

**ORGANIZACION
Y PASTORAL DE
HOSPITALES**

**LA
LABOR
DE LOS
HOSPITAL
PASTORA
LARIOS**

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 32. Segunda época. Enero-Febrero-Marzo 1979
Número 171. Volumen XI

Consejo de Redacción

Director
ANGEL M.^a RAMIREZ

Redactores Jefes

Ramón Ferreró
José L. Redrado

Redactores

Gestión Hospitalaria
José M.^a Muneta
Asistencia y Enfermería
Cecilio Eserverri
Teología y Pastoral
Pascual Piles
Ética Sanitaria
Gabino Gorostieta

Colaboradores

Joaquín Plaza, Pedro Clarós,
Amado Palou, L. Gil Nebot,
José L. Alabert, José M.^a Sostres,
Ascensión Zubiri, Felipe Alaez,
José Sarrió.

Administración, Publicidad
y Oficina de información hospitalaria
Curia provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera de Esplugas
Tel. 203 40 00
Barcelona 34

Depósito Legal: B. 2998-61
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

- 8 LH OPINA: LA MUERTE Y LOS MORIBUNDOS
- 10 ACERCAMIENTO AL MORIBUNDO
Por José L. Redrado
- 13 LA MUERTE EN NUESTRA SOCIEDAD MODERNA
Por Adolfo Perinat, sociólogo
- 18 COMUNICACIONES
- 22 EL MORIBUNDO FRENTE A SU PROPIA MUERTE
Por Fidel Delgado, psicólogo
- 25 COMUNICACIONES
- 30 SENTIDO TEOLOGICO DE LA MUERTE
Por José M.^a Fondevila, teólogo
- 35 COMUNICACIONES
- 38 ACTITUD DEL CREYENTE Y ASPECTOS PASTORALES
ANTE LA MUERTE
Por Javier Osés, obispo de Huesca
- 41 COMUNICACIONES
- 46 EUTANASIA Y DISTANASIA
Por Francisco Abel, moralista
- 62 NOTICIARIO
- 69 BIBLIOGRAFIA

POR UN HOSPITAL MAS HUMANO

O.H.S.J.D.
CURIA PROVINCIAL
SANT BOI
5.E.15

LA MUERTE Y LOS MORIBUNDOS

No sabemos si acertaremos con nuestros lectores al presentarles este número de la revista dedicado a la muerte y los moribundos. Pero lo hacemos conscientes de que va a ser una buena aportación, sencilla, porque no pretendemos otra cosa, pero práctica.

Lo hicimos con ilusión; primero fue un cursillo y, ahora, deseamos hacerlo llegar más allá, a cada uno de nuestros lectores. La muerte es algo que todos hemos de hacer tarde o temprano. Querríamos que no fuese, pero desde el nacer estamos maduros para morir. No ahondar, no pensar, querer ignorarla, es abortar la existencia del hombre. El pensamiento de la muerte no debe volver a los hombres sombríos, taciturnos, sin ganas de nada; al contrario, sabiéndose mortales, debería ser la ocasión para acelerar el paso al filo de la vida, vivir con mayor entusiasmo, con mayor hondura. Estas ideas nos llevan de la mano a enfrentarnos igualmente en el modo cómo hacemos la muerte, cómo morimos los hombres, y también cómo asistimos al moribundo. La muerte resulta hoy más técnica, más llena de aparatos, pero, ¿es más humana? Y, si lo pensamos en serio, el moribundo necesita alguien que esté con él. Que alguien, sin prisas, y con comprensión, le dé una mano. Pocos médicos, pocas enfermeras están preparadas para ello; su saber es técnico: aparatos, muchos aparatos. No se sabe aceptar que el combate está perdido y que lo único que el enfermo necesita es una presencia comprensiva y acogedora. Alguien que esté a su lado. En una carta escrita por una enfermera afligida a causa de la enfermedad incurable y dirigida a sus compañeras enfermeras, conmueven estas palabras:

«Entráis en mi habitación trayendo medicamentos, tomándome la tensión... No os marchéis; esperad. Todo lo que desearía es saber que alguien estará ahí para darme la mano cuando tenga necesidad de ello. Tengo miedo. La muerte puede convertirse en una rutina para vosotras, pero es nueva para mí. Tal vez no me consideréis como un caso único. Pero yo es la primera vez que me muero, la única vez».

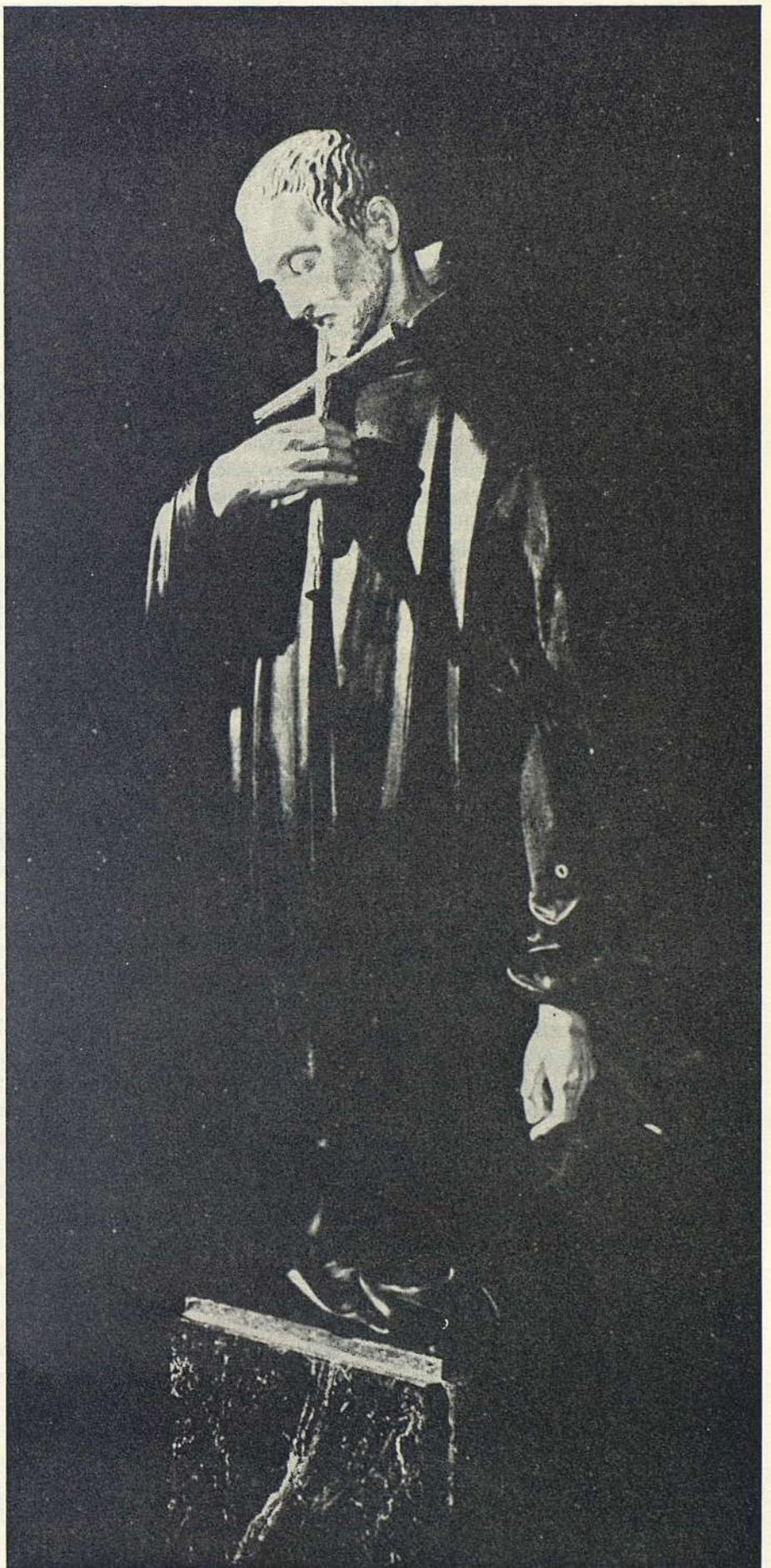
En cuántas plantas de hospitalización, o mejor, en cuántas frentes de médicos y enfermeras tendríamos que escribir estas recomendaciones:

«No olvides: que el enfermo en soledad es más enfermo; que la muerte en compañía es menos muerte, y que, al morir, te mueres menos, si te aman».

Hay que haber hecho lo que es menester, cuando la muerte llegue, de forma que cada cual pueda poner a su proyecto, en cualquier momento, y sin dolor alguno, la palabra: FIN.

MUERTE
DE SAN JUAN DE DIOS
PATRONO DE LOS HOSPITALES
DE LOS ENFERMOS
Y DE LOS PROFESIONALES
DE ENFERMERIA

SU FIESTA SE CELEBRA
EL 8 DE MARZO



ACERCAMIENTO AL MORIBUNDO

PRESENTACION

■ *Acercamiento al moribundo.* Así titulamos el cursillo que celebramos el pasado mes de octubre —del 23 al 26— en Sant Cugat (Barcelona). El curso tenía un objetivo sencillo: sensibilizar sobre el tema a pequeños grupos para una acción posterior. Participaron en el mismo 80 cursillistas de las diócesis catalanas con sus respectivos delegados diocesanos de Pastoral sanitaria, llevando a cabo, asimismo, uno de los deseos manifestados en las reuniones anteriores de los mismos delegados.

Los cuatro días fueron muy intensos y se trabajó con tesón y responsabilidad. La dinámica del curso se desarrolló así: las mañanas dedicadas a la exposición de la Ponencia y Comunicaciones; las tardes a trabajo por grupos, asamblea y diálogo. El contenido básico se centró en cinco ponencias: presencia de la muerte en nuestra sociedad, el moribundo y el personal sanitario ante la muerte, fundamentos teológicos, pastorales y aspectos éticos.

Estas ponencias se completaron mediante Comunicaciones y Murales, preparados desde cada diócesis. Quiero destacar este tema de las Comunicaciones y Murales, ya que hizo más dinámico, más participado y personal el cursillo, puesto que gran parte de los asistentes habían reflexionado y trabajado uno o varios temas, lo que dio como resultado también un mayor interés en la celebración y el sentirse protagonistas del mismo.

■ *Una experiencia vivida durante la preparación fue constatar, una vez más, que la muerte, como contenido de un cursillo, no tiene gran cartel; al proponerla como tema de reflexión, suscita en la gente en general, y en el personal sanitario en particular, reacciones diversas, las más de las veces de rechazo, demostrado en palabras y gestos evasivos. Vivido como se vivió el curso, las reacciones cambian; lo que nos indica la necesidad de encuentros de reflexión a estos niveles, ya que es urgente que aprendamos a aceptar esta realidad de la muerte con un sentido más normal, más humilde si se quiere, más comprensivo, más sereno y humano. El morir del hombre es tan sublime, tan distinto e irre-*

petible que hace que luchemos para prestarle la atención que tal acto exige. Lo cual supone tomar conciencia personal y luchar contra las ideas y gestos que expresamos frente a la muerte. Hemos de sustraer la muerte del modo deshumanizado, intrascendente, solitario, casual y hasta *pornográfico* de realizarla en muchos de los centros hospitalarios. Se muere sin vivir la muerte, sin ser acompañada, sin saber que se muere. No queremos que su presencia nos envuelva, oscurezca nuestro vivir de todos los días, debilite nuestros planes. Creemos que, alejándola de nosotros, no pensando en ella, no adviene, no nos llegará. Y no nos damos cuenta de que, olvidándonos de la muerte, nos olvidamos del vivir, no profundizamos, malgastamos la vida.

■ *El cursillo pretendía hacernos caer en la cuenta de la responsabilidad que teníamos como sanitarios de mentalizarnos sobre estos temas, de la necesidad de convertir nuestras palabras y gestos; se pretendía también que reflexionásemos sobre lo importante y decisivo que es saber acompañar, estar cerca en estos momentos límite para el hombre. El contenido del cursillo nos ofreció en síntesis las siguientes ideas:*

LAS PONENCIAS

● *La muerte en nuestra sociedad moderna* fue el primer tema y lo desarrolló don Adolfo Perinat, sociólogo. En un recorrido antropológico-sociológico acerca del morir, el ponente nos da una visión de cómo la muerte es un hecho social: se muere en el seno de un grupo que codifica los comportamientos y elabora los sistemas ideológicos en torno a la muerte.

En la práctica social nos encontramos con dos ideas: la muerte es algo familiar, privado, y es algo también colectivo. Sea lo que fuere, la muerte es siempre una ruptura definitiva de los lazos que unen al hombre con el grupo social. Las creencias y los valores inspiran gran número de prácticas sociales que se sitúan en torno a la muerte, tales como los ritos funerarios y el valor simbólico de la fecundidad (sacrificio heroico, santidad). El grupo confiere *inmortalidad social*. De ahí que

podamos distinguir entre muerte biológica y muerte social.

La práctica en torno a la muerte ha cambiado; la muerte irrumpe en la familia y perturba el ritmo cotidiano, se hace cada vez más aséptica, incolora, silenciosa. La creación de los llamados *tanatorios* son el signo de estos cambios sociales y de estos compromisos entre la higiene y el ritual.

- Don Fidel Delgado, psicólogo, habló sobre *El moribundo frente a su propia muerte*. Nos situó así ante hechos reales y concretos, sentimientos, aceptación, rechazo. Señaló, además, las vivencias básicas del personal sanitario ante el enfermo próximo a la muerte: escaparse, proyectarse, defenderse; y también los acercamientos ritualizados.

- La tercera ponencia, *Sentido teológico de la muerte*, la expuso don José M.^a Fondevila, teólogo. Enmarcó el tema partiendo de elementos filosóficos acerca de la muerte (la muerte como fin del hombre entero, como posibilidad del hombre y como constante presencia en la vida). El aspecto teológico quedó centrado en cuatro aforismos o paradojas: La muerte es la suprema pasión y la suprema acción del hombre, el acto más libre y el menos libre. La muerte es a la vez aplastamiento y victoria. La muerte es lejanía de Dios y máxima cercanía. Y cuarta aforía: Esta muerte que se experimenta desde nosotros, en un primer momento, como un *quiero-que-no-sea*, se convierte en el cristiano en un *quiero-que-sea*. Y ante todo esto, surge una pregunta: ¿podrá el hombre querer la muerte?

- Don Javier Osés, obispo de Huesca, nos dio en su exposición —*Actitud del creyente y aspectos pastorales ante la muerte*— los suficientes elementos para un comportamiento correcto y un acompañamiento pastoral ante el moribundo. Primero, la actitud del creyente: ver la muerte como un *misterio*. Caer en la cuenta que somos mortales, pero que no podemos *padecer* la muerte como algo pasivo, sino que debemos asumirla como una acción de nuestra libertad. La figura de Jesús ante su propia muerte nos da el sentido exacto de vinculación de la muerte a la esperanza y resurrección. Los aspectos pastorales ante el moribundo, segunda idea de la ponencia, dependen, nos dice don Javier, del modo de mirar nuestra muerte y nuestra propia vida. Nuestro acercamiento debe ser un momento salvífico, y nuestra ayuda debemos situarla a nivel de testimonio cristiano. Al final, el ponente nos señala los distintos niveles en los que se pueden encontrar los enfermos, niveles que hemos de conocer y respetar.

- *Eutanasia y distanasia* —a cargo de don Francisco Abel, médico y moralista— era uno de los temas que estaba latente en todos los otros temas, pero que ahora,

en su momento preciso, iba a poner de relieve toda la técnica, toda la argumentación, el conflicto de valores y las pistas de solución. Un tema con mucha luz para la reflexión.

LAS COMUNICACIONES

Si las Ponencias fueron interesantes y nos dieron mucho material para la reflexión, las Comunicaciones cumplieron igualmente su cometido, ya que lo que se intentaba era una reflexión anterior al cursillo; no era tanto el contenido de las mismas, cuanto el esfuerzo de los grupos que posibilitó el desarrollo activo del cursillo. Casi todas las diócesis catalanas aportaron esta reflexión a una o varias Ponencias, como aspectos prácticos de la vida en torno al tema: comportamientos, vivencias, relaciones, consecuencias. Lo importante es que fue ocasión para que las personas y los grupos pensasen, cayesen en la cuenta y expresasen, unos por escrito y otros en forma de murales, realidades de todos los días y sobre las que pasamos tan inadvertidamente.

A continuación de las Ponencias damos a conocer a nuestros lectores las comunicaciones expuestas en el cursillo. Somos conscientes de la dificultad que entrañan las Comunicaciones, de la diversidad de ideas o de la repetición de las mismas. Seguramente esto lo va a encontrar el lector, pero creemos que es justo darlas a conocer por dos razones: porque son complemento de las Ponencias y porque son fruto de una reflexión.

EL TRABAJO DE LOS GRUPOS

Una tercera dimensión del cursillo fue el trabajo por grupos. Las tardes estuvieron centradas a una reflexión a este nivel de grupos pequeños y a una puesta en común.

- En relación con el tema *sociológico de la muerte*, los grupos estudiaron las reacciones y comportamientos sociales de los familiares y del personal sanitario. Las ideas que más se acentuaron fueron las siguientes: los *familiares* reaccionan diversamente y depende de muchas circunstancias —culturales, afectivas, religiosas—. Se anotan actitudes de ocultamiento de la realidad, que el enfermo no sufra, no se dé cuenta. El *personal sanitario* adopta posturas técnicas y muchas veces evasión inconsciente; se nota poca cercanía humana; muchos reconocen su impotencia y su falta de preparación psicológica para estar ante esta realidad. Los grupos estudiaron también los pasos a dar para una pedagogía de la muerte y se señalaron, entre otros, los siguientes:

- Mentalizar y sensibilizar a los más cercanos.
- Que en la formación del personal sanitario se aborden estos temas.

- Organización de jornadas y grupos de reflexión sobre la materia.
- Vivir la vida con más plenitud.

● En la segunda jornada, la reflexión fue sobre el tema *psicológico*: Reacciones que observamos en el enfermo y en el personal sanitario ante un enfermo del que sabemos su próxima muerte.

En el enfermo: angustia, ansiedad, miedo, rebeldía. Necesidad de ayuda. Inconsciencia. Muchas reacciones van en la línea de la esperanza de vivir; otros —creyentes— manifiestan serenidad, confianza, fe.

Personal sanitario: Se siente impotente, no sabe cómo abordar la situación; deseo de que termine pronto. Se justifica la muerte, frustración. A veces más atención, otras veces más descuido, imposibilidad de hacer nada, angustia, tensión, huidas inconscientes. Son datos muy globales pero que reflejan situaciones concretas; claro está que depende también de muchos factores: comportamiento del enfermo y sus familiares, sensibilidad personal, vivencia de valores, etc.

● Sobre el tema *teológico* hubo una reflexión sobre las distintas paradojas llevadas a la vida ordinaria y comunicadas al hombre de la calle. De la reflexión recogemos lo siguiente: No está previsto como proyecto inmediato del hombre *quiero y no quiero*; depende de la trayectoria de la vida para que el momento se vea inminente: *quiero que sea*.

Un modo de percibir y de ver en nuestra vida ordinaria las paradojas de la muerte lo expresa la imagen del cristiano como peregrino en esta vida. En esa peregrinación partimos de Dios cuando empezamos nuestra vida, consciente y libre, y vamos dando pasos en cada uno de nuestros actos, en cada uno de nuestros días. El peregrino que en cada paso va sufriendo el des-

prendimiento de todo lo que debe dejar atrás, al llegar a aquel momento, padece la suprema pasión y el supremo desprendimiento. Y él mismo, en cada paso hacia adelante, realiza la suprema acción.

La imagen del peregrino es apta para poner ante los ojos del hombre de la calle que la muerte no es sólo un acontecimiento final de la vida, sino algo que se va realizando dentro de la misma vida, de suerte que durante toda ella se vaya muriendo en sentido activo, realizando así un acto permanente de fe.

● El último día los grupos trabajaron divididos por diócesis y repasaron en orden a la práctica pastoral las distintas actividades que llevan entre manos: cómo las realizan, dificultades que encuentran y estímulos a poner en camino.

El cursillo terminaba pocos momentos después de esta puesta en común. En el ambiente había satisfacción por lo bueno e interesante de estos días; también había preocupación —mucho preocupación: ¿qué hacer?, ¿cómo llevar esto a la práctica?, ¿por dónde comenzar?

Habíamos intentado no dar recetas, soluciones fáciles a temas difíciles. Que nadie dé un paso adelante, si no está convencido personalmente; que nadie haga *cosas*, si las personas no están preparadas. Que se comience, pero reflexionando, reuniendo a la gente, interesando a pequeños grupos. Pero que nadie pretenda *conquistas*. Que siembre, que ande el camino, pero que sepa que es largo y a veces cansa.

¿Por dónde comenzar? Por lo que cada uno dijo en los grupos, por eso que es viable en cada lugar, con tales personas, en esas estructuras. Ahora, ya; no esperar a después. ¡Ojalá que quienes se marcharon del cursillo con ánimo y buenos propósitos no hayan sucumbido, sino que se mantengan en esperanza, pero activa!

JOSE L. REDRADO

LA MUERTE EN NUESTRA SOCIEDAD MODERNA

INTRODUCCION

Abordar el tema de la muerte desde el ángulo sociológico entraña una dificultad básica y es la de que este tema resulta demasiado amplio, demasiado variado. La muerte como la sexualidad, la educación, la religión y otros temas profundamente humanos se resiste a ser tratada de manera competente en una mera exposición introductoria. No es que falten datos, fuentes de información, experiencias, libros e incluso excelentes monografías; al contrario, la literatura en torno a la muerte empieza a acumularse en proporciones desmesuradas. Precisamente el problema estaría en acotar el terreno y sistematizar en pocos capítulos un material tan abigarrado. La muerte en nuestra sociedad de hoy puede ser explorada en tal cantidad de prácticas sociales que su enumeración abruma: los ritos funerarios, el tratamiento del cadáver, el luto, las esquelas de defunción, los cementerios, los tanatorios, las instituciones que tratan a desahuciados. La muerte está presente como espectáculo en películas, obras de teatro, TV, en la novela, en la canción. Se muere en casa, en la calle, en el hospital, en la carretera, en el frente de batalla, víctima de atentados. La muerte es también parte del circuito económico: seguros, funerales, testamentos; y cada vez más acarrea consigo un complicado despliegue burocrático. Si pasamos de las prácticas sociales al dominio de las creencias y valores que los pueblos de la tierra adoptan frente a la muerte el horizonte se pierde ya de vista.

Los filósofos y los poetas han dicho muchas cosas profundas acerca de la muerte y del morir: morimos desde que comenzamos nuestra andadura por la vida, la muerte nos iguala a todos (en llegados son iguales los que viven por sus manos y los ricos). Los sociólogos son un poco más pragmáticos y sus análisis resultan a veces paradójicamente contradictorios con las intuiciones prácticas y filosóficas. Diremos que, socialmente, no somos iguales ante la muerte.

«La muerte ocurre dentro de un tejido social. Los pensamientos, intereses, actividades, proyectos, planes y las expectativas de los otros están más o menos vinculados a la persona que muere y al hecho de su muerte. Lo que caracteriza este vínculo es, en parte, la ubicación de la persona en la diversidad de estructuras sociales, es decir, la familia, el hospital, las carreras profesionales en que la sociedad está estructurada, el lugar que ocupa en la pirámide de edades, etc.»¹.

De aquí que el impacto social de la muerte de una persona va desde sólo afectar al círculo reducidísimo de sus allegados hasta conmover a un amplio sector de la sociedad o incluso al mundo entero como sucede en la muerte del Papa o como en su día ocurrió con la muerte del Presidente Kennedy. Lo que socialmente marca la distinción entre muerte y muerte es la anticipación de las consecuencias que para un cierto orden familiar, de negocios, político, etc., ésta trae consigo. La previsión de que una persona va a morir a plazo determinado desencadena un curso de acción cuya forma extremada aparece en el caso de un político importante, como un jefe de estado. Tenemos presente la muerte del general Franco en 1975.

Sociológicamente tiene poco sentido enfocar el tema de la muerte, en abstracto. Sociológicamente sólo tiene sentido plantearla como *morir dentro del tejido social*. Es entonces que comprendemos esa *pluralidad de actitudes* con que nos encontramos ante alguien que muere:

«No sólo encontramos una variabilidad (de actitudes) que dependen de los lugares, épocas, condiciones de vida, ideologías sino tipos de muerte que merecen distintas consideraciones: buena o mala, violenta o repentina, con o sin coma; igualmente la naturaleza de la relación que se tiene con el difunto: extraño, amigo, pariente; ser amado, individuo odiado, simple cliente; carácter personal y también función profesional: médico, sacerdote, enfermera... Además no nos comportamos igual ante un niño, un adulto, un anciano que mueren; si se trata de un moribundo que sufre o no sufre, que sabe que va a morir o que lo ignora; si la muerte ocurre en casa, en la calle o en la fábrica, en un local donde se lleva a la gente a morir (como en la India) o en el hospital»².

También existe, y merece la pena indagarse desde el punto de vista psico-social, un estereotipo del *buen morir* en cada sociedad. Es una imagen idealizada de ese acto y ese momento que sirve de referencia implícita en las alusiones que se pueden hacer en la conversación cotidiana. Posiblemente un estudio objetivo mostraría que muy pocas muertes se realizan según este *guión* ideal y que la gente muere en circunstancias raras, momentos inoportunos, lugares inadecuados. Aún cuando el escenario que rodea al moribundo responde bastante bien al imaginado, hace entonces falta *representar bien el papel*. Hay un estilo socialmente sancionado del bien morir. En un hospital, por ejemplo, estaría totalmente desplazado morir dando alaridos en una sala común o morir a consecuencia de

¹ SUDNOW, D. *La organización social de la muerte*. Bs. Aires. Ed. Tiempo contemporáneo, 1971, p. 79.

² THOMAS, V. *Anthropologie de la mort*. Paris Payot. 1975, p. 273.

haberse desconectado algún tubo o aparato. Los ejemplos podrían multiplicarse indefinidamente. Creo que las ideas que he expresado permiten una primera aproximación global al tema de la muerte en nuestra sociedad. Antes de centrarme en nuestra *sociedad moderna*, como reza el título que encabeza estas líneas, dedicaré un pequeño excursus a otros aspectos intemporales de la muerte, válidos para todos los hombres de todas las épocas como lo es el de las ideologías en torno a la muerte.

ALGUNOS ASPECTOS ANTROPOLOGICOS DE LA MUERTE

Decimos que el enfoque sociológico de la muerte privilegia las prácticas sociales que rodean el morir de una persona. En este sentido, sociología o antropología de la muerte son sinónimos. Morimos en el seno de un grupo social que ha codificado el comportamiento a observar con sus moribundos y sus difuntos. Morimos en el seno de un grupo que, además, ha elaborado un sistema de racionalizaciones que explican y dan razón del hecho más inexplicable y más reactivo a entrar en los esquemas de *lo razonable*.

La literatura antropológica nos depara ejemplos de lo más curioso y característico acerca de la conducta social que rodea la muerte en los pueblos primitivos. A la inversa de nosotros, los occidentales, para quienes la muerte de un deudo va siendo cada vez más un leve paréntesis en nuestro ritmo de vida, en muchos grupos sociales la muerte de alguien es motivo de un despliegue colectivo que trunca la vida cotidiana. Viene a ser, desde este punto de vista, análogo a la fiesta: estructuralmente no difiere apenas de ella, sí en la actitud y tono emocional de los participantes. Incluso hay pueblos cuya cultura se organiza en torno a la muerte.

Los Toraja de las islas Célebes son un ejemplo típico³.

La muerte de cada individuo ha de acompañarse de sacrificios de animales en proporción a su categoría social. Cuanto más alto ha sido el status del difunto, más días dura el ceremonial y mayor es el despliegue de animales sacrificados y de riquezas que la familia se ve forzada a exhibir. La muerte aquí es una auténtica fiesta donde danzas, banquetes, liturgia, intercambio social, todo se mezcla sabiamente y de ahí la paradoja de ser «un pueblo que vive para sus muertos». Si ahondamos un poco en esta acción colectiva que se polariza de manera extrema en los ritos mortuorios captaremos que existe, por debajo, toda una ideología (sistema de creencias y valores) que justifica tales prácticas y que los da sentido. Así los Toraja creen que cuando el espíritu del muerto llama a las puertas del cielo el dios le va a hacer una sola pregunta: «¿de qué categoría ha sido, alma, tu entierro?». El alma se asoma abajo y el dios con ella para contemplar el número de animales que se sacrifican y así el pobre por quien no se ha ofrecido más que un cerdo irá a ocupar un puesto ínfimo en ese más allá; el rico cuyos funerales duran meses se convierte en un semidios. Más aquí de las sutiles elaboraciones ideológicas que justifican y perpetúan toda una estratificación social (y que dan razón a la perspicacia de Marx cuando denunciaba las mistificaciones de la clase dominante para legitimar su posición) es el hecho

de la creencia desnuda en algo después de morir lo que va a retener por un momento nuestra atención: Cuán antigua sea esta creencia en la humanidad, es algo que está por dilucidar. Hay quien piensa encontrar indicios de la misma ya en el hombre prehistórico. Sin duda el hombre histórico la ha abrazado por doquier. Es un típico *universal cultural*. La sociología del conocimiento y la psicología social de la mano con la antropología, nos ofrecen explicaciones plausibles de por qué esta creencia es omnipresente. Básicamente es el pavor de ser segregado del grupo: nadie puede subsistir sino dentro de un grupo social cuya visión del mundo compartimos y con cuyos miembros establecemos ese diálogo fundamental que nos permite dar sentido a lo que nos rodea⁴. Cualquier forma de marginación es fatal y la marginación por antonomasia es la muerte. Los estados marginales, el sueño, la enfermedad, el trance extático tienen que ser integrados racionalmente en la cosmovisión que el grupo primitivo construye para explicar la realidad. La muerte también. (¿Son las explicaciones de la muerte un residuo de primitivismo en el hombre de la civilización occidental?). El hombre no acepta los *agujeros negros* en su mapa cognoscitivo:

«Los hombres han intentado a menudo negar la muerte a nivel imaginario reduciéndola a un descanso o a un sueño. También, y este motivo aparece frecuentemente en el pensamiento mítico, a un viaje o a una emigración del alma (todavía es costumbre decir entre nosotros que «morir es partir»). Numerosas costumbres consagran esta manera de ver las cosas: en muchos lugares del Africa negra se depositan alimentos en la tumba; entre los Kasias de la India se ponen potecitos de arroz en los cruces del camino; en la antigua China el camino del cementerio estaba jalonado de bancos para que el espíritu del difunto pudiese descansar, etc. (...). Todos estos hechos dan fe que el espectáculo de la desaparición de los vivos, generación tras generación, no ha llevado a la humanidad a asimilar la experiencia de la muerte como algo que atenta a la existencia humana en su misma raíz. Así se admite la *ex-sistencia* (es decir, *ser o estar* pero en otro lugar) de los difuntos: el culto de los antepasados negro-africano o el culto de los santos judeo-cristianos constituyen a su manera medios de negar la muerte reduciéndola a un paso»⁵.

Este trascender la muerte, dice E. Morin⁶, se manifiesta en dos modalidades, dos *mitificaciones*: la metamorfosis (la *otra vida*, la resurrección, el nirvana, etc.) y el doble (la reencarnación, el vivir *otra vez* aunque de distinta manera). En cualquier caso el hombre trata de reafirmar su individualidad, trata de salvarse de la destrucción y conservar un puesto en el cosmos. «Tales concepciones de la muerte son concepciones de la vida» concluirá el mismo autor. Cualquiera que esté familiarizado con la liturgia católica de Pascua y de los difuntos encontrará muy familiar esta última observación moriniana aunque por otro lado le repugne que su credo y sus creencias religiosas sean sometidas al escalpelo del sociólogo. No es el objeto ni la intención de la sociología del conocimiento

⁴ Las ideas aquí vertidas pueden verse sistemáticamente expuestas en las obras de P. BERGER *Para una teoría sociológica de la religión*. Barcelona, Kairós, 1971 y de P. BERGER y TH. LUCKMANN *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires. Amorrortu. 1968.

⁵ THOMAS, L. V. op. cit. pág. 325.

⁶ MORIN, E. *Antropología de la muerte*. Barna. Kairós. 1974, p. 106.

³ Véase el reportaje de El País (semanal) del 18 julio 1978.

poner en tela de juicio la verdad última de las creencias sino más bien indagar qué funciones cumplen dentro de los grupos sociales y cómo sirven de base a las pautas sociales. Las creencias (sociales) en torno a la muerte —se ha hecho justamente observar— son primordialmente para uso de los vivos. El *rito de paso* que constituyen los funerales, las manifestaciones de duelo y condolencia afirman la continuidad de la vida dentro del grupo precisamente con motivo de la muerte de uno de sus miembros.

MORIR HOY EN NUESTRA SOCIEDAD URBANA

Morir en la sociedad moderna es sinónimo de morir en una sociedad altamente urbanizada. En ella se da una movilidad geográfica aguda y las relaciones interpersonales, al paso que se multiplican, cobran el carácter de eventuales y uncidas a las exigencias de la vida económica y profesional. Con la transformación de las condiciones objetivas de la vida cotidiana, van cambiando los comportamientos y las costumbres. No se muere hoy en nuestra sociedad como se moría ayer, como tampoco la educación, la familia, el trabajo y otras instituciones son hoy igual que antaño. Claro que cabría indagar qué imagen acude a nuestra mente cuando aludimos al *morir antaño*. Antes dijimos que existe una representación colectiva de la *buena muerte* y quizá ésta se sitúe asimismo en el pasado: el patriarca de la familia o la abuela bondadosa que se extinguen plácidamente en la casa familiar rodeados de sus hijos y nietos. Yo me pregunto si esta escena ha sido tan frecuente en la historia de la humanidad (atravesada de guerras, pillajes, epidemias, mortalidad infantil galopante, etc.) como para que sea algo más que un *negativo* fotográfico de la otra realidad. Sea como fuere, cuando alguien a nuestro lado hoy en día enfila la avenida final que le lleva a la tumba, su muerte (su enfermedad definitiva) irrumpe sin contemplaciones en la vida cotidiana y su ritmo se trunca. La familia debe reorganizar su existencia para hacer frente a la nueva situación. Si los adultos trabajan fuera de casa se imponen decisiones cruciales: confiar el enfermo a una institución hospitalaria o dejar el trabajo (esta decisión atañe sobre todo a la mujer). En todo caso el enfermo requiere la presencia de algún pariente a su lado. La incertidumbre acerca del momento preciso del desenlace da pie a la ambivalencia de sentimientos que despierta el desahuciado: compasión por un lado, cansancio y hastío por otro; deseos naturales de que termine aquella situación a veces insostenible y autoculpabilización por no hacer siempre todo lo que es posible por prolongar su vida.

