

CURSO DE BIOETICA A DISTANCIA

Hna. Dra. Elena Lugo, Ph.D.

MODULO VIII

Cuestiones sobre el Cuidado del Paciente de condición Terminal

1. Necesidades del paciente terminal
2. Muerte en sentido según criterio neurológico Muerte encefálica
3. La experiencia del morir

1. Necesidades del paciente terminal

SITUACION

Una anciana de 80 años padeciendo de cáncer del esófago en su etapa final, aun si bajo analgésicos que le controlan el dolor, rehúsa toda intervención terapéutica que tan solo le extienda la vida. Inclusive contempla rehusar la alimentación y la hidratación artificial. Se muestra deprimida y apática a las visitas y dice que su morir es peor que la muerte en si. Esa anciana es su señora madre. ¿Cómo procedería Ud?

Una perspectiva antropológica centrada en el concepto persona como agente racional y responsable ante su bien en cuanto espíritu encarnado, también reconoce que la muerte no es meramente la descomposición de un organismo vivo sino más bien la desintegración de una existencia humana y la correspondiente imposibilidad de expresar nuestra vida personal en el mundo. Se trata de un desarraigo del mundo en el que vivimos, de un separar de todo lo que tiene sentido para la realización de un proyecto vital. Se enfrenta el proceso del morir con una angustia que emana del fondo mismo del ser persona y que con frecuencia incluye la soledad absoluta. Pero a diferencia de la interpretación que de esta experiencia nos ofrece el existencialismo agnóstico, la antropología personalista reconoce una vía de trascendencia sin por ello ocultar la realidad inquietante de la muerte.

Como punto central al tema destacamos que el paciente es ante todo y siempre totalmente persona. Es la persona en su integridad la que debe recibir el cuidado aun si se enfoca su dolencia física o psíquica en el intento de curar o al menos aliviar el quebranto cuando no existe cura en sentido estricto. Es preciso fomentar su autonomía al respetar su criterio y escuchar con reverencia la narrativa que de su experiencia personal al enfermarse ofrece, al enfocar su corporeidad como vivencia y no mero objeto biomédico al observar que su sufrimiento incluye el dolor pero como desafío existencial y no mero síntoma de un cuadro clínico.

El paciente con una condición juzgada como Terminal, es decir, con una patología que de por si es conducente a la muerte en un periodo más o menos predecible (6 mese a un

año) representa una persona que según estudios empíricos puede adolecer de los siguientes temores según las principales categorías del sufrimiento ante:

- * La experiencia del malestar, previo al diagnóstico de la enfermedad.
- *El contacto con el sistema de atención sanitaria: a. incertidumbre ante el diagnóstico y, luego, ante el pronóstico, y la impotencia de cara al futuro. Frente al diagnóstico ya comunicado, el estigma de ser un enfermo, y posiblemente terminal.
- *El impacto físico y mental del tratamiento e intervenciones para el diagnóstico.
- * La interacción con los profesionales de la salud. Riesgo presunto de incompreensión e insensibilidad, y posibilidad de violación de la dignidad e integridad personales.
- *La sensación de humillación e inutilidad en las relaciones comunitarias.
- *La lucha por reestructurar o reconfigurar un proyecto vital en respuesta a la enfermedad.
- *El impacto que su condición supone para su familia o red de personas queridas, y la sospecha de que pueda ser una carga emocional y económica, con la posibilidad de ser abandonado y aislado.
- *La depresión que empaña el horizonte de esperanza.

Algunos pacientes terminales se han expresado del modo siguiente:

1. Quiero encontrarle algún sentido a mi muerte; algún sentido a la mortalidad.
2. Confío en ser tratado con dignidad y simpatía en el aspecto físico y espiritual.
3. Anhele que mi muerte signifique algo para otros, que la reconozcan como un infortunio/tragedia y lo sufran aun cuando crean preferible que muera a que sufra tanto.
4. No quiero morir en público o que me vean como un espectáculo, pero sí que me acompañen y no ser abandonado o rechazado psicológicamente por la comunidad.
5. No quiero ser una carga demasiado pesada para mi familia hasta el punto de su ruina emocional y financiera.
6. Anhele vivir en una sociedad que no se aterre ante la muerte, que la vea como natural al llegar a una edad avanzada y sepa ofrecer apoyo con ritos y prácticas públicas en la muerte y a los sobrevivientes.
7. Quiero morir con mis capacidades intelectuales y emocionales funcionando, no en un coma prolongado.
8. Quiero una muerte rápida y no artificialmente prolongada.

