

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

La ayuda (médica) al bien morir

Omar Franca, Noris Fontes, María Lourdes González,
Julia Núñez, Roberto Puig, Helena Queirolo y Yolanda Silva
Sociedad Uruguaya de Bioética
Universidad Católica del Uruguay

Introducción

La muerte es un hecho con el que el equipo de salud se encuentra muy a menudo, sobre todo en el caso de aquellas especialidades que se ocupan de situaciones clínicas donde hay riesgo vital. La proximidad de la muerte puede ser ignorada, rechazada o asumirse con paz. Las sensibilidades culturales y las mentalidades morales han ido cambiando frente a este hecho existencial de tan decisiva importancia para el ser humano. En lo que sigue iremos mostrando esta traslación de mentalidades y disposiciones tanáticas.

I. Aspectos socioculturales de la muerte y el morir

Philippe Ariès, un historiador francés¹, ha sistematizado en cinco las “etapas” de la historia de la sensibilidad occidental ante la muerte. Más que etapas, hay que entender la descripción de Ariès como formas diferentes de aproximación a la muerte que han ido predominando en determinados momentos históricos, y en los países occidentales. Estas formas de mirar la muerte, sensibilidades o mentalidades mortuorias coexisten simultáneamente hasta el presente en algunos contextos, grupos o personas individuales. La descripción de Ariès nos será de utilidad para percibir las diferentes concepciones culturales sobre la muerte que coexisten en nuestra sociedad, siempre que tengamos en cuenta que ninguna etapa en particular es “mejor”, o “peor”, que las demás.

a. La muerte domesticada (Primera etapa o primera mentalidad.) Hasta el siglo XIV la muerte era vivida con familiaridad, sin miedo ni desesperación. Había una aceptación realista, se la anunciaba, se la avisaba, se hablaba de ella, se la ritualizaba, se vivía como el destino colectivo de todos: estaba domesticada. Se suponía que los niños debían estar presentes en el momento de la muerte de sus padres. Una muestra de esta mentalidad es el hecho de que los cementerios estuvieran en el centro de las ciudades, anexo a las iglesias y que la vida social girara en torno a ellos. También existía el nuntio mortis: la comunidad en la época medieval escogía una persona con cualidades idóneas de comunicación y empatía como para que anunciara a la sociedad que una persona había muerto y que se haría el sepelio en tal lugar y de tal manera. Resultaba lógico que los medievales se sintieran identificados con aquella frase de Jorge Manrique: “Consiento en mi morir con voluntad placentera clara y pura, que querer hombre vivir cuando Dios quiere que muera es locura”. O con lo que le decía don Quijote a Sancho: “Porque la mayor locura que puede hacer un hombre en esta vida es dejarse morir, sin más ni más” (Don Quijote cap. 74). Inmerso en esta mentalidad, el moribundo aceptaba su destino como algo querido por Dios y la vivía con confianza, la aceptaba públicamente, y la celebraba. El momento culminante era “el adiós”, cuando se despedía de los familiares y amigos.

Rasgos de esta mentalidad ante la muerte permanecen en nuestro ambiente, sobre todo en lugares del interior del país, donde las familias tienen aún los cementerios cerca de “las casas”.

Recordemos, además, que en muchas iglesias y catedrales de nuestro país las tumbas están dentro de los templos.

b. La muerte de “mí”. (Segunda etapa o mentalidad). La muerte del “mí” (S. XV-XVIII) coincide con el descubrimiento de la individualidad, según Ariès. La emergencia de esta nueva mentalidad tanática consiste en mirar la muerte como el acontecimiento que revela lo que “he sido”, lo que “he hecho”. La muerte es considerada como el momento supremo de la decisión, de la conversión y del cambio. Como la ocasión para salvarse o condenarse uno mismo. El hombre individual es quien es libre, y en el interior de su propia alma es donde tiene que optar. Los demás están ahí, pero su presencia solo es un escenario para que el individuo opte por la salvación, y no por la perdición, ante el momento de su muerte².

c. La muerte del “tú”. (Tercera etapa o tercera mentalidad). Para Ariès, esta mentalidad emerge en el siglo XVIII que es la época del romanticismo. En los poetas y pintores de la época se puede percibir la muerte como el “drama” atroz e inhumano del ser amado. Hay

un erotismo romántico cuasi religioso en la emergencia de esta mentalidad tanática. La muerte es exaltada y dramatizada por los poetas y pintores románticos. Los ritos de despedida se vuelven trágicos y angustiosos. El hombre está en una actitud de rebeldía frente a la voluntad divina. Dios es visto como enemigo de la subjetividad humana.

d. La muerte en soledad (Cuarta etapa o mentalidad): cada uno vive “solo” su muerte. Tolstoi la describe bellamente en “La muerte de Ivan Illich”. Aquí el enfermo está pendiente de las medicinas que puedan curarlo y muere con la esperanza de ser sanado porque idolatra a la ciencia y piensa que los médicos son cuasi dioses. Como parte de esta mentalidad, el enfermo se ve abocado a nunca saber certeramente que se muere porque siempre conserva la expectativa de que la ciencia lo salvará.

e. La muerte como la “innombrable” (Quinta etapa o mentalidad). La muerte es la “innombrable”³. Sabemos que somos mortales pero en el fondo no lo creemos, hablar de la muerte es un asunto de “mal gusto” y “pésima educación”. No se debe “hacer sufrir” al enfermo con esta “mala” noticia; de ahí que otros decidirán por él sin que pueda hablar ni despedirse ritualmente. Como parte de esta mentalidad todo lo que es cercano a la muerte trata de eliminarse de la vista: los cementerios se separan de las ciudades y se disimulan lo más posible poniéndose en parques ecológicos; el luto del vestido se elimina, las visitas a los cementerios tienden a disminuir, las cenizas se depositan en lugares que remedan bibliotecas de sabios, más que lugares de meditación sobre la contingencia de la vida; las tumbas se sustituyen por pequeños cofres similares a libros, al muerto se lo esconde durante el velatorio o se lo viste como si estuviera vivo. Los medios de comunicación social cuando se refieren a ella usan eufemismos como “murió luego de una larga y penosa enfermedad”. La muerte se separa de los hogares para ocultarse en el hospital (así sucede con el 80% de las muertes de los países desarrollados) y el enfermo muere solo, aislado de los familiares y amigos.