En la sociedad urbana de hoy la muerte de un deudo pesa de manera exclusiva sobre la familia inmediata. No ocurre como en la sociedad rural donde, por ser el tejido social más extenso, vecinos y parientes se turnan a la cabecera del enfermo y cooperan en los cuidados que requiere. Si el enfermo se halla en un hospital y desde aquí se plantea su retorno a casa a la espera del desenlace final, la familia entra en situación de emergencia⁷.

⁷ Recuerdo el caso reciente de un matrimonio joven con una niña desahuciada a causa de una enfermedad hereditaria que iba a ser devuelta a la familia en breve plazo; el marido estaba parado y la mujer, que efectuaba algunas faenas de limpieza, tenía que dejar ese trabajo y dedicarse al cuidado exclusivo de la niña incluso aprendiendo el manejo de algunos aparatos que el hospital ponía temporalmente a su disposición.

En el último período de la enfermedad sólo los parientes más próximos atienden al enfermo. Cuando muere, son ellos quienes le rodean. La muerte queda así circunscrita prácticamente a los que viven bajo el mismo techo. Si el enfermo muere en el hospital (como ocurre a menudo en América precisamente porque los apremios de la actividad profesional no admiten derogaciones para atender a parientes desahuciados) muchas veces muere solo materialmente solo. En nuestra sociedad de hoy la muerte se ha *privatizado*.

En segundo término, la muerte se ha asepsado. Normalmente cuando la muerte sobreviene al cabo de una enfermedad ha habido intervención del medio sanitario con toda su secuela de cuidados, tratamientos médico-quirúrgicos, asepsia, etc. La muerte se reviste hoy miméticamente del blanco que ambienta el hospital moderno. La muerte huele a alcohol, formol y desinfectante. Cuando se exhibe en los *mass-media*, éstos escamotean además todo aquello que supone una nota cruenta o desagradable. La sangre, los humores, las excreciones, que delimitan lo repugnante, rara vez nos hieren en la muerte-espectáculo. También ha adoptado un aspecto incoloro y, sobre todo, distante.

El tratamiento del cadáver sigue los mismos pasos. Se le prepara para que impresione agradablemente a los visitantes. Se busca (¿por qué no?) que la imagen última del desfallecido se asemeje lo más posible a la que teníamos de él cuando se hallaba en su plenitud de vida. Se echa mano de nuevas técnicas de maquillaje y embalsamamiento. Incluso éste se hace ya sin vaciado de vísceras. Los cementerios se acomodan en ciertos países a este aspecto inofensivo de la muerte. Aún está profundamente grabada en nuestra civilización mediterránea la actitud reticente ante el cementerio (que, dicho sea de paso, significa etimológicamente *dormitorio*). Así, vivir al lado del cementerio o con las ventanas divisoando el cementerio puede ser tachado de mal gusto y, por supuesto, a ninguna inmobiliaria, promotora de urbanizaciones extrarradio de la ciudad, se le ocurrirá construir viviendas de un alto standing al lado de un cementerio.

Los cementerios en los pueblos medievales circundaban la iglesia, y por tanto ocupaban un lugar bien céntrico en la distribución del espacio urbano; en los siglos XVII y XVIII se les fue desplazando cada vez más lejos del pueblo. Además de los pretextos de higiene es muy probable que el precio del suelo y otros motivos entraron en línea de cuenta. Hoy los hemos confinado a considerable distancia de los lugares de la vida ciudadana, al menos en el área mediterránea. No así en los países nórdicos, donde el cementerio en muchos casos sigue ocupando una localización excelente dentro del espacio urbano y se ha convertido en un jardín. La gente va allí a pasear, no sólo entre tumbas sino entre flores, se sienta a leer y a hablar en una atmósfera tranquila y relajante. El jardín-cementerio está impecablemente entretenido y el contacto simbólico de la gente con sus muertos ha perdido todo el horror y la prevención que impregnan nuestra mentalidad meridional. Hasta qué punto este contacto habitual con el cementerio supone otra forma de encarar la muerte, es difícil decirlo. Sin embargo la situación del cementerio dentro del circuito de vida urbana sugiere simbólicamente la reinstalación de la idea de la muerte, en alguna manera, dentro de la vida. Aquí cabe hacer mención de alguna de las conclusiones del informe que un

grupo de expertos franceses elevó en su día al Ministère de la Santé⁸:

«Debe emprenderse un esfuerzo general para no ocultar la muerte sistemáticamente sino reintroducirla en su lugar dentro de la vida. Al igual que el nacimiento, forma parte de los acontecimientos naturales por más que sea una prueba terrible».

De aquí a romper una lanza en pro de una *pedagogía de la muerte* no hay más que un paso. El antropólogo francés L. V. Thomas lo estima así: «No bastan —dice— las exhortaciones morales (como hasta el presente) para superar la muerte, necesitamos una educación para aprender a bien morir. Una educación que debería, al igual que la educación sexual y otras, tener sitio en la educación institucionalizada. A ella debería encomendarse el ir poco a poco limpiando la imaginación popular de lo que es realmente la muerte en su doble dimensión biológica y social»⁹.

Un tercer aspecto de la muerte en nuestra sociedad moderna, digno de ser comentado, es el de los ritos funerarios y sus modalidades. Paso por alto las transformaciones que ha podido sufrir la liturgia católica, aún bastante recientes (y para algunos demasiado traumáticas) como para que sus efectos en este dominio incidan de una forma clara sobre costumbres y actitudes. Quisiera más bien dirigir mi atención a los cambios que en los países occidentales han sobrevenido en las costumbres del duelo que regulan el comportamiento social después de la muerte de algún allegado. Los sociólogos anglosajones los han descrito en excelentes monografías. Comentaremos, a título de ejemplo, la de Gorer¹⁰ que ha realizado un profundo diagnóstico sobre el viraje que las costumbres en Inglaterra han sufrido en este punto. La tesis de Gorer es que la muerte, como el sexo, se ha convertido en algo *indecente* y que, por tanto, ha de silenciarse en público. Una de sus consecuencias es que socialmente se tiende a minimizar toda expresión externa de aflicción. La gente ante los demás debe fingir no estar afectada por la desaparición de algún ser querido. Sólo se puede dar rienda suelta a los sentimientos en la intimidad. Por ahí surgen entonces, según Gorer, muchas formas neuróticas de compensación como pueden ser evadirse en un trabajo absorbente, ser presa de la melancolía y desesperación, mantener intactos la decoración y el ambiente donde el difunto o la difunta pasaron sus últimos años.

La persona afectada por la pérdida de un ser querido es, en cierto modo, un marginado social (antes lo fue aún más por cuanto el duelo le vedaba la asistencia a muchos actos colectivos, sobre todo de naturaleza festiva). La sociedad debe recuperarse no tratándole como si nada hubiera sucedido sino prestándole asistencia y comprensión.

En América del Norte nacieron hace unos años los *mortuary* o *funeral home*, como iniciativa privada. Son lugares donde, en un ambiente que recuerda mucho el del templo, se puede depositar y velar al difunto. La familia que lo usa dispone además de una sala de visitas contigua y servicios completos para una permanencia allí de varias horas. Esta idea ha sido calcada por los *tana-*

torios que existen hoy en algunas ciudades españolas. En Barcelona la empresa municipal de *pompas fúnebres* ha construido uno y a juzgar por varios indicios ha tenido gran aceptación no sólo entre familias acomodadas sino incluso entre los estratos más modestos. Un tanatorio creo que puede interpretarse como fruto de un compromiso entre la higiene y el ritual. Una de sus funciones es paliar eventualmente lo exiguo del espacio familiar; otra sería proporcionar un ámbito de escape a la sensación difusa de incomodidad que acompaña la presencia del difunto en casa. El tanatorio depara un ambiente digno y austero susceptible de ser investido de las connotaciones religiosas de los usuarios (también se pueden celebrar allí oficios religiosos). Prolonga, en alguna manera, la función del hospital como lugar especializado en tratar una situación marginal, allá la dolencia, aquí la muerte. Será interesante seguir de cerca la utilización de estos nuevos servicios colectivos como forma de aproximación a un cambio de actitudes vis-à-vis de la muerte y de los difuntos.

MORIR EN EL HOSPITAL HOY

Puesto que una mayoría de los destinatarios de estas ideas son miembros del personal hospitalario no podemos menos de dedicar una parte de nuestra exposición a la muerte en el hospital moderno. Quizás, comparativamente a los países anglosajones, la muerte de un paciente en el hospital es aún algo *accidental* en España. Por diversas razones que no vamos a explorar, las instituciones sanitarias son reacias a guardar y asistir a los pacientes desahuciados. Ello supone, como antes he dicho, que el enfermo queda a la hora de su último trance en manos de la familia. Sin embargo no es muy aventurado prever que, entre nosotros, los hospitales (o ciertos hospitales) van a tener dentro de poco que asumir la tarea social de asistencia a moribundos¹¹. En cualquier caso no está de sobra que lancemos una ojeada sobre el tema de la muerte en el hospital. Lo haremos pasando revista a tres excelentes investigaciones americanas. Las dos primeras se deben a B. G. Glaser y A. Strauss: *Awareness of Dying* (Aldine 1968) y *Time of Dying* (Prentice-Hall, 1968). La tercera *Passing On. The Social Organization of Dying* se debe a D. Sudnow (Prentice-Hall, 1967)¹². Todos tres parten de la misma hipótesis nuclear que les permite articular el análisis ulterior. Esta hipótesis o idea fundamental es que no se puede entender el trato que se da a un paciente desahuciado sin tomar en consideración que el personal hospitalario actúa siempre bajo el pronóstico de que el enfermo morirá en tal momento determinado. Dicho en otras palabras, una vez que el interrogante de «¿cuándo morirá este paciente?» admite una respuesta probable, el curso de la interacción médico o enfermera-enfermo desahuciado se reorganiza sutilmente. En el hospital, vienen a decir estos autores, el curso de la acción institucional

¹¹ El sociólogo no prejuzga, si esto está bien o mal, si es mejor o peor; sólo avanza una previsión sobre la base de que la familia tiende a reducirse, cada vez más, al núcleo constituido por el matrimonio y los hijos; que la mujer, al entrar en el circuito económico-profesional no puede permanecer en casa para asistir a enfermos y que los ancianos viven más y más independientemente de sus hijos adultos. Las previsiones pueden salir fallidas si la sociedad, por ejemplo, institucionalizase un cuerpo de asistentes sociales (auxiliares médicos) que asistiese a domicilio a desahuciados.

¹² Hay traducción española en la Ed. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires. Ver nota 1.

⁸ Sociología de la muerte. Ed. Sala, Madrid 1974, pág. 67.

⁹ THOMAS, L. V. op. cit. p. 320 nota.

¹⁰ GORER, G. *Death, Grief and Mourning*. N. York. Doubleday. 1965.

está implícitamente modulado por la expectativa de *muerte dentro de plazo fijo*. La relación cotidiana, una vez que la *cuenta atrás* ha comenzado puede tipificarse de acuerdo con el grado de conocimiento que el paciente tiene de su propia situación (awareness). Puede que sea consciente, puede que no; puede sospecharlo y puede fingir que lo desconoce. Glaser y Strauss describen con finura la interacción del personal hospitalario con el enfermo en cada una de estas condiciones. Hablan del drama de la cerrazón de conciencia, de la comedia ritual del mutuo escamotearse lo que de todos es sabido y plantean las ambigüedades a que da lugar la conciencia de la muerte inmediata cuando es compartida por enfermos y personal cuidador.

En su segunda investigación los mismos autores recuperan el mismo *motivo* pero centrándose ahora en la repercusión que para la organización hospitalaria tiene el que el enfermo se ajuste o no al plazo de vida que se ha pronosticado. Para cualquiera que conoce la marcha de un hospital es obvio que la incertidumbre inherente a la aplicación de cuidados intensivos o la que sigue a recaídas súbitas, son irritantes por cuanto implican decisiones cruciales, actividades de emergencia o bien (en el caso especial de estancamiento del paciente) dan al traste con las previsiones avanzadas. Al no ajustarse la situación del enfermo al *itinerario pronosticado* surge el conflicto, un conflicto de índole burocrática por cuanto afecta a la racionalización de la actividad hospitalaria. El problema está en que el conflicto burocrático, en este caso, redundará en un ser humano en estado agónico. Por más que la institución esté equipada para hacer frente a la incertidumbre inherente a la evolución de un cuadro clínico ello no obsta para que exista una representación social hospitalaria del enfermo ideal: es el enfermo que muere acomodándose dócilmente a todas las previsiones. El enfermo fastidioso, por el contrario, es el que las burla.

Un tercer aspecto de las investigaciones de Glaser y Strauss y que sigue estando plenamente dentro de la rúbrica de las expectativas, es el que atañe al *estilo de morir*. Ahora salimos del dominio de los pronósticos acerca del *cuándo* para situarnos dentro de la previsión del *cómo*. Se sobreentiende que toda previsión de esta índole atañe a una forma de morir, esto es, la sancionada socialmente en el hospital. También aquí hay muertes decorosas y muertes indecentes.

«En nuestros hospitales —dicen Glaser y Strauss— el personal juzga de la conducta del moribundo según ciertas reglas implícitas: no perturbar la marcha del hospital, ser valeroso ante el sufrimiento, y tener un comportamiento no extemporáneo. Esto último significa guardar relativa compostura, mostrar buen humor, no cortar prematuramente los lazos con los que le rodean, ser más bien *agradable* a los otros pacientes, cooperativo con los que le cuidan y tratar de no ser molesto o absorbente. Todo ello podría caracterizarse como «un estilo aceptable de morir» o, mejor aún, «el estilo aceptable de vida de un moribundo» (an acceptable style of living while dying)¹³.

El enfoque de Sudnow no es en el fondo muy diferente del de los dos autores que hasta ahora nos han dado pie a comentarios. Sudnow adopta una perspectiva etno-

metodológica y ello le lleva a establecer una distinción decisiva entre lo que el hospital *dice* que allí se hace y lo que realmente *hace*. Una cosa son las declaraciones de intenciones o de objetivos, y otra cosa es la práctica de la institución. Para Sudnow (y los etnometodólogos) las categorías que integran la vida del hospital, por ejemplo *vida, enfermedad, paciente, moribundo, muerte*, han de definirse a través de lo que ocurre en la vida cotidiana; no son *esencias* sino elementos constituyentes de los quehaceres rutinarios de la organización.

El primer *motivo* que Sudnow desarrolla es la aparición de la muerte en el hospital, aparición del doble sentido del verbo aparecer: por un lado sucede, es un hecho; por otro, se hace patente, se desvela. En un hospital de beneficencia esa doble presencia de la muerte es *visualizada* por el investigador en las conversaciones, en la previsión de objetos y material mortuario, pero también se da en salas comunes y se ve al encargado del depósito de cadáveres ir y venir con su camilla ocupada. Sudnow describe luego «el morir como situación social» dentro de un hospital en que fallecen alrededor de 1000 personas cada año. Allí morir se traduce en una predicción que desencadena un esquema de comportamiento en torno al enfermo. A partir de un momento dado, éste es socialmente un difunto (el enfermo es tratado como un cadáver aunque clínica y biológicamente aún está vivo): se le inscribe en la lista de fallecimientos inminentes, se previene al depósito de cadáveres, al departamento de autopsias, se tienen conversaciones a su lado que no se tendrían si estuviese vivo, incluso se le cierran los ojos prematuramente y se le pone en la postura más apta para el tratamiento post mortem.

«El enfermo está socialmente muerto cuando las características sociales de la persona no tienen ya vigencia para aquellas que la tratan».

Sería una generalización abusiva e injusta el concluir que todos los hospitales (particularmente los de beneficencia) son merecedores de un diagnóstico tan implacable como el que se desprende de la investigación de Sudnow y también, a retazos, de las de Glaser y Strauss. Es asimismo una postura discutible la que inconscientemente adopta el científico social, moralizador *naïve* al desvelar los hilos de la urdimbre social y poner en evidencia aspectos chocantes y desapercibidos de la acción social colectiva. Pero es, por otro lado, conveniente que la tarea de las instituciones y organizaciones se vea sometida al análisis del Psicólogo Social o de un especialista en instituciones y organizaciones. En el seno de un ámbito social las miras y los modos de actuar acaban por alcanzar un estadio de equilibrio (rutina) y de incuestionabilidad que pueden dar al traste con las mejores intenciones y con los objetivos más loables. La irrupción del científico social puede tener la virtud de provocar reflexiones o despojar de la *buena conciencia* a quienes tienen la mira puesta en algo más que no sea cumplir rutinariamente con horarios, reglamentos y actividades. En este sentido los análisis de los investigadores americanos acerca de cómo se muere en algunos hospitales de aquel país es un toque de atención y es un estímulo para no repetir los mismos errores en parecidas situaciones.

ADOLFO PERINAT
Sociólogo

¹³ Awareness... pág. 86.

I

LA MUERTE EN NUESTRA SOCIEDAD

Al tratar de hacer una reflexión acerca de la muerte en nuestra sociedad y en nosotros mismos, nos damos cuenta de que supone un rechazo del tema y un esfuerzo por no tratar de pensar en un tema, que no nos gusta, ya sea porque no estamos suficientemente preparados en este tema, debido a que la sociedad tal como está montada no nos deja tiempo para profundizar en temas que no suponen un avance industrial o social aunque en el fondo todos pensamos a veces en la muerte.

Nosotros, a nivel de Asociación, hemos intentado hacer una reflexión de cómo nos acercamos al moribundo y qué repercusión tiene la muerte en nuestra sociedad. Hemos tratado de que colaborasen el mayor número posible de compañeras, y para ello, hemos realizado unas encuestas en las cuales hemos tratado el tema de la muerte.

Tenemos que hacer notar ante todo, que nuestro campo de estudio es la asistencia extrahospitalaria, ya que éste, es el medio en que desarrollamos nuestro trabajo, como complemento de la asistencia en Centros Hospitalarios.

Nos hemos dado cuenta de que la relación personal asistencial-moribundo es mucho más íntima y personal, que en el caso hospitalario donde todo está estructurado, incluso la familia del moribundo participa más activamente en este proceso, aunque la participación puede ser positiva o negativa.

El personal extrahospitalario, trabajando en este campo toma más conciencia de la realidad que está viviendo y trata de humanizar este momento a la vez que lo individualiza, llegando incluso a manifestarse como propia familia del moribundo.

En las encuestas realizadas se reflejan distintas opiniones de la muerte, no con carácter de definición, pues la muerte no se puede concretar en una definición, incluso ha habido casos de un grupo de personas que no han contestado. Podemos plasmar algunos de ellos como los más significativos:

- La muerte es una experiencia de vida para el que vive.
- La muerte es nacer.
- La muerte es volver a vivir.
- La muerte es el final, simplemente.
- La muerte es un paso más, el último que hay que dar. Algo parecido al parto.

— La muerte es el final lógico de un proceso.

— La muerte es un paso duro.

— La muerte es soledad, tristeza, amargura, desengaño, sufrimiento, vacío, miedo, sudores, escalofríos y el fin del camino de la vida.

Por otra parte, haciendo un pequeño estudio sobre qué influencia tienen los moribundos en las clases sociales, hemos apreciado que tanto en la clase alta como en la baja, los enfermos en general, estorban, bien porque no tienen medios y los mismos les supone una carga, o bien porque son una pérdida de tiempo dedicarse a ellos, teniendo en cuenta la escala de valores, y en el caso de los ancianos, están deseando heredar.

Mientras que en la clase media es donde los familiares viven con el enfermo su enfermedad, y le aceptan como un miembro más de la familia.

Tenemos varios casos significativos, que reflejan esta realidad:

● Señora de 97 años, abandonada por su hija en una habitación encerrada, dejaron la llave y el carnet de identidad en la Parroquia. Se la recogió en un Hogar y estuvo viviendo durante un año, hasta que murió. La señora quedó ciega, debido a que estuvo mucho tiempo viviendo en una habitación sin luz.

La hija apareció al poco tiempo para hacer firmar a su madre para poder vender el piso. El personal encargado no la dejó entrar y a la hora de la muerte no se la avisó, ya que ella no tenía ningún interés por su madre.

● Un diabético que ingresó con un coma diabético se le pone tratamiento, no responde y le dan por muerto. Al día siguiente se había movido en el depósito, avisó el celador para que bajaran los médicos y efectivamente estaba vivo, le suben a la sala, le ponen tratamiento y se recupera.

La reacción del Jefe de Servicio fue la siguiente: «El médico debe aceptar la realidad, los médicos tenemos límites, y por encima de la ciencia está la persona y Dios. La experiencia del enfermo fue angustiada: «La piedra estaba fría y luché, pero no tenía fuerzas».

Ante esta experiencia se propuso mejorar su vida, ya que era un Donjuan.

La familia reacciona diciendo que no podía ser, ya que se habían hecho a la idea de que estaba muerto.

Los familiares quieren liberarse y exigen al sanitario la verdad y la solución al problema.

El sanitario tiene que ser muy hon-

rado con su profesión y tener unos criterios para actuar, opina que se debe decir al enfermo la verdad, si le informa una persona al enfermo, debe decirle que se necesita la colaboración de él mismo, en esto se colabora a llevar la muerte.

● Señor de una zona rural, 72 años, vive con su esposa e hijos, una familia integrada y unida.

Se le declara una enfermedad, que los médicos no saben lo que es; se le traslada a un hospital de la ciudad y se le ingresa a los tres días en la UVI, a pesar de que ni los familiares ni él querían, pues veían que era irreversible y no solucionaban nada.

El habla con una enfermera de su confianza y amiga y le dice que lo único que desea es ser enterrado en su pueblo y recibir sepultura cristiana y a sus hijos con un porvenir tranquilo. Recibió los sacramentos y dijo: «Hay que conformarse con lo que venga». Aceptó los sacramentos y la muerte muy bien.

Sin embargo murió sin el calor de su familia, aunque se cumplió lo que él pidió, ser trasladado a su pueblo, pues en los últimos momentos fue sacado de la UVI, a pesar de la oposición de los sanitarios. El pueblo entero estuvo presente en el entierro, fue una muerte muy sentida y afectó a toda la gente del pueblo.

En cuanto a la edad, la muerte de los ancianos se acepta como una cosa natural. La de los niños se siente más por los familiares, que por los propios niños, pero en las personas de mediana edad, la muerte es muy sentida.

La aceptación de la muerte por parte del enfermo, presenta unas características especiales, que dependen de la fe del enfermo del entorno familiar y del tipo de enfermedad; la cultura, la aceptación de la vida que han tenido, etc. También influye el que la persona estuviera aferrada a la vida, entonces se resiste más a la muerte y lucha contra ella. En las encuestas realizadas en las personas que han muerto conscientemente, el 15 % se resiste, el 40 % se resignan y el 45 % la aceptan plenamente.

En todos estos estudios hay que tener en cuenta el tipo de enfermedad, si es crónica o aguda; pues cambia la situación ya que la predisposición del enfermo cambia, tanto en la aceptación de la muerte, como en la revalorización de su persona, también influye el personal que le atiende, que son ante todo, mensajeros de amor y respeto a la persona, produce en ellos un gran vacío y

una terrible desolación, el moribundo, al hacerle parte de su vida.

Lo que si queda bien claro, es que tal como se vive se muere, y que la fe influye a la hora de la muerte (quedando bien patente esa lejanía y a la vez cercanía de Dios en esos momentos, que queda bien reflejado en las palabras que Dios dijo en la cruz: «Padre mío, por qué me has abandonado», y la resignación final, después de la lucha por la vida: «En tus manos encomiendo mi espíritu»), pues en la asistencia extrahospitalaria, se observa que las personas que han vivido sus creencias, a la hora de la muerte sienten la necesidad de un acercamiento a Dios e incluso ellos mismos te piden los sacramentos. Sin embargo hay otros, que tal como viven, en la hora de la muerte reflejan sus preocupaciones. En cuanto al personal sanitario extrahospitalario, la influencia que tiene en el moribundo es grande, debido al mayor contacto con el enfermo por otra parte no colabora con la Eutanasia ni con la medicina comercial no humana; también hemos observado que la angustia del moribundo es mucho menor teniendo una persona a su lado. A veces faltan criterios en la medicina por parte del personal sanitario.

Para comunicar la verdad de su enfermedad y aconsejarle al moribundo, en los casos que se crea conveniente; la persona más idónea es el médico, la enfermera o una persona de confianza.

AYUDA A DOMICILIO
Nuestra Señora de la Esperanza
Madrid

Todo el enfermo que visito parece gritar:
¡Aquí está Jesús, tu Amor!

Tú; como Iglesia que eres y por lo tanto esposa del Señor, pon esfuerzo y constancia en ver ese rostro del Señor.

¿Qué haces por tu prójimo? porque, tu prójimo soy Yo.

El enfermo, espera esa respuesta de amor; y nosotros Iglesia que somos ¿sabemos dar una respuesta de amor?

Como Iglesia que eres, llénate del don de Dios, sólo así, puedes ver el rostro de Jesús en los enfermos, y darte a la contemplación.

Iglesia,
date cuenta, de los grandes silencios de un prójimo que espera Amor.

M.^a LUISA GÓMEZ CEBRIÁN
Miembro de Ayuda a Domicilio
«Nuestra Señora de la Esperanza»

LA MUERTE

Con tu sudario y macabra apariencia, tu calavera y tétrica guadaña, eres la única justicia que no engaña ni al rico ni al pobre diferencia.

Unos, invocan tu horrible presencia, otros, temen tu figura huraña, los que gozan te odian con saña, los que sufren imploran tu demencia.

Eres, ¡Oh, Parca! mucha e inflexible, nadie escapa a tu fallo implacable, contra ti luchar es imposible.

Es tu hora cuando llega inaplazable, y eres la única verdad indestructible, de este mundo podrido y miserable.

MANUEL BELTRÁN AGUIRRE
Colaborador de 78 años
de Ayuda a Domicilio
«Nuestra Señora de la Esperanza»

II

LA MUERTE DE JUAN PABLO I EN LA PRENSA

El ser humano es el único de la creación que sabe a ciencia cierta que fatalmente ha de morir. Pese a ello, la muerte siempre se nos aparece como una sorpresa, como algo que sólo pasa a los demás. El mundo entero se ha quedado perplejo y atribulado por el fallecimiento de Juan Pablo I. Y es que nadie lo tenía previsto.

«Esta mañana, 29 de septiembre de 1978, hacia las cinco y media, el secretario particular del Pontífice, el padre Maggee, entró en la cámara del papa Juan Pablo I al no haberlo hallado en la capilla como tenía por costumbre, y le encontró muerto en la cama con la luz encendida como si estuviera leyendo. El médico, que acudió inmediatamente, confirmó que la muerte le sobrevino probablemente a las 23 h. del 28 de septiembre de resultados de un infarto de miocardio».

Este es el comunicado oficial del Vaticano que recogía la prensa haciéndose eco del fallecimiento del Papa.

La muerte por infarto es hoy bastante normal y cada día en las páginas de los sucesos se relatan diferentes muertes anónimas que ocupan 8 ó 10 líneas de huecogramado.

Sin embargo, toda la prensa del día 30 recogía en primera página y la ilustraba con fotografías la muerte de Juan Pablo I.

Datos biográficos, cualidades, pormenores de la muerte, declaraciones de personajes públicos; en definitiva gran despliegue informativo para una persona con identidad propia en la vida social.

Sin embargo, ante este triste hecho,

las reacciones de la prensa han variado, y esto es lo que se insinuará en este trabajo.

La clasificación de la prensa que utilizo, en orden a facilitar la lectura posterior es esta:

— Información religiosa (*Ecclesia*, *Hojas dominicales* de Barcelona y Zaragoza).

— Información diaria (*El País*, *La Vanguardia*, *Heraldo de Aragón*).

— Información semanal:

a) Revistas del «corazón» (*Semana*, *Lecturas*).

b) Revistas clásicas (*Blanco y Negro*, *Actualidad Española*).

c) Revistas críticas (*La Calle*, *Cuadernos para el Diálogo*, *Qué*).

INFORMACION RELIGIOSA

«Apenas una esperanza» (*Ecclesia*).

«Juan Pablo I ha muerto, su estilo vive» (*Hoja Dominical*, Zaragoza).

«La inesperada muerte del Papa Juan Pablo» (*Hoja Dominical*, Barcelona).

Todos estos comentarios a los titulares giran en torno a resaltar:

— Su alegre sencillez y su cercana naturalidad se habían ganado a la gente.

— Ha sido una esperanza, que se ha apagado de repente. Extraño designio de la Providencia fue su elección, y más inesperada su *marcha*.

En definitiva, no se señalan aspectos crítico-negativos, y se hace hincapié en lo que podría haber sido («pudo haber sido un viento impetuoso y apenas si se ha quedado en una leve brisa» *Ecclesia*).

Ecclesia dedica amplia información a discursos, audiencias, cartas, comentarios desde varios países.

INFORMACION DIARIA

«Una sonrisa truncada prematuramente» (*La Vanguardia*).

«El Papa ha muerto» (*Heraldo de Aragón*).

«La muerte del Papa abre de nuevo la sucesión de Montini» (*El País*).

El ser una información de primera mano, rápida, hace que coincidan en la reseña biográfica, detalles de la muerte y dudas sobre la causa cierta, pontificados breves, y en la sonrisa como herencia.

El Heraldo incide en sus 40 cartas escritas y recoge la de Jesús de Nazareth.

La Vanguardia es más rica en fotografías y detalla la labor en los 33 días.

Destaca entrevistas a los cardenales Juby y Tarancón.

El País destaca su sencillez y alegría pastoral, e insinúa sus ideas tradicionales al estilo de Juan XXIII, pero con igual actitud de apertura.

INFORMACION SEMANAL

Revistas del «corazón»

«El Pontificado de Juan Pablo I, breve como una sonrisa» (*Lecturas*).

«Murió el Papa Juan Pablo I» (*Semana*).

Semana sólo relata enfermedad, muerte y lugar de entierro.

Lecturas ofrece información detallada del proceso de descubrimiento del cadáver y clarifica las causas de la muerte.

Del perfil humano, sencillo, bondadoso pasa a las opiniones de obispos y políticos (semejanza con periódico).

Dedica apartado importante al «programa que no pudo realizar» en el que hace un fortalecimiento de la familia cristiana como comunidad de amor.

Menciona finalmente, y defiende al Papa, que «algunos le han tildado de reaccionario por su actitud ante el divorcio y el aborto».

Ambas con gran ilustración gráfica.

Revistas clásicas

«Juan Pablo I. Una esperanza truncada» (*Actualidad Española*)
«Dramático vacío en la Iglesia» (*Blanco y Negro*).

Son características su:

— Gran reportaje fotográfico.
— Recorrido biográfico y cualidades personales: alegría, sencillez, cercanía, hombre de Dios.

En *La Actualidad* el Cardenal Tarancón insiste en que el Espíritu Santo estuvo presente en la elección.

Blanco y Negro agrupa a los cardenales por ideología y proyecta posibles salidas a la elección del Papa, nombrando los candidatos de las posibles alianzas.

Exposición, presentación, sin crítica institucional.

Revistas críticas

«Iglesia Católica: Muerte, miedo y misterio» (*Qué*).

«Juan Pablo el Breve» (*La Calle*).

«Con el misterio a la tumba» (*Cuadernos para el Diálogo*).

La información contenida aquí, aun siendo semanal como las otras, deja de

lado los datos biográficos y de la enfermedad-muerte (aunque *Qué* insista en que en el Cónclave se sabía de las dificultades cardíacas y pulmonares, y no se hizo ninguna revisión), y cuestiona con dureza la elección de un hombre sin relieve, incapaz de dar solución a los problemas graves que tiene planteados la Iglesia.

Qué insiste en que sólo era un hombre bueno. Un moderado. Un Papa desconocido que no podía marcar una línea pontificia clara.

Especula con el recuento de votos y alude dos veces al ataque al corazón de una Iglesia que no responde con el cerebro.

La Calle se preocupa por dejar sentado que va a ser difícil volver a encontrar otro Papa sin relieve, italiano, piadoso, de derechas, y mediocre por sus posiciones intelectuales.

Cuadernos para el Diálogo critica la poca representatividad de los cardenales como cuerpo de todo el pueblo de Dios, y de alguna manera afirma que la institución papal agonizará si no elige un hombre de Dios, pero capaz de enfrentarse a la estructura (Luciani quiso combinar la fidelidad a la inspiración evangélica con el aparato burocrático).

La crítica de *Cuadernos* está haciendo una llamada desde una postura cristiana que quiere ser de hoy, a una mayor participación del pueblo para fortalecer la Iglesia aunque sea a costa de desvanecer la figura papal como está ahora.

Las de *Qué* y de *La Calle* parece como si sólo quisieran poner una nota discordante y crítica para dar imagen de la Iglesia sólo como poder organizado en la tierra que no cumple una misión evangelizadora y trascendente.

IMPRESIONES Y REACCIONES

Recojo algunas que pueden ser representativas, aunque creo que hay que relativizarlas por lo que pueden suponer de buenas palabras sinceras, pero superficiales.

Reconocimiento y agradecimiento, pero no proyección crítica de futuro.

Adolfo Suárez (Presidente del Gobierno). «Profundamente emocionado por la desaparición de Juan Pablo I, cuando apenas había iniciado su pontificado y era la esperanza del mundo».

Marcelino Oreja (Ministro de Asuntos Exteriores). «Era un Papa de extraordinaria firmeza, que había traído a la cristiandad una especial sonrisa».

François Mitterrand (Partido Socialista Francés). «La Iglesia había escogido a un Pontífice respetado. El mundo había reconocido a Juan Pablo I como hombre benévolo, abierto, que despertaba grandes esperanzas».

Kurt Waldheim (Secretario General ONU). «Su desaparición es un duro golpe no sólo para la Iglesia Católica, sino también para todos aquellos que buscan la paz y la justicia para nuestro mundo».

Cardenal Tarancón (Arzobispo Madrid-Alcalá). «Tenía una gran esperanza en este Papa. La alegría de un Papa devuelve la esperanza tanto a los cristianos como a los hombres del mundo...».

Monseñor Luigi Dadaglio (Nuncio de Su Santidad en España). «Me causó un gran impacto esta manera de ser espontánea y sensible. Es un Papa que Dios nos ha mostrado, más que dado. Su experiencia ha sido muy positiva para mostrar al mundo la riqueza de la Iglesia».