9. Me aterra un morir con dolor y sufrimiento; confío en que lo soportaré.

Por su parte, el paciente puede manifestar su pena de diversos modos:

- A. Sensación de abandono recíproco (del paciente de parte de su familia y viceversa).
- B. Anhelo de lograr alivio emocional, social y económico para la familia (sentimiento de culpa posible).
- C. Represión de sentimientos difíciles de aceptar como la ira y el resentimiento.
- D. Mecanismo de defensa como negación, proyección, polarización.
- E. Esperanza (visión) y valentía (energía).
- F. Mente atenta a los recuerdos del pasado.
- G. Anticipación del futuro inmediato como única manera de atesorar la vida

2. Muerte en sentido según criterio neurológico Muerte encefálica

Durante la segunda parte del siglo XX y luego del desarrollo de las modernas unidades de terapia intensiva, que a través de sus procedimientos de sostén de las funciones vitales, (respiratoria y cardiaca), permitieron a los médicos mantener el funcionamiento de los órganos del cuerpo humano en forma artificial luego de la destrucción irreversible de las estructuras encefálicas (cerebro y tronco cerebral) se inserta en la sociedad el tema muerte cerebral o muerte encefálica.

Este estado era imposible de imaginar previamente: una condición bajo la cual el cerebro perdía sus funciones mientras los órganos del cuerpo se mantenían funcionando: "Cadáveres Batientes". En tal sentido a mediados del año 1959 los neurólogos franceses Mollaret y Goulon, describen las observaciones realizadas en algunos pacientes que presentaban lesión neurológica irreversible y ausencia de actividad electroencefalográfica, cuadro que denominaron "coma dépassé", para señalar un estadio más allá de todos los grados de coma descriptos y que evolucionaban al paro cardiaco irreversible en pocas horas. De esta forma planteaban un nuevo dilema acerca de delimitar las fronteras entre la vida y la muerte.

Por otro lado, ante el crecimiento de la cirugía de trasplante renal y posteriormente la aparición de los primeros trasplantes cardiacos se acrecentó el interés por el diagnóstico de muerte basado en el criterio de muerte cerebral. Pero es necesario señalar que el concepto de muerte cerebral no se describe para la obtención de órganos para trasplante, sino que el mismo fue la consecuencia del desarrollo de las unidades de terapia intensiva.

Se reconoció así una nueva forma de definir la muerte basada en la determinación de la pérdida irreversible de las funciones del encéfalo, que fue rápidamente aceptada por la comunidad científica, extendiéndose luego su aceptación a la sociedad en general y a sus estatutos legales.

Este concepto de muerte fue entonces equiparado con el tradicional, es decir: el cese irreversible de las funciones cardio-respiratorias y cerebrales, tanto desde el punto de vista médico como legal como ético religioso.

A partir de estos cambios fue necesario definir con precisión esta situación, determinándose la primera norma en 1968 Criterios de Harvard.

Posteriormente fueron publicadas las dos normatizaciones que cuentan con la aceptación universal que son: el Código del Reino Unido para el Diagnóstico de Muerte

Encefálica (1976), las Guías de la Comisión Presidencial de los Estados Unidos para el Diagnóstico de Muerte (1981), y el Consenso para Estudiar la Prolongación de la Vida y la Determinación del Momento de la Muerte realizado por el Grupo de Trabajo de la Pontificia Academia de Ciencias (1985).

En Argentina, la primera norma legal que incluyó la aceptación de la Muerte Encefálica como la muerte de una persona fue la ley 21.541(1977), modificada posteriormente, por la ley 23.464(1987) y finalmente por la ley 24.193(1993); reglamentada por el decreto del poder ejecutivo del año 1995. La misma se encuentra en vigencia actualmente y en sus artículos 23 y 24 se establecen las bases para el diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos.

Otra cuestión que se encuentra en la bibliografía es la relacionada con el momento de la muerte: ¿cuándo está el paciente clínicamente muerto, de tal manera que se pueda proceder a la remoción de sus órganos? La determinación del momento de la muerte no cae dentro de la competencia de la filosofía o de la teología. Estamos en una cuestión de índole científica y clínica. En los Consensos y Leyes mencionados anteriormente se exige la cesación irreversible de todo el cerebro, no solo de las funciones corticales, sino también de las vegetativas.

