

EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD*

MARIA EUGENIA MOLINA RESTREPO**

RESUMEN

En este artículo se aborda lo que representa para el ser humano la vivencia de la última fase vital, la actitud de la enfermera con el paciente terminal y el sentido que tiene el poder acompañarlo y ser útiles a él y a su familia.

La muerte, y el paciente terminal, por su íntima relación con ella generan angustia y temor en el equipo de salud, los cuales se reflejan en el aislamiento y en última instancia en la desprotección que sufren tanto el paciente terminal como su familia. Las tesis del doctor Sporken y la doctora Kubler, retomadas por la autora de este artículo, permite entender las distintas manifestaciones que se presentan en cada una de las fases terminales y por lo tanto identificar las conductas a seguir por el equipo de salud.

* Conferencia dictada en el Primer Curso Nacional de Actualización para Enfermeras, Hospital San Vicente de Paúl, Medellín, 1987.

** Enfermera, Mg. en Fisiología, Profesora Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

INTRODUCCION

Aun cuando la muerte como realidad no haya variado, sí han acontecido en la sociedad y en la medicina cambios decisivos en lo que respecta a la forma de morir, es decir, en lo que atañe a ese camino que el hombre ha de transitar en su postrera fase vital hasta la muerte. La sociedad se identifica con la juventud y la salud, niega la muerte. La medicina la mira como una enemiga a la cual hay que vencer.

Los pacientes en estado terminal, en su gran mayoría, pasan los últimos días en casa, sin recibir tratamiento médico, puesto que como hemos escuchado en repetidas ocasiones, la medicina no tiene que ofrecerle, los hospitales y clínicas no los reciben con cáncer avanzado y mucho menos si están agonizantes. El doctor Tiberio Alvarez anota en su libro **Dolor en Cáncer**: en nuestro medio "el hospital no es para los incurables ni para los moribundos" (1). Y según Esporcken (2) la frontera entre la vida y la muerte se desdibuja para las personas que no mueren en casa sino en un hospital, rodeados de doctores, sondas, venoclisis, monitores y alejados de la familia y de su medio.

No se puede negar que vivimos en una época que niega la muerte y que ésta se ha constituido en un tabú. El tabú de la muerte ha sustituido al del embarazo y del sexo. Pero existe además un tabú que deriva de la muerte y es el del fallecimiento. La familia del moribundo y el equipo de salud que lo atiende rehuye el contacto con él, presentándose una crisis contemporánea frente a la muerte y al proceso que genera la enfermedad final.

A nivel mundial se vislumbra, aunque incipiente, el deseo de un cambio de actitud frente al tema que nos ocupa, tal es el caso de las facultades de enfermería y medicina, que con la inclusión de estos temas en el plan de estudios, la realización de foros, producción bibliográfica, realización de congresos y cursos, han logrado el debate en el sector salud, así como en la opinión pública, llegando a la organización de asociaciones para una muerte digna y avanzando en la conceptualización del tema.

Intentamos profundizar aquí en lo que representa para el paciente la vivencia de la última etapa vital, la actitud de la enfermera con el paciente terminal, el sentido que tiene el poder acompañarlo y ser útiles a él y a su familia.

Las experiencias que la autora desea compartir con ustedes son el producto de la revisión bibliográfica, el trabajo académico con estudiantes de enfermería y fundamentalmente por el trabajo en la Clínica de Alivio del Dolor del Hospital San Vicente de Paúl de Medellín.

CONDUCTAS CON EL PACIENTE MORIBUNDO

Un enfermo en fase terminal sin posibilidades de curación deja de ser interesante: no se piensa ni se trabaja con el sentido de la atención. De manera egoísta el equipo de salud se interesa más por los enfermos que se recuperan, puesto que ello resulta más gratificante. Los enfermos terminales resultan frustrantes, siempre se mueren.

Berger (3) anota, que en forma casi constante se da el "distanciamiento espacial", que en primer lugar consiste en alejar el enfermo; enviarlo para la casa es una solución radical para alejarlo; sin embargo se utilizan otras alternativas de aislamiento espacial, tales como: aislar al moribundo detrás de un biombo o trasladarlo a una habitación individual. Los médicos espacian sus visitas y muchas veces hay que exigirles que se acerquen al enfermo que muere. Las enfermeras se dan menos prisa para responder a la llamada del enfermo agonizante y refuerzan de este modo el aislamiento al cual lo someten.