Creo interesante recoger 2 opiniones desde dos posturas contrarias, y que *desentonan* de todas las anteriores:

Alfonso Carlos Comín (Cristianos por el Socialismo). «Tuvo gestos simpáticos, pero era preocupante su silencio ante los sucesos de Nicaragua. Temo que ahora se produzca el grotesco espectáculo del cónclave manipulado por la Curia y los sectores conservadores. Considero necesaria la convocatoria de un nuevo concilio que permita no sólo revisar el anacrónico sistema de elección del Papa, sino que restituya la misma figura del papado. Si la Iglesia quiere estar presente en este mundo debe afrontar este cambio en su estructura».

Padre Coache (Tradicionalista. Seguidor de Mn. Lefébvre). «Si Dios se lo ha llevado al cabo de un mes, es porque no quería que reinara. La providencia no quiso ratificar la opinión de los cardenales. Eran incompatibles el Papado con sus bromas continuas, su no coronación...».

CONCLUSIONES

— Diferencia lógica entre la prensa diaria y la semanal al tratar la noticia. Esta incide más en comentarios de fondo, es más crítica.

— La prensa religiosa pone una nota de afectividad y de añoranza por la muerte de un Papa que se había ganado a la gente para la Iglesia.

— La información diaria es rápida y, quizás por lo de las agencias de información, señala los mismos aspectos variados de su persona y de su entorno (la Iglesia).

— La información semanal conformista, de siempre, se dedica a narrar y ofrecer una buena imagen de la noticia con fotos y cierta añoranza de lo per-

didó. Sólo Blanco y Negro incide en la problemática de la Iglesia-Institución en la elección del sucesor.

— Las opiniones de *gentes de Iglesia* destacan la acción del Espíritu Santo en la elección, la sorpresa que supone haber roto los pronósticos estadísticos.

— La prensa más a la izquierda (*Cuadernos, La Calle*) pone especial énfasis en la necesidad de democratización de las estructuras eclesiales y de elección del Pontífice.

Son las únicas que tienen en cuenta la realidad de la Iglesia como institución social que *necesita una transformación al hombre de hoy*.

De todas maneras, *La Calle* es excesivamente simplista en su ataque al Papa Luciani.

En definitiva, una noticia de la que se ha hecho eco toda la prensa y que quizás viene a poner en claro que todavía la Iglesia, como institución social, *merece la pena* aunque sea para criticarla.

BENJAMÍN PAMPLONA

III

IMPRESIONES ANTE LA MUERTE

Esta sencilla comunicación no tiene una finalidad estadística, ni científica, sino que es una reflexión partiendo de dos preguntas hechas en varias Escuelas de ATS femeninas, cuyas edades oscilaban entre los 18 y 25 años. Se les pre-

guntó «*qué ideas tenían sobre la muerte y cómo les gustaría morir*».

Las opiniones que dieron sobre la primera pregunta fueron muy variadas: «la muerte es un paso más de la vida; algo lejano que me da miedo». Muchas de las respuestas coinciden y ven en la muerte un sentido *trascendente*, ideas que expresan de muy diversas maneras: «la muerte es pasar de una vida a otra; esperar algo más; es un paso a algo mejor». Pero tanto en las opiniones que indican un sentido trascendente como en las que no lo señalan, existe una cierta coincidencia en cuanto a lo siguiente: «la muerte es el fin de una etapa, es una liberación, un dejar paso a los otros, el fin de todo».

Respecto a la segunda pregunta «*cómo les gustaría morir*», se aprecia mucho confusión en las respuestas. Aparentemente algunas opiniones parece que se contradigan; al igual dicen que les gustaría una muerte de forma repentina, sin apenas darse cuenta, como al mismo tiempo dicen que les gustaría saberlo con antelación; así, dicen que les gustaría una muerte rápida, pero con tiempo para reflexionar, corta y dándose cuenta: «morir sin pasar por la agonía, morir dignamente, tranquila y fuera del hospital...» Les gustaría estar acompañadas, rodeadas de los que aman y les aman, y a ser posible que les llegara después de haber realizado sus proyectos: haber formado un hogar, cuando no sean necesarios, de edad avanzada...

Otra de las características que se aprecian en las respuestas es el tema del *sufrimiento*; la gente lo teme, no lo quiere para sí, y teme provocarlo en su familia.

IV

LA MUERTE EN NUESTRA SOCIEDAD

Un grupo de religiosas de Tremp y de Segur nos hemos reunido para reflexionar sobre el tema del cursillo; fruto de estas reuniones son las ideas que, de forma muy breve y muy sencilla, expresamos aquí.

Ante este hecho, tan verídico e irrevocable como es el morir, la mayoría de las personas de nuestra sociedad reacciona fría y absurdamente. Debido a la falta de fe, enfocan la muerte como algo final y se hacen estas o parecidas preguntas: ¿para qué vivir si todo acaba aquí? O ¿por qué Dios se ha llevado a esta persona que era tan buena e indispensable en su familia? No comprendemos a este Dios que obra así.

Vemos también que, en la manera de morir, influye mucho la manera cómo se ha vivido y los lazos de cariño y amistad que pueden ayudar a despertar la fe y la esperanza en la vida futura o, por el contrario, pueden servir para la desesperación. Hay quienes piensan pasar bien la vida porque después se acabará todo con la muerte. La juventud opina: ¿por qué mueren los jóvenes y no los viejos que ya no tienen nada que hacer en la vida y nadie necesita de ellos? En esta juventud la muerte despierta más bien rebeldía e indignación, también incredulidad y materialismo.

Finalmente, hay personas que ven en la muerte un hecho tan natural como es el nacer y lo aceptan si no con mirada de fe sí con naturalidad.

EL MORIBUNDO FRENTE A SU PROPIA MUERTE

VIVENCIAS ANTE LA MUERTE

Al que comienza a leer esto le doy mi enhorabuena. Se ha atrevido a afrontar —hacer frente— a un tema que casi siempre eludimos. Encarar no sólo el tema, sino la realidad de la muerte me parece algo muy valioso. Entre otros motivos porque así se canaliza útilmente la ingente cantidad de energía que diariamente gastamos en darle la espalda y huir apresuradamente por mil caminos. Hay mil formas de huir: distraerse, estar superocupado, drogarse, nunca querer hablar de ello. Incluso, cuando se habla empleamos rodeos, eufemismos...

Todo ello ocupa, inconscientemente, una gran parte de nuestra vida. A veces, hartos de huir, nos paramos e intentamos mirar de frente —afrontamos— esa realidad del morir. Otras veces la misma vida nos restringe la muerte de alguien querido por el rostro y no podemos evadir su presencia aunque cerremos los ojos y la mente.

COMO REACCIONAN PSICOLOGICAMENTE LAS PERSONAS ANTE EL MORIR

Ya había *casi* logrado fabricar una contestación ordenada y colocar en un esquema lo que creo saber como respuesta a tal pregunta, cuando el morir concreto de dos personas reales me han hecho sentir lo pretencioso que resulta querer dar una respuesta cabal.

El primero, un hombre jubilado y con múltiples achaques, ha saltado por la ventana de una unidad de cuidados intensivos. Era la enésima vez que ingresaba y sus problemas respiratorios eran gravísimos. Días atrás me había dicho que no aguantaba más la angustia, la soledad, y el verse empeorar sin esperanza de curación alguna. Quería dejar de sufrir. Y quería librar de despreocupaciones y angustias a los suyos. «Mire: tengo que descansar... Ahora tiene para mí pleno sentido eso que oí mil veces del *descanso eterno*... Así no se puede aguantar más. No, no; morir no me da miedo. Lo deseo con toda el alma».

La otra mujer que ha muerto es de edad avanzada. Se ha ido apagando poco a poco. Tenía cáncer, pero ha muerto sin dolores físicos apenas. Pero ha sufrido profundamente en el camino de la muerte: tenía miedo, terror, a encontrarse con el Juez eterno. «Va a ser terrible, horro-

roso...», decía a la vez que, encogiéndose, ocultaba el rostro entre las manos como presa de una gran vergüenza. Hablando con ella, con la sinceridad honda de estas situaciones, no recordaba nada concreto de qué arrepentirse. «Pero, mire; somos tan miserables y Dios tan grande y un Juez tan justo que algo siempre nos encontrará y...» al decirlo volvía a recorrer su cuerpo como un escalofrío y se encogía sobre sí.

Estaba impresionado por lo anterior y he propuesto el tema de las formas de morir a los médicos y enfermeras que estaban presentes. Con varios pretextos se fueron casi todos y me quedé hablando con uno solo. Ambos reconocíamos dentro de nosotros el miedo a morir. Pero más nos asustaba pasarlo mal, sufrir en el *más acá* que lo que hubiese más allá.

El me ha precisado que no temía al momento de morir: «Desde que me ahogué no le tengo miedo al hecho de morir. Sí, me caí a un pozo y pasados los primeros angustiosos tragos, no recuerdo ningún mal rato. Al contrario: de alguna forma que aún no he sabido explicarme estuve como fuera de mí y presente a mi rescate del pozo. Vi cómo discutían apurados la forma de sacarme, cómo me hacían la respiración artificial y mi lenta recuperación. Lo comenté con mis rescatadores y coincidía todo, punto por punto. Algo parecido a las experiencias que se narran en el libro del Dr. Moody *La vida después de la vida*. No sé explicarme bien qué es lo que pasó, pero lo que tengo claro es que no fue algo terrible, sino sencillo. Desde entonces se me quitó el miedo y me esfuerzo por quitarlo a mis pacientes...»

...Que cómo se reacciona psicológicamente ante el morir...

Cada persona de manera diferente y evolucionando a lo largo de la vida. Y no es una respuesta fácil para eludir una pregunta difícil.

He llegado al convencimiento tras haber acompañado a muchas personas a enfrentar la muerte (o a no enfrentarla y eludirla). Hay tantas maneras de acercarse a la muerte como formas de pasar por la vida, al igual que cada uno tiene sus diferentes huellas dactilares. Los ejemplos arriba citados son muestras bien distintas de enfrentarse a *lo desconocido*.

Quizá sea lo primero que hay que constatar: ante la muerte reaccionamos desde nuestras suposiciones (o las que heredamos). *Nadie sabe* qué pasa, qué se siente, al morir. Precisamente porque es una experiencia irrepetible.

Primera y única. Para todos es cierto que morimos, que *eso de morir* ocurre, pero es el mayor misterio que pasa. Para poder contar qué pasa hace falta un sujeto que, habiendo experimentado, lo refiera luego. Pero no hay luego. El que lo tiene que contar se muere cada vez y la forma normal de contar las cosas entre humanos no la puede utilizar.

Pero *nadie* se resigna a *no saber* sobre eso tan importante que nos va a acontecer: morir. No aguantamos la angustia ante lo desconocido y llenamos ese vacío informativo sobre el punto final de la vida con la información que tenemos del punto de partida. El cambio que supone salir de este mundo nos lo imaginamos desde el cambio que supuso entrar la primera vez. Desde cómo nos fue en el nacer, percibimos y suponemos que irá en el morir. No recordamos conscientemente cómo fue el nacer, pero nuestra persona entera está marcada por aquella experiencia básica y también, sin darnos cuenta, tendemos a barruntar la *muerte* (definitiva) y las muertes (cambios importantes y arriesgados durante la vida) desde aquel patrón de cambio y primaria experiencia.

Como el nacer, el morir tiene un *antes de*; igual a estar en la madre, estar en esta madre tierra. Un *tránsito* más o menos difícil de dentro a fuera, del más acá al más allá. Un *después* de, es decir, estar en este mundo, pasar a otro mundo... Como en el nacer, cada uno de los *pasos* tiene aspectos que pueden ser vividos como positivos y como negativos.

Estar dentro de la madre (de un trabajo, de una familia, de un grupo, de un partido) es cómodo, acogedor, seguro, con muchas cosas resueltas, hasta que el propio crecer del feto hace de la situación anterior algo que limita, oprime, impide seguir el desarrollo y se hace necesario salir, romper, liberarse; salir a otro mundo y a otra luz.

El *tránsito* es un camino estrecho, angosto, angustiante; es el momento del cambio con la incertidumbre delante. ¿Cómo me irá por delante?, ¿tendré lo que necesito?, ¿me aceptarán?, ¿me vuelvo o sigo...?

El otro lado, el después de esto permite crecer, expandirse, madurar, realizarse, llegar a la plenitud, a la autonomía. Pero también es el lugar de la soledad, de la lucha propia para sobrevivir, del riesgo de limitarse y perderse.

La muerte es percibida por muchos como la dolorosa y radical *pérdida* de una buena situación. «Ahora que empezábamos a respirar un poco y a disfrutar después de tanta lucha por salir adelante..., la muerte. Cuando ya se empiezan a echar raíces, el ser arrancado de cuajo de este mundo es todo menos grato.

Para otros el mundo, la casa, la familia, el propio cuerpo se vuelven cárcel tan insoportable que el partir, dejar esto, se manifiesta como urgente, liberador. Esta puede ser la explicación de algunos suicidios. Si alguien se vive como disociado de su cuerpo, con el cual no se identifica sino que le considera como un injusto agresor que «me está matando de dolores», puede que intente matar esa *mala vida* que le da el cuerpo con sus sufrimientos y cometa un suicidio. Ese tipo de disociación interior es tan grave que la solemos considerar como perturbación mental y ello justifica que sea tratado médicamente. El suicidio, así visto, sería el intento de matar una mala vida para buscar una mejor situación para *mí* que soy distinto de mi cuerpo.

La muerte así vivida es como dejar un seno materno

para volver a otro más amplio, a la madre tierra. Si las expectativas de lo que puede haber al otro lado —basándose en las experiencias más primarias— son poco halagüeñas, se puede preferir «lo malo conocido a lo bueno por conocer».

El tránsito es siempre vivido con angostura (angustia) y se prefiere, como todos los malos tragos, que sea rápido y sin darse cuenta; que nos eviten la esfera ansiosa de no saber qué va a pasar. Algunos vivencian la vida entera como un continuo paso hacia otra vida, la real, a la que se llega como final de un trayecto incómodo, lleno de avatares, malas noches en malas posadas, siempre a través de un valle de lágrimas.

El más allá es percibido de tan variadas formas... —como la propia disolución y convertirse en nada—. La aniquilación. El encuentro aterrador con quien no me desea, o incluso me odia. La llegada ante alguien que no sólo no me quiere sino que me mira con malos ojos y me hace sentir incapaz de agradarle con nada... El hogar, la meta, el regazo, el descanso feliz y sin riesgos...

Cada cual barrunta, percibe, imagina —inconscientemente— la muerte como le fue en la vida, y sobre todo su aterrizaje en esta vida. De ahí la importancia que se da a evitar en lo posible ese conjunto de vivencias desagradables que han dado en llamarse el trauma del parto.

Son cambios importantes en la vida las *minimuertes* de cada día, no sólo la muerte final, son también condicionados por el cómo hayan sido las primeras experiencias de cambio y muy especialmente la primera importante: el nacer.

Nos angustia —más o menos— dejar a mamá e ir a otras manos; dejar la casa e ir a la guardería o al colegio, dejar el colegio, un grupo de amigos, un trabajo, una pareja. Todos ellos han sido espacios de vivir para nosotros, somos úteros varios y progresivos donde crecimos una etapa. A la vez sentimos la necesidad del cambio para crecer, mejorar. Pero siempre aparece una cierta angustia: «¿Me irá mejor? ¿Me aceptarán? ¿De veras es un paso positivo?» Sin duda nos desanimaría del cambio estar en útero cómodo. Preferimos vegetar a correr riesgos de probar un sitio nuevo. Máxime si en nuestros primeros cambios no fuimos bien recibidos, encontramos dificultades para salir adelante o nos fue tan mal que hubiéramos preferido no dar aquel paso, no haber nacido. Así que cada hombre vive su muerte (sus muertes) desde su propia biografía.

QUE SE PUEDE HACER

Se vive solo. Se muere solo. Los demás nada pueden.

He pensado y meditado esta sentencia de Pascal mil veces; a ratos me resulta tristemente cierta. Otras me rebelo y pretendo *poder* algo frente a mi muerte y a la de los demás. *Algo* que se puede hacer es abrir los ojos e intentar ver lo más posible qué pasa cuando alguien se acerca al morir. Quizá así se puedan dar menos tropezones en los últimos pasos de esta vida. Los últimos pasos en este mundo son importantes. Pero si cerramos los ojos cuando los recorremos, o acompañamos a otros a ciegas, es fácil que el resultado sea dañino para todos. Sólo los niños creen que, cerrando los ojos, lo que ya no veo

no existe. Sólo las avestruces —dicen— resuelven el problema que se les avecina metiendo la cabeza debajo del ala.

Todos deseamos defendernos de la muerte. Pero ciertas defensas son ineficaces e incluso dañinas. Son como cerrar los ojos para no ver un precipicio.

Por lo que he leído, reflexionado y visto, la mayor parte de los humanos tenemos miedo, *miedo* a la muerte en cada una de nuestras células. Un miedo que es la raíz de todos los miedos que nos invaden y aquejan. Aconsejados por ese miedo, iniciamos defensas que nos liberen de la muerte y una de las defensas más elementales y socorridas, la primera, casi siempre es la negación. No me entero. Mejor, «hago como que no me entero» de las cosas que me amenazan y *no oigo, no veo, no siento* cualquier cosa que me recuerde que la muerte está ahí. Rechazo conversaciones o visitas con enfermos. No oigo ni veo mis propios síntomas de enfermedad. Alargo la hora de conocer qué me ocurre... Trato de convencer a otros de que *no es nada* lo que me ocurre. Si admito lo que salta a la vista es haciendo la salvedad de que no es grave. Quizá opte por pensar que la gravedad que anuncian los médicos es una *equivocación* suya. O prefiero, si acepto la gravedad, pensar que existe una técnica eficaz para solucionarlo. Así, indefinidamente afloramos el enfrentamiento negando lo ineludible.

Otras veces, según personas, la difusa, profunda e inevitable amenaza de la muerte la *personalizamos*, toma concreción —y así es más enfrentable y combatible— en sitios, personas más concretas. Así tomamos manía a los ascensores, aparece una fobia a los cuchillos, evitamos unos alimentos, no pasamos por un lugar. Este mecanismo de defensa ante la muerte, la negación, tiene algunos aspectos dañinos. Para el que padece un mal curable, si es cogido a tiempo el *no querer saber* ni oír las advertencias de alarma (dolores, recomendaciones médicas) pueden hacer perder un tiempo precioso. A veces, el que niega la posibilidad grave de morir o de enfermedad es un familiar que impone a su ser querido —esposo, hijo, madre— silencio sobre ese tema rechazado por él. «No digas tonterías», «qué va a ser eso grave...» Es dañino porque en muchos casos el enfermo está consciente, serenamente consciente incluso, de su gravedad y necesitaría diluir su angustia compartiéndola con alguien, hablando con un íntimo... que impone silencio. Muchas veces se le tapa la boca al enfermo obligándole a hacer como que no sabe lo que percibe claramente. Es dañino y desacertado imponer a otro el tratamiento que uno ha escogido para afrontar su propia angustia. Bueno, no es exacto eso de *escogido*. Es un mecanismo —la negación— que opera de un modo inconsciente. Pero esa es la función de esas reflexiones y lo exigible a cualquier profesional o persona que se acerque a un enfermo, por ejemplo. Que sepa estar atento a sus *mecanismos de defensa* para que no los imponga inoportunamente a otros.

No siempre dura, ni es mantenible, la negación de la enfermedad. Las evidencias desde el exterior (otros enfermos con parecido diagnóstico fallan) o desde el propio interior (el progresivo sentirse mal) obligan a la persona a admitir que su mal es grave. En ese momento se puede negociar aún el aferramiento a la vida buscando la salud y la ayuda en cualquiera que pueda ofrecerlo. Sintiendo angustiosamente indefenso, como un niño necesitado de todo para sobrevivir, el enfermo *se somete* a cualquier persona que para él represente posibilidad de ayuda. Ayu-

da afectiva, es decir, necesito que se ocupen de mí, que me hagan caso, y cualquier figura maternal, terrena o celestial es invocada como fuente de ayuda. En los apuros, situaciones dolorosas y desvalidas, en la angustia grave el ¡madre mía!, ¡ay madre!, es como un SOS repetido desde la regresión a la infancia. El sometimiento se da también a la poderosa ciencia salvadora, peregrinando a los casi milagrosos centros sanitarios y poniéndose en manos de quienes encarnan las habilidades curativas sin límites. «Lo que usted diga, doctor». Si los recursos de la ciencia parecen limitados, a la par que aquéllos, también son invocados los recursos celestiales. Pueden implorarse a Dios. Depende de la imagen que de él se tenga. Si es un padrastro bueno y escuchador..., se le pide en directo. Si se le considera lejano o no propicio se puede recurrir a algún santo más cercano y de la familia. El patrón del pueblo o el que más favores concede según las hojas que narran sus maravillosas intervenciones. Muchas oraciones y prácticas religiosas realizadas minuciosamente durante la vida tienen como fin —más o menos consciente— tener derechos adquiridos que garanticen una *buena muerte*. Buena muerte más acá, es decir, sin dolor, en gracia. Buena muerte más allá, es decir, ser bien acogido, ser rescatado pronto de los *intermedios* dolorosos, etc.

Todo este sometimiento a quienes pueden devolverme la salud —en el cielo o en la tierra— tienen ese fin explícito. Recuperar la vida y evitar la muerte y el dolor es el núcleo del *contrato*. La frustración de tales esperanzas, expectativas e ilusiones, llevan consigo una reacción *agresiva* muy importante, a tener en cuenta por varias razones. Primero porque es tan natural como el sometimiento. La agresividad contra el peligro de perder la vida —o contra quien lo encarna— es absolutamente natural y debiera gozar de más tolerancia entre los familiares y cuidadores que sistemáticamente preferimos el sometimiento dócil, tolerante, a manipulaciones, etc. (Se dice que el enfermo ideal es ese, anestesiado. Se deja hacer de todo y no pregunta ni protesta por nada). Segundo, porque la agresividad puede ser expresada a personas que no son responsables y se desorientan o no la toleran porque la consideran a todas luces injusta. Puedes preguntar «¿qué tal estás?» y recibir una lista de reproches en tono desabrido. Puedes replicar airado ante lo que consideras injusto. Todo eso es cierto, como lo es también que el enfermo (el débil, el niño) no expresa su agresión sino a aquel de quien no teme represalias. Es muy frecuente que un enfermo no se atreva a chillar, a expresar su frustración al médico a quien considera culpable de su empeoramiento (por si las represalias) y da salida a su descontento contra una auxiliar de clínica con la que tiene confianza como para no temer rechazos posteriores. La agresión de un enfermo se convierte así en una prueba de confianza, si se sabe ver. También la agresividad indicaría una lucha por vivir, preferible a la pasividad, a la malsana resignación, al echarse a morir.

Estas reacciones —negación, sometimiento, agresividad— son las que observo como más frecuentes en los enfermos que sufren y mueren en los hospitales. La publicidad que hemos hecho del saber médico y de la tecnología disponible ha hecho crecer desmesurada y fantásticamente las esperanzas de los *asegurados*. Junto a ello, los complots de silencios que firman tácitamente el personal sanitario y la familia para *no* informar al enfermo, facilitan que éste no se entere de su destino. Y si lo conoce tampoco le va

a ser fácil romper el curso de silencio que nos defiende de angustiosos temas de conversación, como ¿qué me pasa?, ¿qué se dirá de mí?, ¿qué...?

No he encontrado muchas personas que lleguen al final de la vida aceptando maduramente la muerte. Y no entiendo por madurez el que sea fácil o una *muerte de película* donde el que muere, sereno y sonriente, con voz solemne, tiene una frase para cada deudo. Pero sí se encuentran personas que, si bien dolorosamente, encajan su partida de una forma progresiva y se van despidiendo, desenganchando de esta tierra poco a poco. Lo hacen notar por su desinterés progresivo ante los temas de conversación habitual. No hablan demasiado, e incluso tienden a minivalorar las cosas de acá para que al dejarlas les sea menos costoso. Ese es el momento de acompañar silenciosamente a quien se va. Es la ocasión que exige mayor madurez al que acompaña. Es una oportunidad difícil porque ya no hay nada que *hacer*, ni apenas *decir*, sino tan sólo estar. Estar acompañando, haciéndose presente, sin cháchara inútil es tan difícil, tan escaso... y tan inapreciable. Sí, hay algo que se puede hacer para ayudar al que se va:

— Estar muy atento a no confundir *mis* sentimientos con los del otro.

— No identificarse con el que sufre de tal forma que yo le atribuya mis deseos, mis temores, mis necesidades. No coinciden fácilmente. Casi nunca.

— ¡Es tan cambiante el estado del enfermo grave! Oscila tanto de la negación a la agresividad, de la esperanza a la depresión, que para hacer algo por él la puerta de acceso es *no suponer*, a ojo, lo que siente y necesita el enfermo. Y menos aplicar el remedio fundados en un diagnóstico hecho por intuición. Se impone *preguntar* qué siente y qué necesita ahora cada uno. A semejanza del técnico que en una situación delicada pide frecuentes análisis para saber cuál es el diagnóstico y el tratamiento oportuno en cada momento.

— Es necesario también aprender a descifrar ese lenguaje —*no verbal*— que expresa sin palabras tristeza, deseo de estar solo, de contar algo o simplemente la necesidad de sentirte a ti.

Ante los últimos pasos en este mundo hay mucho que hacer. No poner tropiezos a los pasos vacilantes del que se va. Hacerle un sitio en lugar de empujarle prematuramente y servir de apoyo hasta el momento de la partida.

FIDEL DELGADO
Psicólogo

Comunicaciones

I

FRENTE A SU PROPIA MUERTE

Para poder acercarse al hombre que muere, no a tal hombre, sino al hombre en general, me parece a mí que habría que tener en cuenta situar el acercamiento en un triple nivel:

1. *El nivel fenomenológico*, que se podría traducir por la sentencia tan conocida de que «el hombre muere tal y como ha vivido». En este sentido puedo aportar una rica experiencia que proviene de un campo extremo a lo que conocemos como vida normal: la experiencia en los territorios de la alienación y de la locura. ¿Cómo muere el alienado? Su muerte está impregnada de las mismas reacciones y conductas que le definen como enfermo. Así, el *maniático* se ríe, se excita y toma la muerte a chirigota. El *obsesivo* conjura su miedo mediante ideas fijas, rituales precisos y defensas pobres y enfermizas. El *epiléptico* se adhiere a las cosas, se hunde en el misticismo y se diluye en el cosmos. El *esquizofrénico* fracciona la angustia por una lejana Cosmovisión, mediante una fosilización metafórica que

hace de él «un muerto en vida»; él es ya lo «que no tiene ni siquiera nombre». El instinto de muerte del *impulsivo perverso* o el odio a la muerte que obsesiona a determinados *neurasténicos*, el miedo a la vida que caracteriza a los *anoréxicos*, la curación preagónica que conocen ciertos *delirantes crónicos*, los suicidios casi siempre exitosos de los *melancólicos* y muy a menudo los fallidos de los *histéricos*, los duelos patológicos del enfermo mental a la muerte de otro (shoc emotivo, asociación con un proceso de pérdida material o social), singularmente la del cónyuge, de un pariente próximo, las actitudes frente al cadáver, las pulsiones mortíferas... nos aparecen reveladores altamente significativos. Todas estas reacciones frente a la muerte, que en el enfermo mental, aparecen con nitidez y claridad se hallan, en el hombre llamado normal, más entretejidas y confusas; pero sospecho que son las mismas. Por eso, la muerte del enfermo mental proporciona un acercamiento para poder comprender la muerte del hombre en general.

2. *El nivel de conciencia*. Para poder acercarse a un moribundo es necesario tener en cuenta lo siguiente: «la disarmonía profunda existente entre la muerte cierta de su cuerpo y la muerte

incierta de su conciencia». En la mayor parte de los hombres, la cercanía de la catástrofe fisiológica no destruye la voluntad intensa de vivir. Lo que el lenguaje corriente denomina *combate final* —agonía— es, en la mayoría de los casos, la lucha brutal de una conciencia que se experimenta como permanente y que se revuelve con violencia contra el cataclismo de la muerte. Esta disarmonía se ve mucho más clara en el caso del enfermo mental, pues en él, fisiología y conciencia se han desarrollado por separado. Al contrario del hombre normal, el alienado —diría yo— construye su fenomenología, no sobre la arquitectura del cuerpo, sino sobre los cimientos móviles de su conciencia. Digo *móviles* porque, a diferencia del hombre normal que posee un fundamento ceñido y sólido —su cuerpo— para construir, la conciencia que soporta la fenomenología del alienado es mucho más difícil de limitar; más aún, la conciencia se presenta, en la mayoría de las veces, como ilimitada. Y es aquí donde, a mi juicio, debe uno detenerse. En el hombre normal moribundo ¿no se da un trasvase desde la cuadrícula referencial concreta de su cuerpo, que se está desmoronando y ya no sirve como soporte de existencia, a otro soporte de conciencia? Y desde la luz que

a ser fácil romper el curso de silencio que nos defiende de angustiosos temas de conversación, como ¿qué me pasa?, ¿qué se dirá de mí?, ¿qué...?

No he encontrado muchas personas que lleguen al final de la vida aceptando maduramente la muerte. Y no entiendo por madurez el que sea fácil o una *muerte de película* donde el que muere, sereno y sonriente, con voz solemne, tiene una frase para cada deudo. Pero sí se encuentran personas que, si bien dolorosamente, encajan su partida de una forma progresiva y se van despidiendo, desenganchando de esta tierra poco a poco. Lo hacen notar por su desinterés progresivo ante los temas de conversación habitual. No hablan demasiado, e incluso tienden a minivalorar las cosas de acá para que al dejarlas les sea menos costoso. Ese es el momento de acompañar silenciosamente a quien se va. Es la ocasión que exige mayor madurez al que acompaña. Es una oportunidad difícil porque ya no hay nada que *hacer*, ni apenas *decir*, sino tan sólo estar. Estar acompañando, haciéndose presente, sin cháchara inútil es tan difícil, tan escaso... y tan inapreciable. Sí, hay algo que se puede hacer para ayudar al que se va:

— Estar muy atento a no confundir *mis* sentimientos con los del otro.

— No identificarse con el que sufre de tal forma que yo le atribuya mis deseos, mis temores, mis necesidades. No coinciden fácilmente. Casi nunca.

— ¡Es tan cambiante el estado del enfermo grave! Oscila tanto de la negación a la agresividad, de la esperanza a la depresión, que para hacer algo por él la puerta de acceso es *no suponer*, a ojo, lo que siente y necesita el enfermo. Y menos aplicar el remedio fundados en un diagnóstico hecho por intuición. Se impone *preguntar* qué siente y qué necesita ahora cada uno. A semejanza del técnico que en una situación delicada pide frecuentes análisis para saber cuál es el diagnóstico y el tratamiento oportuno en cada momento.

— Es necesario también aprender a descifrar ese lenguaje —*no verbal*— que expresa sin palabras tristeza, deseo de estar solo, de contar algo o simplemente la necesidad de sentirte a ti.

Ante los últimos pasos en este mundo hay mucho que hacer. No poner tropiezos a los pasos vacilantes del que se va. Hacerle un sitio en lugar de empujarle prematuramente y servir de apoyo hasta el momento de la partida.

FIDEL DELGADO
Psicólogo

Comunicaciones

I

FRENTE A SU PROPIA MUERTE

Para poder acercarse al hombre que muere, no a tal hombre, sino al hombre en general, me parece a mí que habría que tener en cuenta situar el acercamiento en un triple nivel:

1. *El nivel fenomenológico*, que se podría traducir por la sentencia tan conocida de que «el hombre muere tal y como ha vivido». En este sentido puedo aportar una rica experiencia que proviene de un campo extremo a lo que conocemos como vida normal: la experiencia en los territorios de la alienación y de la locura. ¿Cómo muere el alienado? Su muerte está impregnada de las mismas reacciones y conductas que le definen como enfermo. Así, el *maniático* se ríe, se excita y toma la muerte a chirigota. El *obsesivo* conjura su miedo mediante ideas fijas, rituales precisos y defensas pobres y enfermizas. El *epiléptico* se adhiere a las cosas, se hunde en el misticismo y se diluye en el cosmos. El *esquizofrénico* fracciona la angustia por una lejana Cosmovisión, mediante una fosilización metafórica que

hace de él «un muerto en vida»; él es ya lo «que no tiene ni siquiera nombre». El instinto de muerte del *impulsivo perverso* o el odio a la muerte que obsesiona a determinados *neurasténicos*, el miedo a la vida que caracteriza a los *anoréxicos*, la curación preagónica que conocen ciertos *delirantes crónicos*, los suicidios casi siempre exitosos de los *melancólicos* y muy a menudo los fallidos de los *histéricos*, los duelos patológicos del enfermo mental a la muerte de otro (shoc emotivo, asociación con un proceso de pérdida material o social), singularmente la del cónyuge, de un pariente próximo, las actitudes frente al cadáver, las pulsiones mortíferas... nos aparecen reveladores altamente significativos. Todas estas reacciones frente a la muerte, que en el enfermo mental, aparecen con nitidez y claridad se hallan, en el hombre llamado normal, más entretreídas y confusas; pero sospecho que son las mismas. Por eso, la muerte del enfermo mental proporciona un acercamiento para poder comprender la muerte del hombre en general.

2. *El nivel de conciencia*. Para poder acercarse a un moribundo es necesario tener en cuenta lo siguiente: «la disarmonía profunda existente entre la muerte cierta de su cuerpo y la muerte

incierta de su conciencia». En la mayor parte de los hombres, la cercanía de la catástrofe fisiológica no destruye la voluntad intensa de vivir. Lo que el lenguaje corriente denomina *combate final* —agonía— es, en la mayoría de los casos, la lucha brutal de una conciencia que se experimenta como permanente y que se revuelve con violencia contra el cataclismo de la muerte. Esta disarmonía se ve mucho más clara en el caso del enfermo mental, pues en él, fisiología y conciencia se han desarrollado por separado. Al contrario del hombre normal, el alienado —diría yo— construye su fenomenología, no sobre la arquitectura del cuerpo, sino sobre los cimientos móviles de su conciencia. Digo *móviles* porque, a diferencia del hombre normal que posee un fundamento ceñido y sólido —su cuerpo— para construir, la conciencia que soporta la fenomenología del alienado es mucho más difícil de limitar; más aún, la conciencia se presenta, en la mayoría de las veces, como ilimitada. Y es aquí donde, a mi juicio, debe uno detenerse. En el hombre normal moribundo ¿no se da un trasvase desde la cuadrícula referencial concreta de su cuerpo, que se está desmoronando y ya no sirve como soporte de existencia, a otro soporte de conciencia? Y desde la luz que

proviene del moribundo y del enfermo mental ¿no habría que reconsiderar las definiciones y lecturas reductoras que se tienen sobre el hombre? Esta reconsideración antropológica afectaría necesariamente a nuestro conocimiento del *yo profundo*. En efecto, el hombre es habitado, irrigado y movido por una energía infraconceptual; esta energía comienza en nuestros tiempos a ser conocida y nombrada. Pero, más allá de lo nombrado, más allá de lo que todavía no ha sido dicho y, sobre todo, de aquellos quedará siempre sin poder decir, la conciencia humana parece vehicular una matriz que es preexistente a toda práctica de integración y que de ninguna manera se puede reducir al conjunto de objetos interiorizados.