Por lo tanto el que se mantenga un cadáver respirando con la ayuda de máquinas de soporte vital, para garantizar el buen estado de los órganos que se van a trasplantar no plantea ninguna reserva de carácter ético, por el contrario la ética exige que se verifiquen todos los criterios clínicos aceptados sobre la muerte cerebral utilizando todos los medios técnicos apropiados (electroencefalogramas, angiografías, doppler transcraneano etc) antes de proceder a la procuración de los órganos para el trasplante.

Fisiopatología:

Como expresamos antes el concepto de muerte cerebral implica la pérdida irreversible de toda función nerviosa (cortical y vegetativa) gracias a la asistencia respiratoria mecánica y cuando no se produjo el paro cardíaco.

La muerte de las células nerviosas se producen luego de pocos minutos de ausencia de circulación cerebral, dado que esta mantiene el aporte normal de oxígeno y glucosa imprescindible para que las neuronas vivan.

La circulación cerebral se mantiene mientras exista un gradiente adecuado entre la presión arterial media y la presión endocraneana.

El edema cerebral que se produce por hipoxia (ausencia de oxígeno), hematomas endocraneanos tumores expansivos determina un aumento de la presión endocraneana tal que iguala o supera la tensión arterial media interrumpiéndose la circulación encefálica con la consiguiente muerte de todas las neuronas del encéfalo.

Entonces la muerte de las neuronas se manifestará mediante el registro de EEG demostrando inactividad cerebral (Trazado plano o Silencio bioeléctrico cerebral) que no se modifica por estímulo alguno.

Criterios Clínicos:

Los criterios generales de inclusión a los efectos de realizar el diagnóstico de muerte cerebral son:

1. Ausencia irreversible de respuesta cerebral, con pérdida absoluta de la conciencia con conocimiento preciso de la causa que produce el coma y determina el daño estructural encefálico. (Documentado y con magnitud suficiente)

2. Ausencia de respiración espontánea.
3. Ausencia de reflejos cefálicos y comprobación de pupilas fijas no reactivas.
4. Inactividad Encefálica comprobada por medios técnicos.

Resumen: Se dice que la persona está muerta cuando se constata la pérdida irreversible de todas las capacidades para integrar y coordinar las funciones físicas y mentales de la totalidad de la persona como espíritu encarnado. Es decir, la muerte humana ocurre con la destrucción del sistema encefálico, del cual depende la capacidad de generar, integrar y regular las diferentes funciones esenciales del encéfalo y del organismo, y por tanto, de conferir un carácter unitario fundamental al conjunto de dimensiones diferenciadas o funciones que conforman al ser humano como una unidad biológico, psicosocial y espiritual.

3. La experiencia del morir

El morir, en cambio, es una experiencia humana que cada uno tiene que vivir (con excepción de aquellas personas que mueren de manera repentina) individualmente y en interacción comunitaria, trátase tanto de la familia como del equipo de asistencia sanitaria. Reconocemos que el morir y el dolor difícilmente pueden soportarse en vano ni a solas. Tanto el morir como el dolor exigen una búsqueda de sentido y ello en interacción personal vinculante.

Contraste entre muerte y morir

Mientras que el suceso de la muerte se puede aceptar con resignación, se teme al morir en cuanto proceso. La muerte es un suceso inevitable mientras que el proceso de morir admite planificación personal. La muerte puede resultar inaccesible a la comprensión humana, por lo cual esta se resigna, mientras que el morir puede ser experiencia existencial insistentemente desafiante. Confiamos en no tener que repetir las palabras de Voltaire (1694 - 1778): “*Cuando todo se ha perdido, cuando no queda esperanza, la vida es un oprobio y la muerte es un deber*”).

Según una línea psicológico - humanística, el morir y la muerte han sido descritos

como:

- * Suceso atemorizante; enemigo externo contra el cual se ha de luchar por todos los medios (actitud trágica).
- * Suceso natural carente de sentido y hacia el cual cada uno se orienta según criterio personal (actitud existencial - agnóstica).
- * Suceso necesario para la secuencia de una generación tras otra (actitud estoico - humanista).
- * Transición de una vida a otra que satisface las aspiraciones de la primera; cuestión de inmortalidad (actitud humanista cristiana).

