por otra parte, sino indicar las *posiciones* o estados de ánimo que adopta cada enfermo, las *fases* que atraviesa, las *actitudes* que manifiesta y los *criterios* de actuación más adecuados⁹.

1ª fase: Despreocupación y desconocimiento

El enfermo desconoce todavía el diagnóstico y no se cuestiona la posibilidad de la muerte. El personal sanitario sí lo conoce y procura mantener la “normalidad”, incluso presentando falsas esperanzas de curación. Todo ello suele provocar ambivalencia y hasta desacuerdo entre las personas que lo asisten. La situación se complica más cuando la familia accede al diagnóstico y establece alianzas con el personal sanitario para que el enfermo no lo conozca. En muchas ocasiones el paciente echará luego en cara a sus familiares esta actitud, que le mantiene en la ignorancia y le hace sentirse como un niño. Lo más adecuado es ponerse de acuerdo entre todos y no hacer alardes de normalidad.

2ª fase: Preocupación e inseguridad

Comienzan a surgir las dudas. Aún quedan esperanzas, pero ya asoma el miedo y la tristeza. El enfermo va oscilando entre un optimismo infantil y un pesimismo cargado de temor. El papel del médico, como primer interlocutor válido del enfermo, es decisivo. Solamente él está indicado para informarle sobre la gravedad del diagnóstico. La paciencia y el tacto dirán cómo y cuándo ofrecer la verdad más soportable. Por lo que se refiere a la dimensión espiritual, es necesario adoptar una postura de respeto y eludir la tentación de anatematizar las posibles conductas extravagantes del enfermo. En cualquier caso, podría ser útil el siguiente cuadro comparativo sobre la información médica:

ADECUADA

- personal médico
- lenguaje asequible
- gradual y flexible
- actitud de veracidad
- respeto y cercanía
- tener en cuenta al receptor
- buscar el momento oportuno

ERRÓNEA

- personal ajeno al enfermo
- tecnicismo y sobreabundancia
- dogmática y brusca
- mentira piadosa
- actitud paternalista
- fijarse sólo en el informante
- esconder el ala, huir

3ª fase: Negación implícita y huida de la realidad

El enfermo ya percibe la gravedad de su proceso pero se niega inconscientemente a reconocerlo, porque no quiere o no se atreve a enfrentarse a la realidad de la muerte. En el fondo es un mecanismo de autodefensa para encubrir una postura de huida ante acontecimientos irreversibles, llegando incluso a programar actividades para el futuro como lo harían las

⁹ Cfr. A. ROCAMORA, «El proceso de morir. Aspectos psicológicos», *Moralia* 48 (1990) 429-450; M^a. L. LLANOS DEL AMA - S. URRACA MARTÍNEZ, «Modelos sobre las etapas psicológicas del enfermo terminal», *Jano* 653 (1985) 71-76.

personas sanas. La conducta más apropiada consiste en intensificar la comunicación con el enfermo y dosificar la verdad en cada momento.

4ª fase: Negación explícita y rechazo del sistema

Tras conocer el diagnóstico, especialmente si le ha llegado de manera inesperada y brusca, el enfermo puede empeñarse en negar de manera explícita lo que le sucede. También puede ocurrir que rechace en bloque la competencia de los servicios médicos, los cuidados del hospital y las atenciones de algunos familiares. La actitud más adecuada en esta situación consiste en escuchar respetuosamente y comprender, no eludir la verdad pero tampoco imponerla.

5ª fase: Rebelión y búsqueda de culpables

Está muy unida a la anterior. El enfermo lucha contra lo irremediable y puede proyectar su malestar contra todas las personas que le rodean, entrando en un estado de irritabilidad o ansiedad que hace muy difícil relacionarse con él. En consecuencia, busca algo o alguien a quien culpabilizar: la familia, el médico, el hospital o el mismo Dios. Lo más indicado, en tal situación, es hacerle ver que la medicina no es ningún ideal omnipotente y que sus energías deben dirigirse contra la enfermedad. Tiene también mucha importancia ayudarle a caer en la cuenta de que Dios no es un ser “milagrero” o “arréglalo todo”.

6ª fase: Regateo y necesidad de purificación

La estrecha relación que existe entre enfermedad y culpabilidad va sumergiéndolo al enfermo en un primer estado depresivo que, en ocasiones, le lleva a ofrecer lo que sea (oraciones, promesas, sacrificios personales, comer todo lo que le pongan, intensificar un régimen dietético innecesario, etc.), creyendo que existe alguna instancia superior que puede invertir el orden de los acontecimientos. Se trata de un regateo inconsciente a través de acciones purificadoras, dirigido al mismo médico o a la divinidad. En estos casos la norma general de atención al enfermo es no prometerle imposibles y no presentarle ningún dios “castigador” que necesite sacrificios de expiación.

7ª fase: Pérdida de interés y deseos de soledad

El enfermo se sumerge progresivamente en el abandono y en la pérdida de interés por todo lo que le rodea, despreocupándose del tratamiento, de la higiene y de lo que sucede a diario en la familia. Se encierra en sí mismo y desea quedarse a solas aunque eso también le provoque angustia. Esta fase requiere intensificar la presencia de los seres queridos, ayudarle a verbalizar sus angustias y temores y, en el terreno espiritual, hablarle de un Dios que se identifica con todo el que sufre.

