

problemas éticos en torno a la muerte:

II. Los cuidados al moribundo

E. López Azpitarte

La medicina: una amenaza para la salud

Hoy se habla mucho de la deshumanización en que ha caído la medicina moderna. Ivan Illich ha sido, sin duda, el que ha hecho una crítica más feroz y despiadada contra todo el sistema sanitario. Sus acusaciones son impresionantemente duras, llenas con frecuencia de ironía y un tanto caricaturizadas. Su tesis quedaría benévola resumida con estas palabras: la medicina actual constituye una auténtica amenaza para la salud, pues ha creado una epidemia, médicamente incurable, de la que sólo podremos librarnos el día en que seamos capaces de asesinarla y enviar los médicos al diablo¹. La razón de esta nueva enfermedad —la yatrogénesis²— encuentra su caldo de cultivo en la medicalización institucionalizada de la vida, de la que el hombre se siente prisionero y en la que pierde por completo su carácter personal para transformarse en un problema técnico.

La moderna civilización médica «está planificada y programada para matar el dolor, eliminar la enfermedad y luchar contra la muerte», pero a costa de sacrificar el contenido humano de la existencia; existen técnicas contra casi todos los males, pero la morbosidad es mayor, pues todos necesitan tratamiento; y si la muerte no se ha vencido, al menos le ha sido expropiada, ya que «el hombre occidental ha perdido el derecho de presidir su acto de morir»³.

(1) I. ILLICH, *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Barral, Barcelona 1975. Némesis, como se sabe, era la diosa griega de la venganza, encargada de castigar a los mortales que intentan usurpar los privilegios divinos. En este caso, es el símbolo del castigo inevitable por hacer del médico un héroe, que busca los atributos de un dios.

(2) «Enfermedades que tienen su origen en el médico y «que no se habrían presentado si no se hubiesen aplicado tratamientos ortodoxos y recomendados profesionalmente», *ibid.*, p. 23.

(3) Es una síntesis de la parte III. Las citas entre comillas se encuentran en las pp. 115 y 193.

Las reacciones, como es lógico, fueron contradictorias y, a veces también, demasiado acaloradas⁴. La mordacidad y crudeza de sus críticas tuvieron que herir la conciencia de muchos médicos que han hecho de su profesión un auténtico servicio al hombre. Ese mismo estilo desenfadado hace que la lectura no se haga imparcial. Frente al cúmulo de exageraciones e, incluso, falsedades no basta una postura condenatoria. Aunque no se esté de acuerdo con su tesis, hay demasiados puntos que merecen un análisis y reflexión.

La verdad de una caricatura: olvido de la dimensión humana

La medicina moderna ha llegado a niveles muy altos con un beneficio indiscutible para la sociedad, pero existe un riesgo latente y objetivo: olvidar que el enfermo es ante todo un ser humano y no simplemente un organismo que reparar. Cuando la técnica sólo busca la eficacia del tratamiento, sin un encuentro mayor con la persona, la dimensión humana desaparece, porque no queda sitio para su individualidad, ni hay respuesta para sus demandas psicológicas y afectivas. El perfeccionamiento de los medios sanitarios aumenta el peligro de olvidar los aspectos antropológicos. Y esto como una consecuencia para buscar con mayor fuerza y eficacia el bien del enfermo. La responsabilidad no recae tanto sobre el personal médico cuanto sobre las estructuras sanitarias que provocan, muchas veces, una cierta deshumanización, de la que no siempre permanecen inmunitados los profesionales de la medicina y auxiliares⁵.

El problema se acentúa aún más con los moribundos, debido a una serie de causas. Las estadísticas revelan, en primer lugar, un aumento progresivo de muertes en los grandes hospitales. Un hecho lógico si tenemos en cuenta que es allí donde puede prestarse una mejor asistencia con el material y los equipos especializados de que disponen. Pero semejante cambio supone también para el enfermo un corte demasiado radical con su ambiente humano. El encuentro con personas desconocidas, las pequeñas costumbres diferentes a las que configuraban su vida normal, las visitas limitadas de amigos y familiares que acompañan, el número de enfermos a los que atender con la consiguiente falta de comunicación, el sentirse casi anónimo e impotente frente a los que le rodean,

(4) Véanse algunos ejemplos en J. BAUBEROT, *Ivan Illich, l'éthique médicale et l'esprit de la société industrielle*, Esprit núm. 454 (1976) 288-314. T. POU CET, *Pour et contre Ivan Illich. Vers une lecture politique du débat et du remous suscité par «Némésis médicale»*, Lettre d'information núm. 118, Bruxelles 1978. AA.VV., *Illich risponde dopo Némésis medica*, Cittadella, Assisi 1978.