Como parte de esta última “mentalidad” tanática, que predomina –según Ariès– en el tiempo presente (pero sin ser la dominante), el rol social que se le asigna al enfermo terminal es pasivo:

e.1. Debe ser dependiente y sumiso a las órdenes de médicos y enfermeros. Debe permitir el acceso de extraños a cualquier parte de su cuerpo, cumplir normas y disposiciones del hospital y de los médicos y olvidar su condición de adulto. En suma, a estos “pacientes” se los premia en su sumisión y se los castiga en su inadaptación.

e.2. Vive un progresivo aislamiento social. Por la misma enfermedad se lo aísla del contagio, etc. Por su ansiedad el enfermo terminal se retrae a sí mismo. Por miedo ante actitudes descontroladas los familiares tienden a no visitarlo. Con frecuencia los médicos no saben cómo manejarse y lo visitan lo mínimo posible y la sedación termina de aislarlo.

e.3. Es tratado en dependencia de la clase social y la cultura. Cuanto más “valor social” tiene un moribundo, más atención recibe. Cuanto más inteligencia o simpatía irradia el paciente, más atención consigue de quienes lo cuidan.

II. Aspectos psicológicos de la muerte y el morir

La vivencia de la muerte y el morir desde un punto de vista psicológico se relaciona estrechamente a dos dimensiones antropológicas que conforman el mundo interior de los individuos: los binomios existenciales básicos y las significaciones fundamentales que el hombre puede tener respecto a la muerte.

A. Tres binomios existenciales básicos

Binomio existencial optimismo vs. pesimismo. La forma de experimentar este binomio, por parte de cada individuo, es decisiva a la hora de enfrentar el momento de la muerte. Tal afrontamiento depende de la vivencia que él tenga de su propio cuerpo y de sus dolores tanto físicos como afectivo-emocionales. Hay personas que por su personalidad están predispuestas a enfocar las experiencias vitales desde el “padecer” sufrimiento, mientras que otras tienden a ver las cosas de la vida desde sus potencialidades positivas o de gozo. Esta estructura básica de la personalidad, cuyo origen puede ser muy variado, influye enormemente a la hora de asumir la frustración que implica la muerte cercana.

Binomio existencial comunidad vs. soledad. Este binomio se refiere a la predisposición de los individuos a interactuar con los demás o, por el contrario, de aislarse de ellos. Hay personas que fácilmente comparten con los demás sus sentimientos y anhelos, gozos y dolores, mientras que otras, por el contrario, difícilmente se dejan ayudar en los aspectos más profundos de su vida.

Binomio existencial significación vs. absurdidad. Este binomio se refiere a la relevancia que dan los individuos a lo cognitivo/metafísico, es decir, a disponer, o no, de una “concepción” ideológica coherente respecto a todo lo que existe. Las personas se dividen –de hecho– entre quienes tienden a interpretar los acontecimientos de la vida como parte de un “plan” existencial coherente y quienes tienden a vivir dichos acontecimientos “tal como vienen” sin buscarle ninguna significación particular. Esta predisposición actitudinal básica no depende de la fe religiosa que se tenga, aunque, a veces, pueda coincidir.

Binomio 1 OPTIMISMO	Binomio 2 COMUNITARIEDAD	Binomio 3 SIGNIFICACIÓN
--------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

	Muerte como liberación	
	Muerte como autoexpresión	
	Muerte como necesidad inevitable	
	Muerte como derrota aniquiladora	
PESIMISMO	SOLEDAD	ABSURDIDAD

B. Cuatro significaciones fundamentales de la muerte

Junto a los tres binomios existenciales básicos encontramos que los individuos suelen ubicarse cognitivamente en alguno de los cuatro significados tanáticos siguientes:

- La muerte como una liberación trascendente. Esta interpretación se ubica ante la muerte como paso a la inmortalidad, reencarnación, recompensa, descanso, retribución o reactivación cósmica. Es el caso de la mayoría de los creyentes religiosos.
- La muerte como autoexpresión. Estos individuos la viven como acto de heroísmo y ratificación final de los valores morales o ideológicos; o como protesta y reclamo afectivo-ideológico. Es el caso de las muertes por causas políticas.
- La muerte como necesidad inevitable e inexorable del ciclo vital a la que se acepta con serenidad, teniendo como única expectativa la de continuar en el recuerdo de los seres queridos, etc. Es el caso de las muertes de algunos no creyentes en Dios.
- La muerte como derrota. El individuo la experimenta como aniquilación, calamidad, venganza del destino, expiación de la culpa. Es el caso de las muertes de algunos suicidas.

C. Los sentimientos vitales básicos

Manteniéndonos aún en un plano descriptivo y sistemático respecto a los aspectos psicológico-afectivos en torno a la muerte y el morir, podemos distinguir dos sentimientos vitales básicos. Según como vivan los individuos los tres binomios existenciales y las cuatro significaciones básicas, recién descritas, será la calidad, intensidad o poder trastornante que tengan los sentimientos psicológicos básicos, que se repartirán en dos diferentes⁴: el miedo o la confianza.

1. Miedo. El miedo ante la muerte tiene diferentes contenidos, según sea:

Miedo al mismo hecho de morir: a. miedo a la desaparición del “yo”; b. miedo al proceso mismo de muerte (agonía, dolor físico, ser enterrado vivo, etc.).

Miedo a lo que venga después de la muerte

- a. a la corrupción corporal
- b. a lo que hagan con sus posesiones y bienes.

Además, el miedo tiene diferentes grados, que van desde el mínimo (perfectamente manejable) al máximo (que sería la aniquilación del yo).

Primer grado: negación: el individuo siente tanto miedo que niega toda realidad a la muerte; actúa y piensa como si todo estuviera bien.

Segundo grado: ansiedad: el individuo siente inquietud, tristeza, pensamientos depresivos, pero es consciente de su origen y es capaz de comunicarse con los demás, y hablar del asunto.

Tercer grado: desprecio de sí mismo: el individuo se razona diciendo “no hay nada más que hacer”, por tanto se despreocupa completamente de sí mismo, se vuelve remiso a cooperar, cualquier cosa es una dificultad para aceptar los cuidados que se le hagan, etc.

Cuarto grado: alienación: el individuo se desconecta, se aísla, repudia, se vuelve solitario, vive una extrema indiferencia y apatía.

Quinto grado: aniquilación: el individuo corta con la realidad y quiere “vencer” la realidad adelantándose a ella por el suicidio.

2. Confianza. El segundo sentimiento básico en relación con la muerte, es el de la confianza. Surge de una buena articulación entre un “contenido” de significación positiva de la vida y los polos de bienestar-comunidad-significación. La confianza en el morir puede estar compuesta por los siguientes sentimientos: confianza en que no habrá dolor, que no habrá soledad (sino compañía) y que su muerte tendrá una significación positiva.

