

ACOMPañANDO AL FINAL DE LA VIDA: UNA OPORTUNIDAD DE SENTIDO

José Luis GUINOT RODRÍGUEZ

Resumen

La atención al final de la vida es un tema de actualidad en una sociedad que valora la calidad de vida, una vez se acepta que la medicina no es capaz de curar siempre. El sufrimiento que genera la experiencia de un final anunciado, afecta a todas las dimensiones de la persona. El acompañamiento se convierte en una herramienta fundamental para ayudar a vivir el presente con serenidad, a recuperar el sentido por lo que ya se ha vivido en el pasado y a ahuyentar el miedo que genera el futuro. La dignidad al final de la vida supone crear un entorno adecuado con el alivio máximo de los síntomas, ofrecer una escucha para repasar lo vivido y dejar un legado, y afrontar la realidad una vez superadas las fases que llevan a la aceptación de lo que no se puede cambiar. Si el acompañamiento se realiza con compasión, presencia y acogida, se ofrece la oportunidad de encontrar una dimensión que alcance la trascendencia. Algo capaz de llenar de sentido la vida que acaba, la de sus familiares para elaborar un duelo anticipado sereno, y la de aquellos que realizan ese acompañamiento.

Abstract

Accompanying the end of life: an opportunity for meaning

The attention at the end of life is a current issue in a society that values the quality of life, once it is accepted that medicine is not always able to cure diseases. The suffering generated by the experience of an announced end affects all the dimensions of the person. Accompaniment becomes a fundamental tool to help people to live the present with serenity, to recover the sense for has already been lived in the past, and to scare away the fear generated by the future. The dignity at the end of life means

creating an adequate environment with maximum relief of symptoms, offering a listening to review the own experience and leave a legacy, and face reality once overcome the phases that lead to the acceptance of what cannot be changed. If the accompaniment is performed with compassion, presence and hospitality, the opportunity to find a dimension that reaches transcendence is offered. Something capable of fulfil of meaning the life that ends, capable of preparing the person's relatives and all of those who carry out that accompaniment to prepare a serene anticipated grieving.

Palabras clave: Acompañamiento. Sentido. Fin de vida.

Key words: Accompaniment. Meaning. End of life.

Dedicado a la memoria de Sebastián Tabernero Capella, presidente de la Asociación Viktor E. Frankl durante quince años, que llegó al final de su vida en abril de 2017 dejando la estela de una vida llena de sentido.

Introducción

La posibilidad de que el final de la vida esté cerca nos cuestiona el presente. De pronto, todo lo que estamos haciendo, todas las actividades que ocupan nuestro tiempo se nublan ante la conciencia de que quizás no se van a acabar. De pronto surgen nuevas emociones, de injusticia, de ira, de rabia, de rechazo, de absurdo. No sabemos manejarlas y nos inundan; no es posible que esto ocurra, nuestra vida no puede acabar, ¿dónde quedarán todos nuestros anhelos, los proyectos a medio hacer, las deudas pendientes? La crisis se produce en total, se derrumba todo lo que no estaba consolidado. Además la certeza de estar al final no significa saber cuándo voy a morir. Pueden quedar meses o semanas. Quizás solo días... o se puede prolongar la brevedad de la vida algún año más... La certeza de una enfermedad incurable no implica la exactitud en el tiempo que resta, tan sólo la conciencia de que se ha puesto en marcha la cuenta atrás. Algo que es característico de la vida. Desde que nacemos ya tenemos edad para morir.

El final anunciado

Vamos a centrarnos en el *final de vida anunciado*, cuando una enfermedad grave e invalidante alcanza un nivel para el que la ciencia médica actual no tiene ya recursos para frenar. Hay formas diferentes de llegar a un final de vida anunciado, el modelo más conocido es el del cáncer, que supone un deterioro progresivo y un estado de consunción que suele acompañarse de dolor en un plazo de tiempo relativamente breve. Hay otra forma de morir, por insuficiencias de órganos, cardíaca, hepática, renal, respiratoria, en los que se producen mejoras esporádicas con recaídas críticas de las que se puede salir, con ingresos recurrentes, hasta que en alguna de ellas se agota el equilibrio. También están las enfermedades degenerativas físicas o la demencia, en las que el deterioro es lento habitualmente y hay un tiempo prolongado por vivir con pérdidas progresivas. Estas merecerán atención en otro artículo.