3. *El nivel de la praxis pastoral.* El alienado y el moribundo trastornan siempre nuestros esquemas fáciles sobre el hombre. Ellos nos manifiestan algo muy importante, una verdad sobre el hombre casi siempre escamoteada: «que la conciencia del yo, que se intenta reducir a los límites de la corporalidad, se convierte en una tarea personal. Esta tarea, si quiere ser creadora —no limitativa—, debe enfrentar el símbolo lingüístico más importante que tiene el hombre: el símbolo de la *vida*. En el ámbito de la lucha por la existencia, vida significa sólo *supervivencia*. Pero hoy es posible mantener hombres vivos sin que ellos se enteren y esto hace cuestionar el significado de la palabra vida. La medicina, que está obligada al mantenimiento de la vida, tiene absoluta necesidad de saber qué es lo que puede ser llamado *vida humana*. Ya no vale aquello de que la vida se entiende por sí misma, y que se da y se recibe sin intervención humana. Como definición provisional, nos puede servir la de Moltmann: «Vida humana es la vida aceptada, amada y vivida experiencialmente». Allí donde la vida no es aceptada, amada y experimentada ya no estamos ante una vida humana. Ahora bien, en las sociedades industriales y bien atendidas médicamente, se propagan hoy de manera alarmante la pobreza experiencial, la apatía y la falta de interés. Pero la monotonía de nuestra vida sin pasión no puede curarse técnicamente, sino sólo mediante la superación de las *culturas de la soledad* que hemos producido, mediante la pluralidad cultural que supone el vivir con los que son diferentes de nosotros, y mediante la aceptación consciente de los dolores que traen consigo todas las diferencias y todos los conflictos.

El hombre, en este sentido, sigue siendo un ser a quien se le ha impuesto que mantenga en pie el sentido de su vida, aún en medio de la enfermedad

y de cara a la muerte; y precisamente cómo las afronta. Y este sentido de su vida no es la salud. La salud está más bien al servicio de este sentido.

MARIANO GALVE
Psicólogo
Capellán del Sanatorio Psiquiátrico
San Baudilio de Llobregat

II

EL ENTORNO FAMILIAR ANTE EL MORIBUNDO

Morir nos repugna a todos, nos angustia y nos escandaliza. Todos anhelamos la vida. En lo más íntimo de nuestro ser llevamos impresa la semilla de eternidad.

Por ello, nuestra primera actitud ante la muerte es de rechazo y de rebeldía. Por eso también luchamos contra la muerte, con todas nuestras fuerzas.

Según como se mire la muerte, es un fin o un comienzo. Así el cristiano tiene una respuesta de esperanza ante la muerte. Para él la muerte es gozar de la vida verdadera, junto a Dios. Es el gran paso que lleva al otro lado de la vida, el encuentro eterno con los que ama y que le han precedido en la fe.

Aunque la muerte nos interpela diariamente y los creyentes le damos respuesta desde la fe, si un día la vemos cerca, entre nuestros parientes, nos quedamos desarmados. Es una realidad dura que provoca en su alrededor: dolor, angustia, temor, soledad, experiencia de separación vital. Vamos a ver las manifestaciones de algunos familiares ante esta triste experiencia.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LAS REACCIONES DE LOS FAMILIARES

Muchos factores contribuyen en la actitud que tomen los familiares ante el proceso de muerte, de nuestros pacientes.

El grado de parentesco, educación y formación de los individuos. Cuanto más cercano, más próximo sea el ser querido que se muere, con mayor intensidad se vive esta realidad y más dolorosa es la separación. La problemática familiar en la relación. Interés o cariño entre ambos. La madurez de su fe. Pues el cristiano tiene una respuesta al dolor y a la muerte desde Jesucristo.

En nuestra sociedad se palpa últimamente, un descenso en la escala de valores humanos. Constatamos una gran crisis de fe. Esto lleva en ocasiones a tomar actitudes frías ante la muerte de sus seres queridos. Se toma interés se-

gún la utilidad de la persona. En una sociedad materializada estorban los ancianos y las personas que no rinden. Así nos encontramos con personas que se sienten despreciadas por el ambiente familiar o social, que desean la muerte.

Se ha hecho tanta propaganda de los bienes materiales, que por poseerlos hemos ido eliminando los sentimientos más preciados. El amor a nuestros progenitores, a nuestros mayores y a nuestro hermano el prójimo. Ojalá no caminemos hacia una agonía del amor. Como consecuencia de absolutizar los valores materiales hemos perdido la fe en los valores trascendentales y vemos la muerte más como fin de una existencia terrena, que como encuentro con Cristo y realización plena del ser humano. Mons. Echeagaray, presidente de la Conferencia Episcopal francesa decía este año: «Tenemos que redescubrir el sentido de la muerte, sin disfraces... La forma como una civilización afronta la muerte en el horizonte de la vida, es un criterio decisivo de su respeto por el hombre».

Dentro de toda esta variedad de situaciones personales y ambientales, se pueden dar por parte de la familia, actitudes positivas y negativas. Comencemos por presentar actitudes positivas.

ACTITUDES POSITIVAS

Rodear al enfermo de mucho amor, de comprensión. Ayudarle a realizar la síntesis de su realización existencial, recordándole todo lo bueno que ha hecho. ¿Quién mejor que la familia conoce al enfermo? La persona que mejor se ha realizado es la que muere con mayor paz.

Infundirle confianza y seguridad en el médico y en el servicio del Hospital. No consentir que el ánimo decaiga. Abrirle a la esperanza. Yo he podido percibir gestos grandes, hermosos, de amor... de entrega... Esto no pasa desapercibido al paciente. No dejarle solo.

Cuando la familia sabe comportarse bien, ayuda al enfermo, dándole confianza y optimismo, consecuencia de la seguridad que comporta el saberse querido y apoyado.

Si se trata de un paciente cristiano ayudarle a que acepte el valor religioso y sobrenatural en el plano redentor. Descubrirle el valor de esta dimensión cristiana, la aceptación de la muerte.

La familia que se preocupa del bien del enfermo, descubre la personalidad de él, sus valores y sus aficiones al personal facultativo y asistencial del centro, con lo que logra una mejor colaboración de todos, e intensifica la atención por el paciente.

Observemos ahora, las actitudes negativas.

ACTITUDES NEGATIVAS

Infundir miedo e inseguridad. Pesimismo e incertidumbre. Incomprensión hacia el enfermo, porque no están preparados para comprender toda la carga que el propio paciente sobrelleva de angustia y de temor. Cansancio y abandono. Se da con más frecuencia en enfermedades largas. Se da también en personas que han sido egoístas, no son amadas. Muchas veces el termómetro del valor personal de un enfermo es el observar como se comportan los familiares.

Actitud de sobreprotección, están en todo, aumentan la ansiedad del paciente y es una barrera para el equipo médico. Esto se da generalmente en las relaciones de madres con hijos.

Algunas familias presentan verdaderas dificultades a la hora de preparar religiosamente al paciente, para morir; son un obstáculo a la presencia del sacerdote. Lo justifican diciendo que se va a impresionar mucho y que esto será causa de su muerte. Ante todo esto, veamos lo que debemos hacer.

En este binomio enfermo-familia el equipo asistencial del Hospital tiene una misión que cumplir, pues de su relación con la familia dependerá en muchos casos la orientación necesaria para la buena actuación de ésta y se podrían evitar en gran parte fallos, como los citados.

La familia puede ser una puerta para entrar en el mundo del enfermo, en esa situación concreta de angustia ante la muerte. Ella nos podrá facilitar datos, para una mejor relación con él. Puede ser una fuente de información que nos ayude a descubrir posibilidades para que pueda morir cristianamente, dando sentido a su vida.

CONCLUSION

Hemos visto que el pensamiento de la muerte nos conmueve profundamente, repugna a la naturaleza humana. Pero que al descubrir su verdadero sentido, desde la vertiente cristiana, nos abre a una esperanza gozosa en Cristo Resucitado. Sin embargo no es ésta la disposición, con que el medio ambiente responde a la muerte.

Es verdad, hemos observado actitudes negativas en ciertos familiares, que entorpecen y no ayudan en estos últimos momentos. Con todo, podemos subrayar que abundan más los gestos de interés, de solidaridad, de amor con el paciente grave y sobre todo con el moribundo. Se agotan todas las posibilidades para salvarle. El nivel humano, queda bastante bien cubierto por parte de la familia. No es así respecto al nivel religioso.

No afrontamos la muerte desde una

dimensión cristiana. En general no estamos preparados para morir. Convendría vivir, día a día el Misterio Pascual de Cristo al que estamos vinculados por el Bautismo. La experiencia diaria de aceptar o rechazar la voluntad de Dios, en los acontecimientos, nos prepara para aceptar o rechazar la muerte.

El acto de morir está ordenado a realizar perfectamente la sumisión de la libertad humana a la divina.

El hombre en la muerte se condena cuando rechaza definitivamente en ella la posibilidad que Dios le ofrece de acceder libremente a su propia perfección personal, en la perfecta comunión con él. En esta decisión, trata de hacer absoluto lo que es transitorio.

El hombre en la muerte se salva cuando acepta definitivamente en ella el orden divino y coopera libremente con Dios para realizarse según sus designios, en su pleno ser personal, a la existencia natural y sobrenatural. Esta salvación era imposible para los hombres sin la intervención de Cristo.

Así pues, desde la muerte de Cristo el creyente puede percibir un sentido trascendente a su dolor y a su muerte: la muerte ha perdido su aguijón. La muerte no es sólo manifestación del pecado, sino que es el acto supremo de sometimiento del hombre a Dios.

Este es el acto supremo de la fe.

Esta fue la muerte de Jesús de Nazaret, la última consumación y realización de su vida. Este puede ser también el último y radical sentido de la vida del creyente.

Como conclusión me pongo este interrogante. ¿Cómo vivimos el Bautismo los cristianos, cuando no sabemos afrontar la muerte desde el misterio de muerte y resurrección de Jesucristo?

Hna. ESPERANZA VIDAURRE

III

ACTITUDES Y SENTIMIENTOS DEL MORIBUNDO

NADIE HA PODIDO CONTAR SU PROPIA MUERTE

Al querer exponer actitudes y sentimientos, aceptación o experiencia de morir nos encontramos ante grandes dificultades ya que nadie ha podido contar nunca su propia muerte.

Lo que conocemos sólo son recuerdos de situaciones de moribundos, interpretaciones de la muerte de otros, siempre condicionadas a la subjetividad del espectador o del que le asiste.

El hecho de morir es cada día más solitario, más mecánico, más deshumanizado sobre todo si se cae en un centro en circunstancias críticas o de ur-

gencia. El moribundo en estos centros se verá rodeado de médicos, enfermeras que solícitos van prescribiendo cuidados y tratamientos, pero el enfermo pasa por unas circunstancias para él nuevas y manifiesta actitudes y sentimientos muy diversos a medida que van pasando las horas y los días de su enfermedad.

Ante la noticia o presentimiento de su enfermedad grave la primera actitud es la de *negación*, «no puede ser», «se han equivocado», «este médico no entiende», «quizás otro...». Estas y otras parecidas exclamaciones salen de sus labios, pero a los pocos minutos como una defensa y como queriendo negar lo anterior cambia bruscamente y habla de su dolencia como una cosa sin importancia, «con esa inyección que me han puesto me encuentro mejor y podré ir pronto a casa».

La envidia, el resentimiento, «¿por qué a mí?», «¿qué mal he hecho?». «Tantos ancianos, gente que vive sola... ¿Por qué a mí? ¿Por qué he de ser yo?... Ahora que tengo un nuevo trabajo... tengo tantas cosas entre manos».

Más tarde se contenta a sí mismo y hace pactos. «Si me curo iré a...» «Si me pongo bien os convidaré —dice a sus familiares y amigos— a una fiesta...» «Iré a ver a la Virgen de...» Hace pactos y promesas a Dios y a los hombres.

En el curso de su enfermedad viendo que los tratamientos no dan el resultado que él desea se proyecta agresivo y desconfiado contra las personas que le rodean. Los familiares, él cree que ya están cansados, que molesta. Los médicos, «ya no tiene tanto interés, hoy viene más tarde»... «Quizás otro». Las enfermeras se convierten en blanco de su disgusto, tocan continuamente el timbre, no tienen bien la almohada, el agua ahora es caliente, luego demasiado fría. No se le acierta a contentar. El origen de todo esto no tiene nada que ver con las personas, en el fondo es producido por el *miedo* y *soledad* que sienten.

Ante este miedo, esta soledad los moribundos reaccionan de distinta manera; desde el que tiene una visión infrahumana cercana al mundo animal en donde la muerte no representa más que la suerte reservada a los animales. Para otros el hecho racional les lleva a una actitud fatalista, de rebelión. Hasta los que con una perspectiva iluminada por la fe en el misterio de Cristo Resucitado sienten el consuelo de una esperanza gloriosa. Pero todos ellos sienten un profundo miedo y se sienten completamente solos.

¿Miedo a qué? Miedo a la enfermedad, al tratamiento, a las personas que le cuidan, miedo a la separación de los que ama, miedo al desenlace, sobre todo miedo al dolor.

El miedo se encuentra en toda clase de personas, viejo o joven, pobre o rico, de ciudad o de pueblo.

Este miedo parece normal pero el sentimiento es distinto entre el miedo a la muerte y el miedo a morir yo.

Todos hemos conocido enfermos que aceptan la muerte pero les da miedo morir.

Esta realidad del miedo a morir es difícil de tratar, las ayudas prestadas técnicas y humanas son limitadas, todo ser vivo lucha por su propia conservación y esta lucha se hace viva y patente en el moribundo que se da cuenta que la vida se le escapa de las manos.

La soledad. Nunca el hombre se encuentra tan sólo como ante la muerte. El es el que ha de dar el paso.

Es cierto que muchos enfermos mueren rodeados de familiares y amigos, técnicos en medicina o enfermería, pero en medio de todos ellos se sienten sumamente solos. Todos se preocupan de su estado, su pulso o su respiración... El moribundo oye opiniones, discusiones sobre su estado, idas y venidas, se siente hombre objeto-averiado. Seguramente quisiera mejor que se le escuche, que una persona se detenga ante él sin prisas para darle la mano, para estar a su lado con serenidad.

Todos hemos oído de labios de moribundos: «Por favor no se vaya, no me deje solo, tengo miedo». Desea sentirse amado, que alguien le acompañe, que le dé esperanza.

Según el esquema sociológico, de cultura, edad, momento, y causa condicionan a la persona a manifestar sus sentimientos y asumir su propia muerte.

El estilo de la muerte de cada individuo acostumbra a ser el resultado de su historia personal, social, cultural y religiosa.

La muerte no la podemos concebir como algo fuera de la vida, con lo cual termina todo, sino como el paso que nos lleva a la verdadera vida. También hemos visto morir hombres y mujeres de fe dándoles el verdadero sentido a su muerte.

El mensaje cristiano sobre la muerte es un mensaje de Pascua, de Gloria. La muerte para el hombre de fe es el paso que le da posibilidad para el encuentro definitivo con Dios.

Cuando estamos preparando al hombre para vivir, le estamos preparando para morir y asumirla con dignidad.

REMEI MARTÍN

IV

EL MAXIMO ENIGMA DE LA VIDA

Se constata fácilmente que, en general, nos sentimos asidos a la vida tem-

poral, latiendo en lo más íntimo de nuestro ser el instinto de conservación que impele a apurar todos los medios para alargar nuestra existencia.

No deja de ser significativo, aunque no pase de anécdota, lo que se cuenta sobre la respuesta que diera un venerable sacerdote a su coadjutor cuando éste le preparaba a bien morir. Le consolaba y animaba ante el próximo y feliz encuentro en la *Casa del Padre*.

Respuesta del sacerdote:

—«Sí, però com a caseta enlloc».

A pesar de todo ello:

«Nuestras vidas son los ríos que van
[a dar en el mar,
que es el morir...

Partimos cuando nacemos; andamos
[mientras vivimos,
y llegamos al tiempo que fenecemos.
Así que cuando morimos *descansamos*».

Ojalá le sea dado al moribundo disfrutar del *descanso verdadero*, obtenido tras un trabajo meritorio. En cualquier caso, el trance de la muerte es obligado e ineludible con lo que lleva de dolor, de resistencias, de temores, de zozobras, de angustia y... de *esperanza*.

El moribundo ante su propia muerte es el tema al que se refiere la presente *comunicación*.

Existen actualmente comportamientos muy dispares ante la muerte, desde las concepciones filosóficas que le conceden un puesto central, «ser destinado a la muerte», hasta la eliminación práctica del problema. Por lo tanto, la actitud adoptada ante la muerte depende de la vivencia, flojedad o nulidad de las relaciones entre Dios-hombre, del contexto del propio temperamento, formación recibida, ambiente, diferencias profesionales, estado, edad, creencias, pasiones, sicopatías y otras circunstancias personales o de relación humana.

Adelantamos que estas situaciones y consiguientes actitudes del moribundo condicionan o modifican notablemente la acción del sacerdote, y de otras personas meritísimas que colaboran con él, en el cumplimiento de su deber pastoral y asistencial.

Las diferentes actitudes del moribundo al pasar por la crisis trascendente de la muerte fueron expresadas de este modo por el egregio obispo catalán Dr. Torras y Bages:

«La mort a uns fa paor,
a altres enveja,
a alguns els té indiferents,
i als electes els excita noble desig».

Los que han elaborado esta *comunicación* consideran muy certeras las palabras del citado obispo, las asumen como propias y quisieran explicarlas brevemente.

PAVOR. Ya lo dijo el filósofo Aristóteles: «Es la muerte la cosa más terrible entre todas las terribles». Terrible para quienes lo visible encierra el valor supremo y ven como se disipa por momentos. Sobre el lecho del incrédulo la muerte inminente no proyecta más que sombras, a menudo desesperantes que le llegan de tres puntos: del pasado, del presente y del futuro.

Del *pasado*, si es que ha sido mal andado y no se abre a la conversión reparadora. San Francisco Javier, hablando de sus ocupaciones en la India, dice que una de ellas era «visitando los enfermos, ayudando a bien morir». Y añade: «Esto es muy trabajoso de hacer con personas que no vivieron muy conformes a la ley de Dios». Esta observación del santo misionero con vigencia universal y permanente tiene, sin duda, aplicaciones muy actuales.

Terrible por el *presente*. Aflicciones de tipo físico y psicológicas. Rebelde; cuerpo que sufre, luz que se apaga, soledad que se avecina, impotencia personal y circundante, desasimientos desgarradores, hundimiento del propio ser sin posibles valedores, desesperación...

Imagen horrible del *futuro*. Materialmente: sepulcro, disolución. Olvido. Moralmente: dejemos la respuesta a la Fe que nos habla de Justicia pero también de Misericordia.

ENVIDIA. Envidian la muerte de otros quienes desean la propia. Se ha dicho que «vale más la muerte que la vida amarga». Una enfermedad incurable, sobre todo si es crónica y dolorosa; el desamparo de personas allegadas, el temor de ser gravoso a los demás, la carencia de recursos con que hacer frente a los dispendios y otras causas circunstanciales pueden incitar el deseo de la muerte y aún provocar un desenlace trágico, sobre todo cuando el paciente desconoce el valor moral del sufrimiento y no le sostiene el apoyo de la Fe. Son posturas, que humanamente se explican, faltas de recursos sobrenaturales, los únicos que pueden aligerar y aún desvanecer y sublimar las angustias.

INDIFERENCIA. Se puede dar esta actitud por motivos diversos: Debilidad mental, abulia, estoicismo, atrofia de facultades y carencia de objetivos biológicos y de visión escatológica; se carece de convicciones hondas y no existe ambición de metas. Puede ser un resultado del ateísmo o el paradero del agnóstico. Para el humanismo contemporáneo, existencialista, la muerte es sólo «una situación de límite», ligada a la naturaleza humana como tal y reducida a un fenómeno biológico. Con este enfoque se da paso al hedonismo integral que tiene un antiguo slogan «comamos y bebamos y mañana moriremos». Por

otra parte, se va notando una especie de conspiración del silencio para morir en la clandestinidad con tendencia a ocultar la gravedad al moribundo, disminuyendo su protagonismo: que muera sin darse cuenta y no cree problemas a los sobrevivientes, que a no tardar suprimirán signos de luto.

Sin embargo, la actitud de indiferencia ante la muerte puede tener un sentido diferente y positivo, fruto de un ascetismo sano y con matiz sobrenatural. Es el santo abandono del justo, la pureza de intención y de afectos desordenados según la fórmula ignaciana o la perfecta disponibilidad paulina (Filip. I, 20). En el fondo, amor y paz.

NOBLE DESEO. Son los anhelos de las almas encumbradas, de los santos y de los fieles, que anteponen la vida eterna a la terrena, ávidos de la unión consumada con el Señor que «llama, justifica y glorifica» (Rom. 8, 30). Son aquellos que comparten con el Apóstol «el deseo de morir y estar con Cristo», y hacen suyos los suspiros de la Mística Doctora: «Es tan grande mi destino y tan alta vida espero que muero porque no muero». Y añadía «Me da consuelo oír el reloj: porque me parece que llego un poquito más a ver a Dios». Sin apuntar tan alto podríamos citar largamente ejemplos de almas sencillas a las que hemos visto enfrentarse con la muerte, manifestando una envidiable serenidad. Y es que la postura del hombre de fe, a pesar de la resistencia natural que ofrece la separación del alma y del cuerpo, no puede reflejar la rebeldía recalcitrante del animal que es llevado al matadero; porque sólo es un *hasta luego*, según expresan las últimas palabras de nuestro Credo. «El máximo enigma de la vida humana» según llama el Vaticano II a la muerte (Gaudium et Spes, 18), se transfigura por la fe en trance luminoso, a imagen de la Muerte de Jesucristo Resucitado. Entonces no es el hecho de morir, sino la *vivencia* de la muerte, su sentido, lo que diferencia el morir de los creyentes de la

muerte del incrédulo. Bajo las tumbas palpitan las palabras de Jesús que nos hablan de resurrección y de vida, como en el sepulcro de Betania. ¿Crees esto? —preguntaba el Maestro a las hermanas afligidas—. Por la gracia de la Fe nos es dado otear la perspectiva refulgente que arrancaba del corazón de Pablo estas palabras encendidas: «Para mí la vida es Cristo, y la muerte, ganancia» (Filip. I, 21).

Las actitudes ante la muerte, a las que anteriormente hicimos referencia, vienen a ser exponente de hechos constatados y vividos tanto por sacerdotes, dedicados a tareas pastorales y especialmente en sus contactos con los enfermos, como por Religiosas que prestan su abnegada asistencia en Centros Hospitalarios.

Y concretamente ha podido comprobarse que la enfermedad constituye como una espada de dos filos. Puede sumir paulatinamente en el desánimo o abatimiento o por el contrario constituir un medio positivo para la santificación y purificación. Más de uno ha podido manifestar sinceramente «Ahora creo, porque he sufrido».

Pero en sentido contrario, sobre todo en enfermedades largas, ocurre algún caso en que a la serenidad y apacibilidad de ánimo de los comienzos han sucedido estados de amargura y crispación, cuando el paciente se consideró como casi desahuciado. No faltan con todo, como antes dijimos, detalles consoladores, reflejo del proceso fecundo del dolor que tras ir purificando el alma se manifiesta con sentimientos de alegría, con olvido de recuerdos tenebrosos, lastre de una vida que fenece. Se muere plácida y serenamente y en paz.

Para finalizar se nos ocurre a los comunicantes hacer esta indicación. Lo importante no radica en adoptar una actitud especial ante la muerte, sino en adoptarla frente a la vida, informada por las virtudes teologales y asumiendo íntegramente la dimensión histórica personal.

DÍOCESIS SEO DE URGEL

V

EXPERIENCIA PERSONAL

Soy religiosa. He padecido una enfermedad grave. Según diagnóstico, un tumor maligno. Me aplicaban sesiones en la bomba de cobalto. Oía cómo las hermanas de la comunidad, los familiares y médicos hablaban en voz baja; yo lo observaba todo en silencio. Me di cuenta de la situación. Profundicé en mi fe y en el más allá. Pedí fortaleza al Señor, especialmente en la Eucaristía, que recibía diariamente y procuré unir a los suyos, mis sufrimientos. ¡Cómo recordaba yo entonces a los pobres enfermos y unía (especialmente en las noches de insomnio) sus dolores a los míos, para juntos ofrecerlos a Cristo!... El me iba dando una fuerza extraordinaria y me sentía feliz en medio del sufrimiento, con una felicidad profunda, que sólo su gracia puede conceder.

Me sentí pecadora, pero confiando en Cristo Salvador, pedí reconciliarme de todo lo que en mi vida no estuviera de acuerdo con su voluntad. Pedí también la Unión de Enfermos (a la que asistieron la comunidad y familiares) esperando que el Señor, dueño de la vida y de la muerte, me concedería la una o la otra, según su voluntad. Dios me dio la gracia de hacer el acto de aceptación a la muerte con serenidad y esperanza. «Yo me la imaginaba como el paso por un túnel muy oscuro, o como cuando le cogen a uno por el cuello y le dejan sin aliento y pasado esto, *el encuentro definitivo y eterno con el Señor*».

Poco a poco fui recobrando la salud. No sé si los médicos se equivocaron, o el Señor oyó las súplicas que se hacían por mi curación, pues creo que para Él, nada es imposible. Poco a poco también fui aceptando de nuevo la vida, no sin cierta nostalgia, pero soy feliz y espero que cuando me llegue la muerte de verdad, el Señor me dará su gracia para aceptarla, con fe y esperanza.

SENTIDO TEOLOGICO DE LA MUERTE

El giro antropológico de la filosofía contemporánea ha concedido una decisiva importancia a la investigación sobre la muerte, descubriendo lo que ella representa para una cabal *comprensión del hombre*. No sólo la filosofía, sino también la teología se ocupan hoy del tema con interés y profundidad desusados. La muerte ha dejado de ser objeto exclusivo de la escatología para ocupar el puesto que le corresponde en la antropología teológica. Por la experiencia cotidiana creemos saber qué cosa es la muerte, y así se ha pasado con excesiva rapidez a la cuestión de qué viene *después* de la muerte, como si ahí empezara la teología de la misma.

Y, sin embargo, la muerte oculta necesariamente en sí misma todos los misterios del hombre; es, como dice la G. et S. del CV II, el punto en que el hombre se torna de la manera más radical problema para sí mismo, y por cierto un problema que sólo Dios puede resolver. Además, el cristianismo es la religión que conoce la muerte de un hombre como el suceso más fundamental de la historia de la salvación y de la historia universal. La muerte no es algo que suceda *en* el hombre, sino es aquello en que el hombre mismo *se realiza* en su condición definitiva.

No es fácil fijar con alguna precisión lo que es la muerte o lo que ésta significa. El existencialismo alemán (Heidegger y Jaspers) ha contribuido a crear, con sus lúcidos análisis, una hermenéutica de este «máximo enigma de la condición humana»; sus resultados obtienen hoy un amplio consenso entre filósofos y teólogos, y a ellos parece aconsejable atenerse en una primera aproximación al tema.

Ante todo, es menester dejar bien sentado que la muerte es el *fin del hombre entero*. Ser espiritual y corpóreo, el hombre es la criatura donde el espíritu se *materializa* al *exteriorizarse* y la materia se *espiritualiza* al *interiorizarse*. Todo hombre es corporeidad traspasada por lo anímico y espiritualidad que toma forma en lo corporal. La corporeidad, insertando naturalmente al hombre en un contexto material y haciéndolo solidario del cosmos, posibilita su despliegue dinámico en el mundo; la *mundaneidad* de la persona es uno de sus factores *constitutivos*. Y siendo el cuerpo potencia del YO (=alma) y expresión de la *interioridad* humana, es el medio en que tiene lugar todo encuentro con *el otro*. Encuentro imprescindible para el autodevenir de la persona: ésta no puede llegar a sí misma en el autosolipsismo existencial; necesita de la comunidad, del diálogo con un tú situado a su mismo nivel, para ganar reflejamente su *propio yo*. Pues bien: todos estos elementos constitutivos de lo humano son radical-

mente afectados por la muerte. Ella es: disolución de la unidad (espíritu-materia) del ser; sustracción de la esfera de lo mundano; ruptura de las relaciones con el otro. Ningún otro evento incide tan categóricamente sobre la persona, la penetra con tan cortante impulso. La muerte no es sólo negación de la vida, es el eclipse del *sujeto de la vida*. Es pura y simplemente el *fin del hombre*. Hay que reaccionar contra la extendida banalización de la muerte, que la reduce a fenómeno epidérmico, como si ella aconteciese a un *cuerpo* adecuadamente distinto del alma o del *hombre* ; es el *hombre entero* quien muere y morir significa *cesar de ser* .

En segundo lugar, la muerte es *la posibilidad por excelencia del hombre* . Si éste es un ser en devenir, si existe como proyecto, como el ser que anticipa constantemente su futuro, entonces se confunde, en cierto sentido, con sus posibilidades: *es* en la medida en que va *actuando* progresivamente éstas. Pero la posibilidad más propia y distinguible del hombre es la muerte. Ella es la única certeza ineludible que posee acerca de su futuro. Asimismo es la única posibilidad *factible* desde que comienza a ser. Es, en fin, la posibilidad *absoluta* ; no sólo porque, siendo la última, relativiza a todas las demás, sino también porque las demás refieren a otros seres, haciendo germinar nuevas posibilidades, mientras que ésta despoja a la persona de toda referencia; en lugar de relacionarla, la des-relaciona abruptamente. De ahí se sigue la caracterización del hombre como *ser para la muerte* . Los restantes seres vivos llegan al fin, mas no son *para* él; les falta esta ordenación intrínseca, dinámica, hacia la muerte, que singulariza al hombre. Todas estas consideraciones obligan a concluir que no se dará una existencia *auténtica* fuera de reconocimiento de la muerte como la posibilidad más peculiar, irreferible e intransferible del poder ser del hombre.

En tercer lugar, la muerte goza de *una constante presencia en la vida* . La índole histórica del hombre, con su típica *capacidad prospectiva* —en virtud de la cual el futuro se hace intencionalmente presente—, unida a su *natural finitud* —que le hace apto para morir en cualquier momento—, otorga a la muerte un señalado carácter de inminencia. No basta considerarla como el evento terminal; su sombra se proyecta sobre el entero curso de la vida. Al final de ésta se encuentra, no el puro *quid* de la muerte misma, sino el remate de un proceso que el hombre ha iniciado tan pronto como comenzó a ser. Esta *presencia* de la muerte en la vida impone al hombre la obligación de tomar postura ante ella; la *existencia* situada frente a su límite irrebalsable, perennemente albergado en

su entraña, puede y debe *morir la muerte*, y no sólo *expirar*; no soportarla pasivamente, sino *obrarla*. La *muerte-acción*, lejos de ser una actividad al interior del expirar mismo, es el *hecho de la vida* encarnada en un existente que se reconoce como *ser para la muerte* y que usa de su libertad en consecuencia. En cuanto *naturaleza*, el hombre padece la muerte como necesidad impuesta. En cuanto *persona*, ha de ser para él la acción de su libertad. *Tiene que optar* ante ella: no puede rehuir la responsabilidad que le incumbe ante su posibilidad más propia y decisiva. La *muerte-acción* totaliza y consume la vida; confiere al hombre su *acabamiento* y lo identifica con su destino¹.

Todos estos elementos, detectados por la investigación filosófica, son transferibles al plano teológico; el resultado de tal transposición (que entraña, como es obvio, modificaciones no irrelevantes) es la interpretación cristiana de la muerte. Los puntos centrales que aparecen en una teología de la muerte, tal como los presenta la investigación actual, los vamos a agrupar alrededor de *cuatro aporías o paradojas* que se encuentran en la muerte.

1.^a PARADOJA: *La muerte es la suprema pasión y la suprema acción del hombre*. Es el acto menos libre, y es el acto más libre. La muerte no es para el hombre ni el mero final de su existencia ni la pura transición desde una forma de existencia a otra, la cual mantuviera la forma esencial de la anterior, a saber, una temporalidad no concluida: la muerte es más bien el *principio de la eternidad*, en la medida en que en esta eternidad se pueda hablar de un principio. Toda realidad creada, el mundo, *crece* en las personas corpóreo-espirituales y por ellas, cuyo cuerpo esta misma realidad creada es en cierto modo, y por la muerte de estas personas va entrando esta realidad en su propio destino definitivo. Con todo, esta consumación que va madurando desde dentro, implica a la vez, en una oculta unidad dialéctica, *ruptura y final desde fuera* por una intervención imprescindible de Dios, por su venida por el juicio, cuyo día nadie sabe. Por eso la muerte del hombre es un suceso *recibido pasivamente*, frente al cual éste como persona se siente *impotente y extraño*; pero también es *autoperfeccionamiento personal*, la *propia muerte*, una acción interna del hombre (entiéndase bien que hablamos de la muerte misma, y no simplemente de una externa toma de posición del hombre frente a ella).

La muerte reviste, pues, ambos aspectos. Por un lado, el *final del hombre como persona* espiritual es un *perfeccionamiento activo* desde dentro, un ir activamente hacia la consumación, un creciente engendrarse que *conserva* el resultado de la vida, y un acto por el que la persona *toma posesión plena de sí misma*, y una plenitud de la realidad personal libremente desarrollada. Y, por otro lado, la muerte del hombre en su totalidad como final de la vida biológica es a la vez, en una forma que afecta indisolublemente a la totalidad del hombre, *ruptura desde fuera*, destrucción, de manera que la *muerte propia* desde dentro por la acción de la persona misma es *simultáneamente* el acto de la *más radical impotencia* del hombre, es la *más alta acción* y el *más alto padecimiento en un solo acto*.