(5) R. KAUTZKY, *Progreso técnico y problemas morales dentro de la medicina actual*, Concilium n.º 45 (1969) 245-260. J. GARCIA PEREZ, *Humanización de la medicina*, Razón y Fe 199 (1979) 13-27. L. RIVERA, *Deshumanización de la medicina actual*, Trib. Méd. n.º 795 (1979) 17-19. AA.VV., *Reforma sanitaria*, Rev. Fomen. Soc. n.º 137 (1980). A. EG EA, *El enfermo un olvidado. ¿Cómo es su mundo interior?*, Sal Terrae 70 (1982) 575-586. AA.VV., *La sanidad española desde la perspectiva del usuario*, Secretariado Nacional de Pastoral sanitaria, Madrid 1982.

etc., producen un sentimiento de desarraigo, aislamiento y soledad, que no parece el más apropiado para los últimos momentos. Recuerdo la frase de un viejo africano que me manifestaba con nostalgia: «ahora nosotros ya comenzamos a morir solos en el hospital. ¡Qué lastima!»⁶. Y es que para esas ocasiones, en las que no faltará un servicio de especialistas, una vigilancia constante sobre las diferentes funciones, y la ayuda de todos los aparatos necesarios, sólo se echa de menos el calor humano y una mirada que acompañe. La soledad y la angustia interior del moribundo no se reflejan en ninguna pantalla⁷.

El peligro de la técnica: factores psicológicos e inconscientes

Un segundo factor de mayor importancia influye también en este vacío que rodea al moribundo. La formación médica, que podrá haber capacitado para una asistencia sanitaria, incluso con una superespecialización cada vez más concreta y limitada, no ha tenido en cuenta la correspondiente preparación humana y psicológica. En la medida que avanzan las técnicas y se perfeccionan los aparatos, parece que todo el esfuerzo se dirige a un conocimiento mayor de su empleo y funcionamiento, mientras disminuye la capacidad de prestar al moribundo la ayuda que reclama.

Es una actitud paradójica y característica. Se ha realizado todo lo posible para luchar contra la muerte, sin ahorrar esfuerzos, consultas y medios técnicos, pero cuando aquélla se aproxima, irremediamente, imponiendo su fuerza, el enfermo queda abandonado a su suerte, a la espera del momento final, como si ya no fuese posible ningún tipo de ayuda. Por alejar ese momento se utiliza a veces, como ya dijimos en el artículo anterior, procedimientos que dificultan un morir humano, y desde el instante en que todo fracasa, desaparece cualquier otra preocupación. Hasta las visitas se hacen menos frecuentes o se omiten, como si su labor, desgraciadamente, hubiera terminado por completo. ¿Está curando al hombre que tiene un cáncer o ha sufrido un infarto, o solamente le interesa el resultado de la biopsia y los datos del electro? El aprendizaje de este

-
- (6) El mismo anciano que me comentaba, en el Camerún, la pérdida humana, que supuso para la aldea, las cajas de cerillas, porque ya no se iba a la casa del vecino a pedir lumbre por la mañana y preguntar de camino cómo andaba la familia, la siembra y el ganado...
- (7) PH. DESCHAMPS, *La mort à l'hôpital*, Projet n.º 98 (1975) 924-933. F. DELGADO, *Sufrir y morir en los grandes hospitales*, *Sal Terrae* 65 (1977) 711-722. X. PLASSAT, *Mourir à l'hôpital*, *Lum. et Vie* n.º 138 (1973) 5-15. Tal vez en ningún otro sitio, como en la UVI, se dé esta desproporción entre el nivel técnico y el humano, según testimonios recogidos. El mismo lenguaje de los hospitales ya es sintomático cuando se identifica al enfermo con el número de la habitación o la dolencia que sufre. Ya dije en el artículo anterior que, en una encuesta a enfermeras de Madrid, el mayor número de respuestas, muy por encima de las otras, a la pregunta «¿Cómo te imaginas tu muerte?» fue la de «Rodeado de familiares. Jamás en un hospital». Y alguna experiencia de lo que esto significa supongo que tendrán...

arte, lleno de sensibilidad, tacto y delicadeza, exigiría una programación académica y no dejarlo como fruto de la propia experiencia y cualidades individuales.