Fases de la enfermedad avanzada

En la enfermedad incurable avanzada, hay un momento en que el tratamiento pasa a ser *paliativo* o de soporte, pero el pronóstico es de meses, lo que da tiempo a replantear la vida que aún queda por vivir. Cuando comienzan a aparecer síntomas limitantes, la fase *sintomática*, se intentan aliviar uno a uno comenzando a perder la autonomía, la fragilidad aumenta y hay gran demanda de atención. Hasta que se entra en una fase *terminal* de la enfermedad, con pronóstico de vida en semanas y donde la muerte se aproxima, se hable o no de ella. Por fin se desemboca en una fase de *agonía*, que dura días u horas, cuyo ideal es alcanzar con los síntomas controlados, o bien con una pérdida progresiva de conciencia. Pero en otros casos provoca *síntomas refractarios* al tratamiento habitual como la disnea incontrolable a pesar del oxígeno, el dolor que no responde a mórficos, la agitación que no cede con medios habituales, síntomas que pueden ocurrir en un tercio de los pacientes incluso con cuidados paliativos bien aplicados. Cuando aparecen síntomas refractarios es cuando está indicada la sedación terminal, lo único que puede evitar un sufrimiento insoportable.

Cuando nos acercamos a un paciente que se aproxima al fin de su vida, hemos de reconocer en qué fase se encuentra pues en cada una predominan aspectos diversos y el acompañamiento será diferente.

Las dimensiones del sufrimiento y la actitud ante la enfermedad

Ante el fracaso de un tratamiento o la progresión de la enfermedad, la persona intuye que el final de la vida puede estar próximo y aparece el sufrimiento (cfr. Guinot, 2014). La enfermedad genera no solo dolor físico sino también sufrimiento emocional, social, intelectual y espiritual. Es lo que Cicely Saunders (Saunders y Baines, 1989, p. 14) llama “dolor total”. Además afecta a todos los implicados en el proceso, el paciente, la familia y los profesionales o voluntarios.

Ese sufrimiento invade todas las dimensiones del ser humano:

1. La enfermedad genera miedo al dolor **físico**, de hecho se le teme más que a la posibilidad de morir. Un dolor agudo siempre es un aviso de algo que cambiar, pero un dolor crónico del que ya sabemos la causa se convierte en una enfermedad en sí misma que hay que tratar. Cuando hay dolor no se puede atender ninguna otra dimensión. Hay que atenuar el dolor para hacer un acompañamiento con sentido.
2. El segundo aspecto es ¿cómo se vive esa enfermedad? Es la experiencia **emocional** que desencadena, pues genera ansiedad con mucha frecuencia ante la amenaza que se cierne. Y también depresión cuando se deja de ver una solución.
3. En la dimensión **social** provoca consecuencias sobre la vida de relación, con la familia, la vida laboral, pues provoca una ruptura biográfica en la que los proyectos vitales se interrumpen, cambian los roles, se pierden las relaciones y se puede abocar a la soledad y el abandono. La conspiración del silencio en la que nadie puede hablar “para que no sufra” acaba provocando más sufrimiento.
4. En la dimensión **intelectual** la pregunta es ¿por qué?, generando incertidumbre ante el futuro, confusión y desconfianza ante la falta de expectativas.
5. Y en la dimensión **espiritual**, el miedo a la muerte está siempre presente, y se asocia a un sentimiento de castigo o reproches, de culpa por lo que no se ha hecho o lo que se hizo mal, la sensación de haber desaprovechado

la vida. La pregunta que surge es: ¿para qué?, ¿para qué sirve todo este sufrimiento? No es fácil encontrar el sentido, y para ello la aceptación de la posibilidad de la muerte es imprescindible.

Frente a esta tormenta de emociones, miedo, ansiedad, impotencia, incertidumbre, confusión, soledad, miedo a la muerte, la persona tiene que reaccionar. Hay quien se queda en la confusión y trata de huir sin mirar la realidad, en una actitud de negación, que alivia solo momentáneamente hasta que la enfermedad progresa. Otros arrojan la toalla y entran en depresión adoptando una actitud de pérdida en la que ya no hay remedio. Muchos se quedan en la ansiedad y la preocupación, viviendo en un estado de amenaza que no les deja aprovechar el tiempo. Pero algunos son capaces de reaccionar con un espíritu de lucha, la actitud de desafío, y ven en esta adversidad también una oportunidad de sentido. Sabemos en oncología que quien escoge la actitud de lucha vive más tiempo y con más calidad de vida que los demás (cfr. Guinot, 2004). Siguiendo a Viktor Frankl, si no se puede cambiar una situación que provoca sufrimiento, lo que sí se puede hacer es escoger la propia actitud (Frankl, 2002, p. 249).

