

Aspectos bioéticos y antropológicos del dolor, el sufrimiento y la muerte

Dr. Jorge H. Suardíaz Pareras¹

RESUMEN

Se hace un análisis somero, desde un doble punto de vista –bioético y antropológico–, de algunos aspectos relacionados con el dolor, el sufrimiento y la muerte, con particular referencia a los conceptos de calidad de vida y eutanasia, exponiendo mis criterios personales sobre estos últimos. Se exponen los criterios personales del autor sobre estos últimos.

Palabras clave: Dolor, sufrimiento, muerte, eutanasia, calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

Hay fenómenos que, por ser tan universales, misteriosos y preocupantes, durante épocas todos los pueblos, culturas y filosofías, se han planteado y han buscado soluciones a éstos. Entre esas experiencias humanas se encuentran el dolor, el sufrimiento y la muerte. Curiosamente, el ser humano no suele cuestionarse qué sentido tienen la alegría, el éxito o el placer; en cambio, la dramática realidad del dolor y del sufrimiento y, sobre todo, el misterio desconcertante de la muerte, han inquietado tanto a los hombres que, a lo largo de la historia, las mentes más reflexivas se han preguntado por qué sufrimos y, sobre todo, por qué morimos; y qué significado tienen, si es que tienen alguno, el dolor, el sufrimiento y la muerte. Según Schopenhauer, «La muerte es el verdadero genio inspirador de la filosofía (...) Acaso no se hubiera pensado nunca en filosofar si ella faltara»¹. Tras la Segunda Guerra Mundial, se hicieron rápidos progresos en el conocimiento fisiológico y bioquímico del dolor, para conseguir, de esta forma, su tratamiento de una manera científica y eficaz. A partir de 1969 se inició un periodo de progreso y desarrollo del estudio del dolor a todos los niveles: sociológico, económico, psicológico, antropológico y fisiológico. Finalmente, hoy tenemos un manejo del dolor constituido y floreciente; y, mientras que la gestación del tratamiento del dolor duró miles de años, la Nueva Algología se ha desarrollado en, solamente, unos 40 años. Sin embargo, todos sabemos que aún se sufre mucho en el mundo y que será necesario seguir enfrentándose al sufrimiento humano por los siglos de los siglos. Debido a la radical unidad psicofísica y espiritual del ser humano, el dolor biológico va siempre unido a un significado, a un sentido espiritual.



DESARROLLO

Decía Aristóteles que sólo se conoce bien aquello que se ve nacer y desarrollarse. Y es el dolor una de las experiencias en que más implicada está la humanidad. La lucha contra el dolor ha supuesto, desde el punto de vista antropológico, una de las consideraciones más importantes de la historia de la humanidad, en cuanto ha contribuido al desarrollo del hombre y de su cultura. El dolor se interpreta, según el tiempo y la sociedad, desde una óptica cultural, teológica, científica, psicológica y económica².

El dolor es la experiencia más universal de los seres humanos (y también de los animales, al



menos, de los que llamamos «superiores»); su antigüedad se remonta al principio de la Creación. Para la Sociedad Internacional dedicada a su estudio, es «una experiencia desagradable, sensorial y emocional, asociada a una lesión real o potencial, que se describe como daño»³. En realidad, el dolor agudo es un mecanismo de alarma, que alerta al organismo de que se está produciendo una lesión: es de sobra conocido el terrible precio que puede pagar, por su carencia de sensibilidad dolorosa, el leproso que no reciba tratamiento adecuado. En cambio, cuando el dolor se cronifica, supone para el enfermo, la familia y la parte de la comunidad más relacionada con ellos, un importante elemento perturbador desde el punto de vista físico, moral, social y económico; pierde su sentido protector y se convierte en protagonista de la enfermedad que le dio origen o, al menos, en elemento básico de la misma, provocando un estado que se denomina sufrimiento, el cual no se limita a una experiencia sensorial. Por el contrario, tiene importantes consecuencias sobre la vida afectiva del ser humano, llegando a minimizar sus ilusiones, desintegrar la personalidad y negativizar el espíritu. El sufrimiento intenso aumenta el sentimiento de desesperanza, porque el dolor que tiene un propósito determinado (el derivado de una intervención que debe conducir a la curación, por ejemplo) es más tolerable que aquel ante el cual no puede contemplarse ninguna finalidad (el que se experimenta a causa de ciertas metástasis de un cáncer, por ejemplo). Recordemos, de paso, que etimológicamente el término «enfermedad» (in-firmitas), implica

falta de firmeza, debilidad, no sólo desde el punto de vista somático, sino también espiritual⁴.