Esa aparente despreocupación, que casi nunca tendrá que ver nada con la falta de interés, puede tener raíces más profundas e inconscientes. El médico —y toda la institución sanitaria— no sólo ha sido formado para mantener la salud y conservar la vida, sino que en él se deposita una esperanza tanto más creciente cuanto menores probabilidades naturales existen de superar una crisis. De alguna manera, se mitifica su poder, como el único capacitado para solucionar el problema que nos afecta y, por ello, despierta secretas expectativas e ilusiones renovadas. Es un gesto de abandono y confianza que siempre gratifica y hace sentir la superioridad⁸. La muerte próxima aparece, entonces, como algo más que un mero acontecer biológico. Es también el símbolo de un «fracaso» que no por ser ineludible resulta menos doloroso al narcisismo inconsciente; y la imagen de una impotencia que no puede responder más a lo que de él se esperaba. La huida del enfermo podría significar el humilde reconocimiento de la propia fragilidad; un lenguaje silencioso, aunque resulta de ordinario demasiado duro, para manifestar lo que no se atreven a decir con palabras.

La imagen cercana de la muerte y el despertar de otros temores

Sin embargo, el médico no ha terminado aún su misión y todavía tiene que hacer mucho junto a la cama del enfermo. Lo que sucede con frecuencia es que todos estamos condicionados por un último elemento que dificulta enormemente nuestro acercamiento al moribundo.

La imagen de una muerte cercana resulta demasiado insoportable para nuestra sociedad, porque vivimos en una civilización que nos educa para no enfrentarnos cara a cara con ella. Las razones, como veremos en el próximo artículo, son de índole diferente, pero la más fundamental ha sido siempre la misma. El miedo a la muerte es una herida que para muchos nunca cicatriza por completo. Un dicho oriental afirma que «la muerte es como el sol; no se la puede mirar de frente»⁹. Su recuerdo es mejor dejarlo oculto y olvidado, porque se trata de un acontecimiento que no aporta ningún bien y que rompe definitivamente nuestras ansias de posesión y mejora. En el fondo, no vale la pena preocuparse por ella ahora, pues bastaría ese pensamiento para amargar de alguna

(8) F. ROBIN-NICOLE, *Il potere medico. Bilancio di un'esperienza*, Citadella, Assisi 1978.

(9) A. GODIN, *Une blessure qui ne cicatrice pas*, Temps et Paroles n.º 23 (1979) 21-30. K. MAGNI, *La peur de la mort*, en AA.VV., *Mort et presence*, Lumen vitae, Bruxelles 1978, pp. 129-142. S. URRACA, *Actitudes ante la muerte (preocupación, ansiedad, temor) y religiosidad*, Complutense, Madrid 1982, y *El español ante la muerte*, en AA.VV.; *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*, Paulinas, Madrid 1984, pp. 43-61.

manera el presente. Una gran mayoría no sabe cómo encajar tal hecho dentro de la existencia humana, a pesar de que todos sabemos que algún día tendremos que salir a su encuentro. Pero preferimos esperarla como un destino impuesto, como una tragedia que hemos de pasar a la fuerza y a la que seguimos temiendo, aunque pretendamos ignorarla con demasiada simplicidad.

Ahora bien, en nuestro diálogo con el moribundo, si deja de ser una charla intrascendente, superficial y anodina, se despiertan nuestros temores y miedos más profundos, nuestras inseguridades y frustraciones. No es posible un encuentro en profundidad, como en esos momentos se requiere, mientras no tengamos ya una postura ante la vida y hayamos solucionado nuestros propios problemas interiores de cara a la muerte. Sería muy burlesco o una mentira imperdonable utilizar, en esas circunstancias, palabras hipócritas que no se sienten, ni en las que uno mismo cree. Y la salida más cómoda, para evitar una situación tan comprometida, sigue siendo la huida y el abandono, esperando que otros tomen la responsabilidad de la que buscamos escaparnos.