La dignidad al final de la vida

El acompañamiento hay que hacerlo en todas las fases, pero donde más oportunidad tendremos para ayudar a encontrar un sentido será en las fases paliativa y sintomática. En la fase terminal y agónica predominan los síntomas físicos y el acompañamiento debe dirigirse más a los familiares que al propio paciente. De lo que se trata es de ayudar a morir con dignidad, manteniendo la calidad de vida, uno de los objetivos fundamentales de la medicina cuando ya no puede curar. Tal como dice Ramón Bayés (2009), “la muerte no es nunca el enemigo; lo que hay que combatir es la prolongación de la vida con dolor, desvalimiento dependencia y sufrimiento” (p. 101). Citando a Tigges (cfr. Bayés, 2010) resume en tres las causas de pérdida de calidad de vida al final de la vida: sentimientos de *indefensión* (la pérdida de control), de *inutilidad* (la percepción de que la vida no sirve ya para nada) y de *desesperanza* (la incapacidad para encontrar un motivo para seguir viviendo). Frankl (2012) es muy explícito: “el hombre sufriente que, en virtud de su humanidad, es capaz de sobreponerse y tomar posición ante su sufrimiento, se mueve en una

dimensión [...] cuyo polo positivo es el sentido y cuyo polo negativo es la desesperación” (p. 79).

Así pues, la dignidad del proceso de final de vida supone un periodo en el que la visión del tiempo cambia (cfr. Guinot, 2011):

Futuro: Surgen los miedos del enfermo en fase de fin de vida, las 7 D: *death* (muerte), dependencia, desfiguración por cambios corporales, discapacidad para tareas habituales, disrupción del proyecto vital, dolor o disconfort, y desapego del entorno. Hay miedo a lo desconocido, a la soledad, a la angustia, al dolor, al sufrimiento, al descontrol, a la pérdida de los seres queridos...

Pasado: Si ya no se puede mirar a un futuro que es incierto y breve, solo queda mirar hacia atrás. Pero esta enfermedad progresiva da una posibilidad que no tiene quien muere de forma súbita: da tiempo, para repasar la vida, reconocer lo bueno y las personas que te quieren, desprenderse de las cargas, culpas, temas pendientes, reconciliarse y despedirse.

Presente: Es la persona que vive esta experiencia la que escoge la actitud para intentar llegar a la aceptación.

Cómo acompañar al final de la vida

Frente al futuro incierto, el objetivo es crear el entorno adecuado, cuidando todos los aspectos de la persona. A nivel físico con los cuidados de enfermería y con fármacos analgésicos y sedantes para mantener los síntomas lo más aliviados que sea posible. A nivel emocional mediante la proximidad de los seres queridos, que aportan el calor humano y el amor imprescindibles para sentirse acompañados. Si la familia no existe o flaquea, los voluntarios son de gran ayuda. En la dimensión social hay que ayudar a dejar las responsabilidades cubiertas y que puedan expresar las últimas voluntades. Y en la dimensión espiritual facilitar la asistencia religiosa si es demandada y dar oportunidad de dialogar y expresar dudas y creencias.

La mirada al pasado puede hacerse siguiendo un modelo eficaz como es la terapia de dignidad, que por medio de una entrevista permite al paciente hablar de lo que ha sido importante en su vida y el legado que quiere dejar a los que quedan (Chochinov et al., 2011). Se ha demostrado

que aumenta el sentido de dignidad, el bienestar espiritual, disminuyendo la tristeza y depresión. Es muy útil dialogar con el paciente para que recuerde que en la vida hay tristezas y alegrías, pero como dice Frankl (1978), “la altitud de una cadena de montañas no la determina la altura de tal o cual valle, sino única y exclusivamente la altura de la cumbre más alta” (p. 75). Nada está perdido, todo se deposita en el pasado y nadie puede robarnos esa riqueza que hemos cosechado y guardado en los graneros del pasado (cfr. Frankl, 2010).