La persona sufre más que los animales, por la autoconciencia; es decir, no sólo sufre, sino que sabe que sufre. El sufrimiento es ambivalente, porque consta de estos dos elementos: el dolor y el sentido que damos a ese dolor. En el terreno antropológico, el sufrimiento puede destruir al hombre, pero también y por la misma razón, puede enriquecerle profundamente. Sufrir es elevar el acontecimiento meramente biológico a una categoría moral superior⁵. El enfermo puede hacer partícipes a sus amigos, familiares y al personal sanitario que le atiende, de sus sufrimientos; pero sabe que el dolor es algo tan personal que cada uno tiene que vivirlo responsablemente en su singularidad; porque el sufrimiento personal nos capacita para comprender a los demás. El que no ha sufrido —si es que existe alguien así— ¿cómo comprenderá al enfermo, al neurótico, al que es tratado de manera injusta, cruel o degradante? Por otra parte, los sufrimientos de unos, pueden ser una oportunidad para que otros ejerciten, a su vez, muchas virtudes humanas (la comprensión, la ayuda, el servicio, la tolerancia y, sobre todo, el amor): La persona que sufre es sagrada y merece todo nuestro respeto y toda nuestra ayuda.

Al llegar a este punto, es imprescindible hablar del dolor por cáncer, tratado por anestesiólogos, oncólogos y otros sanitarios, por la dificultad que conlleva no sólo el dolor sino otros síntomas clínicos y la implicación de la función que se ha dado en llamar concepto de enfermo terminal canceroso con la familia muriente.

En semejante contexto, el sufrimiento, elemento inevitable de la existencia humana, aunque también factor de posible crecimiento personal, es censurado, rechazado como inútil y, más aún, combatido como mal que debe evitarse siempre y de cualquier modo; cuando no es posible evitarlo y la perspectiva de bienestar se desvanece, entonces parece que la vida ha perdido ya todo sentido y aumenta en el hombre la tentación de reivindicar el derecho a la supresión de ésta. Graves amenazas afectan al enfermo incurable y terminal, en un contexto social y cultural que, a menudo, haciendo más difícil afrontar y soportar el sufrimiento, agudiza la tentación de resolver el problema eliminándolo en su raíz, anticipando la muerte al momento considerado más oportuno⁶.

Para tomar conciencia de la importancia de la ayuda que debemos prestar en este momento, es conveniente distinguir entre la muerte como hecho concreto y definitivo con el que la vida se acaba y el morir, como un proceso más o menos lento y progresivo que nos conduce hacia ese momento. El hombre suele experimentar, casi siempre, un temor mayor a ese despojo constante que al acto final, que a veces se considera como una auténtica liberación. En este sentido, no deja de ser curiosa la marcada diferencia entre nuestra cultura actual y la de épocas anteriores, en lo que se refiere a la actitud ante la muerte. Antaño, el moribundo vivía y compartía con los demás sus últimos días, en su propia casa, como protagonista y dueño soberano de su propio fallecimiento (es significativa aquella plegaria en la que se pedía a Dios que nos librara de una muerte «súbita y violenta»). Un nuevo estilo de morir se dibuja hoy en el horizonte: encontrarse con la muerte sin darse cuenta, efectuar el tránsito en la ignorancia y salir del mundo con la misma inconsciencia con la que entramos en él⁷.

Aunque el fallecimiento es un proceso continuo, la psiquiatra suiza (residente en Estados Unidos de Norteamérica) Elizabeth Kübler Ross, en un trabajo que ya se ha convertido en un clásico, ha distinguido cinco fases por las que atraviesa el paciente en esta situación, en lo que se refiere a los aspectos vivenciales de este proceso; es decir, una especie de «itinerario psicológico»⁸. Estas fases serían:

- ◆ Negación (rechazo al diagnóstico, aislamiento)
- ◆ Rebeldía (sentimientos de ira y culpabilidad)
- ◆ Negociación (pacto con el destino)
- ◆ Depresión.
- ◆ Aceptación.