* Suceso totalmente inaccesible que se expresa en metáforas: tierra desconocida; territorio nebuloso; sueño eterno; camino oscuro; traslado a la morada eterna; noche eterna; retorno a la naturaleza bajo alguna forma (actitud literaria).

b) En la línea psicológica - empírica citamos a Diggery - Rothman¹. Según este psicólogo, los temores principales ante la experiencia del morir, a diferencia de la muerte como estado son:

- * Miedo o casi terror ante la pérdida del autocontrol y la autonomía.
- * Resistencia a perder las capacidades intelectuales, volitivas y afectivas.
- * Desconcierto al perder la oportunidad de trabajar por metas que proveen una imagen personal adecuada a sus aspiraciones.
- * Desafío a su planificación en la vida diaria.
- * Temor a lo desconocido y a la desinformación, en especial durante el período de la incertidumbre ante la condición que afecta al paciente. En este contexto es prudente recordar que lo más importante no es la exactitud de lo que se le dice al paciente, sino la interacción solidaria ante lo que esa incertidumbre supone para la persona dolorida.
- * Temor ante síntomas desconocidos, inesperados sobre los cuales no pueda ejercer control alguno (disnea).
- * Temor a la hospitalización o internación, sobre todo de parte de pacientes ancianos quienes interpretan el hecho como pérdida del control de su entorno familiar y cotidiano, y del control de la propia vida.
- * Temor al encarnizamiento terapéutico.

Espontáneamente respondemos que es preciso generar un ambiente de comunicación confiada y transparente para conocer las expectativas y posturas del paciente ante las medidas que se tomen en su caso particular:

- * Ansiedad ante lo que ha de ocurrir a los que dependen de él y a familiares que lo sobrevivirán.
- * Temor ante la soledad y abandono de parte de los seres queridos y de quienes lo cuidan.
- * Temor de ser una carga psíquica - social - económica - clínica para otros.
- * Temor al abandono de parte del médico o de pasar del médico de cabecera, con el cual se tiene un vínculo especial, a especialistas y subespecialistas que pueden resultarle más técnicos que humanistas.

¹ Cf. Diggery – Rothman. “Attitudes toward Dying”: JOURNAL OF ABNORMAL AND SOCIAL PSYCHOLOGY.

* Temor a la pérdida de la autovalencia al comenzar a depender de otros para tareas habituales, como el temor de verse como carga emocional para sus seres queridos, quienes a su vez tendrán que decidir en su lugar.

* Horror ante el dolor, la degeneración y el deterioro del cuerpo y sus facultades. El paciente teme a lo que realmente significa ese dolor en cuanto a su origen, raíz e impacto en el curso del proceso de morir a nivel personal y comunitario. Le preocupa mucho si podrá anticipar y manejar por medios de autocontrol o medicación autodirigida el dolor. El temor ante el dolor no es equivalente al dolor en sí, sino que supone la vivencia personal de ese dolor, la cual E. Cassell designa como *sufrimiento*, a diferencia pero no en separación del dolor en sí.

* Asombro ante el surgimiento de interrogantes radicales en torno del valor de su vida, el carácter de sus ejecutorias, la identidad personal, las imágenes proyectadas, la estima que otros le brindan, sus relaciones familiares y profesionales, sociales y la tarea inconclusa en relación a estas esferas.

La tanatóloga Elizabeth Kübler - Ross (EK-R) aporta otro estudio empírico en torno a la experiencia del morir. La tesis que animó la investigación empírica realizada por EK-R es la siguiente: el desconocimiento y la ignorancia del personal tratante respecto de las necesidades, temores y sentimientos del moribundo, contribuyen a incrementar la carga de sufrimiento que de hecho conlleva el enfrentamiento con la muerte. EK-R demostró el beneficio que el moribundo obtiene de poder ventilar y compartir las ansiedades con alguna persona cálida, receptiva y honesta. Las etapas que EK-R identifica como estadios por los cuales el paciente moribundo pasa no han de interpretarse como un proceso necesario ni menos aún universal, sino como indicador de la diversidad de modalidades vivenciales ante el morir. Las etapas se denominan: incredulidad, negación, rabia, negociación, tristeza, depresión y aceptación²

* ***Incredulidad***

La respuesta casi universal ante la noticia de una enfermedad grave suele ser la incredulidad. Los pacientes evocan ese momento posteriormente con frases como “yo no pensé que lo que me estaba diciendo me concerniese a mí”; “creí que era una primera sospecha”. Esta reacción tiene el propósito de amortiguar el golpe emocional mientras se recurre a otros mecanismos o recursos de adaptación a una realidad tan dura.