El presente es donde vivimos. No es necesario hablar de la muerte, salvo que el paciente así lo quiera. No hay que rehuir esa conversación, pues el paciente siempre se entera de que se muere, pero si no puede hablar llega la muerte en soledad. Si no hay cosas pendientes no es necesario hablar tan claro, basta dar la información que nos pida asegurando que existe un apoyo familiar y profesional cercano, que existe tratamiento para mantener su calidad de vida hasta el final, y dar la confianza de que se va a estar a su lado todo el tiempo. El objetivo del acompañamiento cada día es que el paciente llegue a la aceptación de lo que ya no puede cambiar.

Fases y etapas de adaptación al proceso de morir

Son bien conocidas las fases ante el diagnóstico de muerte de Elisabeth Kübler-Ross (1994): negación y aislamiento, ira y agresividad, pacto y justificación, depresión primero reactiva y luego preparatoria, y por fin aceptación. Sabemos que no todas las personas pasan por todas las fases ni en ese orden o que pueden volver a pasar de nuevo ante una recaída. Ella decía que la mayoría de pacientes acaban llegando a esa fase de aceptación, si están acompañadas y con los síntomas controlados.

Kathleen Singh (2000) habla de tres etapas de adaptación al proceso de morir: fase de caos, cuando domina el miedo a perder la integridad; fase de aceptación o entrega, cuando se abandona la lucha; y fase de trascendencia, a la que algunas personas llegan experimentando una mayor conciencia, paz y serenidad, lo que indica una aceptación de la realidad.

Warren Reich (1989) descubre tres estadios ante el sufrimiento inevitable: el primero o *fase muda*, caracterizado por un estado de shock o silencio en que la persona permanece encerrada en sí misma. Una segunda *fase expresiva*, cuando busca entender la experiencia y necesita la presencia de otro, la escucha activa. Para llegar a una tercera fase de *despertar* a un nuevo nivel de conciencia. Esa es la oportunidad de sentido.

Como dice Frankl (2003), cuando no existe ya ninguna posibilidad de cambiar el destino, entonces es necesario salir al encuentro de este destino con la actitud acertada. La actitud no hará que desaparezca la tristeza pero sí la angustia, permitirá que con el paso del tiempo se recuerde esa experiencia con serenidad.

Trascendencia y sentido

Tal como hemos dicho, la calidad de vida se encuentra limitada por la indefensión, la inutilidad y la desesperanza. Frente a la indefensión podemos crear el entorno adecuado, con cuidado y buen control de síntomas. Frente a la inutilidad, revisar el pasado es una buena herramienta para valorar lo vivido, lo que se consigue a través del acompañamiento y la escucha. Y frente a la desesperanza, se abre como único camino ayudar a vivir el presente comprendiendo que existe aún una oportunidad de encontrar sentido a cada día y dejar una puerta abierta a la trascendencia. Es verdad que hay personas que no tienen una fe en algo más allá de la muerte, pero eso no excluye que la vida que aún queda pueda llenarse de sentido. Al fin y al cabo, nuestra cercanía debe servir para fortalecer las creencias que han mantenido el sentido de la vida de esas personas. Si hay una fe profunda, es el momento de confiar y dejarse en manos de quien nos asegura una vida sin límites. Decía Juan Antonio Vallejo Nájera cuando conoció su diagnóstico de cáncer de páncreas que “El que avisen a un cristiano de la proximidad de la muerte es el mayor favor que le pueden hacer” (Vallejo-Nájera y Olaizola, 2012, p. 15). Y por fin para quien tiene dudas, y muchos las tienen, tanto creyentes como no, siempre queda algún rincón para la esperanza y está en nuestra mano fortalecerla hasta el último instante.

Frankl (2010) contaba su encuentro con una enfermera con cáncer inoperable que había pasado la vida ayudando a sus pacientes. Ante su desesperación le preguntó: “¿No comete ahora una injusticia con todos los miles de enfermos a los que ha dedicado su vida como enfermera? ¿No comete una injusticia si se comporta como si no tuviera sentido la vida de una persona enferma o inválida [...]? [...] En realidad, usted tiene precisamente ahora una oportunidad única: mientras que hasta ahora no ha podido prestar a las personas que se le habían confiado nada más que una ayuda profesional, ahora tiene la oportunidad de ser algo más: un modelo de humanidad. (p. 48).