Sin embargo, en muchos de nuestros países de cultura latina (Cuba es un ejemplo), la mayoría de los pacientes no recibe una información adecuada en ningún momento de su evolución,



por lo que la fase de negación suele ir precedida por una de ignorancia (en la cual no sabe nada de su situación real) y otra de sospecha e inseguridad, hasta que algunas palabras cazadas al vuelo, o la simple intuición, hacen que la verdad se vaya abriendo paso en la conciencia del enfermo. Entonces, tendrá que enfrentar este itinerario en completa soledad, si no somos capaces de superar ese obstáculo inicial; porque el hecho de que no se produzca la comunicación de la situación real, no es un impedimento para llevar a cabo una adecuada asistencia al morir⁹.

Siguiendo a Kübler Ross, el primer mecanismo de defensa (y el más común) ante la cercanía de la muerte, suele ser la negación, que no es más que un intento de cerrar los ojos a una realidad que nunca se había sentido tan cercana. Cuando el paciente se percata de su gravedad, aparece la rebelión contra lo inevitable: la sensación de vacío y desesperanza que experimenta, puede ser expresada con comentarios (a menudo cínicos) acerca del tratamiento o de las personas que ofrecen cuidados; con frecuencia, se hacen cuestionamientos acerca las actitudes propias: muchas personas sienten que la enfermedad que

padecen puede ser el resultado de alguna cosa que hicieron mal en el pasado y que, si pudieran enmendarlo, la enfermedad desaparecería. El enfermo puede encontrarle poco sentido a la continuación del tratamiento y comenzar a pensar en la eutanasia o el suicidio asistido, como liberación. ¿Se puede elegir la muerte? Para los que la consideran un mal menor, la respuesta es sí, pues terminan aceptándola como un bien; pero en cuanto a la realización, como plenitud de la existencia humana, ella no hace al hombre más libre, porque no es una consumación del bien, sino todo lo contrario: equivale a cerrar, anticipadamente, mis posibilidades de consumación y de plenitud¹⁰.

La eutanasia es conocida (y practicada) desde la más remota antigüedad. En el Juramento Hipocrático, el médico, siglos antes de Jesucristo, hacía el siguiente compromiso: «A nadie daré droga mortal ni daré consejos para ese fin».

La pendiente resbaladiza de la eutanasia se puede ilustrar con el siguiente fragmento, tomado de la bibliografía: «En 1933, en la Alemania nazi, Hitler promulgó la primera ley destinada a la eliminación de los menos aptos con la aprobación de la 'ley para la prevención de la prole con enfermedades hereditarias'; en 6 años se esterilizó involuntariamente a 375.000 alemanes. Esta

ley también legalizó el aborto para las mujeres que debían ser esterilizadas. La primera cámara de gas no estaba destinada para los judíos, sino que fue diseñada por médicos psiquiatras, quienes seleccionaron a pacientes para su eliminación, hasta que los hospitales psiquiátricos quedaron prácticamente vacíos. Luego, algunos pediatras siguieron con los niños discapacitados; después, en los hospitales con los ancianos discapacitados; luego con los enfermos de pestes, etc. Antes de 1945, casi 300.000 alemanes habían sido eliminados por esta vía»¹¹.

En el actual debate planteado en torno a la eutanasia hay, según León Correa¹², cuatro cuestiones que demandan un urgente estudio. La primera consiste en la necesidad de definir inequívocamente la terminología y, con ella, los conceptos que usamos al hablar de eutanasia. La segunda se refiere a la conveniencia de seguir de cerca la conducta de los profesionales que aceptan la eutanasia como solución para ciertos problemas médico-sociales, tal como nos muestra el ejemplo holandés, y la incidencia en la medicina de esa aceptación de la eutanasia.