Y dada la unidad sustancial del hombre, no es posible distribuir estos dos aspectos de la única muerte entre el cuerpo y el alma del hombre, disolviendo así la auténtica esencia de la muerte humana. Es suprema *pasión*: es la cumbre de la *concupiscencia*. Es una terrible necesidad. En ella, la dificultad de integrar toda la naturaleza en la persona por la decisión libre llega a su grado máximo. Esta pasión embarga al hombre totalmente desde fuera, sin que le garantice que esta muerte le va a alcanzar en el momento en que él desde dentro ha consumado ya la tarea de esta vida. Es, como diremos en otra de las paradojas, el *aplastamiento total*.

Pero también es suprema *acción*, ya que sin embargo, y a pesar de todo lo dicho, la misma muerte debe también ser asumida por la persona, por su libertad, y convertirse en el acto más radical y supremo de su libre decisión. La libertad va creando la historia, la propia historia, al realizarse temporalmente. Esta temporalidad discurre entre el nacer y el morir, y en ella se consume la eternidad del hombre. El hombre es esencialmente *historia irrepitible*. Cada decisión nace en continuidad con la anterior. Lo que ha sido, le ayuda luego al hombre a ser lo que será en el futuro. Hay siempre una continua *re-proposición* de todo lo anterior en la opción actual. En el momento último y supremo de la persona, el hombre es aquello que libre y definitivamente se ha hecho, y, en este momento último, *confirma* y *radicaliza* para la eternidad lo que es porque ha querido serlo. La última decisión no es un acto más que se añade a los demás en forma de mera adición. Se da, como en toda decisión de su vida, según hemos dicho, una *re-proposición* de toda la vida anterior. De ahí que la muerte no sea un *acontecimiento* al fin de la vida, sino *algo* que tiene una continua *actualidad axiológica* dentro de la vida misma, de suerte que durante la vida toda se vaya muriendo en este *sentido activo*.

Así, el hombre alcanza con su muerte la *consumación total* de su *autogeneración personal*. El hombre, pues, *hace* su muerte, no sólo la *padece*, como la plenitud de sí mismo. Por eso la muerte *está presente en cada acción libre*, por la que el hombre dispone con su libertad sobre la totalidad de su *naturaleza* y se hace *persona*. En este sentido el fin del hombre, la *muerte-propia*, es *consumación activa desde dentro*. La muerte es el acto del hombre en el que logra totalizarse y disponer de sí para siempre. Es el acto supremo de la libertad. Es la opción suprema que abarca toda la vida. La pasión suprema, pues, se convierte en la acción suprema.

Si la libertad es, ante todo, disposición de la persona sobre sí misma en orden al fin; si en toda persona el pasado no se pierde, sino que va configurando el presente y el futuro, entonces resulta que el hombre, a medida que el tiempo transcurre, *acumula* en su interior los frutos de sus opciones, que pasan así a ser realidad dada, presente, medio en el que la libertad se mueve hacia el porvenir. Y como estos frutos no son meros residuos estáticos, ni posesión adyacente a la persona, sino su *autodevenir*, ésta llega, en ellos y por ellos, cada vez más a sí misma. Cuando el futuro se agote (puesto que una auténtica historia importa un auténtico término), el hombre se encontrará con el cúmulo inmenso de sus realizaciones, de todas sus realizaciones; esa suma continuamente potenciada no será otra cosa que la fiel imagen de lo que el hombre ha querido ser como persona: será el hombre llegado a

* Tomamos estas ideas de J. L. Ruiz de la Peña en sus dos obras: *La otra dimensión* (Madrid 1975, pág. 309); *El hombre y su muerte* (Burgos 1971).

sí mismo. El razonamiento supone, pues, de una parte, una recta comprensión de la *historicidad humana* (el hombre como ser persona-libre se va construyendo a sí mismo, va creando su persona con lo que le es dado: su naturaleza), y, además, la *presencia de la muerte en la vida*, con la consiguiente toma de postura ante ella (que es lo que venimos llamando la *muerte acción*).

El tránsito de lo *cambiante* a lo *definitivo*, que sucede en la muerte, no es, por tanto, efecto de un acto *puntual* (tesis de la opción final); en la estructura immanente de la existencia humana se halla inscrita la posibilidad de *llegar* algún día a la *consumación* a través de las opciones con que el hombre va creando su ser-personal. Si la vida tiene sentido, y no es un juego absurdo, como pensaba Sartre, la muerte debe dar al hombre el *permanecer* durante la eternidad lo que el quiso *ser* durante el tiempo, y ello no en virtud de una nueva decisión, que evacuaría irremediablemente la vida misma, sino en cuanto suma totalitaria y aun potenciada de las actitudes vividas y acumulación sin futuro del entero pasado, convertido ya, de forma irreversible, en presente eterno. Al ser la muerte anulación de toda posibilidad de devenir, es la facticidad consumada.

2.^a PARADOJA: Podemos formularla de esta manera: *la muerte es a la vez aplastamiento y victoria*. Experimentamos la muerte en la economía actual como *un no tener que ser tal como de hecho es*. El hombre no debería morir *así*. Desde que nacemos tenemos un secreto deseo de plenitud. Nace de la exigencia de la *trascendencia* por parte del ser-personal aun considerado en un aspecto meramente humano. Nos dice la filosofía que «el hombre no es hombre más que depasándose a sí mismo». Pero además la vida divina, que desde el comienzo anida en nosotros, aumenta esta sed de perennidad, y contradice, por tanto, *este género* de muerte, tal como se da después del pecado. La criatura está siempre imantada, mientras vive, por el poder de la vida divina que la llama y opera en ella; por eso experimenta un secreto espanto ante la muerte. El hombre concreto, que somos nosotros y que vive en este mundo, no debería morir *así*. Sin el pecado hubiera habido una muerte biológica, pero no de aplastamiento y oscuridad, sino de triunfo y de victoria. Ahora, en cambio, se nos presenta siempre *encubierta*, a causa de las estructuras de pecado y de la situación que conforman la economía actual, como nos pone de relieve la explicación actual de la doctrina del llamado pecado de origen. No sabemos si la llegada de la muerte será un acontecimiento de salvación o no. Encierra ahora la muerte en sí este misterio, *oculto* para nosotros, de la cercanía o lejanía del Dios inconcebible. El hombre se entrega sin condiciones. Por tanto, ahora, después del pecado, la muerte es *experiencia de aplastamiento y oscuridad total*. Y debió ser, y *debe ser*, y *es* en el cristiano, lo que hubiera sido, de *triunfo y de victoria*. ¿Cómo? Se transforma para el justo en verdadera *experiencia* de la gracia de Cristo, del mismo Cristo (El es la gracia), aunque a-conceptual y a-temáticamente, ya que es en pura fe, que esencialmente es oscura; oscuridad, sin embargo, que no impide la verdadera *experiencia*. Es la *Luz* que brilla en medio de la *oscuridad*. El *aplastamiento*, pues, se convierte en *victoria*.

Fuera de la revelación, no se puede dar una respuesta unívoca y significativa, real y existencialmente, a la cuestión de la muerte. Vive en el hombre una secreta protesta

y un inextinguible horror frente a este fin. Una antropología metafísica no puede explicar este hecho. Es aquí donde se presenta la revelación, la teología. Porque si no interpretamos los datos desgarradores, que la experiencia nos proporciona, a la luz de la Palabra de Dios, corremos el riesgo de describir al hombre, como lo han hecho algunos filósofos, como el ser abocado hacia la nada y la desesperación. Pero la Palabra de Dios nos dice algo más —aun dentro de la angustia encubierta— sobre las relaciones entre la gracia y la muerte. La muerte que, de suyo, es experiencia de vacío, se transforma para el justo en experiencia de Cristo: en ella advienen Cristo y su gracia a la medula de mi ser desgarrado. Entonces el justo cree en la misericordia de Dios, confía su vida al regazo del *Padre* y le ama en la entrega absoluta. Según que el hombre quiera entender y superar autónomamente esta muerte postlapsaria (sustraída a su disposición), que él realiza como acción personal durante toda su vida, o bien que *se abra en una disposición* incondicional de fe al Dios incomprensible, su muerte será o bien una repetición y confirmación personal de la emancipación pecadora del primer hombre frente a Dios, y así se convertirá en el punto culminante del pecado, en el pecado mortal definitivo, o bien la repetición y apropiación personal de la muerte obediente de Cristo (Fil 2, 8) (por la que El ha injertado en el mundo mismo su vida divina), y con ello pasará a ser el punto culminante de la acción salvífica del hombre. En tal caso la configuración con la muerte de Cristo, anticipada en la vida por la fe y los sacramentos, ahora se consume personalmente y se traduce en un bienaventurado «morir en el Señor» (Apoc 14, 13), en el cual la experiencia del final desemboca en la irrupción de la consumación y de la victoria.

3.^a PARADOJA: Y como consecuencia de la anterior, podemos formular así la siguiente aporía o paradoja: *La lejanía de Dios se convierte en su máxima cercanía*. La *lejanía de Dios* que se experimenta en el momento de morir se puede expresar plásticamente en la penúltima palabra de Cristo en la cruz: «Padre mío, ¿por qué me has abandonado?». El hombre no quiere morir, sobre todo al sentirse irremediamente avasallado por este último estado en que queda completamente deshecho, sin ver nada de después. Es la experiencia máxima de la *concupiscencia*, en el sentido teológico moderno, como incapacidad total de disponer de sí mismo en el orden personal, sintiéndose el ser humano en el máximo desvalimiento y abandono. Siente una impotencia radical para decir el *sí* total al que constituye su único y definitivo *Bien*. Más aún: el *Bien* supremo al que es menester decir *sí* es una voluntad que nos pone en estado de muerte. Ahora bien: la muerte es una catástrofe al ser arrancado uno de sí mismo. El más allá —Dios— es lo absolutamente no-disponible. Existe sólo disponiendo, pero se sustrae a toda disposición. El hombre no puede manosearlo, no puede forzarlo, ni siquiera objetivarlo apresándolo en su red conceptual, está infinitamente lejano. El más allá está presente en la ausencia, nos habla callando, se nos acerca huyendo de nuestra curiosidad. No nos está permitido un contacto directo con El, ni siquiera nuestra mirada puede caer incisiva sobre su luz. Porque El es la absoluta trascendencia de libertad y de amor. La amplitud abarcadora que todo lo acoge en sí y puede acogerlo, por estar su esencia en *infinita lejanía*, tras la cual no sólo no hay

nada, sino que ante ella la determinación incluso de una nada carece de sentido, *tal amplitud abarcadora no puede ser apresada*.

Pero esta *lejanía de Dios*, dentro de la fe, se convierte en su *máxima cercanía*. Es la que también expresa Cristo en su última palabra: «Padre, en tus manos pongo mi espíritu» (Lc 23, 43). Nuestro acto de morir es asumido por el mismo Cristo, con quien el cristiano tiene una verdadera comunión de vida. Mi muerte se convierte formalmente en la muerte de un miembro real de Cristo, más aún, mi muerte es la misma muerte de Cristo, como lo enuncia Pascal de manera muy conforme al núcleo más fundamental de la teología paulina: «Cristo está en agnía hasta el fin de los siglos». Es extraño y misterioso, sin duda, pero real, y el punto más central del misterio de Cristo y, consiguientemente, del misterio del cristiano. Hay, pues, una verdadera apropiación de nuestra muerte por parte de Cristo. Por consiguiente debe darse también la *experiencia* íntima y real de la *cercanía de este Dios* que de nuevo muere en mí. Esta *experiencia* inmediata —aquí es un caso particular y concreto de la misma— es una de las piezas fundamentales de la teología actual, particularmente por lo que se refiere al área de la antropología. Por la Fe como actitud y opción, nuestra muerte se incorpora a la de Cristo que la hace suya. De un modo especial, por lo tanto, se experimenta la cercanía de Dios. Y esta *experiencia* inmediata ha de hacer superar nuestra angustia, nuestra debilidad, nuestro horror a la muerte. Soy levantado fácilmente a la altura de todas las exigencias del bien y soy tomado, teniendo verdadera experiencia de ello, por uno más fuerte que yo, y puedo ir, y aun voy, ante los horrores de la muerte con la misma fuerza que ha sostenido a Cristo mismo en la cruz. Hay todavía más: el Cristo que asume mi muerte es el Cristo ya resucitado, el Cristo que ha vencido la muerte; hay, pues, algo de triunfal en el cristiano que muere; está cierto de su victoria.

La muerte es la condición de nuestra opción para el bien total, pero este bien, al cual debemos decir *sí*, no es impersonal, es Dios mismo. La muerte es condición de mi ser, en la que mi mirada debe reencontrar y sostener la mirada de Dios. La muerte, definida existencialmente, es el encuentro inmediato, sin velo, con Dios. El hombre sale de su monólogo interior en que se interroga a sí mismo, en el que es dejado a su propio consejo, arrancándose a sí mismo las respuestas a las cuestiones que él mismo se pone: tal es la condición del filósofo. Claro que es diferente la condición del cristiano: es el diálogo con Dios. Pero, con todo, es un diálogo vacilante, durante la vida, una conversación intermitente, un encuentro confuso con Dios, a través de puras imágenes, de símbolos, de velos, de pantallas que nos esconden a Dios, más que nos lo manifiestan, como expresa santo Tomás al hablar de la teología negativa. Morir es encontrar la mirada sin velos, es captar una voz que nos dice: «¿Quién eres tú?, ¿qué quieres?, ¿cuál es la cualidad profunda de tu ser?», estas cuestiones existen ya en toda mirada humana, pero a la mirada de Dios nada es posible ocultar. Su mano arranca la máscara que nos disimula en esta vida, y nos fuerza a sostener su mirada. Sólo la podrá sostener quien se sepa asumido en la muerte por Cristo. Entonces no verá más que la mirada del Padre, del mismo modo que Dios encuentra en este cristiano la mirada de su Hijo querido.

4.^a PARADOJA: Y con esto pasamos a la última aporía o paradoja de la muerte, que no es más que una consecuencia de todo lo dicho. *Esta muerte que se experimenta desde nosotros, en un primer momento, como un «quiero que no sea», se convierte en el cristiano en un «quiero que sea»*. De suyo, la muerte se nos presenta como una terrible necesidad, ella será siempre, como dijimos, rompimiento desde fuera, destrucción, pasión que embarga al hombre incalculablemente desde fuera, sin que se le garantice que esta muerte le va a alcanzar en el momento en que él desde dentro ha consumado ya la tarea de su vida. La muerte es tijeza de las Parcas, ladrón nocturno, despojamiento y reducción del hombre a impotencia, precisamente acabamiento. De ahí que la naturaleza en la economía actual *no quiere que sea*. Sin embargo, ya que el hombre es también persona, y la función de la persona es asumir libremente su naturaleza, la muerte debe también ser asumida por la persona en un acto radical y supremo de su libre decisión. Pero, el hombre ¿podrá querer la muerte?

La llamada de Dios, que nos invita a una nueva vida de intimidad amorosa con El, transforma nuestro espíritu. Desde que nacemos vive en nosotros un secreto deseo y anhelo de *plenitud*; nuestro ser *desea* con todo el ímpetu de su existencia la vida absolutamente feliz. Se encuentra en el hombre una dinámica hacia la *consumación de su persona* en transformación glorificadora sin abandono de la figura corporal. El hombre en su dinamismo, que en su raíz es conocimiento y amor, es el *ser de la absoluta e ilimitada trascendencia*. Esta trascendencia se nos presenta como el más allá, hacia el que tiende nuestro ser personal. Es el *ser más* al que tendemos, y de que habla en su filosofía Gabriel Marcel; no nos puede satisfacer sólo el *tener más*. Este *tener más* actúa sólo de *droga* mientras estamos en este mundo y no nos encontramos satisfechos. Pero siempre y constantemente resuena en lo más hondo de nuestro ser, y aflora más o menos en la conciencia según las circunstancias, una fuerte llamada incoercible hacia la *trascendencia*, que es una manera de expresar filosóficamente este *ser más* al que dinámicamente tendemos todos sin excepción. Un agnóstico como J. P. Sartre dirá que esto es «una pasión inútil», ya que no admite la trascendencia, pero lo importante es que también él afirma esta misma *sed* de trascendencia que forma lo más íntimo del *corazón* humano, tomando corazón por centro de la personalidad, como hacían los semitas. Sartre ha de llegar a afirmar que el hombre es un absurdo. Ahora bien: la muerte en la fe y en la experiencia inmediata de Dios, de que hemos hablado, se nos presenta como la *realización* perfecta y definitiva de esta *trascendencia*. Ella es la que nos descubre de una manera eficaz, que nuestro ser no es sólo para este mundo, aunque sea ser en el mundo; que vivimos para un más allá, y que a través del aquí y el ahora de nuestra realización temporal nos dirigimos hacia el *absolutamente otro* que trasciende todo espacio y todo tiempo.

El hombre vive consciente y constantemente ante el Dios de la vida eterna, aunque no lo *sepa* refleja y conceptualmente y no lo quiera creer, es decir, aunque no pueda convertirlo en objeto singular de su haber por una reflexión meramente hacia dentro. Dios es para todo hombre el *hacia donde*, inexpresable pero *dado*, de la *dinámica de toda vida personal* en el ámbito de su existencia. Este ámbito de su existencia radica, está fundado de hecho

por Dios, es decir, es elevado sobrenaturalmente, y así Dios es un *hacia donde* dado *meramente a priori*, pero siempre dado, consabido sólo inobjetivamente, pero que sin embargo permanece siempre dado y sentido en toda conciencia. La fuerza de la gracia es configuradora de la ilimitación *concreta e histórica* del espíritu humano. Tal espíritu tiende, pues, irremisiblemente a la *cercanía de Dios*, cercanía inmediata. La única razón de ser del hombre concreto es la posesión del amor personal e íntimo de Dios. Hacia El se dirige desde el fondo de su ser en una ordenación inevitable que le *determina* real y ontológicamente.

La muerte es, pues, la *realización de la trascendencia*. Por consiguiente, cuando el hombre, iluminado por dentro, cesa en alguna manera de padecer el *encubrimiento de la muerte* —es la razón de ser de la fe, como vivencia interna—, ve, como creyente, en la misma muerte la única y definitiva manera, la única y definitiva posibilidad que está en la línea de su total realización personal de trascendencia. Esta trascendencia es aquello para lo que él está estructurado desde lo más hondo de su ser personal, potenciado además en la misma línea por el Pneuma de Cristo. De ahí que el *quiero que no sea* se convierta en un *quiero que sea*, tanto más fuerte cuanto mayor sea la vivencia de su fe. Ya no es una muerte de aplastamiento sino de triunfo y de victoria, como dijimos en otra paradoja. Así hubiera sido siempre la muerte sin el Pecado. Y para que ahora *sea así* nos ayuda Cristo a nosotros de un modo particular en este momento.

Resumiendo todo lo dicho en estas cuatro aporías o paradojas de la muerte, tal como nos la presenta la teología hoy en su reflexión sobre el contenido de la fe, podemos decir: En la muerte queda el hombre arrancado de sí mismo; se le priva de toda posibilidad —aún de su último resto— de referirse y regirse por sus propias fuerzas. La acción total de su libertad, en cuanto decisión, consiste en que *o lo da todo o se le roba todo*, en que se enfrenta a la radical desposesión de sus poderes con un sí lleno de fe y de esperanza en el Misterio sin nombre, al que llamamos Dios, o quiere mantenerse todavía a sí mismo, protesta contra esa caída insondable, y piensa, sin fe, sin esperanza, que al caer en la inmensidad de Dios está cayendo en los abismos de la nada.

La muerte puede ser un *acto de fe* y un *acto de pecado mortal*. Para comprender bien esto, hay que considerar que ese acto de la muerte no se produce necesariamente en el momento físico al que se refieren la medicina y el lenguaje vulgar, al hablar del *exitus* y de la muerte al final de la vida. Morimos a lo largo de la vida referidos siempre al final del morir. Cada momento de la vida es un tramo del camino que se dirige a ese término, que lleva dentro de sí ese final como elemento esencial, de la misma manera que en un disparo se puede saber por su trayectoria en qué blanco va a dar. La vida es, por tanto, la verdadera muerte, y lo que solemos llamar muerte es el fin de ese morir que se extiende a lo largo de la vida toda, que ocurre en la vida misma y llega a su definitiva perfección en el final de la muerte. Esa vida va muriendo y ese morir en vida es precisamente el *acto permanente de fe* en el que se está disponiendo rectamente de nosotros, es la aceptación voluntaria del destino, la renuncia previa por el conocimiento de que se ha de renunciar a todo y de que solamente por esa pobreza de la aceptación del destino se hace uno libre para la

feliz inmensidad de Dios que dispone de nosotros. Entonces la muerte es un *acto de fe*. O también, esa vida que va muriendo es pavoroso y violento retener de lo que se nos quiere escurrir, la protesta tácita o expresa contra el ir muriendo en vida, la conciencia de frustración del deseo de vivir, que cree que ha de arrebatar violentamente la felicidad por el *pecado*. La muerte que se realiza a lo largo de la vida es, por tanto, realmente el *acto de fe* lleno de fe y de confianza, que da al hombre el valor de dejarse dominar, o es el *pecado mortal*, la soberbia que dispone de sí misma, el miedo y la desesperación al mismo tiempo.

Para acabar, voy a proponer en forma de interrogaciones, algunas cuestiones que tienen actualidad dentro de lo que dice hoy la teología acerca de la muerte, y que apoyándonos en parte en lo dicho, pueden ser contestadas en los diálogos que podemos tener:

— ¿Es necesariamente el hombre *mortal*, y lo hubiera sido aun que no se hubiera dado el pecado? ¿El concepto de muerte en la Biblia, tanto en el AT como en el NT, es biológico o es pura y solamente religioso? ¿Cómo interpretar lo que el Magisterio nos dice a través de los Concilios?

— ¿En qué sentido la muerte tiene carácter de *castigo* actualmente en nuestra economía concreta de pecado, a pesar de ser ella en sí algo enteramente natural, y que hubiera sido igualmente el fin de toda vida terrena del hombre, aunque éste no hubiera pecado?

— ¿Hasta qué punto este carácter de castigo (a pesar de la naturalidad de la muerte) puede ser no sólo creído, sino también en cierto modo *experimentado* por el hombre de esta economía actual y concreta?

— ¿Es la muerte expresión y manifestación del pecado *porque es castigo* puramente impuesto *desde fuera* por Dios, o, esta relación hay que concebirla al revés, de suerte que el castigo es *algo intrínseco* (no «impuesto desde fuera»), y en tanto es castigo en cuanto es expresión y concorporación del pecado?

— ¿Qué momentos en la muerte (ya que es fenómeno pluridimensional) son fundamentales en su carácter de castigo? ¿Qué dependencia tienen pecado mortal y muerte?

— ¿Qué significa propiamente lo que dice la Escritura acerca de la muerte: que es una expresión del poder dominador de Satán?

— ¿Hasta qué punto la muerte, según la Escritura, puede también ser considerada como consecuencia de los pecados personales?

— ¿En qué sentido la muerte, en sentido teológico, es no sólo un acontecimiento al fin de la vida, sino algo, que tiene una *actualidad axiológica* dentro de la vida misma, de suerte que durante toda la vida se muera?

— Si la muerte es concebida como *acción*, la cual, por medio y a través de toda la vida es llevada a cabo, ¿cómo es posible una teología de la muerte de Cristo como acontecimiento salvador? y ¿cómo tienen unidad interna las proposiciones: «que nosotros somos salvados por la obediencia de Cristo» y «que nosotros somos salvados por su muerte»? ¿cómo de la teología de la muerte de Cristo se deduce y desarrolla la teología de la muerte del cristiano? Este, como bautizado, no muere la muerte como castigo propio del pecado.

JOSE M.^a FONDEVILA
Teólogo

Comunicaciones

I

BREVE ENSAYO DE REFLEXION TEOLOGICA SOBRE EL MORIR

Hablar de la muerte es siempre difícil. Lo sabemos por experiencia todos los que hemos tenido que pronunciar una homilía en algún funeral que nos afectaba de cerca. Sin embargo, la muerte está aquí, todos los días, y su implacable presencia bien requiere unas palabras. Palabras que no sean evasión. Sino respuesta. Nosotros los cristianos poseemos esa palabra. Es Jesucristo. Así pues, comenzaremos por la muerte de Jesús. En El confluye todo según nuestra creencia. No es sólo «la imagen del Dios invisible», sino la clave de bóveda de la humanidad (Col 1, 15-18). «Ahí tenéis al hombre». Centramos por lo tanto nuestra reflexión en la muerte de Jesús. Lo haremos partiendo de la descripción que nos brindan los Sinópticos, la cual es ciertamente teología, pero con pretensión de historicidad más clara que en el cuarto evangelista. Diríamos que éste hace teología histórica, mientras que los otros hacen historia teológica. La distinción es importante, toda vez que son los acontecimientos el manantial de donde brota la salvación, y en cuanto tal, la base en que se fundamentan la pregunta y la respuesta acerca del hombre desde Dios.

Añadamos que nos agrada más referirnos al *morir* que a la *muerte*. *Morir* parece más concreto, más activo. Sugiere todo un proceso. En cambio, la *muerte* implica cierto grado de abstracción, la fijación verbal —definición— de un estado fijo y definitivo. Con todo, es inevitable, y aconsejable en ocasiones, el empleo del sustantivo, a despecho del afán de superarlo.

LOS GRITOS DE JESUS AGONIZANTE

● Marcos y Mateo nos transmiten un lamento de Jesús que tiene todos los visos de autenticidad: «Dios mío, Dios mío ¿por qué me has abandonado?» (Mc 15, 34; Mt 27, 46). Si el Crucificado —hecho ya de por sí asaz escandaloso— no hubiese proferido estas palabras, ¿quién habría tenido la osadía de ponerlas en boca suya? Admitiremos, pues, que son de El y demos un paso adelante preguntándonos cuál sea su significado. Las respuestas son variadas. Mas si queremos mantenernos fieles a

la seriedad en que nos sitúan los evangelistas, no podemos despacharnos con una explicación sospechosamente piadosa como sería la siguiente: Jesús iniciaba simplemente la recitación del salmo 21, aun sabiendo muy bien que Dios nunca le abandonaría. No es válida esta suposición por no responder al porqué precisamente de este salmo, ni al porqué cobran tanto relieve las palabras iniciales, que significativamente incluso se nos transmiten en arameo. En resumidas cuentas, prescindiendo de prejuicios teológicos, tales como el de que Jesús *había* de saberlo todo, y considerando que, a buen seguro, no estaba en la cruz para oratorias, sólo cabe una interpretación correcta: sus palabras quieren decir lo que dicen. Es a saber: la desgarradora y desolada experiencia del abandono de Dios. Porque no es un clamor insólito. Culmina toda una retahíla progresiva y degradante de abandonos, de entregas, que Marcos destaca con toda intención. Judas —el amigo— pone a Jesús en manos del Sacerdote; éste —la autoridad religiosa legal— le entrega a Pilatos; Pilatos —la autoridad civil— le entrega a los soldados; la soldadesca —crueldad ciega—, a la cruz; y en el instante postrero el último y firme apoyo —el Padre— le entrega, le abandona a su infortunio. Infortunio de criatura humana, hija de esta concreta casta humana —la nuestra—, que nace, crece y... muere. «Dios mío, Dios mío». No «Padre mío» o «Abba», según la expresión habitual de Jesús. Quien ahora clama se siente no tanto *el Hijo* como el heredero de una raza débil, percedera. Pecadora. «A quien no conoció pecado le hizo pecado por nosotros» (II Cor 5, 21). Por encima de El se cierne, sin paliativos, todo el absurdo: la muerte del Justo; toda la injusticia: la muerte del Profeta; y todo el dolor: la muerte del Siervo. Como dice González Faus, Jesús muere porque nosotros morimos y porque nosotros matamos. De lo cual expresa la tragedia con toda acritud el grito que estamos comentando.

● Sin embargo, el clamor de Jesús moribundo no termina con la queja desgarradora al ver que todo se hunde bajo sus pies ante la mirada impasible de Dios. Lucas escribe: «Jesús, dando una gran voz, dijo: Padre, en tus manos entrego mi espíritu» (Lc 23, 46). Palabras del salmo 30 a las que se ha añadido el sello auténtico de los labios de Jesús. Este sello es la palabra *Padre*. Es la postrera *gran voz*. Es con seguridad la que Marcos y Mateo mencionan

sin explicitarla (Mt 27, 50; Mc 15, 37). Es, ciertamente, el último gemido de la fe. El Crucificado no expira en la rebelión airada, en la pasiva conformidad, en la retórica vacía, o en la esperanza de un mejoramiento social futuro y anónimo. Muere lanzándose con filial y activa confianza en brazos de Aquel que le ha abandonado. Y precisamente por haber tocado fondo en su identificación con la miseria humana —«descendió a los infiernos»—, es este grito de confianza incomparablemente serio y radical. Se entrega al Padre *desde dentro*. En consecuencia, tal entrega será meritoria (He 5, 7-8). Y podrá llevar a cabo la transformación salvífica de la realidad que hizo suya, según el viejo aforismo soteriológico: tan sólo se cura lo que se asume. Jesús obra la *transubstanciación* que convierte el signo de intento de realización autónoma del hombre en signo de donación libre a la paternidad amorosa de Dios. Naturalmente, el Padre no podía en modo alguno permitir «que su santo viese la corrupción». Por lo mismo, «a este Jesús lo resucitó Dios» (Act 2, 31-32). La resurrección representa la intervención decisiva del Padre en favor de su Ungido. Mas esta gesta —la suprema—, aun siendo imprescindible en nuestra reflexión, puesto que resultaría injusto no mencionar la respuesta de Dios al infortunio del Hijo, excede ya de los hitos que nos hemos señalado aquí, pese —repetámoslo— a ser su luz de todo punto necesaria para hallar el sentido de la muerte del Abandonado.

EL MORIR DEL CRISTIANO

● Con razón se ha observado que la muerte humana es el último peldaño de una vida hecha de pasión y de acción. En cuanto al primer aspecto —pasión—, el morir constituye el punto culminante en que gravita la contingencia y toda la conflictividad del hombre. Es la derrota que el pensamiento clásico describía como disolución del compuesto humano: la separación de alma y cuerpo. La envuelven el fracaso y la oscuridad. No solamente en atención al futuro incierto, sino también porque el morir es en sí mismo oscuro y temible. A tal punto, que ninguna explicación ni creencia llegarán jamás a ingurgitar del todo la negrura que rebosa. Por tal motivo, ni la pretendida inmortalidad creatural del alma ni la propia fe en la resurrección anulan el escalofrío que provoca. Mas ¿de dónde procede esta irreductibilidad del morir?

Procede del hecho que la muerte, siendo como es un fenómeno natural, tiene la raíz espiritual: el pecado, del que es consecuencia, expresión y castigo. Y el pecado, desde el primero hasta el último, constituye el *misterio inadmisibile*, por cuanto es misterio por defecto, por vacío, por destrucción. Nos atreveríamos a decir que la muerte es el sacramento del pecado. En consecuencia, no extrañe que nos falten las palabras en el óbito de una persona querida. Pues la muerte, vista desde ese ángulo, es el silencio de Dios y la nada del hombre abandonado a su destino. Hay que admitirlo sin subterfugios ni sofismas. De otra suerte seríamos constantemente víctimas de engaños sutiles. ¿No lo será acaso la teoría de la inmortalidad del alma? ¿Es que alguien ha traspuesto el umbral de esta vida consolado *nada más* con esta verdad? ¿Ha habido por ventura algún filósofo capaz de explicar qué cosa sea una alma sin cuerpo? ¿No es sobre todo un obstáculo para considerar la resurrección como una *nueva creación*, conforme al testimonio de las Escrituras? Preciso es no minimizar la muerte ni el camino que a ella conduce, desde ningún punto de vista. «Dios mío, Dios mío, ¿por qué me has abandonado?». Esto es el morir: la experiencia radical de lo que es la criatura humana —*ésta*, la única existente— «dejada de la mano de Dios», entregada a sus propias fuerzas. La experiencia del pecado, del misterio del mal que aprisiona a la misma víctima que ha estado alimentando.

● Pero no acaba ahí todo. Aún hay otra faceta en el morir cristiano: el morir como acción o posibilidad de ser.

Sin llegar al extremo de postular, como algunos teólogos, una opción definitiva en el momento puntual del tránsito, ya que esa opción presenta a la reflexión y a la experiencia cotidiana múltiples dificultades, sí debemos afirmar la necesidad de que la muerte y el morir de cada día se acepten positivamente y sean activamente asumidos. La muerte y el camino que conduce a ella no pueden quedar fuera del proyecto personal del hombre sobre la tierra. Hay que integrarlos en él lúcidamente. Para lo cual son indispensables dos condiciones. La primera, tomar la muerte en toda su incómoda realidad; de no ser así, asumiríamos cosa distinta. La segunda condición es la fe. Fe que en el morir se traduce por esperanza contra toda esperanza, por salto en el vacío hacia la presentida fidelidad de Dios. «Padre, en tus manos entrego mi espíritu». El grito de la fe, la quejumbre inefable del Espíritu en nosotros, diría Pablo, lo bastante poderosos para operar la gran conmoción que todo lo trastorna: la muerte en vida, el pecado en gracia. Sólo así puede convertirse el

morir en ganancia (Flp 1, 21), en el trampolín que posibilita el salto *mortal* que desde el lado opuesto nos deja entrever la trama invertida de la realidad, de la para nosotros auténtica realidad: la Vida como esencia irrenunciable del Padre.

Hemos hablado antes intencionadamente de la muerte como *sacramento* del pecado, y dijimos asimismo que la fe de Cristo actúa en ella y con ella una *transubstanciación* o, si se quiere, una *transignificación*. No tenemos otro recurso que echar mano aquí de esta jerga teológica para expresar como en balbuceo lo que creemos. El cristiano que muere lanzándose, como Cristo, en brazos del Padre, con impulso que va adquiriendo durante toda su vida, imprime con Cristo un nuevo sentido a su morir. Lo *transubstancia*. Lo hace *sacramento* de vida. Ahora bien, la teología sacramental implica ciertos requisitos, de los cuales es el primero una *materia* que signifique en verdad. En nuestro caso, la muerte con su punzante realidad. Y asimismo una presencia, siempre velada y misteriosa, de la Gracia. Esta presencia se patentiza en la resurrección de Cristo, prenda y primicias de la nuestra. Por ello no puede escindirse el binomio muerte-resurrección. Así y todo, es menester tomar muy en serio el primer término para valorar correctamente el segundo. Tal vez no sea más que esto lo que hemos pretendido con las presentes líneas.