El morir como parte de nuestra existencia: la ayuda necesaria

Para tomar conciencia de la importancia y necesidad de esta ayuda, sería conveniente distinguir entre la muerte, como acto concreto y definitivo en el que la vida se acaba, y el morir, como camino que nos conduce hacia aquélla. El hombre tiene de ordinario más miedo a ese lento proceso que al acto final de la vida, que muchas veces se considera como una auténtica liberación. De ahí, la explicación psicológica del suicidio, con el que se busca terminar con algo que se hace insoportable¹⁰. Pero eso mismo indica que el morir forma parte de la existencia, que vida y muerte se entretajan de tal manera en nuestra historia que no es posible trazar una frontera entre ambas, pues mientras vivimos, vamos muriendo al mismo tiempo. No es casual que al ser humano se le defina y configure por el adjetivo mortal, que sustantivamos en el lenguaje ordinario. Sería lógico preguntarse, entonces, si el tema de la muerte no debería estudiarse en el tratado de antropología, en lugar de reservarlo para la reflexión escatológica del más allá¹¹.

Ahora bien, si todos —especialmente los médicos y familiares— tenemos la obligación de prestar una asistencia a la vida, deberíamos también estar capacitados y sentirnos responsables para ofrecer una ayuda a este morir postero. De la misma forma que nadie puede vivir solo y abandonado, tampoco es

(10) A. HOLDEREGGER, *Il suicidio. Problemi etici e conseguenze teologiche e pastorali*, Riv. Teol. Mor. 9 (1977) 87-106. J. ESTRUCH-S. CARDUS, *Los suicidios*, Herder, Barcelona 1982.

(11) Cfr. J. L. RUIZ DE LA PEÑA, *Perspectiva cristiana ante la muerte*, Iglesia viva n.º 62 (1976) 137-152.

humano ni digno dejar a una persona en soledad para enfrentarse con la muerte. Amarla es andar junto a ella, mientras vive, y acompañarla también cuando muera, en los momentos precisamente en los que necesita una mayor cercanía y afecto. Por eso, el cuidado a los moribundos se ha hecho objeto de un renovado interés y preocupación pastoral¹².

Itinerario psicológico del moribundo: negación y rebeldía

Indispensable para esta ayuda es tomar conciencia de la evolución psicológica del enfermo y de la etapa concreta en la que se encuentra. Los estudios de Kubler-Ross son ya clásicos en la materia. Sus diálogos con los moribundos le han hecho descubrir la riqueza y profundidad de este proceso, que no se manifiesta muchas veces hacia fuera por no encontrar a nadie que quiera compartir con ellos la complejidad de su mundo interior. Es verdad que no todos pasan por estas fases diferentes ni siempre con el mismo orden, de acuerdo con los factores personales de cada uno, pero el conocimiento de esta evolución es indispensable para una asistencia eficaz¹³.

El mecanismo de defensa primero y más común ante la amenaza de la muerte es la **negación**. Como un convencimiento de que eso no va a suceder, provocado por el ansia y la voluntad de vivir. Un intento por cerrar los ojos a una verdad para la que todavía no se está preparado. La posibilidad de un arreglo, el error en el diagnóstico, la mejora que se experimenta, el nuevo tratamiento..., son algunos de los argumentos empleados para no enfrentarse con una evidencia, que el mismo enfermo comprende. A pesar de mantener su negativa, incluso por mucho tiempo, estos pacientes utilizan un lenguaje simbólico por el que manifiestan conocer la inminencia de lo que no quieren. A este juego se suman los comentarios triunfalistas de la familia y personal sanitario, atemorizados también por la idea de un fin que se pretende ocultar como sea. Olvidamos, sin embargo, que esa ignorancia es superficial, pues, aunque se mantenga un clima ingenuamente optimista, el enfermo prosigue un camino por el que ya muchos no quieren acompañarle.

