

La sedación terminal, ¿una terapia de exclusión?

Marcelo Correa Schnake¹

Resumen

En la actualidad la técnica médica de la Sedación Terminal nos permite aliviar el dolor total del enfermo agónico. Ello significa excluir al enfermo de la vida consciente, por medio de la anulación de la capacidad de percepción. Como consecuencia damos muerte a la vida biográfica del enfermo permitiendo la continuidad de su vida biológica. Algunas de las interrogantes éticas que surgen de la aplicación de esta técnica son: ¿es moralmente lícito la disociación de la vida consciente de la existencia biológica? ¿El alivio del dolor refractario justifica relativizar el valor de la apropiación consciente al final de la vida? Las respuestas asumen que la comprensión de la peculiaridad humana se mueve entre dos fronteras irrenunciables, la capacidad de percepción y significación consciente que permite al hombre poseerse y el misterio de lo que, en última instancia, es el ser humano como realidad. Dos aspectos que enfrentan al hombre ante la paradoja del ser y el final de la existencia.

Palabras clave

Vida digna y muerte digna; apropiación y misterio de la realidad humana.

Abstract

Today's medical technology of Terminal Sedation enables us to relieve the pain of patient's in agony. This means excluding the patient from conscious life, through the annihilation of the capacity of perception. As a result we terminate biographical life of the patient while allowing the continuity of his biological life. Some of the ethical questions arising from the application of this technique are: Is it morally licit to dissociate conscious life from biological existence? The relief of uncontrollable pain justifies relativizing the value of conscious self possession at the end of life? The responses assume that the understanding of human uniqueness moves between two irrevocable frontiers, the capacity of conscious perception and significance that enables man to appropriate himself and the mystery of what, ultimately, is being human as a

¹ Doctor en Teología por la Facultad de Teología de Granada, España. Académico Departamento de Teología de la Facultad de Ciencias Religiosas y Filosóficas, Universidad Católica del Maule. Talca – Chile

reality. Two aspects that confront man before the paradox of being and the end of existence.

Key concepts

Life with dignity and death with dignity, appropriation and mystery of human reality

1.- Introducción

La exclusión como proceso social se puede reconocer tanto en nuestra vivencia cotidiana, como en los ámbitos de la política, la economía, la educación o de los sistemas de salud. En esta última la podemos encontrar también en la aplicación de técnicas médicas, terapias o tratamientos médicos que impiden el desarrollo íntegro de determinadas personas, tanto en el nacimiento, a través del aborto, como en la muerte, por medio de la eutanasia.

El aborto como la eutanasia son dos de estas técnicas médicas que como cristianos incuestionablemente condenamos por ser excluyentes y aniquiladoras de las personas que no cumplen con los estándares que exigimos como sociedad para permitir la buena vida. En otras palabras, rechazamos el predicamento actual que valora unas vidas por sobre otras, ya sea en razón del mayor o menor derecho que posean, como en el caso de la mujer embarazada ante el no nacido, o por la tipificación de mala calidad de vida del enfermo terminal o del anciano discapacitado.

Sin embargo, los cristianos aceptamos la terapia de la sedación terminal sin mayores cuestionamientos como medida para aliviar el dolor o el sufrimiento del moribundo, puesto que sedar no es matar. Pero no reparamos en las consecuencias de su uso: prescindir de la capacidad conciente del enfermo, descartando la posibilidad de su vida biográfica, lo que pone en riesgo la libertad de la persona como posibilidad de autorrealización del sujeto al final de la vida.

La exclusión estaría aquí en considerar que sólo las personas que consideramos sanas y autovalentes tienen derecho a vivir de modo conciente y libre, puesto que tienen más activas sus capacidades de autocontrol y autorrealización. Olvidando, por una parte, la responsabilidad que compete a los sanos en la capacitación de esas posibilidades deterioradas del enfermo terminal al final de la vida para que puedan autorrealizarse en libertad. Y, por otra parte, minusvalorando el valor y significado que tiene la libertad en la vida humana desde la fe cristiana. Valor y significado que, trascendiendo a través de la ayuda solidaria y misericordiosa del buen samaritano, se escapa de sus manos por ser mucho más que ella.

De ahí que considere necesario reflexionar sobre las implicancias éticas de esta terapia, de las razones y del momento de su uso. Con la finalidad de dar orientaciones éticas que permitan comprender la técnica de Sedación Terminal al servicio de una mayor inclusión del enfermo en el final de la vida.

Para realizar esta reflexión me guío por el aporte del connotado médico y humanista español Pedro Laín Entralgo², quien reflexionó sobre la muerte y el moribundo desde la filosofía y la religión cristiana en diálogo con las ciencias.

²AA. VV., *La empresa de vivir. Estudios sobre la vida y la obra de Pedro Laín Entralgo*, Galaxia Gutenberg, Barcelona 2003; ALBARRACÍN T., A., *Pedro Laín, historia de una utopía*, Espasa Calpe, Madrid 1994; “La condición humana de Pedro Laín Entralgo”: *Medicina e historia* 3 (2001) 1-15; “La salud, la enfermedad y la muerte en la obra de Pedro Laín Entralgo”: *Eidón* 8 (2001) 28-31; CHILLÓN G., V., *El hombre, cuerpo humano coexistente e indigente. Pedro Laín Entralgo: aproximación a la antropología teológica cristiana*, en: GONZALEZ DE CARDENAL, O. Y FERNÁNDEZ SANGRADOR, J. J., *Coram Deo: memorial al prof. Dr. Juan Luis Ruiz de la Peña*, Universidad Pontificia de Salamanca, Salamanca 1997, 437-455; FERRER, U., “Aportaciones éticas en la obra de Laín Entralgo”: *Pensamiento*

2.- La enfermedad terminal

La enfermedad es el estado de la vida en la que el hombre se ve afectado desde dentro de sí mismo, desde su propio cuerpo, por la disminución de sus capacidades y de sus posibilidades. Un hombre enfermo es un hombre amenazado por el dolor, la soledad, la muerte y las pérdidas progresivas de control de todo tipo, tanto sobre el entorno físico como sobre sus funciones motoras, fisiológicas, intelectuales y emocionales³.