Se inventan consignas que aumentan la soledad del enfermo: "tiene necesidad de descansar, no hay que fatigarlo, déjenlo dormir" (4), consignas éstas que se transmiten a la familia.

Según Berger (5), la organización del trabajo y la distribución de las tareas, también favorecen el distanciamiento especialmente cuando los cuidados se distribuyen en serie, y no de acuerdo con las necesidades individuales de cada paciente. Es muy fácil huir de un enfermo moribundo en un servicio donde los cuidados se reparten en serie, disminuyendo las posibilidades de comunicación del enfermo, las relaciones son más superficiales y menos comprometedoras. La organización del trabajo, por lo tanto, influye en la calidad de la relación equipo de salud-paciente, enfermera-paciente.

Un estudio estadístico del tiempo que transcurre entre el momento en que el enfermo llama y la enfermera acude demostró que el tiempo es significativamente más largo para los pacientes moribundos. Otro estudio estadístico demostró la distancia física entre la enfermera y el enfermo a medida que el estado de este último se agrava (6).

De acuerdo con lo expresado por Berger (7), el **distanciamiento relacionar** es una consecuencia de todos los elementos hasta aquí enumerados y podría decirse que todas las conductas de distanciamiento identificadas tienden a realizar una sola y única acción: evitar la comunicación. Parece que allí es donde se identifica el verdadero miedo, y éste es el que realmente provoca la huida.

Cuando el moribundo empieza a tratar el tema fundamental para él, cual

es su deterioro, el temor a la muerte que se aproxima, se tiende a cortar inmediatamente el diálogo, rápidamente se instituye el distanciamiento, con disculpas como: olvidé un utensilio de trabajo, tengo prisa, vuelvo dentro de un minuto. El silencio que se produce es, en ese momento, un silencio de ruptura y no de comunicación.

Las posibles preguntas del moribundo nos inquietan por adelantado. Inventamos preguntas las que seríamos capaces de responder o inventamos respuestas a preguntas que el enfermo no nos ha hecho.

FASES DEL PROCESO DEL FALLECIMIENTO

Según el doctor Sporken (8), en países donde no es obligatorio informar al paciente sobre su enfermedad y por el contrario la tendencia generalizada es la de no informarla o hacerlo en forma insuficiente, el paciente se muere en situaciones de incertidumbre, de ignorancia, de verdades a medias y con mezcla de esperanza y de miedo. Como consecuencia de esta falta de información, el doctor Sporken (9), plantea que es necesario anteponer a las fases descritas por la doctora Kubler-Ross, las siguientes:

- a. Fase de ignorancia: en ella el desconocimiento de la gravedad de la enfermedad es más o menos grande. Con bastante frecuencia la familia sí está informada de la situación del enfermo.
- b. Fase de inseguridad: en esta fase el enfermo atraviesa por período de angustia y tristeza, que alternan con momentos de esperanza de su recuperación física. A veces busca salir de su incertidumbre, haciendo preguntas más o menos veladas a personas relativamente alejadas.
- c. Fase de negación implícita: El paciente sospecha más o menos su situación. Sin embargo lo niega, no quiere aceptarla, no reconoce en sí mismo la presencia de síntomas que calificaría de graves, si los observase en otra persona. Es una fase de oposición inconsciente al creciente conocimiento experimentado por el enfermo sobre la gravedad de su dolencia.

COMUNICACION O DESCUBRIMIENTO DE LA VERDAD

La comunicación de la verdad o el auxilio para descubrirla no son en este caso el comienzo ni debería ser el final, sino un componente integral del cuidado del paciente en la última etapa vital. El cuidado del paciente en esta última etapa debería comenzar en el momento en que alguien (generalmente el médico) sabe que la enfermedad va a tener un desenlace mortal.

Como anota Sporken (10), la comunicación normalmente ocurrirá al final de la fase de la inseguridad o en la de la negación implícita, que sigue inmediatamente después de aquélla. Una vez que se haya percibido la señal de demanda de ayuda ya no se puede eludir la conversación acerca de la gravedad y el desenlace de la enfermedad. En algunos casos puede suceder que el momento de la comunicación de la verdad venga determinado por la familia, por ejemplo, cuando ésta está al corriente de la verdad y ese saber se le convierte en una carga emocional que amenaza con influir negativamente en las relaciones con el paciente. La comunicación de la verdad puede ser determinada hasta por las necesidades materiales de los parientes próximos; por ejemplo si el paciente pretende realizar negocios, que después su esposa no va a poder manejar o si han solucionado aspectos de importancia para los allegados más cercanos.