La tercera cuestión, más de fondo, sería el análisis de las ideas que están en la base de las reclamaciones de autodeterminación de la propia muerte, la eutanasia por falta de «calidad de vida» o por la «inutilidad social» de la persona. El cuarto punto, es la regulación jurídica de los diferentes problemas o delitos de eutanasia.

Por eutanasia, en sentido verdadero y propio, se debe entender una acción u omisión que por su naturaleza e intención causa la muerte, con el fin de evitar el sufrimiento. Se habla de eutanasia activa cuando se comete una acción deliberadamente dirigida a terminar la vida de alguien que sufre o que no tiene conciencia, o que se encuentra en estadio final de alguna enfermedad o, en general, de cualquier situación incapacitante no recuperable. Por eutanasia pasiva, se entiende aquella en la cual no se actúa directamente contra la vida, sino que se omiten acciones que pudieran salvar una vida discapacitada o prolongar una vida socialmente poco útil¹³.

Desde este punto de vista, el concepto de eutanasia es la consecuencia lógica del término «calidad de vida» que, como he tenido oportunidad de afirmar¹⁴, se suele interpretar en términos de relación entre costo y beneficio, estableciendo parámetros de calidad, que son las funciones que consideramos que debe mantener alguien para decidir si su vida tiene calidad o no. O sea, se reduce el ser humano a una simple suma de funciones y capacidades. La calidad de vida, entendida en esta forma, es por tanto un concepto subvalorizante, en





virtud del cual se despersonaliza al hombre, se le cosifica y se reduce a la dimensión de objeto desechable. Aquí entra a jugar su papel un concepto que considero mucho más importante: valor de vida. Creo que el valor de la vida es inconmensurable; sólo puede concebirse la vida como valor absoluto, es decir, no puede cuantificarse. El valor que alguien le confiere a la vida es un concepto individual, propio de cada persona y está relacionado con su formación personal y su proyecto ético interior: es indiscutible que no tiene ningún valor para los que promueven guerras por mezquinos intereses de dominio político y económico, o para los terroristas que estrellaron dos aviones de pasajeros contra las Torres Gemelas de N. York, o para los torturadores de las dictaduras militares. No concibo, por tanto, a un médico decidiendo si una vida vale o no la pena vivirla, o si un minusválido será o no una carga social. No concibo a un médico defensor de la muerte; porque cuando comienza a analizar si una vida vale o no la pena salvarla, comienza a cultivar la muerte. Y cuando equivoca de tal manera su camino, ha dejado de ser un médico para convertirse en un verdugo. «Entendida así la eutanasia, es fácil percibir y denunciar la falsificación, más o menos deliberada, que subyace a expresiones tales como selección neonatal (para

designar el infanticidio que se aplica a ciertos niños malformados o deficientes, negándoles la alimentación y el tratamiento); suspensión de nutrición y líquidos (para disfrazar el dejar morir de hambre y sed); sólo cuidados de enfermería (para ocultar que alguien vigila los efectos de la administración de dosis masivas de hipnóticos hasta que llega la muerte); o morir con dignidad que, en el activismo p-ro-eutanasia, está dejando de ser la fórmula absolutoria del matar por compasión en situaciones extremas de dolor o inutilidad, para convertirse en el eslogan bien de la eliminación utilitarista de parapléjicos, deprimidos, o de ancianos que viven solos y que empiezan a tener problemas para cuidar de sí mismos, o bien de la demanda libertaria del derecho a ser matado sin dolor en el lugar, tiempo y modo que cada uno decida, entendiendo la propia vida como un bien más a disposición personal»¹⁵.

La eutanasia debe distinguirse de la decisión de renunciar a la llamada distanasia, o encarnizamiento terapéutico; es decir, a las intervenciones médicas ya no adecuadas a la situación real de un enfermo, por ser demasiado desproporcionadas a los resultados que se podrían esperar. En estas situaciones, cuando la muerte se prevé inminente e inevitable, se puede en con-

ciencia renunciar a recursos terapéuticos extremos, que procurarían sólo una prolongación precaria y penosa de la agonía, convirtiendo la suave pendiente hacia la muerte en una carrera de obstáculos. El justo equilibrio entre ambos extremos, es decir, no disminuir el tiempo de vida por acción u omisión, pero tampoco prolongar una agonía exageradamente (sin interrumpir, por supuesto, las otras medidas normales debidas al enfermo en casos similares, como la hidratación y la alimentación por vía oral o parenteral, administración de analgésicos, sedantes, oxígeno, etc.), recibe el nombre de ortotanasia¹⁶. La renuncia a medios desproporcionados no equivale al suicidio o la eutanasia; expresa más bien la aceptación de la condición humana ante la muerte¹⁷.