8ª fase: Aceptación de la muerte

No se quiere decir que el enfermo se sienta feliz por el hecho de morir. Se trata de aceptar lo inevitable en el sentido de que ya no es posible luchar más. Sólo cabe estar dispuesto a vivir la muerte. A veces se acompaña este momento con una valoración o resumen de la propia vida y con dejar establecidas ciertas disposiciones finales (las “últimas voluntades”), pero también pueden aparecer algunas conductas egocéntricas y cierta despreocupación por los demás. Lo verdaderamente decisivo ahora es el contacto físico de la familia, la comunicación no-verbal y la disponibilidad del personal sanitario.

4. EL ARTE DE CUIDAR A LOS MORIBUNDOS

A principios del siglo XV existía un importante conjunto de obras, conocidas por el nombre de *Ars moriendi*, que se destinaban a servir de guías prácticas para ayudar a morir bien¹⁰. Salvadas las distancias de mentalidad y de desarrollo biomédico, continúa siendo necesario hoy elaborar un *ars moriendi* adaptado a las nuevas circunstancias.

4.1. La responsabilidad de humanizar la muerte

Si se admite que la ética no es un apósito de la medicina sino que, al contrario, va incluida en ella por estar indisolublemente unida a sus protagonistas y porque pone en juego el sentido humano de los medios que se utilizan en beneficio del enfermo, entonces no cabe otro remedio que introducir la asistencia sanitaria por un cauce situado entre dos vertientes:

1ª) La **responsabilidad** implica la obligación de responder de algo, lleva consigo el deber de respeto, cuidado y protección. Se puede formular en el siguiente imperativo: que el hombre *viva*, que tenga vida. Formulado negativamente diría así: no es lícito atentar contra la dignidad ni la integridad de ningún ser humano o, con otras palabras, no se deben hacer apuestas de acción que pongan en peligro la vida de la humanidad presente ni futura.

Ahora bien, la vida física es un valor ético fundamental, pero no absoluto. Nadie está obligado a llevar una vida en condiciones insoportables o a cualquier precio. En el caso de los enfermos terminales siempre llega un determinado momento en que ya no es posible *curar*, pero siempre continúa siendo posible y exigible *cuidar*. El agotamiento de la terapia no equivale a la desaparición de la asistencia, lo cual plantea la necesidad de tomar decisiones respecto a los siguientes cursos de acción: 1º) no iniciar o interrumpir tratamientos desproporcionados o extraordinarios que prolonguen innecesariamente la vida del enfermo, o sea, prescindir del “encarnizamiento terapéutico”; 2º) no poner ni concurrir con acciones cuya finalidad explícita e intencionada sea acabar con la vida del paciente, puesto que supondría una radical contradicción con la responsabilidad médica; y 3º) intensificar las medidas paliativas contra el dolor y el sufrimiento a sabiendas de que ello puede abreviar la vida del enfermo.

2ª) La **humanización** implica el deber de orientar la conducta hacia el objetivo de la vida humanamente buena y puede formularse en el siguiente imperativo: que el hombre viva *bien*, que haya más y mejor vida para todos. Su formulación negativa quedaría así: no es lícito fomentar la opresión, la pobreza, la desigualdad y la violencia o, en otros términos, es inhumano hacer apuestas de acción que pongan en peligro los derechos fundamentales de la persona.

En la situación del enfermo terminal hay una vida que ya no puede vivirse bien ni ser de mejor calidad. Sólo resta morir bien y de la mejor manera posible o, lo que es lo mismo, vivir una muerte acorde con la dignidad humana. Conviene preguntarse, entonces, si la asistencia a esta clase de enfermos tiene como finalidad prioritaria dignificar las últimas etapas de su vida, humanizar su muerte. Ello plantea una vez más la necesidad de ponderar el significado ético de otra serie de decisiones prácticas: 1ª) estar junto al paciente y sus familiares sin incurrir en la tentación del abandono o de la huida; 2ª) ofrecer información veraz sobre el estado del enfermo y las atenciones médicas adoptadas; 3ª) contar con la voluntad informada del moribundo o de sus representantes legales si aquella no pudiera expresarse; y 4ª) respetar los derechos fundamentales del enfermo, que se concentran principalmente en ser reconocido y tratado como persona: ayudarle a “morir en la ternura”¹¹.

¹⁰ Cfr. B. COPENHAVER - J. BRESNAHAM, «Death: Art of Dying: I. *Ars moriendi*; II. Contemporary Art of Dying», en W. T. REICH (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, New York, 1995, 549-553.

¹¹ C. JOMAIN, *Morir en la ternura. Vivir el último instante*, Madrid, 1987.