D. Etapas psicoafectivas del moribundo

Ahora bien, ¿cómo evoluciona –desde una perspectiva psicológica– un paciente concreto que se acerca al momento de su muerte? ¿Qué proceso podemos detectar en un interior, de manera que podamos tenerlo en cuenta como para ayudarlo a enfrentar su muerte?

Hace ya muchos años Sporken⁵ describió las etapas que el paciente recorre ante la perspectiva posible de su muerte:

1ª etapa. Ignorancia. En esta etapa la información está en manos de la familia que entabla una “conspiración de silencio”. Se evita hablar de la gravedad de la enfermedad

y se estereotipan las comunicaciones, que pueden volverse excesivamente cargadas, afectivamente o distantes y simuladamente frías, pero siempre teatrales. En esta etapa el paciente puede sospechar que “algo pasa” pero, de hecho, lo ignora.

2ª etapa. Inseguridad. El paciente sospecha que “no andan bien las cosas”. Junto a la esperanza y a la expectativa de curación siente un intenso miedo y empieza a hacer preguntas, con deseo de que le

digán que la enfermedad que tiene no es grave y que pronto se verá bien.

3ª etapa. Negación explícita. El enfermo percibe más o menos conscientemente su situación real y el desenlace de la misma, pero niega explícitamente esa posibilidad y hace planes y cosas nuevas respecto a lo que venía haciendo. Se trata de una reacción defensiva frente a la sospecha de lo irreversible. Sin embargo, aunque intuye lo que sucede no se anima a hablar directamente del asunto. Y si el complot de la familia es fuerte en lo que se refiere a ocultarle la información, el paciente se reafirma en su creencia y muere sin poder hablar nunca de sus sentimientos íntimos de inseguridad y miedo.

4ª etapa. Pregunta. El paciente pregunta y exige saber la verdad franca y directa.

Una vez que el paciente ha exigido que le digan la verdad y se le informa correctamente, empiezan a darse una serie de etapas que fueron descritas por la psiquiatra Kübler-Ross⁶:

Una vez que el paciente ha exigido que le digan la verdad y se le informa correctamente, empiezan a darse una serie de etapas que fueron descritas por la psiquiatra Kübler-Ross⁶: 1. negación; 2. ira-rabia; 3. negociación; 4. depresión-aceptación.

Las descripciones de la psiquiatra austríaco-norteamericana son descriptivas y constituyen un modelo atractivo para entender al moribundo que se acerca a la muerte. La experiencia clínica de numerosos pacientes le darían la razón. Sin embargo, otros casos no entran en ese esquema, probablemente porque no se ha dado suficiente importancia al papel de la personalidad propia a la hora de asumir la muerte o al papel y cultura familiar en la que aquella se desencadena. La interacción con el medio, la historia biográfica previa o el tipo de personalidad son fundamentales para ayudar a un moribundo.

A diferencia de Kübler-Ross, hay psiquiatras que creen que más que etapas cronológicas o evolutivas los pacientes experimentan diferentes actitudes. Dice al respecto A. D. Weisman⁷:

“Mucha gente cree erróneamente que el morir se tipifica en 5 etapas. No son etapas sino reacciones potenciales a pérdidas significativas. Los moribundos no siguen una regular secuencia de respuestas que puedan ser claramente demarcadas y ponerse detrás de (la cama) de ellos”. Para este psiquiatra la secuencia es como sigue:

1. Etapa de choque. El individuo se entera de la verdad y empieza a vivir una serie de sentimientos muy confusos y fluctuantes, en el sentido apuntado por Kubler-Ross.

2. Etapa de mitigación y acomodación. El individuo vuelve a su vida normal, después

de haber llevado a cabo el tratamiento que permite enfrentar la enfermedad, paliar los síntomas o enlentecer el proceso de la enfermedad.

3. Declinación y deterioro. Pasada una etapa de estabilidad y de latencia, vuelve la necesidad de abordar el tema de la muerte. En esta etapa la posibilidad de la muerte se hace más urgente y el recurso a la negación más difícil de mantener. Cabe que el paciente viva la aceptación o el rechazo de la muerte, o fluctúe entre ambos estados de ánimo.

Todo este proceso depende del tipo de personalidad del individuo y de cómo se sitúa en los binomios existenciales y concepciones teóricas sobre la muerte, expuestas más arriba. Por otra

parte, quienes rodean al enfermo juegan un papel preponderante en cuanto a ayudarlo a la aceptación o confianza, en un extremo, o por el otro, a su estancamiento en cualquiera de las etapas anteriores de negación, rechazo o miedo.

III. Aspectos éticos de la muerte y el morir

Un caso típico de cómo la sensibilidad ante la muerte es un asunto cultural que no depende de creencias religiosas, es el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana SIDA. Esta es una enfermedad reciente que se aborda con procedimientos éticos también recientes. Dado que el SIDA es una enfermedad infectocontagiosa es clara la motivación de informar al paciente y a sus familiares las características de la misma. Sin embargo, los enfermos de SIDA son capaces de enfrentar su enfermedad con entereza y calma debido a que son apoyados desde el punto de vista clínico, psicológico y humano. Sorprendentemente, no hay entre estos pacientes un mayor índice de suicidios que en el resto de los enfermos. La sociedad no está particularmente preocupada por el posible riesgo de suicidio que puedan tener estos pacientes por el hecho de que se les informe de su situación y nadie se plantea omitir a un enfermo de SIDA que tiene tal enfermedad.

Una actitud diferente es la que suelen tener los médicos y el personal de la salud cuando se trata de un enfermo de cáncer. El cáncer es una “vieja” enfermedad y se trata con criterios éticos antiguos. Tratándose del cáncer en la mayoría de los casos es la familia la que decide lo que debe decirse o no al paciente. El médico, que se debe a su paciente antes que a la familia, acepta, sin embargo, ese complot, sin cuestionarse si actúa, o no, de acuerdo con los derechos del paciente.

A. La veracidad médica frente al pronóstico mortal

A la luz de esas dos enfermedades “paradigmáticas” podemos preguntarnos: ¿Debe mentirse al paciente que insistentemente pide que se le diga toda la verdad respecto a su enfermedad o situación terminal? ¿Tiene derecho el médico –o la familia– a impedirle al paciente que se prepare para la muerte en el aspecto afectivo, espiritual y aún económico-social? ¿Encierra la relación médico-persona una “tácita” autorización al médico de suprimir cierta información vital para el paciente, en orden a su bienestar?