-
- (12) J. MAYER-SCHEU, *El servicio al prójimo moribundo*, Concilium n.º 94 (1974) 108-124. Y. DELOMIER, *Le viellard mourant et la quête du gériatre*, Temps et paroles n.º 23 (1970) 53-60. P. SPORKEN, *Ayudando a morir. Aspectos éticos, asistenciales, pastorales y médicos*, Sal Terrae, Santander 1978. AA.VV., *La comunidad cristiana y los enfermos*, Marova, Madrid 1980. AA.VV., *Formación de los agentes de pastoral sanitaria*, Vida religiosa 51 (1981) 146-158. AA.VV., *Religiosos al servicio de los enfermos*, Vida religiosa 52 (1982) 5-74. CH. LANGEHEGERMAN, *L'attitude chrétienne face à la souffrance*, Lumen vitae 37 (1982) 318-324. AA.VV., *El enfermo, un olvidado. Líneas de acción pastoral*, Sal Terrae 70 (1982) 575-649. L. WYTEHEAD - P. CHIDWICK, *L'acte de la mort. Réflexions sur le passage de la vie à la mort*, Bellarmin, Montreal 1983, pp. 87-104.
- (13) E. KUBLER-ROSS, *Sobre la muerte y los moribundos*, Grijalbo, Barcelona 1974. *Preguntas y respuestas «Sobre la muerte y los moribundos»*, Herder, Barcelona 1975.

La **rebelión** contra lo inevitable nace después de que el paciente, aun sin haberlo dicho, se ha percatado de su gravedad y aflora también, aunque de una forma más pasajera, en otros estadios posteriores de su evolución. En el fondo es una protesta vital, airada y furiosa al descubrir que ya no existe ninguna salida a su problema. Lo que sucede es que tal rebeldía se manifiesta de maneras muy diferentes, proyectándola sobre los médicos, las situaciones sanitarias, los familiares y hasta sobre la misma sociedad. El caso es buscar algún culpable de lo que tuvo arreglo, pero ya no tiene ninguna solución. Si lo hubieran operado antes, lo hubiera visto otro médico, hubiera estado mejor atendido, se hubieran preocupado un poco más, no existieran tantas desigualdades económicas, o la vida no fuera tan injusta con algunos..., son formas sutiles de protestar, que podrán molestar profundamente a los que se sienten afectados por tales críticas, cuando no saben descubrir su auténtico significado. También los familiares entran, a veces, dentro de esta actitud, porque tampoco aceptan una muerte que se podría haber evitado —según creen— en otras circunstancias. Al menos, no se comprende esta mala suerte y desgracia que ahora sufren y que es la responsable de cuanto sucede. Todo menos aceptar lo inevitable, como si las cosas hubieran podido ser diferentes. El desahogo, entonces, suele ser la agresividad.

El camino hacia la reconciliación

Por ello, es normal una etapa en la que se trata de **negociar con el destino**, para ver si es posible todavía algún tipo de indulto o cambio. Una especie de pacto por el que uno está dispuesto a todo con el deseo de prolongar algo la vida y solucionar, por lo menos, los problemas más urgentes. Se ofrece cualquier promesa con tal de conseguir semejante objetivo. Es el momento en el que Dios puede entrar en escena, ya que aparece como el único capaz de ofrecer ese arreglo, sobre todo si existen sentimientos de culpabilidad por el poco caso que se le ha hecho en la vida anterior. Los votos y promesas a los santos encierran el mismo significado. Como los medios humanos se muestran impotentes, el recurso a lo sobrenatural constituye la última tentativa. La esperanza de un milagro aparece aún encendida¹⁴.

Cuando esta esperanza desaparece, comienza la etapa difícil y dolorosa de la **depresión**. El paciente se hunde en sí mismo, como si ya nada le importara de lo que le rodea. Cualquier intento de comunicación termina con frecuencia en el fracaso, pues, como nada se puede conseguir, lo mejor es que lo dejen tranquilo, sin que exprese el más mínimo interés. El silencio, la tristeza, la

(14) No tratamos ahora del sentido humano y religioso que tiene la oración cristiana de petición. Lo característico de este momento es que ella se vive como un trato y chaloneo ante Dios para ver si se compra por fin la mercancía que ya no se ofrece en ningún otro comercio.

apatía, la soledad..., refleja la tensión misteriosa de alguien que se encuentra derrotado y sin fuerzas. Una entrega forzada en manos del destino que se muestra demasiado cruel.