La enfermedad es el estado en el que el hombre se encuentra más vulnerable que de costumbre. La incapacidad de dominio de sí mismo que genera la enfermedad comienza a despojar al enfermo –generalmente de menos a más– del ejercicio conciente y libre de la realidad, obligándolo a modificar su estilo de vida. Estilo a través del cual el sujeto manifiesta la particular manera de ser que se ha forjado. Estilo creado y asumido con interés, esfuerzo y expectativa, pero que se va degradando con la enfermedad⁴. Debilidad y vulnerabilidad difícil de aceptar y sobrellevar para un ser conciente y libre. De este modo, la enfermedad se convierte en una realidad profundamente cuestionadora del significado y sentido del ser humano⁵. La enfermedad se constituye en una realidad que no sólo puede excluir de la sociedad de la que formamos parte sino que incluso nos disocia a nosotros mismos.

3.- Realidad del moribundo

Esa experiencia del enfermo sanable o crónico se vive, en extremo, en el enfermo terminal. La enfermedad terminal implica la paulatina y total aniquilación del

Vol. 60 / Núm. 227 (2004) 315-326; GRACIA G., D., “Antropología de la amistad”: *Revista de Occidente* 39 (1972) 222-234; *Ciencia y vida. Homenaje a Pedro Laín Entralgo*, Fundación BBVA, Bilbao 2003; “Viejas y nuevas humanidades médicas”: *Revista de Occidente* 47 (1985) 65-66; “Prologo: El cuerpo humano en la obra de Laín Entralgo”, en: P. LAÍN ENTRALGO, *Cuerpo y alma*, Espasa Calpe, Madrid 1991, 13-29; “Prólogo” a la 2ª edición de *Sobre la amistad*, en: LAÍN ENTRALGO, P., *Sobre la amistad*, Espasa Calpe, Madrid 1985; MORATALLA, A. D., “Momentos éticos de la amistad. La perspectiva de Pedro Laín Entralgo”: *Sal Tèrrea* 1049 (2001) 741-752; ORRINGER, N. R., “Zubiri en la antropología médica de Laín”, en: ANTONIO HEREDIA SORIANO (editor), *Actas del VI Seminario de Historia de la Filosofía Española e Iberoamericana*, Universidad de Salamanca, Salamanca 1990, 473-485; RUIZ DE LA PEÑA, J. L., “A propósito del cuerpo humano; notas para un debate”: *Salmanticensis* 37 (1990) 65-73; SOLER P., P., *El hombre, ser indigente*, Guadarrama, Madrid 1966.

³ Cf. P. LAÍN ENTRALGO, *El estado de enfermedad*, Madrid 1968, 135-141, 149-151, 166-174; *Antropología médica para clínicos*, Barcelona 1984, 237, 288, 323-325.

⁴ Ramón Bayés expresa lo que es la enfermedad para el enfermo sintetizando el pensamiento de Laín en los siguientes párrafos: “A juicio de Laín, en toda enfermedad se integran, en grado diverso, hasta siete vivencias elementales: la invalidez, la molestia, la amenaza, la succión por el cuerpo, la soledad, la anomalía y el recurso... Laín define la invalidez como la incapacidad total o parcial para ejecutar algunas o varias de las funciones o de las acciones propias de la vida humana. Frente al “no-poder-hacer” total que significa la muerte, la enfermedad aparece ante el enfermo como un “no-poder-hacer” parcial, una percepción de falta de control sobre su organismo, como, por ejemplo, no-poder ver, andar, pensar, recordar, etc., a la que confiere una importancia más o menos grande. Molestia es todo lo que es físicamente penoso, como, por ejemplo, el dolor, la disnea o una sensación sonora, visual, táctil o térmica desagradable. La vivencia primaria de la salud es el “bienestar”, y la de la enfermedad, el “malestar”... Sentirse enfermo es, esencialmente, percibir con mayor o menor intensidad, una amenaza. Esta amenaza puede comportar, como reacción emocional el miedo: a) a que la enfermedad impida el cumplimiento de proyectos o deseos; b) al malestar; c) a lo desconocido y, por tanto, incierto e incontrolable, y d) en la muerte psicológica, conlleva la vivencia adelantada del “no-poder-hacer” total”. R. BAYÉS, *Afrontando la vida, esperando la muerte*, Madrid 2006, 41-42.

⁵ Cf. P. LAÍN ENTRALGO, *Antropología médica para clínicos, o. c.*, 336.

sujeto humano, lo que expone a la persona a una experiencia psicológica nueva⁶. Novedad que se mantiene aunque haya reflexionado y profundizado afectivamente sobre ella o haya acompañado a otros en el transe de morir. Sin duda todo ello servirá para enfrentar la novedad de la situación, pero no reemplaza la propia vivencia del morir⁷.

En el momento de la muerte el hombre debe dar continuidad a lo que ya ha iniciado: el vivir⁸. Pero ahora lo debe hacer bajo una nueva modalidad, la del final de esa vida vivida (haya sido breve o extensa). Es el momento en que está obligado a vivir su morir. A vivir radicalmente su finitud. ¿Cómo lo hará? Aceptándola o rechazándola. Enfrentando la realidad de la vida como esta es⁹ o negándola en post de crear una nueva posibilidad que le capacite para continuar viviendo o evitando todo transe de indignidad¹⁰. Pero una cosa es segura, el moribundo está obligado apropiarse de su muerte u otros lo harán por él (la familia, los amigos, el personal sanitario, en síntesis la sociedad). Excluyendo de este modo al enfermo del final de su vida.

Muchas son las circunstancias que llevan a vivir con más propiedad o impropiedad el morir. A saber: el pertenecer o ser miembro de una familia acogedora y que acompaña; la edad y madurez con que se enfrenta este transe; el lugar donde acontezca el hecho de morir –la casa, el hospital, el hospicio, la calle, etc.–; la atención sanitaria de que se disponga –pública, privada, eventual, permanente, más o menos tecnificada, etc.–; el trato humanitario o más técnico del personal de salud –médico general, médico especialista, enfermera, auxiliar–; las creencias que profese el

⁶ Según Salvador Urraca existe “un modelo comportamental generalizable a todos los moribundos, aunque hay características y estereotipos que pueden sintetizarse en los siguientes: sentimiento de angustia, tristeza y pena; mayor vulnerabilidad ante los cambios sociales, físicos y personales percibidos; una gran soledad no buscada; sensación de dependencia e incapacidad; inadaptación al proceso lacerante del morir; percepción al proceso lacerante del morir; percepción de rechazo y olvido; miedo al dolor y al sufrimiento; complot del silencio; temor a permanecer suspendido en estado vegetativo; estado de estrés y depresión; miedo a no poder controlar la situación amenazante; pérdida de autoestima; preocupación obsesiva por las repercusiones de la enfermedad irreversible y de la muerte en los familiares; temor al incierto futuro; sentimientos de culpa; carencia de motivaciones para seguir viviendo; ansiedad ante la muerte”. S. URRACA MARTÍNEZ, “eutanasia y aspectos humanos en el morir”, en: S. URRACA MARTÍNEZ (editor), *Eutanasia hoy, un debate abierto*, Madrid 1996, 170.