* ***Negación***

Esta es una defensa que casi sin excepción empleamos frente a lo sumamente doloroso y que si bien es un proceso que altera la realidad y consume energía, hace la vida más soportable en los momentos que vienen después. Es otra forma de posponer la aceptación de la realidad y puede ser sana y adaptativa.

Los que cuidan pacientes terminales deben respetarla sin ir a los extremos de favorecerla con falsas expectativas ni de quebrantarla confrontando al paciente en forma

² Cf. Isa Fonnegra de Jaramillo. *Introducción al Proceso de Morir y la Muerte*, Fundación Omega, Colombia, 1996.

forzada con la realidad. La negación puede ser silenciosa o articulada, y presentarse de tres maneras:

1. Negación de los hechos clínicos (que no se tiene la enfermedad diagnosticada).
2. Negación de las implicaciones de la enfermedad (que no pueda curarse).
3. Negación de la muerte: el paciente acepta el hecho y las implicaciones de la enfermedad pero niega la muerte como hecho final. A veces el paciente niega y acepta a la vez: maneja la situación a diferentes niveles en diferentes momentos, lo cual desconcierta al personal que lo cuida.

*** *Rabia***

Expresada directamente, desplazada, manifiesta, en forma soterrada o reprimida cuando se teme ventilarla y así ser abandonado por quien lo cuida. Se encuentran pacientes difíciles en su manejo, quejosos, desagradecidos, irritables, que generan en el personal médico y paramédico reacciones de rechazo o de extrañeza al no comprender que la rabia /ira, aunque expresada contra ellos, emerge básicamente contra el proceso destructivo de la enfermedad, el proceso de morir y el tener que abandonar sus proyectos, seres queridos, tareas vitales y el final de la propia existencia. Pero aun cuando parezca injusta, la ira puede orientarse hacia los médicos, hacia los parientes, hacia otros pacientes percibidos como más afortunados, hacia otros profesionales en salud y hacia Dios, y todo ello como signo de desesperación.

*** *Negociación***

Se negocia con Dios, con el médico o con la vida. Se expresa arrepentimientos y promesas. El paciente puede prometer a Dios el “*reintegrarse a la fe cristiana*” o “*tomar el buen camino*” como “*el ser generoso en donaciones para obras de caridad*” siempre y cuando su lapso de vida se alargue un poco más. Este período de promesas también vale para los familiares y dura hasta que los exámenes clínicos u otras evidencias no demuestren que inexorablemente el proceso de deterioro continúa y que la curación no esta incluida en las perspectivas posibles. Se puede también expresar gratitudes y esperanzas como parte de la negociación.

*** *Tristeza y depresión***

Surgen con o sin expresión abierta, en forma de llanto, de acuerdo a los considerado aceptable familiar y socialmente. La tristeza, como el temor, son respuestas naturales y esperables frente a la inminencia de la muerte. Encubrirlas, negarlas, evadirlas, disminuirlas, disfrazarlas o pretender eliminarlas con antidepresivos contrarios al curso natural de los hechos, limitan en el paciente la posibilidad de vivir lo que se siente y necesita. Puede, eso sí, mitigarse con nuestra presencia reconfortante y hacerse más llevaderas ofreciendo al paciente las mejores y más dignas condiciones para morir a través de la intervención cálida y humana de un equipo que atienda el componente emocional. La depresión del paciente terminal puede ser de dos clases: 1. Una de carácter reactiva ante sus pérdidas menores (cabello, un miembro amputado, la dependencia, la productividad, el recreo), pero luego se va ahondando y afecta el ánimo del paciente en forma más profunda. 2. Otra a modo de reacción anticipada del duelo no

sólo por su muerte sino por lo que tal evento implica: la pérdida, el abandono irreversible no sólo de un ser querido y no sólo de un proyecto vital o una ilusión, sino absolutamente de todo lo que hasta entonces representó su vida.

***Aceptación**

Lentamente el paciente va recortando sus vínculos con el mundo externo, va retirando la energía psicológica que lo liga a los seres queridos en un proceso conocido psicológicamente como *decatexis* y se inicia la aceptación final de la muerte. Puede ser la etapa de resignación o de entrega virtuosa de sí a los designios de Dios. El paciente dormita casi todo el tiempo, su responsabilidad a estímulos externos es lenta y pobre, no desea ingerir alimentos y su necesidad de descansar no debe ser perturbada por procedimientos dolorosos inútiles en esta momento, ni por exigencias de sus familiares.