La **aceptación** aparece como la última fase que muchos pacientes son capaces de alcanzar. No es que contemplen ese momento llenos de alegría, como si fuera algo que esperan con amor e ilusión. La ruptura será siempre dolorosa, sobre todo cuando quedan problemas vitales sin resolver. Se trata de una reconciliación pacífica, con lo que se aproxima inexorablemente, para acomodarse y estar dispuesto a ese nuevo futuro. El miedo y la angustia anterior dejan paso a una sensación de paz y hasta de plenitud, sin que desaparezca por completo, como hemos dicho, la pena y la nostalgia de lo que hay que abandonar y que tanto se ha querido.

Un alivio posible: el calor de una compañía

A lo largo de todo este proceso hay que aprender, sobre todo, a escuchar. Lo más importante es que el enfermo llegue a expresar sus verdaderos sentimientos, sin necesidad de reprimirlos ni de que se le pudran por dentro. Deberíamos permitirle, con nuestra cercanía y confianza, que manifestara su pena, inseguridad, rebeldía, falta de fe, preocupaciones de cualquier índole, sufrimiento interior. El mayor castigo, en esos momentos, es condenarlo al silencio en el que con tanta frecuencia queda sumergido. A veces sucede que con las personas más íntimas y queridas no quiere tocar ciertos temas dolorosos y preocupantes, para no aumentar el sufrimiento que ellas también experimentan. Si no hay alguien más lejano, que sirva de confidente, existe el riesgo de no poder desahogar su corazón y dejarlo demasiado abandonado en su propia soledad.

Es verdad que muchas veces, sobre todo en circunstancias más dramáticas, no es posible solucionar los problemas o eliminar los sentimientos de angustia y preocupación, pero, al menos, podrá compartirlos con alguien al que siente cercano y solidario. La ayuda mejor no es darle un vaso de agua o ponerle la botella de oxígeno, sino ofrecer el tiempo, la disponibilidad y el cariño para que tal confianza llegue a realizarse. No olvidemos que contra ese dolor y malestar interno, más profundo y agobiante que los corporales, no hay ningún tipo de analgésico, y todavía no existen fármacos para despertar la esperanza o disminuir la soledad, ni pastillas contra el miedo y la incertidumbre. El único alivio es el calor de una compañía que escucha, acepta y comprende.

Pero semejante actitud requiere mucha comprensión y paciencia. Son momentos muy densos y comprometidos que han de vivirse con gran autenticidad

y en los que sería lamentable cualquier intento de disimulo o hipocresía, manifestando lo que no se tiene ni se siente. Esta falta de sintonía profunda se constata al analizar la cantidad de frases huecas, mentirosas, ingenuas, superficiales y tópicas, que sueltan las visitas, y que sólo sirven para aumentar el sentimiento de incompreensión en el moribundo, mientras ellas quedan con la conciencia ilusa de haber prestado un servicio. Ayudar al enfermo es darle una comunión afectiva en la que pueda expresar lo que vive y experimentar una cercanía.

La ayuda humana y sobrenatural

La falta de preparación humana para esta tarea, la despersonalización en los grandes centros, la urgencia de otros trabajos y preocupaciones que reducen el tiempo de disponibilidad, el temor a todo lo que exige un compromiso como éste, los propios miedos e inseguridades ante la muerte que están todavía sin resolver, y la búsqueda de mayor comodidad, como motivo bastante generalizado, explican la poca atención ofrecida a estos enfermos terminales. No es extraño que la salida mejor, y cada día más frecuente, sea la utilización de medicamentos que los sumergen en la inconciencia y eliminan la necesidad y molestias de cualquier comunicación¹⁵.

Una solución mucho más digna es la que se ha querido encontrar con la Unidad de cuidados paliativos, que funciona ya en diferentes países. En ella se otorga una importancia y preocupación especial al ambiente humano que circunda al enfermo, para que responda a las exigencias afectivas, supere los miedos y soledad, alivie los dolores físicos e interiores, conserve la lucidez y se respete la personalidad del paciente. Su eficacia radica en una minuciosa adaptación del tratamiento a las peculiaridades y condiciones de cada uno¹⁶. Pero todo esto supone una reforma de nuestras estructuras sanitarias a las que todavía, desgraciadamente, le queda un largo camino a recorrer.