⁷ Cf. C. CASTILLA DEL PINO, “El duelo ante la muerte propia”: *Iglesia viva* 169 (1994) 23-24.

⁸ Para Diego Gracia es contradictorio que en el momento de la muerte los hombres tiendan a considerar la vida del enfermo terminal como devaluada, como un mero residuo que ya casi no tiene valor. Siendo que el hombre puede vivir su propia muerte como uno de los momentos más auténticos y profundos de su vida. Incluso más, llega a afirmar que: “lejos de ser una vida devaluada, puede resultar uno de los pocos momentos de plenitud de toda una larga existencia. De ahí el respeto casi religioso que deben merecernos siempre estos enfermos. La muerte es quizás el momento más importante de la vida”. D. GRACIA GUILLÉN, “Los problemas del enfermo terminal”: *Labor hospitalaria* 208 (1988) 92.

⁹ “A pesar de todo, existen personas que asumen los procesos de la enfermedad y del morir con valentía, madurez, resignación y esperanza. Sus estrategias de afrontamiento se asientan en los sistemas de valores y creencias propios. Son personas que se adaptan a las condiciones medioambientales y personales estresoras, que interactúan y se imbrican mutuamente. Los sistemas de creencias operan de modo independiente ante las diferentes amenazas y pérdidas. Para muchos seres humanos las creencias religiosas modulan y aminoran los miedos, además de crear expectativas esperanzadoras”. S. URRACA MARTÍNEZ, “eutanasia y aspectos humanos en el morir”, *o. c.*, 170.

¹⁰ “Otro caso, no menos importante, es el de los pacientes terminales cuyas preferencias se circunscriben a la autodeterminación, al rechazo de los tratamientos invasivos o de mantenimiento de una vida precaria y de pauperada. Prefieren la muerte antes que vivir aterrizados por las condiciones indignas e insuficientes de la enfermedad terminal. Por ello, renuncian a la lucha, a la autoinmolación y a la aceptación de una vida sin calidad. No es de extrañar que requieran la ayuda de los médicos, sea solicitando la eutanasia activa directa o el suicidio asistido. Pueden exigir el control de su muerte para que resulte digna, indolora y dulce”. *Ibid*, 170-171.

moribundo y los que lo rodean; los parámetros de bienestar o calidad de vida a que aspire durante el trance; la despersonalización del morir y de la muerte en la sociedad actual; entre otras¹¹.

4.- Los cuidados paliativos

Actualmente se propone abordar técnica y éticamente la situación de los enfermos terminales a través de las unidades de cuidados paliativos como práctica operativa de la ortotanasia¹². Los cuidados paliativos parten de la siguiente premisa: la muerte es parte de la vida y cada enfermo la debe hacer suya para morir en paz¹³. Para lograr este objetivo, se ofrece a las personas con enfermedades que amenazan su vida una opción de cuidado y control de síntomas que les permitan morir dónde y junto a quiénes quieran y sin dolor. Tarea que parece sencilla, pero que en realidad es muy compleja. Cuidar, atenuar el dolor, abrazar a la familia que sufre, consolar después del final a los que se quedan. Se pueden sintetizar estos cuidados en la siguiente frase: ¡cuando el tiempo es acotado y escaso, la calidad es la meta!

Los cuidados paliativos conllevan la aplicación de los cuatro principios de la bioética: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia; más un quinto principio que suele traducirse hoy por solidaridad¹⁴. Este principio consiste en acoger al enfermo terminal y hacerse responsable de su debilidad y dolor, procurándole compañía y cuidados de calidad, a través de los recursos asistenciales adecuados al proceso de morir. Con la finalidad de aliviar el dolor personal y social del enfermo para que este pueda asumirse como sujeto de su muerte.

Este principio recoge lo que Pedro Laín Entralgo planteaba como la acción de proximidad que el cristianismo aportó a la comprensión de la medicina¹⁵. Este principio fundamenta los de la bioética en el sentimiento del amor o de la misericordia que mueve a aquel que es responsable del cuidado¹⁶ de la salud del hombre, desde el nacimiento hasta el final de sus días. Asociando, de este modo, el sentimiento que despierta el semejante enfermo en el personal de salud a la racionalidad que conlleva los cuidados del mismo.

5.- La sedación terminal

¹¹ Cf. *Ibid*, 169.

¹² Para profundizar en el origen, historia, eticidad y legalidad de los cuidados paliativos Cf. J. M. GALÁN GONZÁLEZ-SERNA, "Principios éticos en la práctica de los cuidados paliativos", en: A. COUCEIRO (ed.) *Ética en cuidados paliativos*, Madrid 2004, 201; C. SIMÓN VÁZQUEZ, "Cuidados paliativos", en: C. SIMÓN VÁZQUEZ (dir.), *Diccionario de bioética*, Burgos 2006, 225-228.

¹³ El psicólogo Ramón Bayés muestra cómo hoy más que nunca la medicina tiene como uno de sus objetivos el cuidar de los enfermos terminales y el ayudarlos a morir en paz, presentando los Cuidados Paliativos como la fórmula más humanitaria, profesional y científica para lograr ese objetivo. Destaca lo actual de la bibliografía con que trabaja, manteniendo fundamentalmente las mismas premisas de los últimos 30 años al respecto. Cf. R. BAYÉS, *Afrontar la vida, esperar la muerte*, o. c., 13-23.

¹⁴ Cf. J. M. GALÁN GONZÁLEZ-SERNA, "Principios éticos en la práctica de los cuidados paliativos", o. c., 201-203.

¹⁵ Cf. P. LAÍN ENTRALGO, *La relación médico-enfermo*, Revista de Occidente, Madrid 1964, 98-99; *Sobre la amistad*, Espasa Calpe, Madrid 1985 (1º edición 1972), 65-67.