En la práctica clínica hay cuatro formas de situarse ante el hecho de decir la verdad al enfermo:

1. El paciente ignora por qué el médico oculta la verdad al enfermo y le dice una mentira razonablemente articulada y convincente. El paciente cree la versión que recibe de su médico y de su familia.
2. El paciente sospecha aunque no sabe con certeza que la versión que recibe no es la verdadera por no resultarle convincente. La familia y el médico tratan de eludir las preguntas. Cuando pregunta, se tienen respuestas preparadas y estereotipadas, pero razonablemente coherentes.
3. El paciente y la familia se engañan mutuamente. Ambos saben la verdad, pero ambos creen que la otra parte no sabe que el otro sabe. Hay un complot para no preguntarse mutuamente.
4. Ambos saben la verdad y actúan en consecuencia. Esto significa que ninguno de los dos relativiza la situación ni la niega. Por el contrario, buscan enfrentar el dolor con el afecto y los recursos médicos, psicológicos y espirituales disponibles.

¿Perjudica decir la verdad?

Se da como argumento principal para no decirle la verdad al paciente con pronóstico mortal, el deber del médico de no dañar. Se supone, generalmente, que ocultar ese tipo de malas noticias es más beneficioso para el paciente que revelarlas. Podría ser que ese fuera el caso. El problema ético que nos planteamos es que esa suposición paternalista está basada, en general, no precisamente en el deseo de beneficiar al paciente sino en la motivación pragmática del médico de no tener dificultades en su relación con él.

El derecho a ser informado verazmente sobre lo que le acontece, con el fin de tomar las decisiones que le corresponden a sí mismo, es un derecho propio de la persona⁸. El médico, como profesional de la salud, es un servidor de la persona y por tanto no le corresponde tomar las decisiones que son propias del paciente.

Tampoco la familia es dueña del enfermo al punto de decidir en su lugar sobre aquellas cosas que le corresponden al paciente y este está en condiciones de hacer. La benevolencia de los familiares no se justifica como una violación de la autonomía de decisión que tiene un adulto consciente y libre.

Para que este principio ético básico de Respeto por la Autonomía pueda ponerse en práctica, es necesario que se le informe verazmente. No hay decisión consciente y libre sin una información verdadera de lo que acontece.

Pensamos que la relación médico-persona no encierra una implícita autorización al médico de seleccionar las informaciones que se le deben dar o no al individuo. El médico no debería dar por supuesto que sea siempre lícita la conducta tradicional de ocultamiento de ciertas informaciones vitales.

El argumento aducido para hacer una excepción a este derecho humano tan fundamental es porque el Respeto por la Autonomía de decisión entra en conflicto con otro principio ético (igualmente básico y de igual categoría que el de Respeto por la Autonomía de decisión) que es el Principio de Beneficencia (hacer el bien). El Principio de Beneficencia implica, en su grado mínimo, no perjudicar al paciente. En su grado máximo de obligatoriedad implica que debemos poner, con benevolencia y solidaridad, nuestra pericia clínica al servicio de mantener, recuperar o rehabilitar su capacidad funcional normal como miembro de la especie. Algunos médicos juzgan, basados en el principio de Beneficencia, que su deber es no decirle la verdad, causándole una molestia sobreagregada o inútil al paciente. Ante este conflicto de modelos de conductas, cabe que nos preguntemos: ¿Cuál es, pues, el deber del médico con respecto al paciente de pronóstico irreversiblemente fatal?

Hay que discriminar dos situaciones éticamente diferentes:

1. El paciente que, de una u otra manera, no quiere saber de su enfermedad. Al paciente que ha decidido no interesarse por saber de los datos de su enfermedad, el médico no puede imponer su propio criterio ético en contra de la autonomía del paciente.

2. El paciente que quiere saber lo que le pasa. Este tiene derecho a ejercer ese derecho y ni el médico ni la familia deberían negárselo. Hay que señalar que la lealtad del médico es primariamente con respecto al paciente y, secundariamente, con respecto a la familia; no al revés.

¿Cómo entablar una relación personalizadora que no perjudique?

Sobre el hecho de decir “toda” la verdad al paciente que quiere saberlo hay que tener en cuenta que no basta con afirmar que debe decirse la verdad cuando el paciente lo requiere, sino que hay que saber el cómo. Eso implica una pericia que los médicos nunca hemos adquirido en la facultad de medicina y que trataremos de explicitar en sus líneas más básicas.

Pensamos que la relación médico-paciente no encierra una implícita autorización al médico de seleccionar las informaciones que se le deben dar o no al individuo. El médico no debería dar por supuesto que sea siempre lícita la conducta tradicional de ocultamiento de ciertas informaciones vitales. Su primer compromiso es analizar con sinceridad sus propias motivaciones y sus propias “ganancias” al ocultar una información fatal. No puede dejar de intentar conocer la manera de ser y de sentir de su paciente, para juzgar en cada caso si la revelación de la noticia mortal es más perjudicial que beneficiosa. Si el médico está convencido que “perjudicial” es la simple preocupación por la muerte, es evidente que buscará siempre ocultar la información. El médico podría pensar: “este paciente no gana nada con preocuparse”. Pero ese convencimiento subjetivo del médico podría no ser la forma de pensar de su paciente, que en su autonomía y libertad podría querer saber lo que le sucede y querer ocuparse de ese asunto para prepararse adecuadamente.

En ese sentido el médico que quiere proceder rectamente según la ética ha de responder al paciente de forma: 1) veraz, 2) dosificada, 3) continua y 4) esperanzadora.

1. Veraz: quiere decir que debe contestar con la verdad a lo que el paciente le pregunta, no con mentiras. Pero contestar con la verdad no significa decir toda la verdad de una sola vez. Por ejemplo. El paciente podría preguntar: ¿Qué es lo que tengo? Ante esta pregunta el médico puede decir: ¿Ud. qué cree tener? Una contestación profesional de este tipo puede servir para conocer si el enfermo quiere saber y asumir la verdad o no.

2. Dosificada: debe contestar lo necesario como para que el paciente pueda decidir si sigue preguntando o si se detiene. Para el médico esa será la señal para saber si verdaderamente tiene interés en averiguar sobre su estado o no. El que marca el proceso es el paciente y no el médico. El médico debe estar disponible, con tacto y benevolencia, para continuar el camino de averiguación que quiera el paciente.

3. Continua: esto quiere decir que el médico debe estar dispuesto a que en múltiples ocasiones el paciente pueda reiniciar su proceso de preguntas y avanzar en ellas. El médico debe contestar con la verdad pero la suficiente como para que el paciente indique cuánto quiere de ella.