La comunicación de la verdad debe hacerse con extraordinaria prudencia y constituye una parte muy importante del cuidado del paciente en fase terminal.

El trabajo con la familia comienza en la fase de ignorancia; en la práctica a menudo aunque el paciente no está enterado, uno o varios de sus allegados están informados acerca de su estado.

La información debe ser siempre dosificada para que permita al enfermo ir aceptando paulatinamente su situación, manteniendo siempre abierta la esperanza de una recuperación imprevisible o de la ayuda permanente en el transcurso de la última fase vital.

Es básico que el enfermo no se sienta solo, que encuentre siempre ante sí unos ojos que no rehuyen su mirada y que sean capaces de soportar y asumir el malestar y la angustia que suscita la palabra "muerte". En este diálogo personal será él quien irá indicando qué información debe ser compartida y cuál es el momento para ir comunicando datos de la realidad que afecta al enfermo.

El doctor Sporken (11), cree que el médico es en principio, la persona más idónea para dar la información, si ha tenido una relación profunda con el enfermo. Sin embargo, muchos médicos tienden a no hacerlo o hacerlo tarde, tal vez porque opinan que puede resultar perjudicial o porque ven al paciente durante un tiempo tan breve que sencillamente no perciben sus señales a este respecto. En última instancia es el paciente quien decide, con quién comunicarse, con base en la confianza que ponga en el médico, la enfermera o en otra persona, por lo que podemos afirmar que un miembro del equipo de salud, de la familia o un amigo, puede entablar ese diálogo. Es obvio que la persona en cuestión, habrá de saber a qué se compro-

mete y que deberá informar al equipo de salud sobre el hecho de haber entablado comunicación con el paciente.

La existencia de un trabajo interdisciplinario para el manejo del paciente terminal, proporciona ventajas a éste, en cuanto permite una mejor prestación de servicios, y al equipo de salud le ayuda a sobrellevar el sentimiento de impotencia frente a la realidad; ayuda al manejo de situaciones difíciles que puede presentar el paciente, se evita la presencia de sentimientos de abandono frente a una situación difícil, como cuando se deja solo al personal de enfermería, o a la familia el cuidado del paciente terminal, porque desde el punto de vista médico "no hay nada que ofrecerle".

Las frases siguientes se dan después de la comunicación de la verdad y son señalados por la doctora Kubler-Ross (12), así:

- d. Negación explícita: "No puede ser verdad", en el fondo se trata de la voluntad de vivir que todo hombre lleva en sí. Las personas que están a su alrededor tendrán que armarse de paciencia y dejar que el paciente se vaya haciendo a la idea de manera que pueda comenzar por sí mismo el proceso de integración.
- e. Rebelión: "por qué tengo que ser precisamente yo el de la mala suerte y no los demás". Las personas que están alrededor del paciente tendrán que soportar mucho durante esta fase y estar dispuestos a escuchar. Aunque la rebelión en el fondo se dirige contra lo inevitable e inaceptable de la situación en sí misma, se manifestará de forma muy variada, sobre todo en la búsqueda de un chivo expiatorio.
- f. Pactos, promesas: El paciente intenta "Pactar" con su entorno, pero sobre todo con Dios, con el fin de conseguir un indulto temporal o el cambio de su destino.
- g. Depresión: El paciente se encierra en sí mismo, parientes y conocidos ya no le preocupan y sólo manifiesta un interés táctico por aquellos que lo atienden inmediatamente. Los familiares más próximos caen frecuentemente junto con él en ese tipo de depresión. Se debe animar y estimular a proseguir la vida familiar normal en la medida de lo posible. Ayudar al enfermo en su estadio depresivo resulta muy difícil, puesto que casi no es capaz de entablar un auténtico diálogo, se pueden utilizar antidepresivos y elegir cuidadosamente la hora del día, más oportuna para establecer una conversación, ésta generalmente es en la mañana. Son convenientes las visitas de breve duración, es muy importante que la persona que sea más indicada para ayudar, permanezca disponible para el paciente y su familia en cuanto sea posible.
- h. Aceptación de la muerte: Es la última fase que muchos pacientes son