¹⁶ Francesc Torralba nos advierte que cuidar de alguien es un deber fundamental y no una mera opción vital del médico. Y, siguiendo al bioeticista Pellegrino, señala que cuidar es compadecerse de alguien, ayudarle a ser autónomo, invitarle a compartir su responsabilidad y su angustia, transformándolo en el verdadero centro de la vida sanitaria. Cf. F. TORRALBA, *Antropología del cuidar*, MAPFRE, Madrid 2005, 314.

Una de las prácticas clínicas cada vez más frecuentes en los cuidados paliativos es la sedación terminal. Esta se utiliza principalmente para controlar síntomas como el dolor y el estrés, lo que alivia notablemente al enfermo, al personal de salud y a los familiares del paciente. Pero este tratamiento no está exento de cuestionamientos técnicos y éticos, principalmente por los siguientes motivos: se le acusa de acortar la vida del enfermo terminal y de privarlo de su capacidad conciente al final de su vida.

La primera crítica aun no cuenta con estudios clínicos contundentes que la fundamenten con objetividad, por lo que tratar sobre ella implicaría moverse en un terreno débil para pronunciarse sobre la éticidad de este efecto. Pero la consecuencia de la sedación sobre la capacidad lúcida del enfermo es una cuestión indiscutible que no sólo amerita, sino que obliga detenerse en ella.

Al igual que sucede con otras práctica clínicas al final de la vida, la sedación en enfermos terminales se ha visto envuelta en una confusión terminológica. Esto debido fundamentalmente a tres razones. Primero, es un tratamiento relativamente nuevo en medicina por lo que aun se está desarrollando y perfeccionando. Segundo, se realiza en momentos en que la vida del paciente es muy frágil y vulnerable por causa de la enfermedad que padece. Y, tercero, la reflexión en torno a las indicaciones médicas y técnicas y las implicaciones éticas y jurídicas se han mezclado con otras prácticas, concretamente, con la eutanasia.

El esclarecimiento del concepto de sedación en medicina ha ayudado a que la reflexión sobre este tratamiento permita también precisar la responsabilidad que tiene el profesional sanitario, el paciente y la sociedad en la práctica de la sedación.

Pablo Simón Lorda recoge el desarrollo del concepto de sedación en el texto “Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras”¹⁷. En él propone la siguiente definición: “por sedación paliativa se entiende la administración de fármacos a un paciente en situación terminal, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia todo lo que sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas pertinaces que le causan sufrimiento, contando para ello con su consentimiento informado y expreso o, si esto no es factible, con el de su familia o representante”¹⁸.

6.- Caracterización de la definición

Esta definición de sedación se sitúa en un contexto bien determinado: el paciente beneficiario de esta técnica está en la fase final de su vida, es decir la muerte se prevé pronto¹⁹.

¹⁷ Cf. AA.VV. “Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras”, *Revista Calidad Asistencial* 23/6 (2008) 271-285.

¹⁸ *Ibid*, 278.

¹⁹ El final de la vida del enfermo terminal suele subdividirse en fase terminal y fase de agonía. La “fase terminal es aquella en la que la enfermedad avanzada se encuentra en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva”. Y “fase de agonía es la que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida en horas o días”. OMC (ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA), Declaración: “Ética de la Sedación en la Agonía” (en línea), notas pie de páginas 1 y 2, 21 de febrero de 2009. N° 1. http://www.cgcom.org/sites/default/files/etica_sedacion_agonia.doc (Consulta del 02 de marzo de 2009).

Los instrumentos o medios para sedar son los fármacos, que deben ser administrados por quienes conocen las dosis y combinaciones requeridas para cada paciente, haciendo referencia al médico especialista en sedación.

La finalidad de la aplicación de la técnica es reducir la conciencia. El tipo de inconciencia al que se llevará al paciente puede variar por su temporalidad e intensidad. Técnicamente la sedación se clasifica según sea profunda o superficial, continua o intermitente. La reducción profunda, continua e irreversible es la que presenta mayores cuestionamientos éticos, ya que aniquila la capacidad de percepción del enfermo.

El objetivo de la sedación consiste en “aliviar adecuadamente” el o los síntomas que causan sufrimiento o dolor. Por tanto, es el logro de este objetivo el que señala la conveniencia del tipo de reducción de la conciencia que se aplicará en cada caso particular. El panorama del enfermo al final de la vida presenta conjuntamente síntomas físicos y psíquicos, propios de una realidad psicósomática. Síntomas que si bien pueden diferenciarse no pueden separarse por la estrecha relación y dependencia entre unos y otros. Los síntomas que justifican la sedación terminal son aquellos que se clasifican como “síntomas refractarios” o “pertinaces”, es decir aquellos síntomas que no se pueden controlar de otro modo que no sea la sedación.

Por último, se apela a la obligatoriedad del consentimiento informado. Consentimiento que debe ser expreso, puesto que la buena práctica médica no puede estar por sobre la autonomía del paciente, lo que exige que el consentimiento deba ser manifestado por el propio paciente o su representante. Quedando claro que hoy no parece ni ética ni jurídicamente adecuado aceptar el consentimiento presunto, implícito o tácito. Puesto que las buenas intenciones que suelen profesarse para mitigar el dolor del paciente no dejan en claro si benefician primeramente al enfermo, a los familiares o al personal de salud.

7.- Horizonte de comprensión de la definición: el *Art médica*

Esta definición de sedación responde a la visión que se ha decantado sobre la buena praxis médica y el respeto a la autonomía del paciente. Esta postura se basa en la comprensión de la sedación paliativa como una práctica clínica que, si se realiza conforme a las indicaciones clínicas y prescripciones técnicas, y contando con el consentimiento informado del paciente o de su representante, no debería ser considerada de un modo muy diferente a cualquier otra actuación médica.

La buena praxis médica como camino de interpretación, ha tomado cuerpo en la bioética y el bioderecho. Fortaleciendo nuevamente el trabajo médico, al delegar en el personal sanitario la cuota de responsabilidad que le corresponde en las acciones médicas, sean estas con la finalidad de curar o cuidar en cualquier etapa de la vida en que se encuentre el paciente. Al mismo tiempo que comparte esa responsabilidad con los otros implicados en la decisión de llevar adelante esas acciones y sus consecuencias. En primer lugar con el enfermo y, de ser el caso, con los familiares o representantes. De tal modo, intentar complementar el principio de beneficencia y el de autonomía al final de la vida a través del principio de solidaridad.