Para Herranz, «hoy, la discusión en torno a la eutanasia ya no se centra en el problema clásico de matar por compasión. Su centro de gravedad se ha desplazado a la cuestión, planteada por el autonomismo libertario, del pretendido derecho de ser matado en el lugar, el tiempo y el modo

que uno decida y de obtener para ello la cooperación del médico. Cada vez más, la eutanasia se exigirá como ayuda al suicidio voluntario»¹⁸.

La eutanasia consiste, en cualquiera de sus formas, en un atentado consciente contra la vida humana, perpetrado precisamente por el encargado de preservarla: el médico. Debe considerarse como una falsa piedad; más aún, como una preocupante perversión de la misma. La verdadera compasión hace solidarios con el dolor de los demás y no elimina a la persona cuyo dolor no podemos soportar¹⁹. En cuanto al suicidio, es siempre gravemente inmoral: «Yo doy la muerte y doy la vida»²⁰. Recordemos que, para el célebre médico misionero Albert Schweitzer, Premio Nóbel de la Paz, la ética no es otra cosa que «reverencia por la vida».

Lamentablemente, en la actualidad, la eutanasia ha sido aceptada por algunos estados (de manera abierta o solapada) y hasta se ha diseñado y funciona una «máquina de la muerte» en Oregón, (USA). El culto a la muerte se desarrolla, paradójicamente, en los países más avanzados tecnológicamente. ¿Querrá eso decir que la tecnología es deshumanizante, como afirman algunos? ¿No será el medio social de esos gigantes tecnológicos el que cada día se deshumaniza más? Recuerdo que Kieffer decía que «somos gigantes tecnológicos, pero niños éticos». En muchos lugares de este mundo «posmoderno» las aplicaciones de los nuevos avances científicos y técnicos suelen ser manipuladas por intereses ajenos al bien de la persona y al Bien Común; por otra parte, la propia medicina se ha vuelto arrogante y prepotente y muestra una alarmante tendencia a considerar los avances tecnológicos como un fin y no como un medio (con lo cual el enfermo, que es el legítimo fin en sí mismo, pasa a convertirse en medio) y con ello se encamina a la deshumanización, porque se ha debilitado su dimensión humana²¹. El progreso se mide de acuerdo al estándar medios-fines y se abandona la idea de fijación objetiva de valores. Se plantea, entonces, una serie de dudas inquietantes: ¿Es éticamente posible llevar a cabo todo lo que técnicamente se puede hacer? ¿Son suficientes los códigos deontológicos tradicionales para garantizar que el poder que se deriva de la introducción de los avances tecnológicos sea empleado de forma positiva? ¿Tendrá el ser humano que aprender de nuevo los valores sociales de la vida, como los niños que comienzan su recorrido por ésta? En todo caso, creo que los médicos estamos obligados a luchar por una correcta valoración ética de la vida, no sólo entre los profesionales de la salud, sino entre todos los miembros de la sociedad. «De esta forma —ha dicho C. Viafora— la





medicina se configura como el saber por excelencia, con una tendencia hipertrófica a extender su propio dominio más allá del ámbito puramente biológico, hasta transformarse en una nueva moral»²².

En este contexto aparece el dilema de la licitud de recurrir, para el alivio del dolor, al empleo de analgésicos y sedantes que implican relativo riesgo de acortar la duración de la vida. Ya Pío XII, en 1957, afirmó que «es totalmente lícito suprimir el dolor por medio de narcóticos, a pesar de tener como consecuencia limitar la conciencia y abreviar la vida, si no hay otros medios» porque «el hombre no tiene obligación de aceptar el dolor por el dolor y combatir las fuerzas que producen efectos nocivos e impiden bienes mayores, está en concordancia con el orden moral y el ideal cristiano, al someter el dolor al poder humano»²³. La medicina moderna dispone de una gama más amplia que nunca, de medicamentos para el alivio del dolor; si todavía hay mucha gente que no recibe atención médica adecuada en la fase final de su enfermedad, es debido a la mala preparación (y no sólo en el sentido estrictamente científico) del personal de salud que debe brindarle sus servicios.