4. Esperanzadora, continentadora. Si el paciente sigue preguntando hasta el final⁹, el médico puede ir desenmarañando la verdad pero siempre señalando las alternativas de esperanzas que se abren. Recordemos siempre que caminar hacia la muerte no implica perder toda esperanza. Y

como decía Epicuro: “Mientras existimos, la muerte no existe; cuando llega la muerte ya no existimos” (Epicuro. Diog. L X, 125). El médico debe ser muy claro en esto.

Creemos que el médico no tiene derecho de ocultar la información verdadera al paciente que insistentemente quiere saber la verdad de lo que le pasa. Ahora bien, decir verazmente a un paciente que se va a morir, no implica transmitirle que ya no tiene sentido el tiempo que le queda. El deber del médico no es comunicarle al paciente la objetividad de la noticia de que se va a morir en el corto plazo, sino algo mucho más profundo aún, comunicarle que ese corto plazo es una oportunidad de tiempo positivamente vivible. Comunicarle a alguien que le queda un tiempo corto de vida, no es transmitirle como mensaje “usted ya no nos importa”. Lo que verdaderamente necesita saber el paciente no es tanto si su plazo es breve o largo. Lo que le importa saber es si él es valioso para quienes le rodean. Si se le comunica ese mensaje, la noticia fatal puede ser asumida con madurez y como una oportunidad para la “última maduración” de la vida, la que se produce cuando el ser humano tiene que enfrentarse ante la irreversible condición limitada de su existencia.

Pero al mismo tiempo que afirmamos el derecho del paciente a exigir que se le diga toda la verdad, también tenemos que afirmar que ningún médico debería imponer la “noticia” fatal a un enfermo que por motivos psicoafectivos o sociales no quiere saber su condición. La ley tampoco debería obligar nunca al médico a actuar según esa opción.

IV. La asistencia humano-espiritual al enfermo terminal

Evidentemente, que en una cultura como la nuestra, que escamotea permanentemente el tema de la muerte, lo considera un tópico “feo”, de mala educación, y otros apelativos por el estilo, hemos de plantear con sumo cuidado y detenimiento cómo ayudar al enfermo a morir con esperanza. Creemos que podemos afrontar la muerte con todas las esperanzas vivas y presentes si seguimos las recomendaciones que exponemos a continuación.

A. Las reglas de oro en la asistencia al enfermo terminal:

1. Calmarle el dolor tanto cuanto necesite para morir sin sufrir físicamente. Suele temerse más al dolor y a la soledad que a la muerte misma.
2. Acompañarlo física, emocional y espiritualmente. La autoestima está ligada directamente a la presencia afectuosa de personas “claves” y no tanto a la desintegración física.
3. Mantenerle alta la estima personal. Se trata de evitar que el paciente se sienta despersonalizado, infantilizado, tratado como si fuera un incapaz.
4. Facilitarle la expresividad existencial. Todos los pacientes necesitan agradecer, pedir perdón y trascenderse, tal como lo desarrollaremos más adelante.

B. Las actitudes del acompañante:

– Acogedora: atenta, poco discursiva, paciente: la iniciativa es del enfermo.

– Sincera y auténtica: que no oculta los hechos irreversibles, pero que es veraz a partir de las preguntas que formule el moribundo¹⁰. Si se trata del médico este debe ir dosificando la

información sin engañar al enfermo pero, al mismo tiempo, dándole oportunidades de ir acercándose progresivamente a la verdad.

- Tranquila: es la actitud del que no busca ocultar nada y por eso no teatraliza la comunicación.
- Tolerante: los desahuciados se ponen egocéntricos, irascibles, exigentes. La tolerancia debe ser razonable y firme, es decir, no completamente “laissez faire” para que el moribundo no aumente su culpabilidad una vez que se ponga a examinar su conciencia l l.
- Espiritual: el paciente no necesita solo cuidados corporales, sino un conjunto de vivencias entre las cuales las espirituales son de máximo valor.
- Sobria: los gestos no deben ser exagerados ni “cargados” con expresividad artificial o teatral.
- Realista: es decir, que tiende a reforzar los hechos positivos de su pasado y del presente, tratando de omitir todo acontecimiento que estimule la culpabilización o el autorreproche.
- Agradecida: el acompañante debe ayudar al enfermo a que reciba el cuidado como un gesto de agradecimiento hacia su persona, su vida y lo que él significa para sus seres queridos.

C. Formas concretas de ayudar a los moribundos:

Clarificar y definir las ansiedades y preocupaciones cotidianas que se le presenten.

Asegurar que se evitará la soledad. Establecer y mantener un contacto humano permanente, disponible y amable; que dé seguridad y confianza por medio de información y comunicación abierta y franca con las personas claves para él. Muy decisivo en la psicología de la muerte es el papel que juega la familia. Los hijos, cuñados, primos, tíos, abuelos, son de decisiva importancia en el apoyo emocional del paciente.

Asegurar que se calmará el dolor con todos los recursos disponibles.

Reafirmar su autoestima, especialmente a través del ejercicio de su capacidad de decisión y de valorar lo que él es y significa para sus seres queridos. La delicadeza con que es tratado y el respeto que se le brinde son esenciales para que sienta su valor para los demás.

Dignificar y animar el período terminal:

sentidos estéticos: que disfrute de la música, de los colores, de las formas, de la poesía. Que se sienta libre de la tiranía del deseo y de la preocupación del futuro.

- reencontrarse consigo mismo: que disponga de tiempo para recordar su pasado, asumir su presente. Momentos de recogimiento, silencio y oración son esenciales.
- regalo de la palabra: redactar sus memorias, grabar las anécdotas principales de su vida, los consejos que daría a sus seres queridos, que hable de su filosofía de la vida y de su fe. Que libere su palabra y sus gestos hacia otros.

Ayudarle a encontrar significado a las pérdidas, a las culpas, a las frustraciones. Que asuma el rol de quien se despide (pedir perdón y agradecer). Posibilitarle que se prepare para la muerte en el aspecto espiritual y religioso (intimidad-silencio-recogimiento).

La temática a tratar con el enfermo terminal

1. Todo tema que sea de su interés. No rehuir ningún tema, aún los más conflictivos para el acompañante.
2. No imponer ningún tema pero no seguir su juego de escabullir ciertos contenidos que, evidentemente, le preocupan.
3. La temática religiosa ante la muerte
 - 3.1. partir de sus preguntas
 - 3.2. responder desde la experiencia de la propia fe del acompañante, no desde las frases hechas¹².