8.- La muerte en el contexto de la sedación terminal

Como se ha señalado, la sedación como procedimiento terapéutico en el enfermo agónico es extrema e invasiva; ya que conduce a un nivel continuo, profundo e irreversible de inconciencia. Inconciencia que priva al enfermo de la capacidad de percepción, de decisión y de posesión de su cuerpo, por consiguiente de su vida y de su propia muerte.

Por tales motivos, a este tipo de sedación se le suele denominar “muerte biográfica”, aunque se mantenga la vida biológica del enfermo²⁰. Esa pérdida de conciencia hace que esta terapia sea tan trascendente para los involucrados como para la sociedad entera.

¿Qué significa para el enfermo la reducción profunda e irreversible de la conciencia? ¿Qué conlleva tomar la decisión de sedar, ya sea a uno mismo o a terceros?

¿Qué implica para el personal de salud saber a priori el significado de las consecuencias de la acción de sedar?

Estos son algunos de los cuestionamientos que se hacen bioéticos, equipos médicos, pacientes y familiares. Y que algunos consideran que también debe ser una reflexión de la sociedad²¹.

9.- La muerte como acto humano

La muerte se muestra al hombre como una realidad inexorable, todo hombre sabe que morirá. Es un hecho que esto ocurrirá, puesto que es una posibilidad cierta de la existencia humana. Y es la posibilidad más propia e intransferible a otro. Enteramente irrebalsable por la racionalidad humana, incluso trasciende la imaginación y el proyecto que se intente forjar de ella. Sin embargo, el hombre sabe que por obra de la cultura, la personalidad o el azar hay modos distintos de acercarse a la muerte y, por tanto, de morir²².

De ahí que se conciba, como auténtico acto humano y plenamente personal, el trance de la muerte en tanto que modo de morir. Es decir, como acto de aceptación o de repulsa de este trance²³. Cuestión que atiende al significado de la muerte.

¿Qué significa hacer de la muerte un acto personal? Primero, sólo el hombre, que es persona, puede hacer de la muerte un acto personal. Ello no tan sólo porque la muerte es parte de la vida biológica, sino también porque toda la vida humana, para que

²⁰ Este aparecer de la muerte en la realidad humana, como constitución de ella, lleva a Laín a asumir la distinción entre “muerte biográfica” o “muerte biológica”. De tal manera que se pueda realizar una reflexión sobre la muerte que asuma como punto de partida el hecho de esta, tal como suele suceder.

Entiende por “muerte biográfica” la pérdida parcial de la vida, refiriéndose a la cesación patológica y definitiva de una función psicoorgánica. Pérdida de la cual resulta la invencible imposibilidad de ejecutar con normalidad todas las acciones en que intervenga dicha función: la de andar del parapléjico, la del ver en el ciego o la de existir con lucidez conciente en determinadas alteraciones encefálicas. Pérdida que sólo mediante la acción vicariante o auxiliar, por “actividad de rodeo” o por medio de un recurso artificial, permite al individuo adaptarse a la muerte parcial así producida. Pérdida que afecta, por tanto, esencialmente a la biografía de la persona a través de la invalidez que padece.

En cambio, la “muerte biológica” consiste en la pérdida total de la vida, entendida como cesación definitiva de las funciones –por paulatina extinción senil, por enfermedad intercurrente o como consecuencia de una acción exterior violenta– en cuya virtud es posible la vida orgánica del individuo en su conjunto. Cf. P. LAÍN ENTRALGO, *Antropología médica para clínicos, o. c.*, 465-466

²¹ Por ejemplo, Victoria Camps considera que se debe educar a la sociedad para enfrentar la muerte. Puesto que hay que contribuir para que el pueblo tome conciencia del hecho inevitable de tener que enfrentarse a la muerte, propia o de los seres más cercanos. De ahí también que estima prudente instruir a los ciudadanos sobre las posibilidades de sedación y del poder de elección de las personas ante ella, de la necesidad de conocer las voluntades de los más allegados y de exigir relaciones clínicas que aborden estas cuestiones. Cf. Aportación de Victoria Camps, en: AA VV, *Cuadernos Fundació Víctor Grifols i Lucas: Ética y Sedación Terminal al Final de la Vida*, nº 9, Barcelona 2003, 113-114.

²² Cf. P. LAÍN ENTRALGO, “Ante la muerte: lo que sabemos, lo que ignoramos, lo que podemos esperar”: *Iglesia Viva* 169 (1994) 7.

²³ Este pensador hace ver que, si entendemos en estricto sentido la muerte como “acto humano”, el que procede de la voluntad libre y con advertencia del bien y el mal que se hace (escolástica), sólo la muerte por suicidio sería acto humano. Cf. P. LAÍN ENTRALGO, *Antropología médica para clínicos, o. c.*, 471

sea personal, “debe saber hacerse”. Es decir, la vida es personal si se reconoce que ella es una actividad por realizar. Actividad que consiste en la apropiación que cada sujeto debe hacer de su plena condición de hombre.

Esa actividad de apropiación de la vida incluye la apropiación de la muerte propia como acto obligatorio del moribundo. Y ese acto de la muerte consiste en la aceptación personal de lo que la muerte biológica es para el hombre: el acto de pasar a ser lo que realmente es morir. Morirse implica que el individuo ya no se proyecta seguir siendo, sino que se recapitula lo que se ha logrado ser hasta ahora y aquí (actividad planeada dentro de lo más auténtico de la vida personal), para desde ello seguir apuntando a la esperanza de lo que se llegará a ser después de la muerte: nueva vida o nada.

Por ello, con la muerte se pasa de lo que espacial y temporalmente se es, a ser una de las posibilidades de ser, en cuya realidad muchos hombres han creído y creen: la pervivencia como persona o la reducción a la nada (modo puramente mineral de ser y existir).

El moribundo, por tanto, reconoce que tiene un corto plazo para cumplir con la obligación de la muerte. Esto significa que debe considerar la frecuencia y la urgencia de cómo los actos más personales de la vida propia han sido fieles a uno de esos dos modos de entender la realidad de la muerte propia. De igual forma, debe considerar cómo se irán haciendo, la pervivencia o la nada, más y más patentes en la vida personal, a medida que el individuo ve más próximo el final definitivo de su vida biológica²⁴.