En este sentido, es fundamental nombrar un movimiento terapéutico que aparece en Inglaterra en los años 50, llamado movimiento «Hospice», creado por Cicely Saunders. Esta enfermera londinense aporta una visión, hasta entonces desconocida, del tratamiento del enfermo

terminal, encaminando el cuidado médico y el conocimiento científico hacia el alivio del sufrimiento del paciente, donde no sólo se trata el dolor, sino también los síntomas acompañantes de la enfermedad terminal, así como los aspectos humanos, sociales y familiares²⁴. En 1967, Saunders funda en Londres el St. Christopher's Hospice, un hospital dedicado a mejorar la calidad de vida de enfermos terminales; un lugar que uniera los conocimientos científicos del Hospital y el ambiente afectivo del hogar. En 1969 crea, además, los cuidados domiciliarios dependientes de la Fundación St. Christopher's. Paralelamente, el Hospital contaba con un programa de investigación sobre el alivio del dolor y otros síntomas terminales y de estudios psicológicos sobre las necesidades de soporte del enfermo y su familia. Este fue el inicio de las unidades de cuidados paliativos.

Como afirma la Pontificia Academia para la Vida, las encuestas realizadas entre los pacientes y los testimonios de clínicos cercanos a las situaciones de los moribundos, demuestran que las posibles peticiones de muerte por parte de personas que sufren gravemente, casi siempre constituyen la manifestación extrema de una apremiante solicitud del paciente que quiere recibir más atención y cercanía humana, además de cuidados adecuados, ambos elementos que actualmente a veces faltan en los hospitales²⁵. La experiencia demuestra que, si se dan los cuidados paliativos adecuados y se logra una buena comunicación, el

enfermo mantiene su deseo de vivir. A este respecto, se puede citar el sabio consejo de Wilke a los pacientes con cáncer: «Si no le pueden aliviar el dolor, no se apresure a pensar en la eutanasia; pruebe primero a cambiar de médico»²⁶.

Drane ha definido seis dimensiones del acto médico: la puramente médica, la espiritual, la volitiva, la afectiva, la social y la religiosa²⁷. A cada una corresponden determinadas virtudes que deben cumplir la función de madurar la sabiduría moral práctica y fortificar la voluntad del médico. Así, a la dimensión médica (que incluye los actos diagnósticos y terapéuticos) corresponde la Benevolencia; a la espiritual (comunicación entre el facultativo y su paciente) la Veracidad; a la volitiva (toma de decisiones por parte de ambos) el Respeto; a la afectiva (sentimientos respectivos del médico y del enfermo) la Amistad; a la social (relación médico-paciente como acto social y público) la Justicia; y a la religiosa (el médico en ocasiones toma el papel de sacerdote) la Religiosidad. Las virtudes elevan y potencian todas las capacidades operativas del hombre: hacen que actúe como sujeto prudente, justo y benévolo; pero además, al hacer al hombre capaz de verdadero amor, la virtud lo convierte en sujeto apto para vivir en armonía con Dios y con los demás hombres²⁸. Este planteamiento de Giuseppe Abba, ofrece una construcción más sólida que la de la moral deontológica y se apoya en un convincente fundamento racional. Quien ejerce la asistencia sanitaria debe revalorizar, más allá de su competencia profesional, en la relación con la persona enferma, el hecho de que es preciso tener cuenta a la persona en su totalidad. Para ello, debe revalorizar, a su vez, el respeto, la humildad, la discreción, la comprensión, la paciencia, la benevolencia, la capacidad de acogida y la escucha atenta, porque es una misión que apela al hombre interior.