La institucionalización humanizadora del morir

La institución de los hospicios es la alternativa moderna para que no tenga que continuar el antiguo oficio del “despenador” (aquella persona que en el campo uruguayo acababa con la vida de una persona o animal que estaba sufriendo). Los hospicios son uno de los mejores lugares de respeto por el derecho del enfermo a tener una terminación digna de su vida.

Ya en 1900 las Hermanas irlandesas de la Caridad fundan el convento de St. Joseph de Londres¹³ y se dedican a visitar enfermos en sus casas como parte de una experimentada tradición religiosa de humanización de la muerte y el morir. El hospicio de internación permanente al estilo del St. Joseph de Londres consiste en ser un hogar para enfermos terminales (de ahí que se le llame Resthouse), no un hospital. En él se admite a los enfermos terminales cuya vida se estima que no se prolongará más de tres meses a partir del ingreso. Cuando ya no es posible que permanezcan en sus casas, son incluidos en el hospicio, no para curarlos sino para cuidarlos. El enfoque asistencial de los hospicios puede llevarse a cabo de tres formas diferentes: a. Como atención domiciliaria; b. Como hospicio de día; c. Como internación permanente.

La organización nacional de hospicios de EE.UU. formula así los objetivos de este tipo de instituciones de asistencia:

“El propósito del cuidado del hospicio es proveer apoyo y cuidado a las personas en las últimas fases de su enfermedad, de modo que puedan vivirlas tan plena y confortablemente como sea posible. El cuidado del hospicio afirma la vida y considera la muerte como un proceso normal; no acelera ni pospone la muerte, e insisten en la creencia y la esperanza de que a través de un cuidado personalizado y de una comunidad sensible a sus necesidades, los pacientes y sus familias pueden lograr la necesaria preparación para la muerte en la forma que sea más satisfactoria para cada cual”.

El Hospicio San Cristóbal de Londres, ejemplo y paradigma de los demás, es un lugar alegre, con amplios ventanales, decorado con flores y plantas, con cuadros y con pájaros; con numerosos objetos decorativos de tipo familiar. Tiene cafetería, sala de música, taller. En él las voces son suaves y tranquilas, los médicos no suelen visitar con las historias clínicas sino que se sientan al lado del paciente. Estos no suelen andar con túnica sino con ropas normales, salvo los que requieren estar permanentemente en cama. Se le da gran importancia a la apariencia física del huésped.

No tiene salas individuales sino comunes para que tengan la sensación de estar acompañados. La relación es personalizada y los pacientes conocen por su nombre a los profesionales; y viceversa. Los familiares entran cuando quieren.

En los hospicios, el tratamiento del dolor siempre es la máxima posible, con la mínima pérdida de conciencia. Son muy perfeccionadas las dosis de analgésicos (morfina) y cada paciente se trata individualmente (a veces con pequeñas bombas de control intravenoso continuo). Gran importancia tiene la fisioterapia como cuidado del dolor. También se utilizan los antidepresivos. Se tolera que los pacientes puedan fumar.

Los trabajadores cumplen horarios de solo de 30 horas. Tienen más vacaciones que otros trabajadores de la salud. El ambiente es comunitario. Se trabaja con calma, perdiendo el tiempo con los pacientes. Sin apuros. Los vestidos y las ropas de los trabajadores son comunes y no túnicas. Además, hay numerosos voluntarios, cuya tarea no es médica sino solo acompañar a los pacientes que no tienen familia.

En cuanto a la información, el criterio básico es decir al enfermo todo lo que él quiera saber y solo eso. A nadie se le niega el conocimiento de su propio diagnóstico. Pero a nadie se le impone nada. Se trata de facilitar que exprese sus sentimientos y necesidades, que muera en paz sin tener que recurrir a la eutanasia¹⁴ activa directa, es decir, a la deliberada acción de poner fin a la vida del paciente.

V. La “legalización” humanizadora del morir

El “Testamento Vital” es un documento hecho por el propio paciente en el que queda establecida cuál es su voluntad con respecto a recibir o no tratamientos extraordinarios o desproporcionados una vez llegado a su período terminal. La ley debería autorizar que el paciente manifieste su voluntad con respecto a no ser sometido coercitivamente a procedimientos extraordinarios que no le recuperan su salud, sino que le alargan la agonía a costa de grandes sufrimientos; es decir, autoriza la eutanasia pasiva como “dejar morir” sin agregar sufrimientos inútiles que no revierten la condición terminal. Por el contrario, el testamento vital debería no autorizar que otros puedan ejecutar la eutanasia activa intencional. Si lo hiciera, estaría haciéndose un testamento contra la ley que prohíbe todo homicidio. En algunos casos, debe ser renovado cada cinco años.

Presentamos como ejemplo de Testamento Vital el texto propuesto por los obispos españoles hace ya varios años:

“Considero que la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero que no es el valor supremo y absoluto. Sé que la muerte es inevitable y pone fin a mi existencia terrena, pero desde la fe creo que me abre el camino a la vida que no se acaba, junto a Dios.

Por ello, yo, el que suscribe, pido que, si por mi enfermedad llegara a estar en situación crítica irrecuperable, no se me mantenga en vida por medio de tratamientos desproporcionados o extraordinarios; que no se me aplique la eutanasia activa, ni se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte; que se me administren los tratamientos adecuados para

paliar los sufrimientos. Pido igualmente ayuda para asumir cristiana y humanamente mi propia muerte. Deseo poder prepararme para este acontecimiento final de mi existencia, en paz, con la compañía de mis seres queridos y el consuelo de mi fe cristiana. Fecha. Firma”.

Como parte del Testamento Vital es conveniente que figure la persona identificada como el Apoderado Vital. Esta persona es la responsable de interpretar la voluntad del paciente, según la letra y el espíritu manifestado en el Testamento Vital. Por el testamento queda “fulano de tal” nombrado legalmente por el paciente para que tome las decisiones finales de acuerdo con el deseo previamente hablado con el paciente.

Conclusiones generales

El equipo de salud no puede eludir su responsabilidad de ayudar a los enfermos a morir. Morir en paz, morir con esperanza, morir desde la fe, morir humanizadamente.

Resulta claro después de todo lo expuesto que tanto los factores culturales, psicológicos, éticos y religiosos se interrelacionan entre sí de una forma única y personal para cada forma exclusiva, a fin de entablar con él una relación humanizadora que le permita afrontar –intransferiblemente– el trance de la muerte en forma éticamente aceptable y antropológicamente significativa.