CONCLUSION

Decía Unamuno que durante la vida sólo una cosa hacemos con seriedad: nacer. El resto, en su opinión, suele ser pura comedia. Sin duda tenía buena parte de razón. Con toda la gravedad que normalmente rezuma, la muerte es a menudo *manipulada*, degradada. Desde el productor de espectáculos truculentos hasta el caso no infrecuente del enfermo grave que aprovecha la predisposición de su familia para convertirse en centro del interés de todos, pasando por los grupos que de ciertas muertes hacen armas de presión o propaganda. Y las *pompas fúnebres*. Y muchas filosofías. Damos perfectamente la impresión de que nos esforzamos por disimular el aguillonazo. Mientras tanto, el hombre va muriéndose solo, ausente de sí mismo. Nada más que desde la fe podremos recobrar el sentido total del morir. Afianzados en el horizonte de la resurrección, podremos recorrer sin negarlos ni menospreciarlos, los estadios que le prestan fundamento y que él aclara: el pecado y la gracia, en el plano teológico; el enlace entre *agresividad* y *libido*, en psicoanálisis; y en el ámbito biológico, el juego entre catabolismo y metabolismo. La fe nos dice

que tendrá la última palabra el factor constructivo en pugna en estas dualidades antagónicas. Y por consiguiente nos las muestra y hace que las vivamos de modo distinto. De ahí que Juan desde la Luz, la Vida y la Verdad describa la muerte de Jesús como una exaltación, una manifestación de la gloria de Dios. No más gritos ni gemidos. Tan solo la soberana libertad del Enhiesto que se da del todo al Padre y a los hombres. «...e inclinando la cabeza, entregó el espíritu» (Jn 19, 30). Esta visión no contradice ni niega la de los sinópticos. La supone y supera legítimamente. En cuanto a Pablo, es cierto que pasó sus primeros años de conversión sin contar apenas con la muerte, porque el resplandor del Resucitado le deslumbraba. Mas cuando en la carta a los Romanos, en la plenitud de su reflexión, teologiza sobre la muerte y resurrección de Cristo, ya las ve actuar salvíficamente en nosotros desde el bautismo hasta la liberación definitiva de la creación (Rom caps. 6 y 8). A partir de este momento el creyente puede concebir el morir de cada día como la maduración progresiva hacia un *mayor nacimiento*. Sin que le tilde de comediante o alienado. Por cuanto «si hemos muerto con Cristo, creemos que también viviremos con El; pues sabemos que Cristo resucitado de entre los muertos ya no muere; la muerte no tiene ya dominio sobre El (Rom 6, 8)».

ANTONIO GUIXÉ VILA
Solsona

II

NUESTRA INCORPORACION AL MISTERIO PASCUAL

Al presentar esta Comunicación queremos centrarla principalmente en la muerte cristiana.

Quando se habla de la muerte se corre el riesgo de que con mentalidad pagana se destaque su aspecto *negativo* con lo que tiene de terrorífico, de corrupción, de abandono, de soledad... Este es un fallo que también puede constatarse por lo que se refiere a otros aspectos de nuestro cristianismo.

El cristiano *no se muere* en sentido pasivo, acabando todo con su muerte, sino que *muere*, es decir: entrega su alma al Creador. La muerte debe ser para el cristiano el acto más sublime y trascendental de todos, el último acto de servicio a Dios. El cristiano debe estar persuadido de que, al nacer, nació para morir y, al morir, muere para vivir. La fe y esperanza cristianas ofrecen perspectivas de inmortalidad. La existencia cristiana ha de deslizarse anclada en el artículo de nuestro Credo que

dice: «Espero la resurrección de los muertos».

Esta Comunicación intenta aportar algunas reflexiones sobre lo que acabamos de decir.

Quisiéramos recalcar primeramente un aspecto muy interesante de la Iglesia: su finalidad escatológica. El Concilio Vaticano II nos describe la Iglesia como un pueblo en marcha, que tiene por meta el cielo. En uno de nuestros Catecismos hallamos esta definición de Iglesia: «Es el pueblo de Dios que con Cristo resucitado y conducido por el Espíritu Santo camina hacia Dios Padre». Símbolo y figura de este peregrinaje de la Iglesia es el que realizaron los israelitas a través del desierto hasta llegar a la tierra de promisión.

Dos opciones se les ofrecen a los caminantes en su paso por la tierra. Puede ser muy diversa la dirección con la que orienten sus vidas. El evangelio nos habla de dos vías: una ancha y otra estrecha. Puede orientarse la vida en sentido pagano, convirtiendo en fin lo que no pasa de ser un medio, cifrando la felicidad en nuestra condición presente según aquel dicho: «No me veas mal pasar en este mundo que en el otro no me verás penar» o, de acuerdo con las enseñanzas evangélicas, puede ser orientada en sentido cristiano, considerando la vida presente no como término sino como un viaje que se hace hacia la posesión de los bienes eternos, aceptando al mismo tiempo el esfuerzo, la lucha que su consecución supone y exige.

Por todo ello la elección del camino a seguir es obvia para el que de veras quiera ser auténtico discípulo de Cristo. Debe seguir las huellas del Maestro. A El le incorporó el sacramento del Bautismo, constituyéndole miembro del Cuerpo Místico, cuya cabeza es Cristo. Ahora bien: dentro de ese Cuerpo Místico es preciso que los miembros se afanen para ir adquiriendo una semejanza con Cristo-cabeza, compartiendo su misma suerte.

Según se colige del Evangelio, Cristo, al iniciar su vida pública, manifestó repetidas veces un deseo, acarició un afán: dirigirse a Jerusalén para sufrir allí su pasión y muerte y con ello realizar nuestra redención. Pero esto no constituía su meta definitiva. Los anuncios de su pasión y muerte van siempre enlazados con la firme promesa y convicción de la resurrección consiguiente. La pasión y muerte de Jesús habían de constituir un divino trampolín para llegar a su glorificación. Así lo manifestó a los decepcionados y acongojados discípulos de Emaús: «¿Por ventura no era conveniente que el Cristo padeciese todas estas cosas y entrase así en su gloria?».

La hermosa ley del Misterio Pascual

ofrece sin duda oscuridades pero también luces; exigencias pero también estímulos. Prácticamente nos enseña cómo debe orientarse la vida cristiana, reafirmandonos en el convencimiento de que a través de la oscuridad se llega a la luz y por la pasión y muerte a la vida, a la resurrección y a la gloria.

Nos ilumina asimismo cristianamente por lo que atañe al sufrimiento que ordinariamente precede a la muerte. No solamente el sufrimiento puede ser excelente medio de santificación y purificación, sino que, en virtud de la vinculación vital del cristiano con Cristo, el sufrimiento sobrenaturalmente aceptado puede hacer más efectiva la redención de Jesús en los hombres, haciéndose más llevadero con la convicción de que Cristo sufre con los que sufren, amén del estímulo que aporta el pensamiento de San Pablo: «Si padecemos con Cristo, seremos glorificados con El».

No deja tampoco el Misterio Pascual de proyectar luces hermosas y confortantes sobre el misterio de la muerte cristiana.

Según San Pablo en su carta a los Romanos el bautismo es un morir con Cristo para resucitar con El. De ahí que el bautismo sea el gran sacramento pascual. (Lo es también la Eucaristía, memorial de la pasión de Cristo y prenda de la gloria futura). La doctrina paulina nos hace ver en el bautismo una reproducción de la muerte de Cristo y de su resurrección. Al quedar anegado en el agua bautismal, el cristiano es sepultado con Cristo, muriendo al pecado, resucitando con El, al nacer en la vida de la gracia.

Pero la muerte que es sólo un símbolo en el bautismo se hace realidad en el lecho mortuario. Entonces el justo muere de verdad, resucitando asimismo a la vida del cielo de la que era como una semilla la gracia santificante, recibida con las aguas bautismales.

Por eso la Iglesia denomina *dies natalis*, día del nacimiento a aquel en que los santos murieron. A la luz de la fe, la muerte para el cristiano no es solamente término. Es también punto de partida. Cuando llega el ocaso de la vida terrena, comienza otra. De ahí que se realice *un tránsito* o paso. Esto es lo que significa *Pascua*. Se deja una vida caduca y precedera para entrar en la posesión de otra que no perece, al ser inmortal.

Falta tan sólo que la vida del cristiano, fiel al significado y exigencias del Misterio Pascual, se convierta en un *morir cotidiano* para que, en la hora de la muerte, asociado a la muerte de Cristo, pueda experimentar la consoladora e inefable realidad, recogida por san Juan en su Apocalipsis: «Dichosos aquellos que mueren en el Señor».

III

DERECHO A MORIR EN PAZ

Bien conocido de todos es el *encarnizamiento terapéutico* o aplicación de medios extraordinarios para alargar la existencia; nada más hay que recordar los aparatos, tubos, instrumentos, de una Unidad de Cuidados Intensivos.

Este impulso, por la fuerza de la costumbre, de los médicos y del personal sanitario a aplicar técnicas con el fin de combatir la enfermedad, con frecuencia conduce a actuaciones indiscriminadas en las que, sin contemplar la situación y circunstancias del paciente, lo someten a ese proceso para alargar la vida, como un principio absoluto. El resultado suele ser el alargar la vida, sin pensar en qué clase de vida. En muchos casos es la prolongación de la agonía, sobre todo en casos de enfermos agudos y desahuciados.

En otros casos más benignos se trata de prolongar una vida, no ya en estado agónico o llena de dolores, sino sencillamente una vida cuya prolongación no tiene sentido para el paciente. La razón puede ser: persona de edad avanzada cuya misión en este mundo siente ya cumplida y espera la muerte como un premio. Le impele a desearla ver alrededor de sí un mundo que, con sus rápidas transformaciones, ya no lo entiende, sino por el contrario, le conturba. Igualmente ver muchos sufrimientos, injusticias, incomprensiones, guerras, etc., que no hacen nada apetecible esta vida.

Estas personas experimentan en sí una sutil violencia por parte del personal asistencial y de los propios familiares que les obligan a cierta actividad, levantarse de la cama, hacer rehabilitación, comer a la fuerza, tomar medicación y otras actitudes que nacen de la fuerza de la costumbre o de un sentimiento ciego del deber, sin contemplar su situación y que se lleva a cabo muchas veces con una actitud agresiva.

En estos casos quizá Freud diría que el enfermo se deja llevar por un inconsciente impulso de autodestrucción innato en el ser humano, que llevaría hacia una regresión o involución tendente a buscar la paz del seno materno. Pero, ¿se puede hablar acaso de un impulso ciego de autodestrucción?; ¿es ciego cuando en realidad obedece a una falta de estímulos suficientes para luchar por esta vida?

Si este impulso es natural y tiende hacia la paz como un bien deseado, ¿qué es aquí lo antinatural? Esas medidas agresivas o con ciertas dosis de violencia, ¿qué bienes o ventajas reportan, como contrapartida, para que puedan justificarse?

Darle un sentido teológico a ese su-
(Termina en la página siguiente)

ACTITUD DEL CREYENTE Y ASPECTOS PASTORALES ANTE LA MUERTE

Esta reflexión que ofrecemos consta de dos partes: la actitud del creyente ante la muerte, y los aspectos pastorales ante la muerte, o, mejor, ante el moribundo.

LA ACTITUD DEL CREYENTE ANTE LA MUERTE

El Concilio Vaticano II, en su Constitución Pastoral *Sobre la Iglesia en el mundo de hoy*, habla del misterio de la muerte (GS 18) y la presenta como el punto culminante de ese ser problemático, misterioso, que es el hombre.

La muerte tiene una presencia necesaria en la vida del hombre, pues, no la podemos marginar: vivimos en confrontación ineludible con ella. La certeza más absoluta que poseemos los hombres acerca de nuestro futuro, es la certeza de la muerte.

Jesús es el modelo del creyente en la vida y en la muerte (Heb 12, 1-3). Y la primera enseñanza que El nos da es la de vivir la muerte como un acto de libertad: «Nadie me quita la vida, soy Yo quien la da» (Jn 10, 18).

Por naturaleza nosotros somos seres mortales, pero somos personas libres. Y un acto tan esencialmente humano como es la muerte no lo podemos soportar pasivamente, sino que hemos de asumirlo como una acción de nuestra libertad. Siguiendo el ejemplo de Cristo, no podemos vivir la muerte en pura pasividad o en activa rebelión, como algo que de ningún modo debiera ser.

Es verdad que la muerte, al ser «la paga del pecado» (Rom 6, 23), no puede ser contemplada sin angustia. Cristo mismo la vivió en terrible miedo, y pidió al Padre: «Aparta de mí este cáliz». Pero se remontó en la libertad

confiada en el Padre, diciendo: «No se haga mi voluntad sino la tuya» (Lc 22, 42-45).

La salvación de Cristo ha llegado a toda la vida y la muerte del hombre, y la muerte ya no es, sin más, la pena del pecado. La muerte *en Cristo* se ha convertido en un tránsito. No morimos para quedarnos muertos, sino para resucitar, como Cristo (I Cor 15, 12-58).

El decir que «el hombre es un ser para la muerte», como afirma Heidegger, es una verdad a medias. Nuestra inmortalidad no consiste en no morir «por cuanto que es destino de cada hombre morir una vez» (Heb 9, 27), sino que nuestra inmortalidad está en participar de la promesa de comunión en la vida íntima de Dios que se nos ha hecho en Cristo. Así la muerte no es la soledad definitiva, la ruptura de toda relación, sino que la muerte en Cristo es el paso a una forma de existencia nueva y definitiva, participación de la existencia de Jesús Resucitado. Este es el mensaje maravilloso de Pablo en su primera carta a los de Corinto (I Cor 15, 23-24).

El mismo Pablo, en su carta a los romanos, al hablar del bautismo lo presenta como un conmorir con Cristo (Rom 6, 1-14).

En el que tiene fe la existencia cristiana que se inicia en el bautismo es reproducción de lo que sucedió en Cristo. El Bautismo queda convertido en una anticipación sacramental, pero real, de la muerte de Cristo en nosotros. Y esta participación queda ratificada de manera plena y definitiva en la muerte física. Entonces tiene lugar el conmorir con Cristo prometido en el Bautismo y en el que esta muerte se previve de manera sacramental.

Desde el Bautismo hasta la muerte física, el cristiano vive, por la participación de la Eucaristía, la presencia de la muerte de Cristo en su vida. La Eucaristía hace asimilar progresivamente el acto de morir tal y como se

(Viene de la página anterior)

frimiento no siempre es viable sobre todo cuando se trata de personas no creyentes. ¿Hasta qué punto es, por parte del paciente, atentar en estos casos contra la propia vida? O por el contrario, ¿hasta qué punto es, por parte del personal sanitario o familiares, atentar contra el derecho a morir en paz,

al impedir que venga la muerte por sus propios pasos cuando se han extinguido los propios estímulos de conservación?

En fin, bueno sería un esclarecimiento que llegara a influir eficientemente sobre las personas que principalmente rodean al enfermo de modo que tuviera una preocupación consciente para alargar la vida en la misma proporción que

la tuvieron en infundirles una auténtica motivación para tener deseos de vivir. Una grave preocupación por dar sentido a la vida, antes que alargarla sin más.

Podríamos terminar con un slogan sobre la ancianidad: «Lo importante es añadir vida a los años y no años a la vida».

EQUIPO PADRES CAMILOS

dio en Cristo: un acto libre en la fe, la esperanza y el amor.

Jesús hizo de su muerte un acto de fe en el Dios vivo: «A tus manos encomiendo mi espíritu» (Lc 23, 46). El creyente ha de afrontar la muerte con fe en la palabra de Jesús que nos dice: «Yo soy la resurrección y la vida: el que tiene fe en mí, aunque muera, vivirá; y todo el que está vivo y tiene fe en mí, no morirá nunca» (Jn 11, 25-26).

Jesús vincula siempre a su muerte la esperanza de la resurrección (Mt 20, 17-19; Mc 10, 32-34; Lc 18, 31-34). Desde esta perspectiva, el apóstol Pablo contempla la resurrección de Cristo ligada necesariamente a la nuestra, de manera que, sin la esperanza de la resurrección, la vida no tiene sentido (I Cor 15, 12-34).

Y, finalmente, Jesús vive su muerte como un acto de amor. De amor al Padre: «El mundo tiene que comprender que amo al Padre y que cumplo exactamente su encargo» (Jn 14, 31), y, por eso mismo, de amor a los hombres: «Nadie tiene mayor amor que el que da la vida por los amigos» (Jn 15, 13).

Nuestra muerte no puede reducirse a un despojo de nuestra vida, sino que debe ser un dar la vida, un entregarla en manos del Padre en bien de los hombres.

LOS ASPECTOS PASTORALES ANTE EL MORIBUNDO

En este apartado hacemos referencia a los enfermos que están en peligro inminente de muerte, no a toda persona enferma.

El modo de acercarnos a los moribundos depende decisivamente de nuestro modo personal de mirar nuestra muerte y la propia vida, depende de nuestra actitud ante la muerte y de la vivencia de nuestra vida.

Según esto, cualquier ayuda cristiana al moribundo hay que situarla en el nivel del testimonio cristiano, muy por encima de cuanto signifiquen estrategias o pedagogías, por otro lado imprescindibles y necesarias.

La palabra de Jesús: «Vosotros seréis mis testigos» (Hechos 1, 8), encuentra sentido especial ante el hermano moribundo. El que está muriendo necesita el testimonio de fe que ayude a su fe y anime a su esperanza. De este modo, la Pastoral ante la muerte se convierte en una revisión de nuestra propia vida.

El encuentro personal con el hombre que está para morir debe ser, para él y para nosotros, un encuentro salvífico, como fueron los encuentros de Jesús con los sanos o los enfermos de toda clase y condición, así, por ejemplo, el encuentro con la Samaritana (Jn 4, 1-42), el encuentro con Zaqueo (Lc 19, 1-10), el encuentro con el centurión (Lc 7, 1-10), etc.

Esto nos obliga a acercarnos al enfermo no en actitud de superioridad o de maestros que van a enseñar, sino en actitud de discípulos que van a aprender una gran lección.

En el moribundo se revela, de manera privilegiada, el rostro del Señor, que se manifiesta especialmente en los pobres y los débiles. ¿Y qué mayor pobreza y debilidad que la del moribundo?

En este momento adquieren también, para nosotros, un relieve especial los valores del Reino definitivo, valores que ya están presentes aquí y valores por los que hemos

de luchar, así: el amor, la paz, la igualdad, la fraternidad, la solidaridad, la justicia, etc. Ante el hermano que muere, encontramos ayuda para relativizar más fácilmente todo, porque, en esa hora, Dios es percibido, con caracteres únicos, como el realmente Absoluto.

Jesús es el testigo cualificado que nos enseña la actitud del creyente ante la muerte de los otros. En la muerte de Lázaro, Jesús llora (Jn 11, 35); Jesús valora y hace suyos los sentimientos de dolor ante la tragedia personal y familiar de la muerte inminente, por ejemplo, en el caso del hijo de un funcionario (Jn 4, 46-54); Jesús no se sitúa ni por encima ni al margen del sentimiento de dolor por la muerte presente o cercana, sino que Jesús se identifica con esos sentimientos.

Aprendamos de Jesucristo esta lección de acercarnos al moribundo. Ante la muerte hemos de llegar no como espectadores o consejeros con consejos sabidos, sino que, como El, nos hemos de sentir sobrecogidos, nos hemos de experimentar en debilidad ante la potencia tenebrosa de la muerte.

La muerte, por ser un misterio, sólo se puede vivir con dignidad, como algo exclusivo de la iniciativa de Dios. La muerte de un hermano debe enriquecer la confesión de nuestra fe: sólo Dios es el único Señor de la vida y de la muerte, del tiempo y de la eternidad.

Para no hacer bellas teorías, constatemos una realidad que nos ha de hacer pensar seriamente a los cristianos: son muchas las personas que viven su última enfermedad y que se enfrentan a la muerte sin asistencia pastoral o con una asistencia mínima. Este hecho es una rotunda interpelación para quienes hemos recibido la misión de «anunciar el evangelio a toda la creación» (Mc 16, 15), pues, la acción evangelizadora reviste especiales urgencias en el momento decisivo en que el hombre va a partir de este mundo. Incluso debemos insistir en la revisión de la administración de los Sacramentos a los que están en peligro de muerte.

En este campo de la Pastoral las deficiencias son notables y la dedicación que las comunidades cristianas damos a esta acción es desproporcionada en relación con la importancia de la tarea a realizar. Esta situación se agrava con la tendencia dominante en muchos ambientes de que, admitido el hecho fatal de la muerte, es mejor morir de repente, sin sufrir, recibiendo la muerte de una manera puramente pasiva, sin asumirla personal y libremente.

Es necesario reconocer, sin embargo, que, en muchos casos, la ayuda al moribundo está muy fuertemente condicionada porque, en general, el enfermo es un desconocido y no es posible improvisar con él una relación personal en profundidad. Esta afirmación queda confirmada por las estadísticas las cuales nos dicen que cada día crece el número de los que mueren en los centros hospitalarios y, en esos lugares, las relaciones con el enfermo son predominantemente profesionales y, por eso mismo, poco propicias para profundizar sosegadamente en los niveles de la conciencia. Especialmente cuando el moribundo es una persona que no tiene fe o cuya fe es muy débil, no es fácil lograr, en ese marco, una comunicación con el enfermo que favorezca el encuentro con Dios.

Pero, en esos momentos tan decisivos de la existencia del hombre, no podemos confiar exclusivamente en las causas segundas y en el devenir de los procesos humanos. Hay un apoyarse en la gracia de Dios, que siempre actúa de maneras imprevisibles y originales.

También con esos condicionamientos, hagamos cuanto podamos por nuestra parte. Sería una gran irresponsabilidad dejar de hacer lo imperfecto ante la imposibilidad de hacer lo que sería ideal en circunstancias favorables. Apliquemos aquí el adagio clásico de la teología tradicional: «Al que hace cuanto está de su parte, Dios no le niega la gracia».

En todo caso, tengamos muy presente la norma primaria del respeto a la libertad humana para ayudar a que el moribundo muera su propia muerte, sin imponerle nuestra visión personal de ella. Y ayudemos al moribundo a que muera su muerte con la mayor dignidad posible. En la vida y en la muerte de cualquier hombre es esencial el respeto a la persona y a su conciencia.

Que el enfermo asuma él, personalmente, su propia muerte. La Iglesia y quienes la encarnamos, debemos aportar en ese momento lo que es específico nuestro, lo que es nuestra misión original: ayudar a morir en Cristo. Pero no podemos establecer como objetivo último y único que el enfermo muera tranquilo y en paz, aunque también hemos de aceptar que la vivencia de la fe contribuye eficazmente a la muerte en paz.

¿Cómo debe ser esta nuestra ayuda al enfermo?

Creo que hemos de tener muy presente dos cosas: partir de la realidad personal del enfermo y contar indefectiblemente con la gracia de Dios.

En cuanto sea misión de la Iglesia hay que contar siempre con la gracia de Dios, incontrolable, incontrolable, pero cierta y eficaz. Gracia que el agente de la pastoral y la comunidad cristiana han de pedir con fe e insistencia. Conviene que revaloricemos, como elemento esencial de la Pastoral de la muerte, esta oración de petición y la conciencia de la necesidad de la gracia.

Y hemos de partir, en la asistencia a los moribundos, de la realidad personal del enfermo.

Cada uno tenemos nuestra propia personalidad humana y cristiana que vamos configurando a lo largo de nuestra vida. Es, dentro del juego de la libertad y la gracia, un proceso ininterrumpido, de signo progresivo o regresivo, que nos va definiendo ante Dios, ante el mundo y ante los hombres. En cuanto sea posible hay que llegar a descubrir esta realidad personal del moribundo, porque es en el fondo de la persona, por la integración o el rechazo de los valores del Reino, donde se realiza la opción fundamental por Cristo o contra Cristo.

Pero no olvidemos que no es posible hacer una clasificación objetiva de las personas, porque la realidad de cada una es totalmente original e intransferible.

Sin embargo, si buscamos unos criterios pastorales de orientación, nos vemos obligados a hacer, en relación con la fe en Jesús, una aproximación a los diversos tipos de personas que encontramos en este trance último. Y así:

— Hay personas que llegan al momento de su muerte con una fe profunda, consciente, viva.

Sería un error imperdonable y una grave acusación a nuestra conciencia el dejar morir a estas personas sin que hayan asumido consciente y personalmente su muerte.

Ellas tienen derecho a aprovechar la riqueza que para sí mismas, como culminación de la maduración de su fe, puede suponer esta etapa final de su vida, mediante su identificación plena con la muerte del Señor y su preparación inmediata para el encuentro con Cristo.

La fe de estas personas es, por sí misma, muy capaz

de superar la debilidad, la angustia que, inevitablemente, suscita la presencia de la muerte. Los testimonios que puede aportar la experiencia son abundantísimos y muy elocuentes.

— Otras personas han tenido, más que una fe profunda, unas creencias, y han vivido una cierta religiosidad incluso con alguna práctica religiosa o sacramental, pero su fe no ha incidido de manera decisiva y fundamental en la totalidad de su vida.

En estos casos hay que tener muy presente este sentido religioso, aunque dichos moribundos lo hayan vivido a lo largo de su vida de una manera parcial, deficiente, ambigua.

En los momentos culminantes de la existencia, cuando la persona se siente sobrecogida, el hombre siente una añoranza de Dios. ¿Y qué momento de más trascendencia que el de la muerte?

Desde esta situación personal y con ese estilo de fe o religiosidad, es muy posible conseguir en el enfermo un encuentro auténtico con Dios y una superación de la angustia y la turbación que surgen en esta hora decisiva. Es muy factible conseguir entonces una reformulación de toda la existencia en Dios, remontando las inercias de una vida de fe insulsa, que han impedido el logro de una fe más consciente y vital.

Esta es hora de una especial gracia de Dios y es hora también de confiar en la buena disposición que, en esa situación, se da en muchas personas.

Con múltiples y variados matices, el caso que describimos es muy frecuente en gran número de nuestros cristianos.

— Entre los moribundos, finalmente, hay quienes han abandonado la fe que un día tuvieron, pero actualmente ya no tienen fe, sea rechazándola positivamente en algunos casos o sea prescindiendo de ella en otros. Acaso sea ésta la situación que más se da en nuestra sociedad llamada cristiana.

Parece normal que, ante estas personas, se desvanezcan nuestras esperanzas humanas y que parezca inútil el esfuerzo por ayudarles a que mueran en Cristo.

Pero si Dios está siempre con el hombre e incesantemente actúa en él, el momento que antecede al encuentro definitivo con Dios es un tiempo privilegiado para esta acción del Señor.

En todos estos casos, si no hay un rechazo positivo, podemos ayudar a que esas personas valoren y asuman positivamente lo que han vivido en su vida como entrega, servicio, responsabilidad, lucha por la justicia, la libertad, el amor.

En muchas de estas muertes se está dando ya el acto salvador de Dios, algo que los hombres, en cuanto pecadores, no pueden vivir por sí mismos, pero realmente están viviendo esta presencia de Dios, aun cuando no sea en la fe y esperanza explícitas.

Y, para terminar, ¿quiénes deben ser los agentes de esta Pastoral ante la muerte?

En la práctica hemos hecho del sacerdote el único responsable de esta atención pastoral al enfermo moribundo, acaso porque la hemos reducido casi exclusivamente a la administración de los sacramentos, tarea propia del ministerio sacerdotal. Pero se impone trabajar para el logro

de una acción corresponsable de los otros miembros de la comunidad de la Iglesia.

Descendiendo a la práctica, hay que potenciar la acción de la propia familia con sus miembros queridos en trance de muerte. Los familiares cristianos han de ser los primeros testigos de la fe ante quien experimenta la cercanía de la muerte, pues, con ellos, sobre todo, se ha compartido a lo largo de la vida la fe, la existencia cristiana o, al menos, la riqueza del amor, la solidaridad y la convivencia.

Hay que trabajar también, en las parroquias o en otros niveles, en la promoción de grupos seculares para su inserción en esta tarea pastoral.

Esta corresponsabilidad de los seculares sólo se conseguirá si les ayudamos a que valoren la importancia que tiene esta misión en la Iglesia. Importancia que se basa en que la atención a los enfermos, sobre todo a los moribundos, es una acción plenamente evangelizadora al servicio de los pobres, y todo enfermo en peligro de muerte es un pobre en un momento particularmente urgente de conversión, y, además, la acción evangelizadora siempre ha de ser un encuentro personal que hay que valorar.

JAVIER OSES
Obispo de Huesca

Comunicaciones

I

ASPECTOS PASTORALES ANTE LA MUERTE

La presente comunicación —primordialmente— va a referirse más a la segunda parte del tema —aspectos pastorales— que a la primera —actitud del creyente.

Aceptamos como válido el principio que «la pastoral es un servicio bien determinado, específico, reconocible a partir de la fe en Jesús y que hace alusión a la fe en Jesucristo. La Pastoral se realiza cuando la fe viene a ser un servicio a la fe» (Monseñor Bluysen. La dimensión cristiana de una institución hospitalaria. Ediciones Hospitalia. Citado en «la comunidad cristiana al servicio de los enfermos», pág. 4, n.º 5).

Dividimos el trabajo en tres partes:

- Actitud pastoral de la Iglesia ante «el hecho de la muerte».
- Actitud pastoral de la Iglesia ante la familia del enfermo.
- Actitud pastoral de la comunidad ante el enfermo.

ACTITUD PASTORAL DE LA IGLESIA ANTE «EL HECHO DE LA MUERTE»

En todas las culturas, más intensamente en cuanto más religiosas, aparecen los ritos *post mortem* para la perpetuación del futuro de la persona. El cristianismo, honrando también los cuerpos de los difuntos, hace depender totalmente el futuro de la persona del presente —el *ante mortem*— ya que cree que la vida, vivida en la misma dimen-

sión que Cristo, es la que da la inmortalidad. Cristo ligó el futuro al presente. Y este futuro es *vida*, no *muerte*.

El descendió a los infiernos —el reino de la muerte— para retornar a la vida a los que estaban en la muerte.

Y por esto, grita a los saduceos: nuestro Dios «no es un Dios de muertos, sino de vivos» (Mt. 22, 32).

La Iglesia, iluminada por Cristo, quiere hacer luz sobre el misterio del hombre y a sus interrogantes (G. S., 10).

La Iglesia en todo su contexto litúrgico y catequético debe sensibilizar y mentalizar:

Respecto al «hecho de la muerte» en sí mismo

— Que la muerte es una realidad viva y presente en cada momento de la vida. «Cada día estoy en peligro de muerte» (1 Cor. 15, 31).

— Que no es una *sorpresa*, sino un hecho ineludible y lógico en el hombre —ser material y corruptible—. La sorpresa estará en las circunstancias que la acompañen (tiempo, lugar, modo, causa).

— Ayudar a descubrir el sentido cristiano de la vida y de la muerte como unión-identificación con Cristo. «Los cristianos no estamos amenazados de muerte. Estamos *amenazados* de resurrección. Porque además del Camino y de la Verdad, El es la Vida, aunque esté crucificada en la cumbre del basurero del mundo» (Actualidad Pastoral. Buenos Aires, V-78).

— Que la muerte es un paso doloroso e inexplicable, pero *Paso-Pasqua* hacia el Padre. La Pasqua de Cristo fue muerte-resurrección, la pasqua del cristiano será aceptación de su vida-muerte diaria para llegar al Padre.

Respecto al cristiano enfermo

— La presencia de la Iglesia tiene que ser creadora y engendradora de amor y esperanza a partir de las condiciones humanas y cristianas del enfermo. «El ha triunfado de la muerte y es capaz de comunicar su energía vivificadora a todo nuestro ser, corporal y espiritual (1 Tes. 5, 23). Nuestra fe en su señorío universal sobre la creación entera alienta nuestra esperanza de una salvación en plenitud y no pone límites a nuestros deseos de alcanzarla para nosotros y para nuestros hermanos» (Ritual de la Unción y Pastoral de Enfermos, n.º 45).

— Atención respetuosa del enfermo como persona y como cristiano en el nivel de su conciencia, de sus valores personales y de su fe. «No es tiempo de evangelizar sino de celebrar dentro del contexto de su fe» siempre que la acción de la Iglesia y su sacramentalización sea aceptada por el enfermo.

— Hacer crecer en la fe: descubrir el misterio de la vida y de la muerte dentro de los planes de Dios a quien —como Cristo— contemplamos como Padre.

— Preocupación por el *alma* y el *cuerpo* del enfermo: «Es el hombre entero, *cuerpo* y *alma*, *corazón* y *conciencia*, *inteligencia* y *voluntad* el que se quiere salvar y recuperar para la vida» (Ritual, n.º 56).

ACTITUD PASTORAL DE LA IGLESIA ANTE LA FAMILIA

«La familia cristiana, como Iglesia doméstica, sometida a la prueba por la enfermedad de uno de los suyos, ha de

manifestar que es una comunidad natural de amor humano y cristiano, no sólo en la abnegación y entrega personal y en la solidaridad de todos, sino atendiendo al bien espiritual del enfermo» (Ritual, n.º 57, d).

Creemos que la Iglesia, en su acción evangelizadora y salvífica debe aportar algo a esta familia *pequeña iglesia doméstica*. A partir del familiar o amigo enfermo, hacer crecer en la fe a familiares, técnicos y compañeros. Para ello, la Iglesia debe:

— Vivenciar, con serenidad, la realidad de la muerte y de sus consecuencias familiares: situación de la esposa, hijos, trabajo, subsistencia. Deben vivir la posibilidad y la realidad de la muerte y sus secuelas.

— Ayudar a descubrir los valores humanos y cristianos que en la enfermedad se hacen presentes: amor, servicio, sacrificio, gozo, esperanza.

— Ayudarles a realizar la apertura a las diferentes presencias con que la comunidad se hará presente en su mundo.

— Intentar hacer crecer en la fe valorando y descubriendo la respuesta a Dios en la aceptación de la contrariedad. Aceptar el plan de Dios en su vida.

— Impulsar en la lucha contra la enfermedad y a confiar en los técnicos de la salud que les asisten como una presencia de Dios en su vida.

— Valorar y sobrenaturalizar el trabajo de los técnicos como aportación al hermano y como manifestación de su fe: «Si alguno posee bienes de la tierra, ve a su hermano padecer necesidad y le cierra su corazón, ¿cómo puede permanecer en él el amor de Dios» (1 Jn. 3, 17).