CONCLUSIÓN

Toda vida humana tiene un valor intrínseco, con independencia de su valor biológico. El establecimiento de escalas a partir de este factor, puede llevar a la conclusión de que hay vidas con calidad y otras sin una calidad que las haga merecer la pena de ser vividas y que, por lo tanto, esas personas estarían mejor muertas que vivas. Este fue el camino por el cual se lanzaron los nazis a principios de los años treinta del pasado siglo; en el momento actual, ya algunas sociedades han dado los primeros pasos por este mismo camino. A los hombres de buena voluntad corresponde la tarea de tratar de evitar que se continúe por él, mientras aún estemos a tiempo.

1 Valverde, C. *Iniciación a la Antropología Filosófica*. IITD, Madrid, 1999.

2 Murillo, H. "Historia del Dolor". *Anuales del Congreso Nacional del Dolor*, Valencia, 1996.

3 López-Guerrero, A. *Asistencia a enfermos terminales*. Cuadernos de Bioética 1994; 5(20):297-307.

4 Gracia, D. *Principios y metodología de la bioética*. Quadern CAPS, 1993, No 2.

5 Barrio, JM. Tema de estudio: El debate actual sobre la eutanasia. *Cuadernos de Bioética* 1996;27(3):275-80.

6 SS Juan Pablo II. *Carta Encíclica Evangelium vitae*, 1995.

7 Parece ser, en efecto, un motivo de alegría el poder afirmar que alguien murió "sin sentirlo ni enterarse".

8 Kübler-Ross, E. *Questions on death and dying*. Macmillan, N. York, 1977.

9 Suardiáz, J. ¿Se puede ayudar a vivir la muerte? *Bioética*. 2002; 3(3):17-20.

10 López-Quintás, A. *El encuentro y la plenitud de la vida espiritual*. Ed. Claretianas, Madrid, 1990.

11 Mosso, L. *Eutanasia: una visión histórica*. Ed. Pontificia Universidad Católica de Chile.

12 León, FJ. *El debate sobre la eutanasia y la medicina actual*. Ed. Pontificia Universidad Católica de Chile.

13 G. Herranz la ha definido como "el matar sin dolor y deliberadamente, de ordinario mediante procedimientos de apariencia médica, a personas que se tienen como destinadas a una vida atormentada por el dolor o limitada por la incapacidad, con el propósito de ahorrarles sufrimientos o de librar a la sociedad de una carga inútil" Herranz, G. *Eutanasia o Medicina*, Cuadernos de Bioética, 1990; 4:21-23

14 Suardiáz, J. *Fundamentación antropológica del concepto de calidad de vida*. *Bioética* 2003; 4(1):14-15.

15 León, FJ. *Op. cit.*

16 La manipulación en torno a este tema llegó recientemente a un punto álgido, con el caso de Terry Schiavo, que muchos han intentado presentar como ortotanasia, cuando es un ejemplo típico de eutanasia.

17 *Congregación para la Doctrina de la Fe: Declaración Iura et Bona sobre la eutanasia*, 1980.

18 Herranz, G. *Op. cit.*

19 SS Juan Pablo II. *Carta Encíclica Evangelium vitae*, 1995.

20 Dt 32:39.

21 Manni, C. ¿Tecnología o tecnicismo para la sociedad del tercer milenio? *Dolentium hominum* 1998; 37:125-130.

22 Viafora, C. *Las dimensiones antropológicas de la salud*. *Dolentium Hominum*, 1998; 37:16-21.

23 Pío XII: *Discurso en un Congreso Internacional de Anestesiastas*, 1957.

24 Murillo, H. *Op. cit.*

25 Pontificia Academia para la Vida. *Respetar la dignidad del moribundo: Consideraciones éticas sobre la eutanasia*. Ciudad del Vaticano, diciembre de 2000.

26 López-Guerrero, A. *Op. cit.*

27 Drane, J. *Becoming a good doctor. The place of virtue and character in medical ethics*. 1st Ed. Sheed and Ward, Kansas City, 1988.

28 Abba, G. *Felicidade, vita buona e virtú*. Ed. Librería Ateneo Salesiano, Roma, 1989.

1 Médico, especialista en Laboratorio Clínico. Profesor del ISCMH. Diplomado en Antropología Filosófica por la Universidad de Comillas. Vice-Director del Centro de Bioética Juan Pablo II.