A. La tanatóloga EK-R nos recuerda que en muchos casos se puede morir en paz y dignamente cuando se intensifica el esfuerzo del equipo y de la familia por procurar al moribundo información adecuada, compañía amorosa, control de dolor y de los síntomas, y un ambiente en sintonía con sus necesidades. Cada etapa supone una exigencia al trato personalizado y personalizante del proceso de morir de parte de los profesionales en salud.

a) A modo de complemento a la obra de la tanatóloga EK-R es preciso recordar que más que atravesar por una secuencia de etapas, la persona que enfrenta a la muerte reacciona. El moribundo reacciona tal como ha sido su patrón vital de reacción ante circunstancias adversas y con aquellos mecanismos de adaptación que le han dado resultado. Las reacciones personales ante el proceso de morir depende de factores que pueden influenciarlos, a saber: las características de la personalidad del enfermo; la calidad de las relaciones interpersonales de que dispone como fuentes de soporte; aspectos socioeconómicos y ambientales; las características específicas de la enfermedad. Lo ilustro brevemente:

* Quien ha sido fuerte, asertivo y recio exhibirá tales características durante el proceso de morir.

* Quien ha tratado siempre de complacer a los demás olvidándose de sí mismo y de sus necesidades, así lo hará durante el proceso de morir atento a quienes le cuidan.

* Quien ha sido persona introvertida y aislada podrá enfrentarse con cierta reserva y tal vez tristeza singular.

* Quien siempre ha tenido en su fe y en sus creencias religiosas un valioso recurso ante los malos momentos, apelará a su fuerza espiritual y conquistará la muerte.

* Quien ha sido persona desconfiada y huraña así se conducirá en su lecho de muerte.

* Quien ha sido agresivo se mostrará “bravo” ante la situación difícil del morir.

* Quien ha sido pasivo y resignado aceptará su destino sin protestar.

b) Cabe recordar que en un mismo día el paciente puede despertar con una perspectiva intelectual y estoica ante su enfermedad, a la hora del almuerzo sentirse abatido por su desgracia, mientras que a la noche puede mostrarse valiente ante la realidad indeseada.

c) No podemos predecir la reacción de un paciente hasta tanto no lo conozcamos y no nos adentremos con empatía reverente en su mundo interno para captar su particular estilo de reacción. Es preciso conocer y respetar su historia, sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales, con sus correspondientes exigencias éticas, sus temores, culpas y esperanzas: es una tarea fundamental para quien pretenda ayudar desde cualquier disciplina a quien va a morir. Ello exige tiempo, dedicación, actitudes personales de auténtica empatía y compasión efectiva, y una profunda espiritualidad, preferiblemente de tipo religioso.

Paradójicamente, sólo quien confiese que la vida es algo sagrado sabrá encontrar la actitud conveniente ante la muerte, tanto ante la ajena como ante la propia.

B. Resumen

Según la narrativa del médico moribundo con la cual iniciamos la VI Jornada, la experiencia del morir nos desafía a superar el temor en sus diversas modalidades: sentimiento de soledad, amargura, abandono de parte de otros seres queridos, pérdida de autoestima e inutilidad y ocultamiento de un horizonte de esperanza transcendental. Recordemos que muy a menudo el paciente deja entrever que conoce su situación, que con frecuencia se encuentra rodeado y aprisionado por un muro de incomunicación, aislamiento y silencio con respecto del mundo circundante. Su propio deterioro, los cambios perceptibles en la conducta y actitudes de sus seres queridos, las modificaciones en los planes de tratamiento preestablecido por los médicos, los comentarios y actitudes evasivas del personal de salud y de los familiares, y los conocimientos del paciente respecto a su enfermedad, lo llevan a concluir con certeza intuitiva que se enfrenta a una muerte cercana.

B.1. En la próxima ponencia intentaremos integrar la capacidad para sufrir el impacto del dolor en el contexto antropológico de ser persona y de la ética del cuidado empático y reverencia compasiva. Sólo quien es persona puede sufrir en el sentido aquí expuesto; sólo la persona que reflexiona y se autorrepresenta en términos de un pasado/presente/futuro de proyectos vitales, de lo que el morir representa y de lo que la muerte le indica sobre la vida. Es decir, la persona decide cómo vivir el morir de acuerdo a valores, o al menos en términos de intereses y disposiciones, y cómo interpretar la muerte de acuerdo a su plan vital. La persona lo ensaya en el contexto de una red de vínculos mediados por la comunicación interpersonal.