capaces de alcanzar. La aceptación de la muerte prácticamente nunca significa que el paciente se sienta feliz por ella. Se trata más bien de una aceptación en el sentido de ceder en la lucha por la vida y de acomodarse y estar dispuesto en el sentido positivo para lo inevitable. Muchos enfermos tienen un número extraordinariamente grande de deseos a propósito de sucesos que han de acontecer después de su muerte. Esta fase puede suponer una experiencia muy enriquecedora, no sólo para el enfermo, sino también para los que siguen su vida.

Berger (13), anota que la personalidad es decisiva al momento de la muerte, cada uno tiene sus propios mecanismos de defensa y la muerte despierta miedos y fantasmas, que dependen de la propia historia. Se muere tal como se ha vivido, parece que se muere de una forma o de otra si uno ha tenido o no éxito en la vida; o sea si se han podido realizar ciertos objetivos, y, paradójicamente las personas que tienen sentimientos de haber fracasado en su existencia experimentan más dificultad para dejar una vida sin alegría que las que han tenido experiencias satisfactorias.

FENOMENOS Y MOLESTIAS DE LA ULTIMA FASE DE LA VIDA

Los fenómenos y las molestias manifestadas son diferentes de paciente a paciente y son determinados según Sporken (14) por:

- La enfermedad que sufre.
- La personalidad.
- La tendencia psíquica bajo la que experimenta su estar enfermo, es decir de la fase por la cual estará atravesando.
- La edad y el sexo.
- El nivel social y la profesión.
- La raza y ascendencia.
- La hora del día, y
- El haber o no reposado.

Las quejas más frecuentes son:

CANSANCIO: Síntoma que aparece a menudo, es por lo general un signo muy típico de que se sufre una enfermedad mortal y de que su estado general empeora. El cansancio extremo se presenta especialmente después de comer y hacia el anochecer, después de haber hecho algún esfuerzo o después de las visitas. Durante ese estado desaparece, a las claras, el interés del paciente por su entorno, muchas veces rechaza el personal de enfermería y a los visitantes, especialmente si ellos le suponen un gran esfuerzo.

El cansancio puede disminuirse con un buen descanso nocturno; por lo tanto deberá asegurarse la no perturbación del sueño, la realización de los controles necesarios sin ruido ni luz excesiva, no suministrar medicamentos de rutina durante las horas del sueño. A menudo es oportuno asegurar el descanso nocturno con somníferos de duración prolongada.

Se entiende que se debe evitar todo esfuerzo que no sea estrictamente necesario. Esto implica que los cuidados se le proporcionen en diferentes momentos y no de una vez, que las visitas no duren mucho tiempo, que el diálogo con el enfermo se realice con grandes pausas, que las visitas estén sentadas y calladas al lado del paciente, le cuenten algo y le pregunten lo menos posible.

Por lo general el enfermo está menos cansado en la mañana. En ocasiones se le suministra algún producto que lo estimule ligeramente. Con una dosis adecuada de sedantes y estimulantes, combinados con un buen cuidado, se consigue muchas veces ayudar a que algunas horas del día le sean agradables.

GUARDAR CAMA: Una queja que se repite constantemente se refiere al hecho de tener que permanecer en cama. Ello produce dolores en los sitios que están en directo contacto con ella, los cambios de posición exigen un gran esfuerzo y resulta extremadamente difícil comer, eliminar y defecar. La pasividad a la que se ve reducido el moribundo, no le permite descargar su angustia por la vía de la actividad motriz. Cuando el estado del paciente lo permita deberá estar sentado en un sillón y con la frecuencia que sea posible.

DISNEA: Es agotadora y angustiada, no raras veces se experimenta como una amenaza directa de muerte.

NAUSEAS Y VOMITO: Relativamente frecuentes, especialmente durante la quimioterapia y la radioterapia y en general su origen es múltiple. El tratamiento depende de la causa que lo ocasiona.

ANOREXIA: Expresada especialmente por la familia, esporádicamente estos pacientes tienen deseos de comer algo especial; en la medida de lo posible se deben atender estos deseos, aclarándole a la familia que el paciente ordinariamente tomará muy poco o tal vez nada. Sucede a menudo que si el paciente toma algo más, lo hará con repugnancia, sólo para no desilusionar a la familia o al personal de salud.