“te conforta el afecto de los que te rodean. Desde que tengo cáncer me da la impresión de que la gente me mira más, me mira y habla de otra manera. Pero si el cariño me satisface no me agradan las miradas y las palabras (que) quieren restar importancia al hecho. Es posible cantar en medio del dolor cuando sientes que una mano amiga, humedecida, te aprieta la tuya mientras te va susurrando al oído: “Amigo, te quiero como eres, así como estás ahora, así como manifiestas el dolor de tu cuerpo herido. Amigo, yo te quiero””¹⁵.

Esperamos haber contribuido en ese sentido con las propuestas teóricas y prácticas formuladas en el presente estudio.

Referencias bibliográficas

- AA.VV. La eutanasia y el arte de morir con dignidad. Madrid: UPCO, 1984.
- Buckman R. (1990). Cosa dire? Dialogo con il malato grave. Roma: Camilliane.
- Cundiff D. (1992). Euthanasia is not the answer: a hospice physician’s view. New Jersey: Humana Press.
- Drane J. (1999). El cuidado del enfermo terminal. Ética clínica y recomendaciones prácticas para instituciones de salud y servicios de cuidados domiciliarios. Washington: OPS.
- Duch Catholic Bishops’ Conference (2000). Euthanasia and human dignity. Lovain: P. Kohnen.
- Dworkin G. (2000). La eutanasia y el auxilio médico al suicidio. Madrid: Cambridge Univ. Press, 2000.
- Freyberger H. (1983). Psicoterapia nelle malattie che minacciano la vita. Bologna: Patron.
- Fonnegra de Jaramillo, I. (1992). “Asistencia psicológica al paciente terminal”. En: P.J. Bejarano: Morir con Dignidad (Fundamentos del cuidado paliativo: atención interdisciplinaria del paciente terminal). Santa Fe de Bogotá: Omega.
- Gafo J. (1990). Eutanasia: el derecho a una muerte humana. Madrid: Ed. Temas para hoy.
- García Ferez J. (1998). Ética de la salud en los procesos terminales. Madrid: San Pablo.
- Lyonais G. (1996). La muerte y el hombre del siglo XX. Madrid: Razón y fe.

- Hamilton M. (1980). A hospice handbook. A New way to care for the dying. Grand Rapids (Michigan): W.B. Eerdmans.
- Humphrey D. (1989). El derecho a morir. Comprender la eutanasia. Barcelona: Tusquets.
- Macguire D. C. (1975). La muerte libremente elegida. Santander: Sal Terrae.
- Montano P. (1994). Eutanasia y omisión de asistencia. Montevideo: Fac. Derecho.
- Neimeyer R. A. (1997). Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. Buenos Aires: Paidós.
- Rocamora A. (1990). “El proceso del morir: aspectos psicológico”. Moralia XII: 419-450.
- Rocamora A. (1984). La esperanza en situaciones terminales. Madrid: SM.
- Serrano Ruiz J. M. (2001). Eutanasia y vida dependiente. Madrid: Ed. IUNSA.
- Sherr L. (1992). Agonía, muerte y duelo. México: Manual Moderno.
- Singer P. (1997). Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional. Barcelona: Paidós.
- Thomas L. V. (1983). Antropología de la muerte. FCE México.
- Verspieren P. (1984). Face à celui qui meurt. Euthanasie acharnement thérapeutique, accompagnement. Paris: Desclée.

Citas

1. Miedo. El miedo ante la muerte tiene diferentes contenidos, según sea:

1 P. Ariès. “El hombre ante la muerte”. Madrid: Taurus, 1983; Historia de la muerte en Occidente. Barcelona: E. Argos-Vergara, 1982.

2 Muy significativo en este sentido es lo que figura en el Catecismo de Lima, libro que sirvió para a evangelización de América Latina (1585) donde se recomienda a los sacerdotes hablarles a los indios moribundos en los siguientes términos:

“Hermano mío, nuestro Señor Jesucristo sea con tu ánima, y la salve en esta hora, de tus enemigos. Ahora es tiempo que te acuerdes de Dios y le llames en tu corazón para que te ayude. Ya ves cómo tus parientes y amigos no te pueden librar de la muerte, ni te aprovechan ya las cosas de este mundo. Pero mira a tu Dios y llámale con todo tu corazón, que él es el verdadero Padre y tu Hacedor, y te quiere salvar, y llevar a aquella vida del cielo, donde tendrás perpetuo descanso y alegría, si tú ahora te encomiendas a Jesucristo y le llamas de todo tu corazón, teniendo grande arrepentimiento de los pecados que has hecho y propósito que si te diese más larga vida le servirías y vivirías bien. Llama a Jesucristo, hermano mío, que es tu Dios y tu Padre y dile.... (sigue la oración)”.

3 P. Sporken, Ayudar a morir. Santander: Sal Terrae, 1978.

4 A. Rocamora. El proceso del morir: aspectos psicológicos, Moralia XII (1990) 419-450.

5 P. Sporken. Óp. cit. 56.

6 Kübler-Ross; Averil Stedeford. Palliative Medicine, vol. 1 (1987), 73-74; Kübler-Ross, “Sobre la muerte y los moribundos”. Barcelona: Grijalbo 1993, Therese Rando, Grief, Dying and Death. Research Press 1984.

7 A. D. Weisman. “Thanatology”. En: H. Kaplan, D. Sadock, Textbook of Psychiatry/IV Baltimore: Williams & Wilkins, 1985, 1278.

8 Derechos del enfermo moribundo:

Tengo derecho a ser tratado como una persona humana hasta en el momento de la muerte.

Tengo derecho a conservar un sentimiento de esperanza, cualquiera que sea el cambio que me pueda sobrevenir.

Tengo derecho a ser cuidado por quienes sean capaces de conservar ese sentimiento de confianza ante cualquier cambio que me pueda acaecer.

Tengo derecho a expresar a mi manera mis sentimientos y emociones ante mi propia muerte.

Tengo derecho a participar en las decisiones que afecten a mis cuidados.

Tengo derecho a esperar una atención médica y a una asistencia continuas, incluso en el caso de que haya que cambiar su objetivo de curarme por el de aliviarme.

Tengo derecho a no morirme solo.

Tengo derecho a ser aliviado de mis dolores.

Tengo derecho a que se responda honestamente a mis preguntas.

Tengo derecho a no ser engañado.

Tengo derecho a recibir la ayuda de mi familia y a que ella, para poder ayudarme, también la reciba.

Tengo derecho a morir en paz y con dignidad.