Lo central del acto de morir radica, entonces, en que el morir biológico implica la liquidación de una persona que vive hasta el final en la conformidad de sus ideas, sus creencias y sus dudas. Esta capacidad, que da forma a las ideas, las creencias y los cuestionamientos, proviene de lo más esencial de la persona humana: la libertad

10.- Conciencia en el moribundo

Sin pretender definir el concepto de conciencia, se puede señalar que una de las características fundamentales de la condición humana es la conciencia. Esta característica, al menos, puede ser entendida desde dos vertientes: una psicológica y otra moral, que no en vano están entrelazadas. Desde el punto de vista psicológico, la conciencia alude al conocimiento del saber propio, es decir, a la conciencia refleja, aunque también hace referencia a la conciencia en cuanto capacidad sensorial, es decir a estar alerta. En cambio, desde el punto de vista moral, el hombre es el único animal que, por la pertenencia a su especie, puede tener conciencia de sí mismo como sujeto capaz de decidir y de poder desarrollar una tarea valórica, precisamente la de vivir más o menos humanamente²⁵.

Estas dos vertientes se pueden definir como conciencia de significado y conciencia de posesión. La conciencia, como significado, responde al hecho de que las cosas se nos ofrecen a los hombres para que nuestra actividad –intelectiva, afectiva o volitiva- las convierta en entes. Cuyo modo de ser reales está determinado por nuestra relación con ellas, en tanto que para nosotros son instancias, recursos u obstáculos. Proceso que comprende dos acciones rapidísimamente sucesivas: la percepción sensible de la cosa como cosa-realidad y la toma de conciencia de lo que como cosa-sentido es y

²⁴ P. LAÍN ENTRALGO, *La empresa de envejecer*, Barcelona 2001, 12, 36-37.

²⁵ Cf. Aporte de Javier Barbero, en: AA VV, *Cuadernos Fundació Víctor Grifols i Lucas: Ética y Sedación Terminal al Final de la Vida*, o. c., 63.

significa para nosotros. En consecuencia, ser consciente de las cosas del mundo es tener, a la vez, conciencia de su realidad y conciencia de su significación²⁶.

Pero el hombre, además de tener conciencia de lo real, tiene conciencia de poseer la realidad. Es decir, el hombre posee lo real o intenta poseerlo. Y lo hace movido por el amor, impulso íntimo que produce posesión –a diferencia del odio que destruye lo poseído.

Ambas vertientes posibilitan la moralidad humana. El hombre, al percibir significando la realidad y poseyéndola, se hace responsable de ella. Responsable, porque “responde” u ofrece una respuesta ante la realidad que tiene delante. Para ser responsable se necesita, como poco, estar conectado con la realidad, tomar conciencia de ella, apropiarse de la realidad conscientemente. En suma, la conciencia, en su doble sentido, es una condición idiosincrásica del hecho de ser realmente hombre, con lo que su anulación, en principio, des-humaniza y puede, por lo menos, despertar interrogantes acerca del mantenimiento de la misma condición humana²⁷.

En consecuencia, si la conciencia es lo que permite al ser humano apropiarse de la realidad, anular esta capacidad es eliminar las características y atributos de la vida psíquica –capacidad de relación, de comunicación, experiencia moral– que hacen de la vida biológica una vida personal. Se termina con el conocimiento subjetivo de nosotros mismos, de los propios contenidos mentales, y de nuestra capacidad de relación con el entorno. Cuestión que en sí misma constituye un grave problema moral²⁸.

Y por ser esta una acción de inmensa trascendencia individual y social, es lógica la preocupación y la exigencia de razones para justificar la eliminación de la conciencia de una persona. Situación que se recoge en el siguiente cuestionamiento: ¿Qué es en sí misma la realidad humana que llevaría a justificar el uso de esta terapia extrema ante el sufrimiento total del enfermo, rotulándola de buena?²⁹

Aceptar que el hombre es un dinamismo estructurado al que, como propiedad innovadora y sistemática, pertenece el hecho de actuar, sentir y expresarse como lo que constitutivamente es, persona³⁰. Y, reconocer que, ser persona es ser conciencia de sí mismo, como condición personal del sujeto, de su estar siendo y su poder ser en el futuro, lo que permite que su conducta cambie constantemente a lo largo de su vida individual, social o como especie. No agota la definición de lo que es el hombre, puesto que la persona está traspasada por el carácter esencialmente enigmático de su realidad. Porque el ser humano siempre ha sido, es y será un enigma. Y es, precisamente, la capacidad consciente lo que lleva a reconocer esta condición enigmática.

La conciencia humana es entendida como la actividad de una estructura dinámica, en virtud de la cual, un ente cósmico se conoce a sí mismo como persona. Y lo ajeno a él visto como la realidad de la que él ha surgido y por la que de sí mismo puede hacerse problema o enigma. Cuestión que pone el acento en lo indefinido del

²⁶ Cf. P. LAÍN ENTRALGO, *Idea de Hombre*, Galaxia Gutenberg – Circulo de lectores, Barcelona 1996, 142.

²⁷ Cf. Aporte de Javier Barbero, *o. c.*, 63.

²⁸ Cf. Ponencia de A. COUCEIRO, “La sedación de los enfermos en el contexto de los cuidados paliativos”, en: AA VV, *Cuadernos Fundació Víctor Grifols i Lucas: Ética y Sedación Terminal al Final de la Vida*, *o. c.*, 50.

²⁹ La pregunta también podría formularse como lo hace Javier Barbero, si el acento lo ponemos en el sufrimiento y en la acción de sedar como mal menor: “Lo que hay de fondo es la pregunta de qué hacer con la experiencia de sufrimiento del ser humano cuando éste se encuentra al final de la vida y si se puede legitimar la anulación de la conciencia como una manera de luchar contra ella”. Aporte de Javier Barbero, *o. c.*, 64.

³⁰ Cf. P. LAÍN ENTRALGO, *Idea de hombre*, *o. c.*, 149.

conocimiento del hombre sobre sí mismo, como condición incitadora hacia una intelección más profunda y razonable de la radical “enigmaticidad” que es. Tal como lo demuestra la historia del pensamiento³¹.