— Descubrir el valor de la solidaridad y de la colaboración en toda acción comunitaria que sea un acercarse *al otro*. Descubrir el sentido de Iglesia y colaborar.

ACTITUD PASTORAL DE LA COMUNIDAD ANTE EL ENFERMO

Con la idea de san Pablo (1 Cor. 12, 26): «Si sufre un miembro, todos los demás sufren con él», abrimos esta tercera parte.

El dolor no es de un miembro solitario, es de toda la comunidad que se encuentra interpelada por él. Si los cristianos formamos una familia, toda la familia sufre y se ve disminuida.

Es necesario tener ideas claras sobre el sufrimiento y lo que representa en la Iglesia. La cruz está presente siempre en la Eucaristía, la cruz es el distintivo del cristiano, la cruz preside sus casas y sus pueblos. Lo que la cruz significa —dolor, donación— no puede

estar ausente de la existencia personal y comunitaria. ¿Quién desfallece sin que desfallezca yo? (2 Cor. 11, 29).

El enfermo sigue siendo miembro de la Iglesia y, sin dudarle, con más derechos que antes. Por tanto, la presencia fraternal de la Iglesia-comunidad debe hacerse presente en su mundo.

El Ritual nos señala unos caminos: hablar en la predicación sobre el cuidado de los enfermos; reuniones de estudio para la asistencia a los enfermos; tener presente a los enfermos en la Oración de los Fieles; celebraciones comunitarias con los enfermos; reuniones; convocando y admitiendo a la celebración de la Eucaristía en casa del enfermo a vecinos y amigos (Ritual, 50).

Para llevarlo a la práctica, creemos que los principales caminos son:

— Conectar con los enfermos: descubrirlos, hacerse presente la comunidad, amarlos y valorarlos. Que sean objeto de interés.

— Contar con ellos: integrarlos y responsabilizarlos dentro de las actividades y organizaciones apostólicas.

— Prestarles servicios materiales (ayuda, trámites, solucionar problemas) y religiosos (evangelizar, conectarlos a la Iglesia y celebrar la fe en los Sacramentos). Aquí entra toda la labor apostólica de las organizaciones asistenciales.

— Tenerles presentes en las celebraciones de la comunidad y que estas celebraciones —de alguna manera— lleguen a ellos.

— Aproximar las residencias-hospitales a la comunidad y la comunidad a las residencias-hospitales. No son armarios para guardar viejos; son nuestros mayores a quienes debemos cuidar y amar.

— Tener presentes a los no practicantes o de distintas religiones. También ellos son hijos de Dios. También tienen derecho a nuestro amor.

— Celebración comunitaria de los sacramentos de enfermos. Recordemos que los Sacramentos son el centro de la vida de la comunidad y que toda pastoral encuentra su culminación en su celebración.

— Que el sacerdote sea —apoyado y orientado por los equipos— el promotor de la pastoral sanitaria educando en la fe y en la caridad y animando constantemente.

— Revisión de las tareas pastorales para lograr el fortalecimiento de sus miembros, de los que se dediquen a la pastoral sanitaria, ser creativos en métodos y sistemas y realizar la conversión continua de considerar al enfermo como a Cristo.

El mensaje del Concilio Vaticano II a los pobres y a los enfermos, a todos los que sufren, dice: «Pero tenemos algo mucho más profundo y precioso que daros: la sola verdad capaz de res-

ponder al misterio del sufrimiento y de llevaros un consuelo sin ilusión: la fe y la unión con el Hombre de dolores, con el Cristo, Hijo de Dios, puesto en la cruz por nuestros pecados y para nuestra salvación» n.º 4. Y, añade: ¡Oh, vosotros, los que sentís más pesadamente el peso de la cruz!... los desconocidos del dolor, tened coraje: sois los preferidos del Reino de Dios, del Reino de la Esperanza, sois los hermanos de Cristo que sufre y, con él, si lo queréis, salvais el mundo» n.º 6.

¡Ojalá seamos siempre portadores de esta alegría y esperanza!

RAMÓN ALSINA
ANTONI COMELLAS
Diócesis Solsona

II

ACERCAMIENTO AL MORIBUNDO

El espíritu de conservación es instintivo en el hombre, casi un reflejo vegetativo cuyo fallo nos induce a pensar en la probabilidad de un trastorno psicopático condicionante.

El hace que nos aferremos desesperadamente a la vida y que contemplemos la muerte con tanto mayor angustia cuanto más próxima la creemos. Lo cual es especialmente cierto en casos extremos o agudos, cuando, semejantes al naufrago que no sabe nadar, nos asimos a quien o a lo que fuere, aunque sea a un clavo ardiendo, como suele decirse.

Aun cuando con distinta intensidad y agudeza, sucede lo mismo con los enfermos graves y moribundos, conscientes de su situación, o que la presienten. Comprenden que están en una circunstancia apurada, en la que nada pueden hacer por sí mismos, y que dependen del entorno personal o material.

Dependencia que los torna exigentes —por angustiados— si no se ven atendidos y se sienten comprendidos; si, al contrario, hallan afecto, entrega y dedicación a sus problemas, resúltales la situación mucho más llevadera. Tanto o más que la ayuda económica, necesitan el sostén moral y afectivo.

De ahí se infiere que si nos dirigimos al enfermo con sentimientos de comprensión y verdadero altruismo, no ofrecerá dificultad el acercamiento a él, toda vez que lo que necesita y desea ardentemente es que alguien le brinde compañía, ayuda, estímulo, etc.

Es en la familia donde habría de hallar todos estos consuelos, pero por desgracia no siempre los encuentra, porque aparte los posibles problemas personales, la situación de la familia como institución, cuarteada por la incorporación de la mujer al mundo del trabajo, no

es la más a propósito para ofrecer todos los cuidados que necesita un moribundo, no sólo médicos, sino también, y sobre todo, de tipo humano y afectivo.

Supuesta la mejor voluntad en los deudos, y dando por sentado que al menos una mujer en la familia pueda dedicarse a la atención material del enfermo grave, queda aún el aspecto espiritual del problema, imbricado con el religioso.

Desde dos puntos de vista cabe considerar este aspecto: del sacerdote o de quienes colaboran en su labor apostólica, y del enfermo.

Desde el primer punto de vista, el número de sacerdotes disminuye desgraciadamente de forma progresiva, lo que acarrea un aumento de trabajo para los que quedan, quienes difícilmente podrán visitar a los enfermos con regularidad y pasar a su lado largos ratos para reconfortarlos y encontrar ocasiones de apertura y preparación al trance del óbito. El conjunto de exigencias del mundo actual y su mentalidad no predisponen a perder el tiempo a la cabecera de un moribundo... lo cual es una manera de justificar la escasa atención que se le presta en nuestros días. Cualquiera que sea la parte de razón asignable a este practicismo, juzgamos imprescindible someterlo a examen, buscando la forma de que el paciente goce de la ayuda espiritual —y si conviene, material—, tan necesitada y anhelada por él, lo mismo si está en su propio domicilio, que en el hospital, y tal vez con mayor motivo en este último.

En las fases postreras de la vida, con el desmoronamiento orgánico del cuerpo, son numerosos los problemas y necesidades cuya solución y satisfacción se presentan difíciles en ocasiones. Reviste entonces gran interés la colaboración procedente del exterior.

Visitando pequeños hospitales en el Canadá para estudiar su funcionamiento en todos los órdenes, comprobamos en Alexandria que un hospital de unas sesenta camas en localidad de aproximadamente nueve mil habitantes contaba con la colaboración desinteresada de muchas personas, que actuaban como auxiliares sanitarios o administrativos.

Entre nosotros mismos tenemos el ejemplo de las muchachas que cumplían el Servicio Social en hospitales y residencias de ancianos, donde su presencia era muy útil y provechosa.

En consecuencia, es preciso potenciar la labor espiritual y religiosa del sacerdote, aparte de la material desarrollada por otras personas.

No está en nuestra mano aumentar el número de sacerdotes, mas sí es posible multiplicar la eficacia de su esfuerzo, secundándolos y siguiendo sus directrices mediante la formación de equipos de feligreses organizados e imbuidos de

la idea de auxilio al enfermo y al moribundo.

Entre los católicos franceses, en Toulouse —y supongo que también en las demás ciudades galas— se han organizado equipos de barrio, masculinos y femeninos, con la finalidad expuesta. Su labor es excelente, tanto en el aspecto espiritual y religioso como en el material.

Tal vez interesase tomar contacto con ellos para conocer más de cerca sus actividades, su funcionamiento; porque aunque nos consta que actúan por barrios, entre personas conocidas, humanizando sobremanera las relaciones, existen detalles de organización cuyo conocimiento interesa.

Desde el punto de vista del enfermo, no cabe duda que su formación cultural y religiosa determinará en gran medida la línea de conducta por adoptar, si bien creemos conveniente recordar lo dicho al principio: que todo enfermo grave o moribundo, sea quien fuere, no sólo acepta, sino que necesita y agradece la ayuda que se le dedique, con la cual puede hacerse un gran bien.

Entre tantos ejemplos tenemos en nuestra propia casa el del presidente Maciá, quien habiendo hecho gala de su ateísmo, al ver acercarse el instante del tránsito, no dudó en solicitar la ayuda del Cardenal de la Paz, el Dr. Vidal y Barraquer.

Así y todo, en el momento de trazarse la línea de conducta ante un caso concreto, estimamos aconsejable tener en cuenta la personalidad del moribundo, especialmente la faceta humana.

Si no es practicante en religión, o hasta si es refractario, nos mostraremos más solícitos, si cabe, en lo material, cuidando los mínimos detalles con entrega, abnegación y verdadero espíritu de servicio, hecho lo cual podremos abordar los aspectos de moralidad natural y, si las circunstancias lo consienten, elevarnos a lo espiritual y religioso.

Si el enfermo es practicante, pero con formación deficiente, habrá que atender desde el principio con la dedicación y entrega de siempre no solo a los aspectos materiales, sino a los espirituales y religiosos, ahora que manteniéndonos en el terreno de su posible comprensión y puntos de mira, sin elevarnos a alturas inaccesibles para él.

Cuando exista una buena formación religiosa y amplia cultura, no hay más que ser sinceros en nuestra *sympatheia* (simpatía, de *sym-pathos*, con-dolencia).

Si realmente sufrimos con el enfermo cuando él padece y tiene conciencia de ello, le ayudaremos íntimamente a superar su posición crítica, en cuanto aprecie, ya antes del fallecimiento, la comunión de los creyentes.

III

LA PASTORAL DE ENFERMOS: EVOCACION DE UNA EXPERIENCIA

La enfermedad y la ancianidad (no exenta de enfermedades) de unos fieles, de unos hermanos de la comunidad parroquial es un momento clave para ayudar a todos a descubrir el sentido fraternal de toda la comunidad cristiana, que vinculada a los enfermos con los lazos de la fe, de la esperanza y de la caridad, los conforta con la plegaria y con la acción del símbolo sacramental. El texto de Santiago es muy significativo.

El marco de la celebración eucarística es el más adecuado para una celebración gozosa y participada. Todo sacramento es signo sensible y efectivo de vida. Es preciso, pues, liberar el sacramento de la Unción de los Enfermos del aspecto negativo e incluso del sacramento *in extremis* (extrema-unción).

Se escogió un día que parecía indicado, la Fiesta de Todos los Santos, puesto que celebramos la fraternidad universal.

Ideas principales que se quiso transmitir

— La Iglesia, como continuadora de Jesús, lucha por la restauración de toda vida deficiente, por la liberación de la enfermedad y de la muerte.

— El Sacramento de la Unción es un momento cumbre en toda la labor que despliega la Iglesia en este sentido (atención a enfermos y ancianos).

— El sacramento da al enfermo la fuerza para luchar unido a Cristo y con la ayuda de toda la Iglesia por la salud y la vida.

— La definitiva liberación, la vida toda no se da sino en la resurrección. Para encaminarnos a ella, el primer paso es la conversión de corazón. Por eso el Sacramento de la Unción tiene también un sentido penitencial: perdona los pecados si no es posible la confesión.

— El enfermo puede identificarse con Cristo sufriente para completar lo que falta a su pasión para el bien de la Iglesia. El sacramento nos ayuda a reconocer al enfermo como Cristo presente en el dolor del mundo para transformarlo en vida.

— La comunidad tiene la responsabilidad de no abandonar al enfermo y de mantenerle unido a la vida comunitaria. En el sacramento, la comunidad celebra la presencia de Jesús por el enfermo y se compromete a luchar por su liberación temporal y definitiva.

Este fue el contenido primordial para la catequesis que, tanto a los enfermos,

como a los fieles les ayudaron a participar activa y vivamente en una celebración comunitaria de la Unción de los Enfermos.

Entendemos que una celebración periódica comunitaria de este Sacramento tiene unos valores sociológicos, psicológicos y pastorales.

En primer lugar el pastor y los cristianos toman conciencia de que la Unción es el sacramento de los enfermos, pero no el sacramento de los enfermos.

Es preciso quitar ese ambiente enraizado de desesperación que suele rodear la celebración de ese sacramento. Cuando el médico no tiene ya nada que hacer o decir, llega el sacerdote para pronunciar algunas palabras y hacer algunos gestos en un ambiente de dolor, tal vez de resignación, muy impropios de la celebración del Sacramento de los Enfermos.

Desde el punto de vista psicológico extremar la Unción de los Enfermos es asociar un sacramento, que, como los demás, creemos que son las respuestas concretas de Dios a las situaciones más decisivas de la vida del hombre, a un estado en que el moribundo ya es humanamente irrecuperable. Ello ha creado una mentalidad en nuestro pueblo de que el sacramento de la Unción, es algo así como *la sentencia de muerte*.

Creemos que la celebración del sacramento de la Unción exige el cuidado pastoral de los enfermos. Los celebrantes, los fieles creyentes y particularmente los enfermos y ancianos, necesitan adquirir una postura nueva y adecuada ante la Unción de los Enfermos. La adquisición de esta nueva mentalidad sólo será posible mediante una catequesis auténtica. Actualmente la comunidad parroquial cuenta con catequistas para la preparación adecuada a cada sacramento y para una mayor educación de la fe cristiana. Es necesario que algún grupo de seglares participen también en la catequesis de los enfermos y ancianos que, al no salir del hogar, les imposibilita para otra catequesis de la comunidad. Y a la vez les prepararía para una celebración del sacramento de la Unción, sea a nivel familiar, sea a nivel comunitario.

Este es el camino para evitar toda ambigüedad y desfiguración del Sacramento de los Enfermos.

Como proyecto inicial hemos querido ayudar a la comunidad a superar el poco aprecio y el conocimiento inadecuado de este sacramento, fruto de una celebración pobre, falta de una ambientación apropiada para manifestar la especial misericordia que Dios tiene con los enfermos. Por eso quisimos celebrar ese Sacramento en un ambiente festivo y en el marco de la celebración Eucarística de una fiesta litúrgica muy significativa

como la de Todos los Santos. Catorce ancianos enfermos acompañados por todos sus familiares y por un grupo considerable de la comunidad parroquial participaron en esa celebración litúrgica. Los textos de la festividad, las moniciones y los cánticos litúrgicos dirigidos por un grupo de jóvenes acompañados con instrumentos musicales dio tono y alegría a esa celebración.

La experiencia quiere ser un inicio de continuar por ese camino, particularmente en dos tiempos del año: Adviento y Tiempo Pascual.

Sin duda alguna, podemos valorarla como la mejor catequesis tanto para los que recibieron el sacramento de la Unción, como de los fieles que les acompañaban.

PARROQUIA DE BALAGUER
Diócesis Seo de Urgel

IV

VIVENCIA HUMANO-CRISTIANA ANTE LA MUERTE

El intento de autodefensa se pone en movimiento atenuando, o disminuyendo la tragedia del momento. Responde a aquello de que «Mientras hay vida sigue habiendo esperanza». El enfermo es el menos consciente de la inminencia del desenlace. «En ningún moribundo he visto el terror de la muerte». He visto siempre la vela que se apaga, pero con afán de seguir brillando. ¿Por qué?

— En las personas que lo rodean, que quieren casi siempre esconder el problema al enfermo.

— En el enfermo mismo, enfrentarse con la muerte, es algo que todos rehusamos.

EXPERIENCIAS

Son muchos los casos, se espera que la muerte llegue de un momento a otro. Físicamente no pueden pero hay en ellos un algo de esperanza de querer seguir viviendo. Te hablan de su reincorporación al trabajo. A todo lo que por la enfermedad un día abandonaron, familia, trabajo, sociedad.

El caso de un enfermo que esperaríamos, de un momento para otro muriera. La esposa le pedía explicara al hijo, cómo funcionaba el despacho con el fin, le decía (disimulando) de que no se le atrasara el trabajo. El enfermo contestó, no quiero que lo haga solo, es un poco complicado lo de las facturas y otros asuntos delicados, ya lo haremos juntos cuando yo esté en casa. A las pocas horas moría.

En cuanto a sacramentos

En unos casos se ve resistencia por parte de la familia, tienen miedo de que el enfermo se dé cuenta al ver al sacerdote de que algo no marcha. Temen se dé cuenta de que puede morir.

Otros familiares piden se les dé todo. Quieren quedarse tranquilos, pero nada más. Como si se cubriera un expediente.

Otros, y estos son los menos, piden los sacramentos y los reciben con unción. Son para ellos salvación y vida. Se han preparado durante toda la vida, no son un paréntesis.

MADUREZ HUMANA

Hay casos en los que hombres de gran personalidad y madurez, ven se han de morir, la afrontan a nivel humano. Es lo que en público hizo en varias ocasiones Pablo VI. El estaba convencido de que su muerte estaba próxima y hablaba de ella ante el pueblo con serenidad. Personas que han vivido con una gran integridad su vida y que ante la muerte, se enfrentan con gran madurez.

Experiencias

Una enferma que sufría mucho, nos decía pidiéramos a Dios, ella quería irse al cielo. Muy serena, reflejaba en su rostro una alegría y una paz no corrientes. Nos decía, qué alegría, ir al cielo, ver a la Virgen. Esto me lo había dicho estando bien, pues según ella, aquí no hacía nada malo, pero tampoco nada bueno. A las enfermeras les gustaba ir a verla, hablar con ella, decían esto no es corriente.

He vivido el caso de un joven abogado, enfermó de poliomielitis. Permanecer catorce años en un pulmón de acero, teniéndole que hacer todo, no pudiendo él ni quitarse una mosca, si le molestaba. Siempre admiré en él, cómo vivía la circunstancia de cada momento. Grupos de jóvenes celebraban en su habitación Eucaristías, jornadas de oración, bautizos. Sabía ponerse a la altura del momento que vivía. Profundo en los ratos de oración y alegre como el que más cuando la circunstancia lo requería. Una enferma muy buena que hacía muchos años que estaba en el hospital, me dijo hablara con él para que juntos pidieran al Señor, irse con él al cielo. Dígala me dijo, que ella lo pida, para ella. Yo estoy muy bien aquí mientras el Señor lo quiera, cuando sea su voluntad no la mía. Marcharé muy contento, creo con la misma alegría que siento y tengo aquí.

MADUREZ CRISTIANA

Hay dos situaciones del enfermo:

a) La del que improvisa la muerte.

No aprendió a morir en vida. No conoce la muerte moral del sacrificio aceptado, vivido con resignación, practicado voluntariamente. Para éste, morir es un contrasentido, algo en lo que no había pensado. Se rinde ante la fuerza mayor que le asedia sin remedio.

b) La del que ha vivido ya la muerte en un nivel de fe: *Sacramental* «morir a una vida de pecado, para vivir a una vida de gracia». Ha vivido la muerte en un nivel moral: ha sufrido con plena aceptación se ha impuesto actos de sacrificio. Ha acostumbrado al cuerpo y al espíritu a vivir en una situación de muerte. Para este la muerte es la conclusión natural de todo un proceso de una vida. La *muerte física* es la última etapa de una *muerte sacramental* y de la *muerte moral*. La *muerte biológica* como principio de la plenitud del amor/unión.

CONCLUSIONES

No damos suficientemente importancia al hecho de la muerte y toda muerte es la que da un sentido a la vida, una orientación y al hecho de que cualquier vida puede y ha de dar orientación y sentido a su propia vida. Necesidad de prepararla en vida; la muerte no se improvisa, hay que aprender a morir y vivir. No se da hecho. Por esto a la persona hay que enseñarla a sufrir y morir.

ANUNCIACIÓN MANZANO

V

ESPERANDO LA MUERTE CON SERENIDAD

Ferrán T. y G. era una persona de 59 años de edad, normal y corriente, cristiano católico y aunque por su afición al excursionismo no era practicante asiduo, no dejaba de cumplir y ayudar a la Iglesia lo suficiente por haber sido educado en una Institución Religiosa.

Ocupaba un buen cargo en una empresa, lo que hacía que pudiera disfrutar de la vida, sin salirse de las buenas costumbres, *camping*, viajar al extranjero, etc., y se sentía feliz. Ayudaba al prójimo no sólo económicamente, sino en su formación, pues donde veía un joven honrado y con amor al trabajo, le orientaba, habiendo llegado en más de una ocasión a hacer de él un hombre notable. En una palabra, atesoraba buenos sentimientos.

Pero cierto día se le presentaron unos síntomas que venían a anunciar la posibilidad de un cáncer en los huesos. Consultado el médico (de la Clínica *La Alianza*) lo confirmó. Como era el paciente de clara visión y estaba soltero quiso se le dijera la verdad. Diagnóstico: sin operación 3 meses de vida y realizándola unos 9 meses. Se decidió llevarla a cabo. De momento mejoró pero no así unos meses después que siguió la enfermedad.

Entonces es cuando empezó su heroísmo, pues viendo se acercaba su últi-

mo viaje, rogó a su Director Espiritual le visitara más a menudo, sosteniendo con él largas conversaciones. En cuanto al doctor le suplicó no le diera ni un mínimo de medicación para alargar aquello que ya no era vida, lo único que le pedía algún calmante para ayudarlo a soportar los dolores.

Dio con toda entereza disposiciones de todas clases a sus empleados que venían a consultarle sus dudas que él siempre resolvía; talones firmados para sus herederos (a los que recordaba que el recibir bienes siendo muy agradable si no se administran debidamente pueden ser motivo de discordia), dictado de boletines dándose de baja de los centros culturales, religiosos, benéficos, etcétera, a que pertenecía y entrega a los mismos de donativos después de su defunción, etc., y recuerdo que después de cumplir 60 años, en la clínica, me dijo exactamente estas palabras:

«Estoy tranquilo: he llegado a esta edad pudiendo darme muchos gustos, haciendo el bien que he podido, no he perjudicado a nadie. Ha llegado mi hora, no me quejo a Dios de mi destino y lo acepto» (aunque yo sabía lo mucho que le habría gustado seguir viviendo).

En fin, tanto el médico que lo asistió siempre, como el sacerdote, dijeron que no acostumbraban ver (también las enfermeras) un hombre de su edad y con pleno conocimiento ver llegar la muerte con tanta conformidad, incluso con la sonrisa en los labios y sin una protesta.

EUTANASIA Y DISTANASIA

Conviene al teólogo sentarse junto al lecho de un moribundo que, en prolongada agonía, lucha contra el sufrimiento estallándole la vida por los ojos que buscan, sin encontrarlo, un alivio liberador. Conviene al teólogo escuchar en el silencio de una habitación de hospital el latido de los corazones de los familiares y amigos que asisten angustiados e impotentes al que muere. Y escuchar el silencio roto por los estertores de agonía. Y las explicaciones que médicos y enfermeras darán, quizás, sobre el grado de conciencia del que parece morir sufriendo. Conviene a todos pero especialmente a médicos, personal de enfermería y teólogos reflexionar sobre el sufrimiento que inútilmente, no pocas veces, se añade a una agonía prolongada por una terapéutica ya inútil y que sólo se administra para cumplir con el dogma médico de «hacer todo lo posible para conservar una vida» y que interiorizado de manera acrítica por algunos se acepta como principio ético que no requiere mayor discusión y matización. Conviene reflexionar sobre el poder que la ciencia médica ha adquirido sobre la vida y la muerte y como bien dice Hamburger: «Es claro que el enorme incremento del poder de los médicos plantea muchas cuestiones que nunca se habían planteado hasta ahora. La ciencia nos ha hecho dioses antes de que seamos plenamente humanos»¹.

No es nuestro propósito tratar el tema de manera exhaustiva. Estas líneas están orientadas primariamente a la clarificación de conceptos y al análisis de los problemas que suscitan los pacientes terminales, especialmente los pacientes hospitalizados. En ninguno de los casos, que presentaré de la manera más esquemática posible, ha habido la menor negligencia médica y en todos ellos ha sido notorio el afecto del médico por su paciente. Evitaré en la presentación de estos cuatro casos todo tecnicismo, en la medida de lo posible, y suprimiré aquellos rasgos biográficos que, a mi juicio, no interesan, resaltando, en cambio, el área de conflicto que deseo presentar.

● M. A. de 45 años, soltera, en situación terminal a causa de un cáncer de mama que ha evolucionado

¹ MAGUIRE, DANIEL, C.: *La muerte libremente elegida*. Sal Terrae, Santander, 1975, p. 15. Trad. de JOSÉ A. BENITO. La traducción del inglés «Science has made us Gods before we are even worthy of being men» es un tanto libre. HAMBURGER, J. en *Law and ethics of transplantation* (Ciba Foundation Blueprint) ed. Gordon Wolstenholme and Maeve O'Connor, Londres 1968 cita a ROSTAND, JEAN: *Pensées d'un biologiste*. Stock, Paris, 1939, a quien se debería la primera cita, probablemente. La traducción más correcta parecería: «...la ciencia nos ha hecho dioses antes que alcancemos el merecimiento de ser hombres».

rápida en dos años. Ni la cirugía radical, ni la radioterapia, ni la quimioterapia han podido detener la aparición de metástasis. Durante todo el tratamiento ha sufrido mucho, física y moralmente. Siempre ha sido una mujer jovial, de agradable trato y enamorada de la vida. Se ha movido siempre en ambientes cultos y se ha familiarizado con las discusiones filosóficas, teológicas y científicas. Ha sido una cristiana convencida y de acendrada fe. Ha expresado en varias ocasiones el firme deseo de que se la deje morir en paz cuando llegue el momento, sin que se prolongue su agonía con medios inútiles o que pudieran ser causa de desintegración de su personalidad. En el curso de una complicación medular que requiere hospitalización y radioterapia —por los intensos dolores y la impotencia funcional— surge una complicación renal de pronóstico gravísimo. Se comienza el tratamiento de esta nueva complicación sobreañadida, tratándose el dolor con la remota esperanza de una posible recuperación parcial. El tratamiento por infusión endovenosa se hace intolerable. La paciente se halla obnubilada a ratos. Otras veces delira. La voz se hace cada vez menos perceptible. En algún momento reconoce a sus familiares y pide con gestos que retiren el suero. Los familiares con la ayuda de un médico amigo salvan las que podríamos llamar *tensiones de procedimiento* y se llevan a la enferma a su domicilio. Se hace un tratamiento meramente paliativo. Se hidrata a la enferma y se administran narcóticos, cuando conviene. La hidratación se realiza sólo por vía oral. La paciente recobra el conocimiento en varias ocasiones y sonríe a sus familiares. A los cinco días de su traslado muere en paz.

Vivir un caso como el que acabamos de exponer hace surgir una serie de cuestiones que no tienen una fácil respuesta. Por ejemplo:

— ¿Hay que esperar a que los factores bioquímicos determinen el tiempo y la manera del fatal desenlace? ¿No puede el hombre acelerar el curso que indefectiblemente conducirá a la muerte?

— ¿Existe una clara diferencia entre actos de omisión y actos de comisión, entre la que se ha venido en llamar eutanasia-pasiva y la eutanasia-activa?

— ¿Existe algún caso en que la eutanasia esté justificada?

— ¿Tiene el paciente el derecho a rehusar el tratamiento y a morir con dignidad?

— ¿El poder institucional del hospital hace difícil el ejercicio de este derecho?

— ¿Están los médicos y el personal de enfermería capa-

citados para resolver las complejas cuestiones éticas que se plantean en un conflicto de valores?

— ¿Ha de ser atendida la decisión de los familiares de suprimir el tratamiento ya ineficaz haciéndose intérpretes de los deseos del moribundo?

● K. A. Q. (Karen Ann Quinlan) de 21 años de edad y de compleción atlética, ingresó en la noche del 14 de abril de 1975 en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital St. Clare de Denville, New Jersey (Estados Unidos), en estado de coma, debido a la ingestión de drogas y alcohol. Se le practicó una traqueotomía y se la conectó a un respirador artificial tipo Bennett MA-1. Los informes neurológicos de los doctores Robert J. Morse, neurólogo a cargo de Karen; Julius Korein, profesor de Neurología en el centro médico de la Universidad de New York y jefe de los laboratorios de electroencefalografía en el hospital de Bellevue; Fred Plumm, presidente de la Sociedad Neurológica Americana; Henry Liss, profesor de Neurocirugía de la Facultad de Medicina de Rutgers, que la examinaron en diferentes ocasiones, coincidieron en la irreversibilidad del proceso y en que era una paciente que quedaría en un persistente estado vegetativo. Los padres adoptivos de Karen, Joseph y Julia (Karen Ann fue adoptada por los Quinlan a las cuatro semanas de su nacimiento en un hospital de madres solteras) expresaron su deseo de que se interrumpieran los medios extraordinarios de tratamiento y que dejaran a la naturaleza seguir su curso. Alegaron que no deseaban la muerte de su hija, sino hacerla volver a su estado natural acatando los designios de la Providencia «si Dios quiere que viva, vivirá; si Dios quiere que muera, morirá»². El P. Thomas Trapasso, párroco de los Quinlan, apoyó su decisión, asegurándoles que según la doctrina católica no estaban obligados a la utilización de medios extraordinarios y que podían, por tanto, solicitar la retirada del respirador. Karen seguía en él; se mantenía un cuidado meticuloso de la tráquea y los pulmones y recibía antibióticos periódicamente. El neurólogo Robert Morse se negó a la desconexión. La administración del hospital apoyó esta postura y en fecha 3 de agosto de 1975 el señor Theodore Einhorn, en representación del hospital informaba a los Quinlan que su petición no podía ser atendida. Karen era mayor de edad y la postura de los médicos era defender la vida de Karen. Tendrían que ir a los tribunales y conseguir que un juez nombrara tutor al padre de Karen. Entonces podría expresar de nuevo su petición. No hubo más remedio que acudir a la vía judicial, llevando el caso ante el Tribunal de Morristown, New Jersey, a cargo del juez Robert Muir. Se designó al abogado D. Coburn defensor público de los derechos civiles de Karen. En fecha 10 de noviembre de 1975, el juez Muir, estableció un precedente de históricas consecuencias en la jurisprudencia de los Estados Unidos desestimando la petición de los Quinlan y estableciendo que *el derecho a la vida y a su preservación constituyen intereses de orden prioritario*. La decisión judicial, publicada en un documento de 45 páginas, indica entre otras cosas: que Karen estaba viva, médica y legalmente, y que por lo tanto el Tribunal no podía autorizar la retirada del respirador. *Hacerlo sería homicidio y un acto de eutanasia*. El juez Muir rechazó todos y cada uno de los argumentos del abogado de los Quinlan, Paul Armstrong, que pretendió apoyarlos en la Constitución de los EE.UU. Rechazó el argumento de que se trataba de un castigo cruel y extraordinario

porque «el tratamiento médico, cuya meta es el mantenimiento de la vida, no es algo degradante que se inflige de modo arbitrario, inaceptable a la sociedad contemporánea, ni innecesario». Tampoco «hay un derecho constitucional a morir que un padre pueda reclamar para un hijo, adulto e incompetente. *Las decisiones de vida o muerte de este tipo han de ser tomadas por los médicos y no por los tribunales*»³. La moralidad y conciencia de nuestra sociedad coloca esta responsabilidad en manos de los médicos». El juez expresó su desacuerdo en que los padres gobernaran la decisión médica y su temor de que las motivaciones conscientes e inconscientes de los padres pudieran actuar en desacuerdo con los mejores intereses de Karen⁴. Tampoco aceptó que Joe Quinlan fuera nombrado tutor de la persona de Karen, pues «estaba indudablemente angustiado por su decisión de poner fin a lo que considera cuidados extraordinarios de su hija. Esta angustia perdería e incluso aumentaría debido al conflicto interior a que se vería sometido si hubiera de concurrir en las decisiones diarias del cuidado futuro de su hija. Por tanto encuentro más adecuado, dijo, en interés de Karen, que se nombre a otro». Se designó a Daniel Conurn. Contra el pronunciamiento del juez Muir se alzaron los Quinlan, en fecha 17 de noviembre de 1975, formulando recurso de apelación ante el Tribunal Supremo del Estado de New Jersey, ubicado en la ciudad de Trenton, que por resolución del 30 de marzo de 1976 revocó la impugnada, considerando que la enferma tenía *el derecho constitucional de la intimidad personal (privacy)*, del que forma parte el derecho a rehusar tratamiento. El Tribunal Supremo decretó que Joseph Quinlan fuera el tutor de su hija Karen y decidió que *podía ejercer, en nombre de su hija, el derecho de libertad de elección*. Lo que decidiera en nombre de su hija debía ser aceptado por la sociedad, la mayoría de cuyos miembros, en circunstancias similares, elegirían lo mismo tanto para ellos mismos como para sus seres más queridos. El Tribunal, además, eliminó toda responsabilidad criminal por la retirada de los medios que le mantenían la vida. El documento establecía que si los médicos que atendían a Karen decidían que no había esperanza de que saliera del coma, consultarán con un *comité de ética* nombrado por el hospital. Si este comité estaba de acuerdo con el diagnóstico, podía retirarse todo el sistema de soporte. Si los doctores se negaban a retirar el respirador, entonces Joseph Quinlan, como tutor, podía buscar otro médico que consintiera hacerlo⁵. La decisión del Tribunal Supremo del 31 de marzo de 1976 no se llevó a la práctica —por la resistencia del Dr. Morse y colaboradores— hasta el 17 de mayo. Hoy, Karen Ann sigue viva, sin función cognoscitiva. Flaquísima yace en el lecho pacífica, serena, en posición fetal y rígida.

Varias preguntas sugiere este caso. Entre ellas:

— ¿En caso de desacuerdo entre médicos y familiares, cuál ha de prevalecer y cuál prevalece?

— ¿Sería conveniente reforzar jurídicamente los derechos de los familiares?