La fe compartida constituye también una ayuda extraordinaria para el creyente. En ella encontramos la solución a los grandes interrogantes y misterios de la existencia. Desde una óptica humana sería posible una resignación más o menos fatalista frente al hecho de la muerte, o hasta la ofrenda de la propia vida con la ilusión de construir un mundo mejor. Por eso, se ha dicho que la muerte del auténtico marxista es más fría y heroica que la sufrida por los mártires cristianos. Estos, al fin y al cabo, esperan una recompensa y un consuelo

(15) P. VERSPIEREN, *Sur la pente de l'euthanasie*, Etudes 360 (1984) 43-54, y el comentario del autor a las reacciones provocadas por este artículo en *Euthanasie. Le débat éthique*, Etudes 360 (1984) 293-301.

(16) P. VERSPIEREN, *La douleur. Vers de nouvelles méthodes de traitement*, Etudes 349 (1978) 323-336.

posterior en el más allá, mientras que aquél se conforma con haber sido simiente de una nueva sociedad.

Sin embargo, ciertas corrientes del marxismo se plantean ya el problema de la trascendencia y subjetividad. Todo el esfuerzo humano parecería demasiado absurdo si el hombre y la especie están condenados a una aniquilación definitiva. Luchar por un corto paréntesis, entre dos nada, resulta poco estimulante. De ahí la necesidad, que algunos apuntan, de abrirse hacia algún Absoluto que llene de mayor contenido al esfuerzo y exigencia humana¹⁷.

La revelación ofrece sin duda una respuesta satisfactoria. Lo que sucede es que para muchos cristianos esa fe resulta demasiado artificial, como meros contenidos ideológicos que no penetran en otros niveles más profundos, ni influye con eficacia en las decisiones concretas. La experiencia religiosa es pequeña o inexistente, y la religión tiene un carácter extrínseco y utilitario que no basta para descubrir la visión sobrenatural de este acontecimiento¹⁸. Es muy difícil que la teología cristiana sirva de consuelo e ilumine los últimos momentos, si con anterioridad no tuvo ningún influjo en la orientación de la vida. De cualquier manera, aunque no es fácil en un tiempo tan breve y en tales circunstancias crear una nueva actitud, el trabajo pastoral debería hacer un respetuoso y prudente esfuerzo para reanimar esa fe adormecida.

Una sana teología del dolor

Para ello, además de la preparación humana y psicológica, es preciso también una sana teología que purifique las imágenes falsas de Dios e impida un lenguaje ajeno a la revelación. Tengo la experiencia de que, en estos momentos finales, el individuo rompe con mayor facilidad los esquemas anteriores, que desfiguraban el rostro de Dios, para reconciliarse con una nueva imagen más bíblica e iluminada. La culpa, el castigo, la condenación, el juicio, la inseguridad, etc., son elementos cristianos, pero que, al sacarlos de su contexto sin el correctivo de otros datos más fundamentales, sólo sirven para una mayor

-
- (17) G. GIRARDI, *El marxismo frente al problema de la muerte*, Concilium n.º 94 (1974) 131-136. R. BELDA, *El marxismo ante la muerte*, Iglesia viva n.º 62 (1976) 123-136. J. L. RUIZ DE LA PEÑA, *Muerte y marxismo humanista*, Sígueme, Salamanca 1978. V. STRADA, *Le marxisme, la littérature soviétique et le problème de la mort*, Lum. Vie. n.º 138 (1979) 39-51. Los ritos funerarios de muchas religiones y culturas suponen también la creencia de un más allá. Cfr. G. DEGREN, *Fenomenología de la religión*, Cristiandad, Madrid 1976. E. GIL, *La muerte en otras culturas y religiones*, en AA.VV., *La eutanasia...* (n. 9), pp. 9-39.
- (18) Algunos autores afirman que no existen diferencias significativas, frente a la muerte, entre personas religiosas e increyentes. Otros estudios demuestran que así es, cuando se trata de una religión extrínseca y utilitarista, pero sí se constatan, cuando la vivencia religiosa es interior y personal. Cfr. S. URRACA, *o.c.* (n. 9).

ansiedad y preocupación. Pero el enfermo que se enfrenta de verdad con el Dios auténtico tiene que morir, a pesar de todo, con una benéfica paz¹⁹.