11.- Conciencia como posesión

La conciencia de lo real implica el intento de poseerla. Poseer es apropiarse de aquello que se va encontrando en uno mismo o en el mundo. Es “sentirse uno mismo” con eso que se ha encontrado. Y aquello que hace sentirse uno mismo no es ni el cuerpo ni la inteligencia, sino la “intención” de la decisión, del esfuerzo y, últimamente, de la responsabilidad moral. Intención en cuanto “mía”: mí intención, en el sentido de que es el yo quien la ha establecido y quien puede pasar a convertirla en decisión. Y “míos” también son los esfuerzos que realizo, así como los logros y los fracasos que resultan de ese esfuerzo. Y, finalmente, “es mía la responsabilidad” y, con ella, el estado de la conciencia moral ante lo que libremente se ha querido y libremente se ha hecho.

En este sentido, el ejercicio de apropiación exige la concurrencia de cuatro elementos de la estructura humana: la libertad, la imaginación, la capacidad para creer y esperar y la idea de sí mismo. Y todos ellos deben ir acompañados de una vocación que señale al hombre quién es él. Elementos fundamentales a la hora curar o cuidar al enfermo y que son cruciales para que ayuden al enfermo a hacer suya la enfermedad que le lleva al término de la vida.

12.- Conciencia del dolor y de la muerte

Se decía anteriormente, que el intento de posesión de la realidad es movido por un impulso íntimo, que se identifica con el sentimiento del amor. Ese impulso pertenece, de manera envolvente, a todos los modos de la actividad humana en razón de la vivencia de ser personalmente afectado por el ejercicio que se realice (ser conciente, poseer, hablar, relacionarse con otro, etc.). Vivencia que es particular en cada caso, pero que básicamente se diferencia en dos modos contrapuestos, según la manera de experimentarla: el agrado (gusto, placer o gozo) y el desagrado (disgusto, dolor o tristeza)³².

En síntesis, el sentimiento es un modo de vivir la realidad, de ser afectado por ella y de poseerla. Modo que no anula la autonomía y la libertad de la persona. Sino que, por el contrario, es el tácito reconocimiento gozoso de su integridad como tal persona.

En consecuencia, el dolor físico o moral, como modo de vivir la realidad, es constitutivo y esencial a la susceptibilidad humana. Es decir, el hombre está dispuesto o abierto al dolor, a ser doliente. Y la enfermedad nos revela que existimos expuestos al dolor físico y al dolor moral y que no podemos existir sin este. Por consiguiente, el dolor y el sufrimiento forman parte de la condición y el vivir humano. Y deben ser apropiados por el enfermo –lo que implica incorporarlos como modo de vivir– a la realización habitual de la propia existencia. Como suele ocurrir en las dolencias crónicas, donde al principio la apropiación es forzosa, pero luego el enfermo se acostumbra a ellas.

Evitar el sufrimiento o el dolor, a toda costa, acabaría privando al enfermo de dimensiones que forman parte de lo específicamente humano. Por lo que el planteamiento del “sufrimiento cero” en la experiencia de dolor en medicina, es

³¹ Cf. *Ibid*, 150-156.

³² Cf. *Ibid*, 170.

contraria a la existencia humana, llena de límites y frustraciones. No porque el dolor o el sufrimiento sean considerados buenos, sino tan sólo por ser estas partes de la realidad humana en que la medicina interviene para curar y cuidar. Realidad que debe ser respetada para que aporte todas sus dimensiones a la hora de afectar, crear e interpretar lo que el hombre es y debe hacer con su realidad. Y la condición de doliente del enfermo es algo con lo que penosamente se tiene que contar en la tarea de hacer la vida. O de lo contrario, el enfermo no podrá conocer con realismo lo que es la propia vida y la existencia humana en general.

De igual manera, la muerte es una radical condición de la existencia humana. El morir es constitución de la vida. La muerte es el límite, el destino insoslayable al que todo ser se dirige. Pero también, es manifestación de la vulnerabilidad de la cotidiana realidad. Puesto que está en riesgo de destrucción³³, ya sea desde fuera (por terceros o acontecimientos) o desde dentro (por la enfermedad o por uno mismo). Y la conciencia de vulnerabilidad y de encontrarse en el umbral del morir, es una experiencia que sólo el ser humano puede vivir. Experiencia que le permite al hombre asumir con realismo la vida.

El médico, al sedar al moribundo, induce con fármacos la pérdida de conciencia lúcida para conseguir que el enfermo no perciba los signos y síntomas, las situaciones que le puedan generar un importante sufrimiento, como el saber que padece una enfermedad terminal o los dolorosos síntomas de la fase de agonía. Pero puede, al mismo tiempo, estar privando de conciencia crítica y de decisión al enfermo para que conozca y dé sentido a su enfermedad, a su dolor y a su muerte³⁴.

13.- Valor y misterio del hombre

El mismo dolor de la enfermedad devela del ser humano otras dos características fundamentales: el ser valioso y su condición de misterio. Por una parte, la existencia humana es valiosa a pesar de su vulnerabilidad, mortalidad, invalidez, apertura al dolor e incomprendibilidad. Valor que se evidencia en tres cuestiones. Primero, al enfermar se pierde la salud, descubriéndose el estar sano como un valor. Segundo, la posibilidad humana de luchar contra la enfermedad y, en ocasiones vencerla, le demuestra al hombre el valor de su poder. Y, finalmente, el dolor de la enfermedad se transforma en un recurso de probación moral de la instalación en la vida y de criterio interpretativo del sentido de la misma.

Y por otra parte, el dolor en la enfermedad lleva a reconocer la condición de misterio de la realidad humana. Misterio del cual el dolor forma parte. ¿Por qué existe la enfermedad? ¿Por qué existe el dolor y por qué el hombre ha de probarse a través de él? El dolor de la enfermedad nos abre la mente a un nuevo problema: el hondo y último problema de saber si la realidad intramundana puede o no puede ser entendida sin, de algún modo, trascenderla³⁵.

³³ Cf. P. LAÍN ENTRALGO, *Antropología médica para clínicos*, o. c., 323-325.

³⁴ Para Laín, la enfermedad fuera de ser una experiencia que impele a luchar en contra de las fuerzas de la muerte por medio de la curación, ilumina dolorosamente la realidad física y metafísica de la religación de uno mismo y del hombre en general, concibiendo ideas nuevas de lo que es la existencia. Cf. *Ibid*, 337-338, nota pie de página nº 7.