4.2. La calidad humana de una atención integral

Para proporcionar es imprescindible contar con un modelo de fondo que permita atender la globalidad de la situación vivida por el enfermo. A estas alturas sería ridículo poner en duda el enorme desarrollo alcanzado por la medicina a través del método científico y experimental: objetivación de los síntomas, comprobación o falsación de hipótesis mediante pruebas complementarias, diagnóstico y tratamiento. La dificultad de dicho modelo reside en su tendencia a reducir el sujeto al objeto, es decir, a concentrarse en el aislamiento objetivo de la enfermedad y desentendiéndose del sujeto que la padece. Desde esa postura quedan muy pocos pasos hasta terminar “cosificando” al propio enfermo.

Hace unos veinte años que se viene insistiendo en la necesidad de insertar la mentalidad anterior en un modelo «biopsicosocial»¹², que tome en consideración a “tal” enfermo como sujeto de relaciones interpersonales y entendido como un todo dentro de su contexto específico e irrepetible. A partir de este planteamiento es más fácil abordar una asistencia integral que, en el caso de los enfermos terminales, abarcaría los siguientes aspectos:

1.-**Biológicos**: cuidar lo relativo al ciclo circadiano del paciente, lo referente a la higiene, los movimientos y la posición en la cama, el confort, la necesidad de mantener contacto físico con el personal sanitario y los seres queridos y, por supuesto, todo lo relacionado con la medicación adecuada a cada caso. Descuidar los cuidados corporales contribuye al deterioro de la evolución del enfermo, porque el cuerpo es la manifestación visible de su dignidad personal.

2.-**Psicológicos**: relacionados directamente con la información y situación del paciente, se pueden agrupar en tres tareas: 1) respetar, comprender y dar explicaciones necesarias; 2) colaborar con él en la toma de decisiones; y 3) colaborar en el sentido de la trascendencia o atención espiritual si tuviera lugar.

Ponerse de acuerdo en quién, cuándo, cómo y qué grado de verdad comunicar al enfermo; no prometerle imposibles ni dar nada por supuesto; ayudarle a mantener el nivel de autoestima para que se sienta “él mismo”, respetado y respaldado, no manipulado ni tratado como un niño; y, en fin, atender sus demandas espirituales sea cual sea el enfoque religioso, o no, que cada uno otorgue a su propia muerte.

3.-**Sociales**: referidas al entorno humano del enfermo, al clima de relaciones que se establecen con él. En este sentido es necesario subrayar varias cosas: 1ª) la *presencia* de los seres queridos y del personal sanitario, como medio básico para ofrecerle compañía y luchar contra la soledad; 2ª) la *continuidad* de esa presencia, como medio para garantizarle respeto y calor humano; 3ª) la *comunicación* permanente, que va mucho más allá de las palabras y se traduce sobre todo en el lenguaje de los gestos y de los signos; y 4ª) la *solidaridad* para sintonizar y hacerse cargo de su situación, no para suplantarle ni reemplazarlo.

En definitiva, la atención integral posee la característica englobante de lo *humano* por el hecho de considerar al enfermo no como un *qué* (algo, objeto), sino como un *quién* (alguien, sujeto). Ese ha sido precisamente el cambio de mentalidad que ha propiciado, desde los años 70, la aparición de las Cartas de los Derechos del Enfermo Terminal¹³ donde se refleja muy bien el espíritu que debería impregnar la asistencia a los moribundos:

1. Tengo derecho a ser tratado como una persona humana hasta el fin de mi vida.

¹² Cfr. G. L. ENGEL, «The need for a new medical model; a challenge for biomedicine», *Science* 196 (1977) 129-136; C. CORRAL, «El modelo biopsicosocial, las humanidades médicas y la medicina asistencial», *Clinica Rural* 307 (1988) 3.

¹³ Cfr. J. GAFO, *10 palabras clave en Bioética*, Estella, 1995, 166-167.

2. Tengo derecho a ser cuidado por personas capaces de mantenerme sentimientos de esperanza ante cualquier cambio que me pueda sobrevenir.
3. Tengo derecho a expresar mis sentimientos y emociones ante mi propia muerte.
4. Tengo derecho a participar en las decisiones que afecten a los cuidados que se me van a prestar.
5. Tengo derecho a recibir la atención del personal médico y de enfermería, aunque sea evidente que no voy a curarme.
6. Tengo derecho a que se responda honestamente a mis preguntas y a no ser engañado con falsas evasivas o expectativas.
7. Tengo derecho a no morir solo ni a sufrir dolor, a morir en paz y con dignidad.
8. Tengo derecho a recibir ayuda de mi familia para aceptar mi muerte y a que mi familia reciba también ayuda para aceptar mi muerte.
9. A conservar mi individualidad y a no ser juzgado por el hecho de que pueda tomar decisiones contrarias a las de los que me atienden.
10. Tengo derecho a discutir, compartir y ser atendido en mis vivencias religiosas, aunque sean diferentes de las de los otros.
11. Tengo derecho a que se respete la dignidad de mi cuerpo después de mi muerte.
12. Tengo derecho ser cuidado por personas compasivas y sensibles, competentes en su profesión, que se esfuercen por comprender mis necesidades y sean capaces de ayudarme cuando afronte el hecho de morir.

Constantino González Quintana
(Oviedo, 25 de noviembre de 1997)