Dentro de este ambiente, habría que desterrar definitivamente una espiritualidad del dolor muy aceptada en los medios cristianos. Por aquello de que Jesús nos redimió con la cruz hemos hecho del sufrimiento una teología demasiado sádica. Se dice con mucha frecuencia que Dios lo quiere o permite como castigo por los pecados, como instrumento de salvación, como signo de amor, para aumentar los méritos personales, para obtener múltiples gracias, etc. El planteamiento, por muchas explicaciones que se busquen, provoca un rechazo de Dios casi instintivo. ¿Se puede hablar de amor cuando se inflige voluntariamente el sufrimiento? ¿Dónde está la misericordia y compasión cuando se castiga de esa manera? ¿Qué benevolencia y gratuidad es aquella que sólo se consigue por el camino del dolor? ¿No es monstruoso afirmar que Dios necesita del sufrimiento humano y se alegra con este tipo de ofrenda? ¿Qué padre humano se atrevería, sin ser un monstruo, a utilizar tales procedimientos? ¿Cómo es posible someterse, sin ninguna protesta, a un ser que se impone de esta forma? A lo más se llegaría a una actitud de resignación desconcertante y temerosa, porque cualquier gesto de rebeldía se considera como pecado, pero una relación cordial y afectiva se imposibilita con tales presupuestos.

No es el momento ahora para hacer una teología del dolor²⁰. Pero es evidente que se trata de un acontecimiento humano que, por desgracia, no podemos superar. Jesús vino con la ilusión de vencerlo, trabajó por disminuirlo y tampoco lo buscó para sí de forma voluntaria, como si fuese la voluntad del Padre. Tiene sentido cuando es fruto del amor que se entrega y se compromete por el bien de los demás. Y cuando se hace presente por otros factores, como la casualidad, la malicia o los fenómenos naturales, la fe nos invita a una reconciliación con el destino, sabiendo que en el mundo de la gracia nada es infecundo y estéril si, aun sumergidos en el dolor, sabemos amar como Cristo y abrirnos a los otros. La cruz seguirá siendo una locura y un escándalo en la economía de la salvación por otros motivos, pero no conviene aumentar su misterio con nuestras insensateces humanas. Y menos aún para engañar piadosamente al moribundo.

-
- (19) A. TORNOS, *Creación de contextos para la teología de la muerte*, Sal Terrae 65 (1977) 699-710, y *Sobre el acompañamiento a los que mueren. Un punto de vista teológico*, en AA.VV., *La eutanasia...* (n. 9), pp. 204-225. J. GARCIA DE DIOS, *La responsabilidad ética en la formación de las imágenes de Dios*, Sal Terrae 68 (1980) 621-633. J. M. ARENAL, *Dios ante el sufrimiento. Purificar lenguajes y actitudes*, Sal Terrae 70 (1982) 595-608.
- (20) CH. DUQUOC, *Cruz de Cristo y sufrimiento humano*, Concilium n.º 119 (1976) 403-413, y el interesante artículo de CL. ORTEMANN, *Quelle parole pour la souffrance?*, Lumen Vitae 37 (1982) 295-308.

El recuerdo de una obligación

El fin de estas reflexiones era sencillo. Frente a la despreocupación humana y psicológica que, por diversas razones, se mantiene ante el enfermo desahuciado, la ética tiene que recordar esta obligación de ayuda tan urgente en nuestros días. Un derecho del moribundo, que cuesta trabajo aceptar por aquellos que deberían sentirse responsables. Y tal vez los más perjudicados sean ellos mismos, porque «nadie mejor que el moribundo mismo puede, en definitiva, ayudarnos a superar nuestro miedo y llegar a la aceptación de nuestra propia finitud, llenos de esperanza, años antes de que tengamos que morir. Este es el regalo que nos hacen si no los abandonamos en el momento de esta crisis»²¹.

Todo esto supone, como es lógico, que el enfermo es consciente de su situación. ¿No sería mejor que el hombre muriera en la ignorancia, sin conocer la inminencia de su fin? ¿Hay que decir la verdad de lo que acontece? ¿Tiene derecho y es conveniente una completa información? Intentaremos dar la respuesta en el próximo artículo.

Eduardo López Azpitarte

(21) E. KUBLER-ROSS, *La agonía como acontecimiento humano-psicológico*, Concilium n.º 94 (1974) 48.