Duelo anticipado

La cercanía de la muerte desencadena una pérdida antes de que ésta ocurra; en el paciente, pero especialmente en los familiares. Es lo que llamamos duelo anticipado. Como dice Javier Barbero (2016), no es un estado sino una tarea pues plantea la experiencia del morir como un proceso. Y si hay proceso hay necesidad de acompañamiento. Como hemos visto la experiencia de sufrimiento empieza mucho antes de la muerte del ser querido. El duelo anticipado es una percepción de amenaza que siempre se experimenta, se sea consciente o no. Puede ser útil pues los seres humanos anticipamos para prevenir males mayores, sin embargo en esta situación no vamos a eliminar el dolor, pero por lo menos sí se puede atenuar.

Acompañar a los familiares

Un psicólogo de atención domiciliaria hizo una encuesta sobre el sufrimiento a pacientes, familiares y profesionales, y encontró que los que más sufrían eran los cuidadores (Rudilla, 2014). Pero no por lo mismos motivos, pues mientras los profesionales consideraban como causa principal de sufrimiento el dolor y la agonía, y los pacientes sufrían por miedo y dolor, los familiares se veían afectados sobre todo por impotencia. Hay que recordar que los seres queridos no sufren el dolor físico de la enfermedad pero tienen sufrimiento emocional porque ven que van a perder a su ser querido y no pueden hacer nada; sufrimiento social ante la pérdida

de los proyectos conjuntos que ya no se realizarán; sufrimiento intelectual ante la duda de hacer algo más, de hecho a veces de forma insistente dificultando la aceptación. Y por supuesto, sufrimiento espiritual ante el hecho de que se pueda morir su ser querido y reabriendo las dudas sobre su propio sentido de la vida y de la muerte.

Acompañar a los familiares supone hacerles reconocer que no podemos evitar que esa persona viva esa experiencia, que a veces hay que llorar juntos, aunque no tiene sentido pasar el tiempo que aún queda llorando. Es fundamental que sepan que basta estar, estar a su lado; eso es todo lo que hay que hacer y no queda nada más por hacer. Incluso hay que estar dispuesto a dejar morir y no prolongar la agonía por un deseo lógico de aferrarse a la persona, pero que sólo aumenta el sufrimiento. En este sentido, hace más de diez años que realizamos (Cuesta y Guinot, 2016) en Valencia los *Talleres para entender y atender al enfermo de cáncer*, de la Asociación Viktor E. Frankl, donde acompañamos a familiares y amigos de pacientes. De igual modo el voluntariado hospitalario de la asociación trata de cubrir esas necesidades, tratando de ayudar a encontrar un sentido (Guinot, 2014).

Acompañamiento espiritual

Por fin, los propios profesionales también experimentamos sufrimiento y necesitamos prepararnos para poder actuar y contribuir a la aceptación, de otro modo podemos vernos arrastrados por la espiral de sufrimiento ante lo inevitable. La actitud de quien hace acompañamiento debe cuidar todos los aspectos de la persona, pero su mayor papel es en la dimensión espiritual, la búsqueda de sentido. Benito, Barbero y Dones (2014) en la *Guía de espiritualidad en clínica*, de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) hablan de tres actitudes en el acompañamiento espiritual: Compasión, presencia y acogida: La compasión supone sufrir juntos, lo que precisa empatía, deseo de ayudar y aliviar el sufrimiento y coraje para acercarse a quien sufre. Decía Cicely Saunders (2011) que “debemos aprender a sentir ‘con’ los pacientes, sin sentir ‘como’ ellos, si queremos darles la clase de escucha y el apoyo firme que necesitan para seguir su propio camino” (p. 23). La presencia es la cualidad de estar con... lo que supone estar disponible, y requiere estar conec-

tado con uno mismo, con el que acompañamos y con la realidad que nos contiene y nos da identidad y trascendencia. Y la acogida supone la aceptación incondicional, la apertura al otro, creando un espacio de confianza, un nosotros.