SED: La sed es una de las mayores y más frecuentes molestias precisamen-

te en los últimos días y es necesario calmarla incluso con líquidos parenterales.

DIAFORÉISIS: Sporken (15), anota que es muy molesta, tanto para el paciente como para los que lo rodean; puede ir acompañada de olor desagradable. Resulta especialmente perturbadora para los allegados, porque puede dificultar enormemente el contacto corporal, tan importante en esta fase. Hay que recurrir a desodorantes, aseo frecuente y ventilación adecuada.

INSOMNIO: Es uno de los síntomas más molestos y frecuentes que comprometen el estado físico y síquico del paciente, es uno de los primeros síntomas que debe tratarse, el paciente que duerme es un paciente que descansa, que colabora más, que ve las cosas con optimismo.

INCONTINENCIA: Es una amenaza corporal para el enfermo y supone una carga síquica muy dura para el enfermo y su entorno.

DIARREA: Puede tener múltiples causas que es necesario conocer para tratarlas.

CONSTIPACION: Muy frecuente en el estado terminal. Entre las causas están la falta de ejercicio, la falta de ingesta, la acción de las drogas analgésicas y sicotrópicas, la dieta baja en residuos, la acción mecánica de un tumor y los trastornos hidroelectrolíticos.

LA ANGUSTIA del paciente es generada por una serie de factores tales como: La necesidad de un médico capaz de mejorarlo; la actitud del médico y de la familia; el miedo a no ser escuchado y comprendido por el entorno; el miedo a ser dependiente o a ser un estorbo para los demás; el miedo al abandono y a morir solo a causa del rechazo de los demás. Esta angustia es casi constante, aunque no siempre se expresa. Al atardecer y en la noche, la angustia aumenta; la equivalencia muerte-noche o muerte-sueño, está presente (no por casualidad la mitología griega nombra a los dos hijos de la noche llamándolos Hipnos y Tánatos, el sueño y la muerte).

DOLOR: Según el doctor Twycros (17), puede decirse que las dos terceras partes de los pacientes cancerosos sufren dolor moderado e intenso, los datos estadísticos consultados permiten concluir que un 30% de los pacientes cancerosos que van a morir en sus casas sufren dolor intenso hasta el día de su muerte, porcentaje que se disminuye muy poco, aun estando hospitalizados.

El doctor Alvarez (18) anota que en la experiencia alcanzada por la Clínica de Alivio al Dolor del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de

Medellín, en nuestro medio es frecuente que el médico responda al paciente que sufre de cáncer avanzado: "la medicina ha agotado sus recursos, no hay más que hacer por usted", y se olvidan de aliviarle el dolor. Más que una persona que sufre de dolor importa el diagnóstico exacto de la enfermedad, el porcentaje de éxitos y fracasos, la presentación del caso en conferencias y congresos por encima del paciente angustiado y adolorido.

En las facultades de medicina y enfermería, no se enseña el tratamiento del dolor, en ellas se han perpetuado mitos y leyendas que perjudican al paciente debido a que no se tienen conocimientos suficientes sobre el dolor y éste sigue siendo un enigma.

El doctor Alvarez (19) se refiere al dolor resaltando que no puede considerarse como de origen simplemente somático, sin tener en cuenta el aspecto afectivo, es decir, el dolor es una experiencia total que compromete tanto la parte biológica como la psicológica, incluye el sufrimiento físico, mental, social, espiritual y religioso y exige por lo tanto un tratamiento integral.

La ansiedad, la tristeza, la incertidumbre, la depresión, el insomnio, la angustia, la desesperación, el miedo... exacerbaban el dolor y disminuyen el umbral al dolor, por lo tanto, el médico, y ojalá el equipo de salud, deben informarle adecuadamente sobre su futuro, sus posibilidades de tratamiento, el pronóstico; el paciente quiere elaborar planes, quiere saber si existen otras alternativas, quiere que le escuchen su vivencia, quiere que lo aconsejen, quiere que le dediquen tiempo, quiere discutir los temas trascendentales de su vida, quiere llorar y saber todo, quiere un personal honesto, bien preparado, que lo atienda solícitamente, que le mire a la cara, que le sostenga la mirada y que le responda a sus inquietudes.