Tengo derecho a conservar mi individualidad y a no ser juzgado por el hecho de que mis decisiones puedan ser contrarias a las creencias de otros.

Tengo derecho a comentar y ahondar en mi experiencia religiosa y espiritual, sea cual sea su significado para los demás.

Tengo derecho a esperar que será respetada la dignidad de mi cuerpo después de mi muerte

Tengo derecho a ser cuidado por personas sensibles, vocacionadas y competentes, que intenten comprender mis necesidades y encuentren una satisfacción personal al prestarme su ayuda en mi muerte.

9 Por ejemplo, el diálogo podría ser el siguiente:

Paciente: ¿Qué me ha encontrado en la placa?

Médico: Hemos encontrado una sombra oscura del tamaño de una pelota de ping-pong

Paciente: Y ¿a qué puede deberse eso?

Médico: Puede haber muchas causas, tenemos que averiguarlo

Paciente: (puede detenerse aquí no haciendo más preguntas) o: ¿Y qué causas puede tener esa mancha?

Médico: Y... podría ser un quiste hidatídico, podría ser un resto de TBC ya curada que haya quedado, podría ser un tumor

Paciente: ¿Y usted qué cree que puede ser?

Médico: Tengo la impresión de que pueda ser un tumor

Paciente: ¿Tumor? Y ¿qué quiere decir un tumor?

Médico: Es un tejido anormal del cuerpo que empieza a crecer de forma fuera de lo normal

Paciente: (el paciente puede decidir detenerse aquí o seguir): ¿Y qué se puede hacer con un tumor?

Médico: Hay que ver qué tipo de células tiene. Y según eso, hay que ver si conviene operar o si vale la pena que intentemos detener el crecimiento anormal

Paciente: Y hay posibilidades de que el tratamiento resulte eficaz

Médico: En muchos casos tenemos éxito. Pero también hay casos en que el crecimiento del tumor nos pone muchas dificultades. Tenemos que observar cómo va evolucionando. En este momento no puedo hacer pronósticos totalmente seguros al respecto

Paciente: (puede dejar de preguntar aquí o puede hacer ulteriores preguntas)

Médico: (puede responder al paciente con preguntas verificadoras de su interés:) ¿Y usted por qué quiere saber tanto?

Esta última pregunta puede ser la oportunidad para que el paciente manifieste expresamente su

deseo por saber y hasta cuándo.

10 Ej. 1: El paciente puede decir: “estaré mejor dentro de poco, ¿verdad?” Si como profesionales afirmamos que eso es así, podemos tener serios problemas de confiabilidad posterior. Pero si decimos “No, no mejorarás” te vuelves su “enemigo”. No obstante, podemos proceder de otras maneras; por ejemplo, preguntándole: “¿qué cosas te han dicho los médicos respecto a tu situación? O también: “espero que mejores pero podría no suceder eso”. O esta otra: “Me gustaría mucho que mejoraras pero debemos observar qué es lo que sucede”. Cualquiera de estas respuestas son veraces y dejan abierta la posibilidad de continuar la ayuda. Aún podría decirse: “En todo caso, deberías pensar qué hacer en caso de que no mejoraras”.

11 Ej. 2: El paciente puede reaccionar con agresividad y decir: “Me siento malísimo y tú no me ayudas nada”. En lugar de ofendernos porque nos critica y decirle: “Estoy haciendo lo más que puedo” es preferible decirle: “No es fácil ayudarte, ¿cómo te gustaría que yo lo hiciera?” O también: “¿Cuál es el motivo que te hace sentir mal y que yo no me he dado cuenta?”

12 Algunas afirmaciones de la fe cristiana relacionadas con la muerte:

1. Dios es el fundamento que sostiene toda la realidad, también sostiene nuestra vida y nuestro ser.
2. Dios es el amor que no nos abandona, que quiere que vivamos para siempre, no que muramos.
3. Morir es entregar nuestro ser en las manos de Dios que nos invita a la comunión con Él y con todos nuestros hermanos. Lejos de la confianza en la fidelidad de Dios y de que con la muerte entregamos nuestra vida, no hay consuelo desde el punto de vista religioso.
4. Dios con su poder y su amor hará que nosotros volvamos a la vida después de la muerte con una existencia nueva de tipo espiritual. Al morir, morimos de verdad, pero Dios nos resucitará como resucitó a su Hijo Jesucristo.

13 El Saint Joseph de Londres tiene 116 camas (60 para terminales, 30 para crónicos y 26 para rehabilitación). La estancia media de los pacientes es entre 2 y 15 días. El 95% fallece en el hospital. Ingresan unos 900 al año (Cfr. J. Obis y otros, Una visita al Saint Joseph Hospice de Londres. Labor Hospitalaria 207 (1988) 32-35.

14 En una oportunidad, la doctora Saunders afirmaba: “He intercambiado una abundante correspondencia con el antiguo presidente de la Euthanasia Society de Gran Bretaña y lo invité a que visitara el hospital cuando yo llevaba trabajando allí 18 meses. Me dijo: “No sé cómo puede hacerlo. Si todos los pacientes mueren como el que he visto, yo podría deshacer la Euthanasia Society” y añadió: “Me gustaría venir a morir en este hogar. Si alivia el dolor del paciente y le hace sentirse apreciado, entonces no recibirá ninguna petición de eutanasia: pienso que la eutanasia es la admisión de la derrota y un enfoque totalmente negativo. Deberíamos trabajar para comprobar que no es necesaria”.

15 Testimonio del P. Jesús Sánchez S. J. Noticias de Jesuitas (Uruguay) 15 (1986) 19-21.

Ayuda-Le "Ayuda al Leucémico", Bahía Blanca. 6.1K likes. Somos una ONG con más de 25 años ayudando a los pacientes con leucemia. AYUDA-LE es una Asociación civil sin fines de lucro, fundada el 3 de mayo de 1990, con el propósito... Estética Médica Dra Ariane Alvarez. Medical Company. Matias Loverde Fotografía. Photographer. Ceramicos de la bahia. Building Materials. Sebastián Cortés fotografías. ayudarle ayudarlo / llamarle llamarlo. When it comes to choosing the correct pronoun for the third-person direct object, time and time again we are faced with the confusing decision of whether to use the accusative (lo) or the dative (le). As discussed previously, le is more frequently used in much of Spain (Madrid especially) instead of lo to represent a single male. Some verbs, though, have traditionally alternated between le and lo, and they continue to do so to this day in much of the Spanish-speaking world. As usual, le is far more commonly used in Spain than in it is in Latin American co