Conclusión

En el acompañamiento al final de la vida se crea una relación en la que se da y se recibe, a través de la escucha y la invitación a expresarse. Es necesario comprender las fases por las que pasa la enfermedad y las fases que atraviesa el paciente para llegar a la aceptación o la entrega. Es importante conocer la tormenta de emociones y la soledad que experimenta el paciente, respetando sus tiempos, atentos a lo que realmente necesita en cada momento. Y tenemos que dar nuestras capacidades profesionales, pero sobre todo amor, que es el nivel más alto de comunicación entre seres humanos. Una frase resume lo esencial, no sólo para los médicos sino para quien acompañe a un paciente o a su familia: “Sólo se es dignamente médico—dice una hermosa sentencia de Marañón—, con la idea, clavada en el corazón, de que trabajamos con instrumentos imperfectos y con remedios de utilidad insegura; pero con la conciencia cierta de que hasta donde no puede llegar el saber, llega siempre el amor” (Laín Entralgo, 1964, p. 418).

José Luis GUINOT RODRIGUEZ es médico oncólogo, trabaja en Oncología Radioterápica de la Fundación Instituto Valenciano de Oncología (IVO). Es Presidente de la Asociación Viktor E. Frankl de Valencia y miembro de la comisión nacional de Sanidad de la Asociación Humanidad Nueva.

Referencias

Astudillo, W. , Mendinueta, C., Astudillo, E. y Gabilondo, S. (1998). Principios básicos para el control del dolor total. *Rev. Soc. Esp. Dolor*; 6, 29-40.

Barbero, J. (2016). Duelo anticipado y prevención de duelo complicado: ¿hermandad o contradicción?. En Asociación Viktor E. Frankl (Coord.), *Duelo anticipado y sentido. Cuidado y dignidad al final de la vida* (pp. 187-197). Barcelona: Sello Editorial.

Bayés, R. (2010). *El psicólogo que buscaba la serenidad*. Barcelona: Plataforma.

Bayés, R. (2009). *Vivir*. Barcelona: Paidós.

Benito, E., Barbero, J. y Dones, M. (2014). *Espiritualidad en Clínica Una Propuesta de Evaluación y acompañamiento Espiritual en Cuidados Paliativos*. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Descargado el 01-09-2017 de <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CMonografia%20secpal.pdf>

Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement, S., Hack, T.F., Hassard, T. y Harlos, M.. (2011). The effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*, 12 (8), 753–762

Cuesta, M. y Guinot, J.L. (2016). Talleres para entender y atender al enfermo de cáncer II. En Asociación Viktor E. Frankl (Coord.), *Duelo anticipado y sentido. Cuidado y dignidad al final de la vida* (pp. 115-123). Barcelona: Sello Editorial.

Frankl V.E. (1978). *Psicoanálisis y existencialismo*. México: Fondo de Cultura Económica.

Frankl V.E. (1979). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.

Frankl, V.E. (2002). *La voluntad de sentido*. Barcelona: Herder.

Frankl, V.E. (2003). *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.

Frankl, V.E. (2010). *La psicoterapia al alcance de todos*. Barcelona: Herder.

- Frankl, V.E. (2012). *Fundamentos y aplicaciones de la logoterapia*. Barcelona: Herder.
- Guinot, J.L. (2004). *Entre el miedo y la esperanza. La experiencia de afrontar un cáncer*. Madrid: Alianza Editorial.
- Guinot, J.L. (2011). *Al final de este viaje; buscando un sentido a la vida*. Madrid: Alianza Editorial.
- Guinot, J.L. (2014). *De la angustia a la serenidad: Acompañando al paciente con cáncer*. Madrid: Ciudad Nueva.
- Kübler-Ross, E. (1994). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Laín Entralgo, P. (1964). *La relación médico-enfermo*. Madrid: Revista de Occidente.
- Reich, W.T. (1989). Speaking of suffering: A Moral Account of Compassion. *Soundings: An Interdisciplinary Journal*, 72 (1), 83-108.
- Rudilla, D. (2014). *Elaboración y estudio de una herramienta de evaluación de la dignidad en cuidados paliativos. Tesis doctoral*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Saunders, C. y Baines, M. (1989). *Living with Dying. The management of the terminal disease*. Oxford: Oxford University Press.
- Saunders, C. (2011). *Velad conmigo, Inspiración para una vida en cuidados paliativos*. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Descargado el 1/9/2017 de:
https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/209989/velad_conmigo_es.pdf/54ef9571-02a3-4abe-869a-3fd8cbb560d6
- Singh, K.D. (2000). *The grace in dying*. San Francisco: HarperOne.
- Vallejo-Nájera, J.A. y Olaizola, J.L. 2012. *La puerta de la esperanza*. Madrid: BibliotecaOnline. Descargado el 01-09-2017 de <https://books.google.es/>