De acuerdo con lo expresado por Alvarez (2), el manejo del dolor en pacientes terminales requiere del esfuerzo interdisciplinario y de varias especialidades, lo que explica la importancia de las clínicas de alivio del dolor, allí tienen cabida todos aquellos interesados en investigar y encontrar el alivio del dolor y del sufrimiento, como ocurre con los Oncólogos, Cirujanos, Anestesiólogos, Internistas, Ginecólogos, Fisiatras, Enfermeras, Sacerdotes, Sociólogos, Radioterapeutas, Radiólogos, Neurocirujanos, Abogados, etc., cada uno de ellos aporta a la solución de tan difícil problema.

El manejo del dolor es individual y comprende el tratamiento propio del

proceso patológico, además analgésicos, periféricos, narcóticos y drogas coadyuvantes; medios físicos, medios dirigidos a cambiar los aspectos síquicos (hipnosis, retroalimentación, relajación) medios anestésicos tales como el bloqueo de puntos disparadores y neurofíticos, analgesia epidural, tratamiento quirúrgico, otras medidas no tradicionales como la acupuntura y la homeopatía.

Para todas las molestias descritas y las demás que pueden presentarse es necesario utilizar medicamentos de reconocida utilidad y todas las medidas, por elementales que parezcan, que puedan significar alguna ayuda para el bienestar del paciente.

ASISTENCIA AL PACIENTE TERMINAL

Asistir al moribundo significa acompañarlo en su camino hacia el fin de la vida. Para estar realmente a su lado y al de la familia es necesario captar en qué fase se encuentra y además, dada la estrecha relación entre el paciente y quienes lo rodean, resulta igualmente importante investigar en qué fase se hallan los demás. Unas sencillas charlas con el paciente permiten muy pronto intuir en qué punto está. Es importante a la vez prestar oído a las experiencias de los que rodean al enfermo. Es ideal alcanzar una situación en la que tanto el paciente como la familia puedan hablar abiertamente y no tengan que estar jugando al escondite.

De acuerdo con lo expresado por Sporken (21), **una primera forma de asistencia** consiste en proporcionarle los cuidados necesarios según los problemas de salud y en diferente proporción según las limitaciones que presente cada paciente ya sea en el hospital, o en la casa, en esta última generalmente mueren rodeados de los suyos y en su ambiente, donde los aspectos humanos del cuidado de la salud se llevan a cabo con mejores resultados, aunque no existan las técnicas hospitalarias. Un ejemplo de ello es lo que la doctora Kubler-Ross, anota: "un par de cucharadas de la sopa acostumbrada, tomadas en casa, muchas veces le hacen más bien al paciente que una infusión en el Hospital" (22).

El tratamiento en la casa requiere de paciencia, dedicación y comprensión, es ideal que sea realizado por un equipo multidisciplinario en el que participan como mínimo el médico y el enfermo, quienes deben estar en comunicación permanente, para definir atención ambulatoria o atención domiciliaria al paciente y a la familia cuando el estado lo exija, ello significa atención al estado de salud y además apoyo, confianza, resolver inquietudes, contestar preguntas, y el médico estar disponible para prescribir la droga agotada.

Cuando la familia ha de cuidar al paciente moribundo, requiere los servicios de una enfermera que, al menos, realice algunas visitas donde oriente a la familia, entre otros aspectos con:

- Cuidados que le den confort.
- Manejo de la droga: horarios establecidos y dosis, puesto que es más importante prevenir el dolor que combatirlo.
- Administración de medicamentos coadyuvantes o de refuerzos en casos de dolor, fuera de los horarios establecidos.
- La aplicación intramuscular de analgésicos, narcóticos y antieméticos.
- El manejo de las fases que puedan estar viviendo el paciente y la familia, buscando la superación de ellas, y la canalización de los problemas que puedan presentarse.

Según lo anotado por Sporken (24), existen además otras formas de asistencia que buscan enfatizar algunos aspectos contemplados en la primera forma de asistencia al morir.

Una segunda forma de asistencia consiste en combatir los sufrimientos y dolores corporales. El manejo del dolor se inicia con analgésicos sencillos, de acción periférica, hasta llegar a los narcóticos; con la combinación de drogas coadyuvantes para encontrar las analgésicas y para tratar otros síntomas que acompañan la enfermedad y aun el tratamiento de náuseas, vómito, insomnio, constipación, disnea, cansancio...