³⁵ Laín en una de sus obras plantea la pregunta cristiana por el sentido del dolor en la enfermedad. En ella concluye que el dolor de la enfermedad nos remite a la salud integral y plena, como un remotísimo esbozo, pasajero y natural, de esa definitiva y sobrenatural incorruptibilidad a que tan continuamente y esencialmente aspira el hombre. Cf. P. LAÍN ENTRALGO, *Mysterium Doloris*, Madrid 1955.

Pero esta constatación no excluye la posibilidad de pensar acerca de lo que realmente es una realidad misteriosa. Ejercicio que será intelectualmente lícito cuando aquello a lo que se da el nombre de misterio lo sea de verdad y cuando la actividad de nuestra inteligencia se mueva dentro del ámbito de lo razonable. Esto es, cuando se apoye, sin contradicción y con verosimilitud, en lo que digan la experiencia y la ciencia acerca de tal realidad. En este marco interpretativo una vía ante el dolor, entre otras posibles (nihilismo, progresismo, creencia religiosa), consiste en asumir su radical inexorabilidad e incompreensión como estímulo positivo para pensar sobre él y sobre él edificar la vida.

14.- Dolor como tormento

Desde este postulado, el debate sobre la legitimidad ética de la sedación en la agonía se puede pensar y argumentar positivamente. Ello en las instancias en que es posible controlar y apropiarse del dolor, interpretándolo y significándolo. Pero no así en las ocasiones en que el carácter súbito, violento y grave de la sensación dolorosa puede convertir la enfermedad en señal de muerte inmediata. A este dolor se suele llamar “dolor mortal”. Dolor cuya pertinacia le quita al hecho de percibirla su originaria condición significativa y la trueca en simple carga penosa o tormento, que es preciso combatir a toda costa³⁶.

A esta experiencia hoy se le denomina, en Cuidados Paliativos, “sufrimiento total”. Experiencia que desborda toda capacidad de contención a través de los medios terapéuticos disponibles en medicina, por lo que se habla de “dolor refractario”. Sean estos medios farmacológicos, psicológicos o espirituales. Se trata de dolores y otros síntomas (delirio, disnea, hemorragia masiva y ansiedad o pánico)³⁷ que afectan severa, continuamente e irresistiblemente la capacidad de actividad y de concentración del paciente, impidiéndole pensar en otra cosa³⁸. Dolores que hacen de la vida algo peor que la muerte.

Se trata, por tanto, de dolores y sufrimientos que deshumanizan a quienes los padecen, que traspasan fronteras, que van más allá de ciertos umbrales. Dolor que todo lo llena, tanto el pensamiento como el interés. Es decir, lo más original y propio de la inteligencia humana, su capacidad conciente. Embotándola, llevándola al delirio. Ocupando así todos los ámbitos de la vida personal, sean estos privados o públicos³⁹.

El dolor, finalmente, termina dañando la conciencia, destruyéndola, aniquilando la capacidad de posesión de sí mismo y de la situación. En síntesis, el dolor extremo mata la personalidad, la vida biográfica del enfermo, aunque no la totalidad de su ser persona. Circunstancias que, en Cuidados Paliativos, se describe en la fase de la agonía y que se refuerza con la definición de síntomas refractarios, cuando se dice que los esfuerzos por hallar un tratamiento tolerable no deben superar un plazo de tiempo razonable para que no comprometa la conciencia del enfermo⁴⁰.

En este sentido la Sedación Paliativa viene a ser la respuesta a ese dolor deshumanizador, evitando que la muerte física del moribundo se vea precedida por la muerte horrorosa de su personalidad, muerte indigna para el ser humano. La sedación al final de la vida se debate, entonces, entre el mal que significa la destrucción

³⁶ Cf. *Ibid*, 38.

³⁷ Cf. OMC, Declaración: “Ética de la Sedación en la Agonía”, *o. c.*, nº 14.

³⁸ Cf. H. CAMELL, “La calidad de vida en los enfermos terminales: evaluación y consecuencias éticas”, en: A. COUSEIRO (ed.), *Ética en cuidados paliativos*, *o. c.*, 168-170; 180.

³⁹ Cf. M. MARIJUÁN, “El tratamiento del dolor y sus problemas éticos”, en: A. COUSEIRO (ed.), *Ética en cuidados paliativos*, *o. c.*, 128.

⁴⁰ Cf. OMC, Declaración: “Ética de la Sedación en la Agonía”, notas pie de página 2 y 4.

deshumanizadora de la conciencia causada por el dolor intolerable y desquiciante, que impide el protagonismo del enfermo en el último momento de la vida. Y el bien que significa la anulación medicalizada de la percepción sensorial y psicológica de la realidad, permitiendo al enfermo terminal apropiarse proyectivamente del final de su vida, dando sentido a ese dolor.

A través de la sedación, el enfermo puede preparar el momento final de su vida conciente, arreglando asuntos personales y sociales relevantes para él y sus familiares. Y, a la vez, puede proyectar, consecuentemente, el final de su vida conciente en relación con la vida vivida. La sedación permite al enfermo terminal vivir hasta el final de sus días en sus creencias, en la esperanza de morir sin tormento y en el amor de quienes le cuidan. Lo que hoy se entiende por muerte humanizada.

16.- Conclusión

La peculiaridad humana se mueve entre dos fronteras irrenunciables, la capacidad de percepción y significación conciente que le posibilita poseer y el misterio de lo que, en última instancia, es el hombre como realidad. Dos aspectos que enfrentan al hombre ante la paradoja del ser.

El dolor y la muerte plantean dilemas que no se pueden resolver de forma absoluta. Debe actuarse ante ellos razonablemente, reconociendo qué se conoce de ellos y qué se ignora. Pero también, qué se cree y que se espera ante ellos. Eso obliga a actuar responsablemente. Estimando, siempre arriesgando, lo que se puede esperar en el cumplimiento de las creencias.

Valorar el dolor y la muerte como misterios humanos, es decir, que enriquecen el significado de la realidad humana, exige también ser capaces de reconocer y actuar ante la sensación de dolor mortal que padece un enfermo agónico, reduciendo o anulando la capacidad conciente que le identifica en su personalidad. Responder ante ese tipo de dolor debe considerarse como un comportamiento respetuoso, aunque intrépido y agresivo, del bien que se puede y debe hacer al prójimo.

En síntesis, si la peculiaridad de la conciencia humana implica percibir y significar poseyendo su trascendente realidad, el hombre debe asumir, responsablemente, el manejo del dolor y de la muerte reconociendo como límite, tanto su condición de misterio, como su capacidad de apropiación.