Una tercera forma de asistencia consiste en tratar de reducir hasta donde sea posible el malestar, la angustia y la depresión, creando una atmósfera agradable por medio de la amistad y la cordialidad, lo que facilita la buena comunicación del paciente con el equipo que lo trata.

Una cuarta forma de asistencia consiste en el suministro de drogas prescritas que ejerzan su acción a nivel central con sedantes, antidepresivos y estimulantes, éstas son muy útiles y le ayudan al enfermo a mantener su mente en condición de tomar decisiones.

DERECHOS DEL MORIBUNDO

Tomados de la traducción del texto de A. Bárbara. The Dying Parson's Billa of Right S. American Journal of Nursing. LXXV (enero 1975).

- Tengo el derecho a ser tratado como una persona humana hasta que me muera.
- Tengo el derecho a conservar un sentimiento de esperanza, sea cual sea el cambio que pueda sobrevenir.
- Tengo el derecho de ser cuidado por aquéllos y aquéllas que son capaces de conservar ese sentimiento de confianza, sea cual fuere el cambio que pueda llegar.
- Tengo el derecho de expresar, a mi manera, mis sentimientos y mis emociones frente a mi propia muerte.
- Tengo el derecho a participar en las decisiones referentes a mis cuidados.
- Tengo el derecho a esperar una atención médica continua y una continuidad de cuidados, incluso si los objetivos de curación deben ser cambiados por objetivos de soporte.
- Tengo el derecho a no morir solo.
- Tengo el derecho de ser aliviado en el dolor.
- Tengo el derecho de que se me conteste honradamente a mis preguntas.
- Tengo el derecho de no ser engañado.
- Tengo el derecho, al aceptar mi muerte, de recibir la ayuda de mi familia y que ésta sea también ayudada.
- Tengo el derecho de morir en paz y con dignidad.
- Tengo el derecho de conservar mi individualismo y de no ser juzgado por mis decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de los demás.
- Tengo el derecho de discutir y profundizar mi experiencia religiosa y espiritual, sea cual fuere su significación para los demás.
- Tengo el derecho de esperar que la dignidad de mi cuerpo sea respetada después de mi muerte.
- Tengo el derecho de ser cuidado por personas sensibles, motivadas, competentes, que intenten comprender mis necesidades y que sientan una satisfacción personal en la ayuda que me presten frente a la muerte.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALVAREZ, Tiberio. Dolor en cáncer. Medellín, Por Hacer, 1986, p. 14.
2. ESORKEN, Paul. Ayudando a morir. Santander, Sal Terrae, 1978, p. 11.
3. BERGER, Maurice y HORTALA, Françoise. Morir en el hospital. Barcelona, Rol, 1982, p. 141.
4. BOISSEAU, Ludwikowski, L. Citado por Berger, op. cit. p. 142.
5. BERGER, Op. cit, p. 142.
6. BERGER, Op. cit, p. 52.
7. BERGER, Op. cit, p. 143.
8. SPORKEN. Citado por GAFO y otros. La eutanasia y el derecho a morir con dignidad. Madrid, Ediciones Paulinas, 1984. p. 69.
9. IBID, pp. 71-72.
10. SPORKEN, Paul. Ayudando a morir. Santander, Sal Terrae, 1978, p. 68.
11. SPORKEN, Op. cit, p. 69.
12. KUBLER-ROSS, Elizabeth. Citada por Sporken, Op. cit, pp. 73-81.
13. BERGER, Op. cit, p. 65.
14. SPORKEN, Op. cit. p. 38.
15. SPORKEN, Op. cit. p. 49.
16. BERGER, Op. cit. p. 72.
17. TWYCROS. Citado por Alvarez, Tiberio. Dolor en cáncer. Medellín, Por Hacer, 1986. p. 13.
18. ALVAREZ, Tiberio. Dolor en cáncer. Op. cit. pp. 14-15.
19. IBID, p. 25.
20. ALVAREZ, Op. cit. p. 33.
21. SPORKEN, Op. cit. p. 32.
22. KUBLER, Ross, Elizabeth. Citada por Sporken. p. 32.
24. SPORKEN. Op. cit. p. 33.