— ¿Es aconsejable recurrir a los tribunales en una cuestión como la planteada?

³ QUINLAN, J. J.; BATTLE, PH.: *La verdadera historia de Karen Ann Quinlan*. Grijalbo, Barcelona/Buenos Aires/México, 1978, páginas 296s.

⁴ BRANSON, R.; CASEBEER, K.: Obscuring the role of the physician. *The Hastings Center Report*: 6 (1976) 1,8-11.

⁵ QUINLAN, J. Op. cit. p. 298.

² CLARK, MATT y cols.: A right to die? *Newsweek*. 3, noviembre 1975, p. 58.

— ¿No existe el peligro de que la ignorancia o una compasión mal entendida lleve a decisiones tan perjudiciales como las tomadas por simple malicia?

— ¿Es recomendable la creación de comités de ética en los hospitales?

● A. P. de 53 años. Hipertenso. Después de intensa cefalea que no cede a los antiálgicos, ingresa en el hospital. Examinado cuidadosamente y realizadas las exploraciones neurológicas comunes, se aconseja angiografía cerebral. Se detecta un aneurisma. A los dos días sufre una agravación y entra en coma por una probable hemorragia. Se le traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos y se le coloca el respirador artificial. A las 24 horas aparece un E.E.G. plano que se mantiene durante tres días. Se declara la muerte, por coma sobrepasado y se desconecta el respirador.

— ¿Ha cambiado hoy el criterio para definir la muerte?

— ¿Qué condiciones se han de cumplir para que un paciente se halle en situación de coma sobrepasado?

— ¿Deberían haber comités de estudio para decidir la desconexión?

● M. F. de 70 años de edad, con una uremia crónica que obliga a hemodiálisis repetidas con los inconvenientes de la disección repetida de venas y arterias. La paciente, serena, manifiesta que ha tenido una vida llena. Sus hijos y nietos están muy lejos. Las relaciones familiares siempre han sido buenas. A ella, sin embargo, le pesa ahora el sacrificio que sus hijos tienen que hacer para poder visitarla, cosa que pueden hacer muy de tarde en tarde. Decide interrumpir el tratamiento, que por lo demás no ofrece más ventajas que de mantenerla viva pero pendiente del riñón artificial constantemente. Tras consulta con el internista y el psiquiatra se accede a su petición y la paciente muere.

— ¿Qué derecho tiene un paciente para abandonar un tratamiento de riñón artificial y enfrentarse con la muerte?

— ¿Cómo ha de realizarse una selección de pacientes que no desean morir pero que no todos pueden vivir por la escasez de recursos disponibles?

La característica común de todos los casos presentados es la de estar hospitalizados. Es a este nivel donde se crean los conflictos más graves debido al poder institucional, a la atomización de responsabilidades, a las dificultades de comunicación, a la propia psicología del paciente, a las tensiones de los familiares, a la persistencia del modelo paternalista de la relación médico-enfermo, a las posibilidades tecnológicas y exigencias científicas de algunos médicos que parecen más orientados a tratar enfermedades que a sanar pacientes, es decir, más orientados a aspectos parciales que a la totalidad de la persona, a la subespecialización, con la dificultad de coordinar los esfuerzos, para crear una asistencia total. Al mejorar técnicamente, la asistencia médica se hace más impersonal y con frecuencia menos satisfactoria para el enfermo. A todo ello habrá que añadir los problemas socio-económicos y culturales con las dificultades de comunicación potenciadas tanto por el lenguaje profesional, que no renuncia fácilmente a su carácter ininteligible —mecanismo defensivo de una clase— como por la ignorancia de amplios sectores de la población. Para conseguir o reconquistar la confianza en la relación médico-paciente, a nivel institucional son necesarias algunas medidas como por ejemplo:

un buen servicio de relaciones públicas; formación universitaria del profesional de enfermería, que ha de detentar mayores responsabilidades en algunos servicios, formación humanística de médicos y personal sanitario junto con una formación seria a nivel ético que permita abordar los problemas con una ética que vaya más allá de la simpatía o de la experiencia personal. No podemos olvidar, de todos modos, que el tipo de asistencia que a nivel hospitalario puede ofrecerse tiene unos límites objetivos que difícilmente pueden ser comprendidos por personas ignorantes y reivindicativas de derechos reales o imaginarios. Creo que todos estaríamos de acuerdo en la proposición de que una «socialización de la medicina exige una cientificación de la sociedad»⁶. Psicólogos clínicos bien entrenados podrían actuar como catalizadores en las tensiones hospitalarias actuando como amortiguadores inteligentes en los momentos en que surgen o estallan conflictos emocionales a nivel del paciente o del personal sanitario. Su aportación podría tener un gran valor en los momentos en que debiera tomarse una decisión de vida o muerte, al actuar como *abogados* de los valores del paciente.

Antes de entrar a precisar algunos conceptos básicos en relación al tema que tratamos, intentaremos descifrar con los datos que tenemos los mecanismos de decisión o las motivaciones que tiene el médico para continuar o no una determinada acción real o pretendidamente terapéutica. No hay una suficiente literatura sobre el particular y creemos que la actitud varía de un médico a otro y de un hospital a otro. De todas formas tenemos algunas pistas:

a) El estudio llevado a cabo por la socióloga Diana Crane de la Universidad de Pennsylvania⁷.

b) El método Tiss.

c) El método Tagge para el estudio y elaboración de las decisiones sobre aplicación o inaplicación de cuidados excepcionales a los enfermos sin esperanzas⁸.

ACTITUDES DE LOS MEDICOS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CRITICAMENTE ENFERMOS

INFORME DE DIANA CRANE

Diana Crane envió en 1971 un cuestionario a una extensa muestra de médicos de cuatro especialidades: medicina interna, neurocirugía, pediatría y cirugía cardíaca pediátrica. Un 70 % de los encuestados respondieron. Totalizaron 1410 internistas, 650 neurocirujanos, 922 pediatras y 207 cirujanos especializados en cirugía cardíaca pediátrica. El cuestionario consistía en contestar qué es

⁶ MOLTSMANN, J.: Esperanza y futuro biomédico del hombre. *Secciones de Teología* 13 (1974) 49, p. 5.

⁷ CRANE, DIANA: Physicians' attitudes toward the treatment of critically ill patients. *BioScience*: 23 (1973) 8, 471-474. Dada su importancia ofrecemos un extracto muy completo del artículo. Ello nos obliga a transcribir amplios fragmentos del mismo.

⁸ GINESTAL, RICARDO y LEONIS, JACOBO: *El coma sobrepasado y sus implicaciones médico-legales (Ortotanasia y trasplantes)*. Sin ref. editorial, Madrid, 1976, p. 38-43. Los autores citan los trabajos siguientes: CULLEN, D. J.; CIVETTA, J. M.; BRIGGS, B. A.; FERRARA, L. C.: Therapeutic Intervention Scoring System: a method for quantitative comparison of patient care. *Critical Care Medicine*: 2 (1974) 57-60. TAGGE, G. F.; ADLER, A. D. BRYAN-BROWN, C. W.; SCHDEMAKER, W. C.: Relationship of therapy to prognosis in critically ill patients. *Critical Care Medicine*: 2 (1974) 61-63.

lo que harían ante un caso determinado que se exponía. Los casos eran distintos según la especialidad. A los cirujanos se les preguntaba si operarían en el caso expuesto. Los internistas tenían que contestar las medidas que adoptarían según una gradación expuesta. Se hicieron tres versiones para los internistas y dos para los pediatras. Cada versión proponía la misma historia clínica pero se variaban las actitudes de los pacientes, de los familiares, o la clase social.

La exposición de un par de casos puede ayudar a comprender el trabajo de Diana Crane:

● Una mujer de 65 años con atrofia cerebral severa no puede caminar, alimentarse por sí misma, ni comunicarse de manera intencional. Ingresó en la sala del hospital deshidratada y con fiebre. Su familia ha dicho que no quieren cuidar de ella en casa si se le da de alta después de tratarla. ¿Cuál de las siguientes medidas cree que usted tomaría en este caso? (Apunte sí, tal vez, o no, en cada una de las siguientes respuestas):

1) Hidratación y alimentación por vía endovenosa; 2) Punción lumbar en caso de rigidez de cuello y fiebre; 3) Cultivo de orina en caso de piuria; 4) cultivos de sangre —seis— en caso de fiebre y murmullo; 5) Apendicectomía si se sospecha una apendicitis; 6) Resección intestinal si se sospecha una pequeña necrosis intestinal; 7) Si se agravara una insuficiencia respiratoria por una pulmonía, ¿la intubaría y usaría un respirador artificial?; 8) ¿Haría una traqueotomía si las molestias respiratorias duraran dos días?; 9) Si hubiera un paro cardíaco, ¿comenzaría la resucitación?; 10) Si no fuera lograda en un período de 15 minutos, ¿continuaría con las maniobras de resucitación?

● Un hombre de 45 años, con un peso de 65 kg, en los últimos estadios de un cáncer en su fase terminal, ha estado recibiendo 40 mg de morfina para aliviar su dolor, cada vez que ha sido necesario. Llega el momento en que esta dosis ya no le alivia. ¿Qué haría:

1) no aumentar la dosis; 2) aumentar la dosis pero cuidando que no se produzca un paro respiratorio; 3) aumentar la dosis, aún a riesgo de que se produzca un paro respiratorio; 4) si no se consigue aliviar el dolor seguir aumentando la dosis aún con riesgo elevado de que se produzca el paro respiratorio.

Las conclusiones a que llegó la autora, después de analizar las respuestas podrían sintetizarse de la siguiente manera:

1) Guardando un orden de mayor a menor esfuerzo o utilización de medios, los médicos utilizarían la siguiente gradación: 1) pacientes cuya vida puede ser salvada y con incapacidad física solamente; 2) pacientes que pueden salvarse y con déficit mental severo; 3) pacientes que no pueden salvarse y con incapacidad física solamente; 4) pacientes que no pueden salvarse y con incapacidad mental.

2) Pronóstico, tipo de déficit, y finalmente el consentimiento, son los tres factores que juegan en el momento de tomar una decisión. El consentimiento del paciente y/o de los familiares es sólo un factor más. Algunas veces el médico sigue con el tratamiento a pesar de que la familia exprese el deseo que se interrumpa. El paciente que desea recibir un tratamiento, por agresivo e ineficaz que pueda ser, probablemente no tendrá problema, pero la interrupción del mismo depende principalmente del pronóstico que haga el médico y del tipo de déficit que presente.

3) El médico tiende a establecer una clara diferencia entre aquellos pacientes cuya vida puede mantenerse por un largo período de tiempo, a pesar de serias molestias físicas o de déficit mental y aquellos cuya condición es claramente terminal. Cuando hay unas molestias o dolor físico, y en los casos de déficit mental irreversible, el profano enfoca el caso, a diferencia de los médicos, bajo el mismo prisma.

4) Los médicos se inclinan a no tratar activamente a pacientes cuya vida puede salvarse o no pero que se encuentran con lesiones cerebrales graves. Parecen subrayar más la santidad de la individualidad que la de la vida.

5) La interrupción de un tratamiento resulta más laboriosa para las personas que por pertenecer a grupos étnicos y culturales distintos del médico les resulta más difícil la comunicación o no tienen las posibilidades de resolver satisfactoriamente el conjunto de delicadas negociaciones que se requieren, hoy por hoy.

Dos hechos que nos han llamado la atención en este artículo y que merecen una reflexión son: sólo un 43 % de los médicos y un 29 % de los residentes encuestados estarían dispuestos a incrementar la dosis de morfina para aliviar el dolor de un paciente terminal como el que hemos descrito si ello representara un riesgo de producir un paro respiratorio. Y un 22 % de los encuestados trataría energicamente a un paciente en el estadio terminal de un cáncer aun contra su voluntad.

METODO THERAPEUTIC INTERVENTION SCORING SYSTEM (TISS)

Este método va encaminado a reducir costos e incrementar eficiencia en el tratamiento de los pacientes de alto costo, alto riesgo y bajo rendimiento (high-cost; high-risk; low yielded), sobre todo en las UCI (Unidades de Cuidados Intensivos). No se trata de una medición universalmente aceptada. Se halla en período de estudio y su objetivo es simplemente relacionar costos y personal empleado en los esfuerzos por revertir procesos potencialmente letales. A cada intervención terapéutica, dependiendo de su complejidad, se le asigna un valor de 1 a 4 puntos y el número total de los acumulados en un período de 24 horas se define como «puntos TISS diarios». Por ejemplo: Paro cardíaco y/o choque eléctrico en las primeras cuarenta y ocho horas, 4 puntos; infusión arterial continua, 4 puntos; hemodiálisis, 4 puntos; transfusión de sangre, 3 puntos; digitalización aguda, 3 puntos; hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica, 2 puntos; traqueotomía precoz, 2 puntos; monitorización electrocardiográfica, 1 punto; antibióticos intravenosos, 1 punto... Lo interesante del método es que el tiempo de tratamiento, esfuerzos y costos, varían inversamente con la supervivencia en las UCI. Este hecho sumado al más importante, a nuestro parecer, que es el de una buena información al paciente o si no es posible a su familiares han de ayudar a valorar aspectos objetivos de los llamados medios extraordinarios y a facilitar una decisión.

METODO TAGGE

Se basa en el hecho de que el equipo completo de la UCI es forzado a plantearse y afrontar la pregunta de qué es mejor para el paciente que se trata. A este respecto

debe huir de las sombras de los tabúes, situándose en un terreno que garantice la comunicación máxima y abierta. Puede suceder que dicho equipo «corra con el riesgo de ser corrompido por el poder de decisión, pero, sin embargo, a medida que la familia y el enfermo —si está consciente— sean parte de la decisión misma, las posibilidades de error tienden a decrecer. *Quien crea que la incógnita se resuelve con una simple petición de criterio, da fe que no ha invertido muchas horas en el tratamiento de enfermos críticos*, donde el delicado y sensible trance de poder perder un ser humano requiere un perfecto contrapeso entre una proporcionada compasión y una dura fortaleza para afrontar la pesada responsabilidad de tan difícil y trascendental decisión⁹.

Tal como hemos visto en el estudio de Diana Crane en el corazón mismo de la decisión médica se halla el pronóstico. El pronóstico, a su vez, se basa en la experiencia acumulada —personal o colectiva—, instinto y probabilidad. Si está convencido de las posibilidades de supervivencia de un paciente ¿por qué no hacer lo posible para salvarle la vida; todo lo posible? La doctrina de los medios ordinarios y extraordinarios ¿no debe acomodarse a las posibilidades técnicas en uso? Cuando el paciente no puede expresar su voluntad ¿cómo acertar en el juego de intereses de los familiares, que quizás no siempre serán gobernados en función del bien del paciente? ¿cómo distinguir con claridad, lo más noble entre sus propios sentimientos?

Los médicos, al igual que otras personas, actuarán en diferentes ocasiones según la imagen personal que tengan de ellos mismos y no hay dos seres humanos que hayan desarrollado el mismo autoconcepto, la misma jerarquía de valores, la misma gama de necesidades personales, influenciados idénticamente por la instrucción, demandas, ejemplos y expectativas de los demás. Su reacción ante decisiones de vida o muerte dependerán del cómo ha aprendido a percibirse él mismo como a hombre y como a médico. Su conducta será expresión de sus valores personales, al mismo tiempo que consciente o inconscientemente tenderá a satisfacer las necesidades del paciente como las propias.

Para que el médico cumpla con el imperativo médico de luchar por salvar la vida del paciente, de manera plenamente humana, ha de poder crear el espacio interior que le haga vulnerable al médico-hombre y obedezca al imperativo moral de profundo respeto a la dignidad de la persona humana. El imperativo ético médico de encontrar remedio a las enfermedades no puede quedar anestesiado y ha de seguir nutriendo el espíritu médico. La tensión médico-investigador y médico-hombre-compañero del moribundo ha de encontrar una vía de solución. Tensión entre una medicina centrada en el paciente y la lucha contra la enfermedad. El Dr. Melvin D. Levine, Director Clínico en el Children's Hospital Center de Boston opina que: «el clínico continuará decidiendo si ha de desconectar o no un respirador, hasta que tenga una mejor alternativa... en la medida en que los médicos continúen asumiendo mayores responsabilidades en las decisiones sobre la vida y la muerte y el progreso tecnológico aumente las posibilidades para mantener artificialmente una vida, resulta claro que uno tiene la necesidad de sentirse seguro acerca de la sensibilización que han recibido los médicos durante su

formación y de la formación sistematizada que han recibido. Es de esperar que los programas que actualmente se imparten de promoción del juicio ético encuentren su sitio en los ambientes hospitalarios de tal forma que puedan difundirse y fortalecerse los procesos que llevan a una correcta decisión»¹⁰.

Creo posible afirmar que el sentido común y no el encarnizamiento terapéutico impera en la práctica actual, pero considero muy necesario clarificar algunos conceptos básicos que, algunas veces, llevan a confusión.

EUTANASIA, DISTANASIA, COMA SOBREPASADO, ORTOTANASIA, BENEMORTASIA

El prolífico e insigne teólogo metodista Paul Ramsey a quien la ética médica debe reconocer como uno de sus grandes representantes en este siglo aconseja que nos olvidemos del significado original de la palabra eutanasia, así como de acompañarla de las adjetivaciones, activa o pasiva¹¹. La corrupción del vocablo es tan notable que ha pasado a significar únicamente homicidio por compasión. Por otra parte la diferencia entre activa y pasiva, actos de comisión o de omisión, resulta borrosa en algunas ocasiones. Por si fuera poco la denominación de eutanasia pasiva tampoco ha tenido el mismo significado según los autores. Para algunos la eutanasia pasiva (también llamada omisiva, negativa, e indirecta) significa la renuncia arbitraria de la obligación de la asistencia necesaria para procurar conservar la vida y la salud. Para otros significaría solamente la supresión de los medios extraordinarios o la no utilización de las máximas posibilidades terapéuticas a un paciente cuya situación es irreversiblemente fatal. No faltarán quienes califiquen la eutanasia de activa o pasiva según la intencionalidad del agente. Así, por ejemplo: desear la muerte del paciente por medio de una droga y al mismo tiempo aliviarle el dolor (intencionalidad directa — eutanasia activa) o bien, desear la supresión del dolor aunque se arriesgue la vida del paciente (intencionalidad indirecta — eutanasia pasiva). En resumen, parece muy conveniente la supresión de toda adjetivación a la palabra eutanasia y significar con ella únicamente el concepto que en los manuales de ética se da a la eutanasia activa. Aplicaremos, pues, el término de *eutanasia* al acto de provocar la muerte del paciente con el objeto de acortar el sufrimiento en caso de enfermedad incurable. Si bien el médico tiene la responsabilidad primaria de disminuir el sufrimiento por todos los medios a su alcance, no puede provocar directamente la muerte.

Llamamos *distanasia* a la utilización de las máximas posibilidades terapéuticas cuando han dejado de tener este carácter si se tiene en cuenta la totalidad que la persona del paciente, ya que no le son de ningún beneficio y sólo consiguen prolongar biológicamente su vida. Propiamente hablando con una actitud distanáica no se alarga la vida sino el proceso de morir. Se alarga la agonía.

Resultará obvio al lector percibir la cautela que hemos empleado para evitar la utilización de los términos medios

¹⁰ LEVINE, MELVIN D.: Disconnection: The clinician view. *The Hasting Center Report*. 6 (1976) 1, 11-12.

¹¹ RAMSEY, PAUL: Eutanasia and dying well enough. *Linacre Quarterly*: 44 (1977), 1, 37-46

⁹ GINESTAL, RICARDO y LEONIS, JACOBOS Op. cit. p. 45.

ordinarios (prescriptivos) y extraordinarios (electivos). Su utilización presenta inconvenientes y ventajas. Indicaremos unos y otros. Recordemos que los medios ordinarios para preservar la vida son los tratamientos e intervenciones que ofrecen una razonable esperanza de beneficio para el paciente y pueden ser obtenidos y utilizados sin gasto excesivo, dolor u otros inconvenientes. Medios extraordinarios serían aquellos que, *aquí y ahora*, resultarían muy costosos, de uso no corriente o excepcional, muy dolorosos, muy difíciles de aplicar y todos aquellos cuyos buenos efectos que se esperan de su utilización no son proporcionados a las dificultades e inconvenientes que causan. Los inconvenientes de esta terminología están en que en múltiples ocasiones y circunstancias la línea divisoria entre lo ordinario y lo extraordinario no queda clara. Resultaría mejor poner el énfasis en la eficacia o ineficacia para el bien del paciente. La consideración de lo que es ordinario, por ejemplo, en una UCI no quita el hecho de que resulte un medio extraordinario para un individuo sin medios económicos. Lo que puede ser medio ordinario donde hay posibilidades terapéuticas ilimitadas o casi ilimitadas puede ser extraordinario en otro contexto. La más corriente de las prácticas quirúrgicas como puede ser la instauración de alimentación o tratamiento por vía endovenosa puede convertirse en medio extraordinario para una paciente en situación terminal con fuertes dolores y sin venas, es decir venas muy finas y difíciles, que han sido pinchadas otras veces e imperceptibles a través de los hematomas. La ventaja de mantener la terminología de medios ordinarios y extraordinarios estriba en que «centra la atención de los médicos, pacientes y familiares, clero y moralistas hacia unas *consideraciones objetivas* de la condición del paciente y del arsenal médico, las cuales determinan si la decisión de dejar morir o de continuar el tratamiento, luchando por salvar la vida, es moralmente correcta o no»¹².

Mollaret y Goulon fueron los primeros que abordaron el concepto de *coma dépassé* en 1959 (XIII Reunión Neurológica Internacional). Partiendo de veintitrés casos estudiados, lo definieron como «aquél grado extremo de coma en el que se une la abolición total de las funciones de la vida en relación con la supresión, igualmente absoluta, de las funciones de la vida vegetativa»¹³. El término castellano de *coma sobrepasado* deberá en un futuro ser aceptado por la Real Academia de la Lengua, debido al beneplácito general y empleo habitual por todos los profesionales de la medicina española. Teniendo en cuenta esta definición, el coma sobrepasado es aquel grado extremo de coma en el que se reúnen cuatro grupos de signos:

a) Pérdida de la vida de relación y arreflexia total, indicadores de la inactividad global del sistema nervioso central.

b) Electroencefalograma plano, isoelectrico, significativo de la inactividad eléctrica de la corteza cerebral.

¹² GINESTAL, RICARDO y LEONIS, JACOBO: Op. cit. p. 20s. Los autores citan el trabajo de MOLLARET, P.; GOULON, M.: *Coma dépassé*. *Rev. Neurol.* 101 (1959) 3-15. Transcribimos íntegramente la descripción que los autores hacen del coma sobrepasado por su precisión. Remitimos a la obra original para más detalles clínicos, etiológicos y de diagnóstico.

¹³ Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death: «The definition of irreversible coma». *J.A.M.A.* 205 (1968) 6, 85-88. Para una excelente discusión de la problemática en torno al tema, véase: RAMSEY, PAUL: *The patient as person*. Yale Univ. Press, New Haven/Londres, 1970.

c) Midriasis total, con inmovilidad de los globos oculares, que nos habla de la inactividad del mesencéfalo.

d) Abolición de la respiración espontánea, colapso cardiovascular y pérdida de la regulación de la temperatura, con hipotermia, datos que nos traducen la inactividad del diencéfalo y del tronco cerebral.

«Estos cuatro grupos de signos nos definen la pérdida irreversible de todas las funciones del encéfalo; es decir, la muerte del mismo. Y decimos específicamente muerte del encéfalo, porque un individuo en situación de coma sobrepasado no está únicamente decorticado, ni es sólo un descerebrado, sino que ha perdido la funcionalidad de toda la sustancia nerviosa a partir de la unión de la medula espinal con el bulbo, hacia arriba. Esto trae, como consecuencia, graves y diferentes lesiones: la del centro respiratorio, con imposibilidad de supervivencia, salvo con respiración controlada mecánicamente; la de los centros termorreguladores, con equilibrio progresivo de la temperatura central corporal con la del medio ambiente; la de los centros presores, con descenso de la tensión arterial diastólica prácticamente a cero y con cifras muy bajas de sistólica (generalmente, menores de 70 milímetros de Hg); la regulación cardiaca, con bradicardias y taquicardias, sin respuesta a los diversos fármacos; la insensibilidad ante todo tipo de estímulos, cualesquiera que sean, etc.

Únicamente el corazón sigue latiendo por tiempo indefinido mientras se logre una ventilación pulmonar eficaz y un mantenimiento correcto de la homeostasis del organismo, y ello gracias a sus propiedades de autoexcitabilidad (capacidad de estimularse a sí mismo para contraerse) y automatismo (capacidad de contraerse rítmicamente con una frecuencia determinada) que perduran siempre que se aporte a las fibras musculares específicas del miocardio los elementos nutritivos necesarios (oxígeno, calorías) y permanezca a través de su membrana celular el ingrediente iónico preciso.

A esta sintomatología clínica le corresponde un cuadro anatomopatológico de citólisis encefálica, que concuerda perfectamente con el carácter de irreversibilidad del proceso. Hay lesiones de necrosis neuronal en toda la extensión del encéfalo, la cual llega a ser tan intensa como para poder encontrarnos, a la apertura del cráneo, con una verdadera papilla cerebral semilíquida, donde son imposibles de diferenciar las unidades estructurales del sistema nervioso central».

El concepto de coma sobrepasado nos remite a actualizar el concepto de muerte. En efecto, el hecho de tener un corazón funcionando no significa en sí mismo que tengamos que afirmar que el paciente sigue vivo. Creo que es necesario dejar de considerar como *señal de vida* la actividad cardiaca que se halla presente en un paciente que presente la abolición total de las funciones de la vida de relación y la supresión, igualmente absoluta, de las funciones de la vida vegetativa. En otras palabras: descartar como signos vitales los que aparecen *exclusivamente* mientras se utiliza el respirador. La Universidad de Harvard nombró un comité para que estudiara las condiciones que se requieren para poder retirar el respirador de un individuo en coma. Este comité, presidido por el Dr. Henry K. Beecher publicó el 5 de agosto de 1968 los signos que dan en definitiva el diagnóstico de muerte del cerebro, signo auténtico y verídico del fin de la vida humana. El verdadero problema en determinar la muerte cerebral, reside en la exactitud y credibilidad de los me-

dios de comprobación empleados. No se ha dado jamás el caso de un individuo que se haya recobrado o *resucitado* cuando se han cumplido los requisitos exigidos por el mencionado comité y que son:

— Abolición de la respiración espontánea; pérdida de la vida de relación y arreflexia total, incluso a estímulos de por sí muy dolorosos.

— Ausencia de movimiento muscular y respiración espontánea durante una hora, o durante tres minutos, por lo menos, si se desconecta el respirador.

— Midriasis. Ausencia de reflejos, movimientos musculares y parpadeo.

— EEG isoelectrico (plano).

— Persistencia de esta situación cuando las pruebas son repetidas a las 24 horas de encontrarse el paciente en las mismas condiciones.

Estos criterios de muerte cerebral no son válidos si 1) se trata de un paciente sometido a hipotermia, ya sea terapéutica, ya sea accidental; 2) paciente bajo la influencia de barbitúricos, neuropléjicos o, en general, de cualquier sustancia que pueda deprimir seriamente el sistema nervioso central.

Una vez cumplidos estos requisitos podemos afirmar que nos hallamos ante una vida *meramente técnica* (Ramsey) o ante un *cadáver insepulto* (Thielicke-Ramsey). No puede darse ya la posibilidad de una acción eutanásica —nadie puede matar a un muerto. Cuando se habla de individuos que se encuentran en situación de *vida meramente vegetativa*, se habla de *individuos vivos* que conservan funciones vegetativas si bien no tienen vida cognoscitiva. No se hallan en situación de coma sobrepasado ni hay diagnóstico de muerte cerebral. El problema que se plantea aquí es el de la conveniencia o no de continuar un tratamiento, lo cual dependerá de la existencia o no de una razonable esperanza de éxito.

Aprovechamos, ahora, la ocasión para advertir que la terminología utilizada en la prensa, incluida la prensa médica, se caracteriza, a menudo, por una gran imprecisión terminológica. Términos como *clínicamente muerto*, *virtualmente muerto*, *prácticamente muerto*, etc., se utilizan con cierta arbitrariedad.

A título de ejemplo transcribimos dos fragmentos. Uno de ellos de la prensa local. El otro, descrito por Ramsey, es atribuido a un informe médico dado a la prensa en los Estados Unidos. Este último plantea el problema de la precisión en torno al concepto de muerte, mientras el primero resulta difícil por el equívoco que puede provocar la utilización imprecisa del término *eutanasia*.

● En fecha 15 de abril de 1978 apareció en la prensa local el siguiente titular: *Francia: polémica por la legislación de la eutanasia*. «Se extiende la polémica en torno a la proposición planteada por el senador Henri Caillaudet, quien ha urdido un proyecto de ley destinado a permitir que todo enfermo incurable, pueda exigir que no se haga ningún despliegue de medios científicos para prolongar artificialmente su vida (la letra cursiva es nuestra). Al exponer los motivos de su propuesta de proyecto ley, Henri Caillaudet, senador de la izquierda democrática, denuncia el «encarnizamiento terapéutico» que a veces se produce en ciertos casos de padecimientos incurables y que el profesor Braun define como «el hecho de diferir la muerte con cuidados intensivos y de poner al servicio del paciente todos los métodos conocidos, en los casos en que el enfermo está, de todas

maneras condenado»... no se trata de desarmar al hombre ante la muerte —añade Caillaudet— sino de armarle ante el dolor... El Consejo Nacional de la Orden de la Medicina, condena, desde siempre, la eutanasia. Sin embargo, en 1976, la Conferencia Internacional de las Ordenes, puntualizó, indicando que *esta eutanasia puede ser lícita, especialmente en estados comatosos*. En ciertas circunstancias muy avanzadas del coma, el médico puede abstenerse de proseguir una reanimación o un tratamiento. En julio del año setenta y seis, el Consejo Permanente del Episcopado Francés publicó la siguiente nota: «Nadie puede dar muerte a un moribundo».

● «En la noche del 6 de abril de 1969, la señora Bárbara Ewan fue transportada en avión desde Massachusetts hasta Texas. La razón del traslado fue la de poder transplantar su corazón al señor Haskell Karp. La señora Ewan padecía de una lesión cerebral irreversible, agravada como consecuencia de una caída. La lesión original era debida a un tumor. El informe de la prensa dijo «que la señora Ewan estaba *viva durante el vuelo*, manteniéndosela viva por medio de fármacos estimulantes. Un anestesista, el Dr. Robert Lennon, y una de las hijas la acompañaron en el viaje. Un equipo de cuatro médicos, no directamente relacionados con el equipo de trasplante, aguardaban en el aeropuerto de Houston para *declarar su muerte*. A pesar de los medios extraordinarios para mantenerla viva, tuvo un *paro cardíaco* en la ambulancia que la trasladó al hospital St. Luke. El paro cardíaco ocurrió a ocho manzanas de distancia del hospital. Se la *declaró muerta* alrededor de las 7 de la mañana del día 7 de abril de 1969, una *hora y media después* de haber llegado al hospital. El equipo quirúrgico realizó el trasplante del corazón a las 8,30 de la mañana.

El primer informe médico atribuido al Dr. Denton Cooley dijo que la muerte de la señora Ewan había ocurrido a las 7 de la mañana, afirmación que coincide con el procedimiento utilizado. En el mismo informe se dice que el Dr. Cooley explicó que la señora Ewan había estado *arrefléxica, sin respiración espontánea y con un EEG plano durante las 48 horas que precedieron al trasplante*. Con todo el Dr. Cooley dijo que la señora Ewan *murió sólo una hora y media antes del trasplante*.

El trasplante no tuvo éxito y el señor Karp, a quien se trasplantó el corazón murió poco después de la intervención, exactamente a las 8,30 del mismo día. La causa fue debida a neumonía y fallo renal debido a que —según opinión atribuida al Dr. Cooley— la señora Ewan estaba *médicamente muerta 48 horas antes* de que comenzara el trasplante, porque *tenía una completa lesión cerebral y sin reflejos de ninguna clase y había sido mantenida con medios extraordinarios*.

Para finalizar esta parte del discurso intentaremos aclarar lo que se entiende por ortotanasia y por benemortasia. Hay que confesar que ambos términos no han entrado en el vocabulario teológico moral, ni son conocidos o reconocidos en sectores muy amplios de la profesión médica.

Se entiende por *ortotanasia* a la supresión de los cuidados especiales de reanimación a pacientes en coma o, incurables y agonizantes, ya que estos medios sólo prolongarían un estado de vida vegetativa y de manera artificial. El término parece fue acuñado hacia 1950 por el doctor Boskam de la Universidad de Lieja.

Arthur Dyck, profesor de Ética en la Universidad de Harvard es quien sugirió el término *benemortasia* para contraponerlo al de eutanasia. Con este nombre, poco eufó-

nico, quiere indicar el comportamiento que hay que tener con los moribundos para respetar su derecho a una muerte digna, excluyendo el suicidio, el homicidio y la eutanasia. En síntesis representaría:

a) Por parte del médico, no tratar al paciente que va a morir como si fuera un paciente que fuera a recuperarse.

b) Por parte del paciente, el derecho a rehusar el tratamiento que alargue inútilmente su vida. Equivale al acto humano de ATENCIÓN AL MORIBUNDO teniendo en cuenta que el paciente es una persona y no la enfermedad o enfermedades que padece.

EUTANASIA, DISTANASIA, CODIGOS PROFESIONALES Y SOCIEDAD

En la Antigüedad Clásica la asistencia médica al suicidio fue una práctica relativamente común. Tácito y Suetonio nos hablan de médicos que ayudan a morir a sus pacientes abriéndoles las venas. Algunos médicos son alabados por su habilidad en la preparación de venenos que producen una muerte dulce y sin sufrimiento. La crítica a estos médicos que ayudaban a morir a sus pacientes que lo deseaban, fue poco frecuente. El Juramento Hipocrático, del cual hace referencia por vez primera Escríbonius Largus¹⁴ en el primer siglo de nuestra era es un documento esotérico, probablemente de origen pitagórico, que no concuerda con la ética médica del mundo grecorromano. La triple prohibición, de provocar abortos, practicar cirugía y no dar drogas mortales a los pacientes, aun cuando éstos lo solicitaran, es atípica de la ética médica del período clásico. De la misma manera que el Juramento Hipocrático representa la opinión de una minoría referente a la eutanasia, podemos afirmar que intentar prolongar la vida a un paciente que no deseara vivir, hubiera sido considerado contrario a la ética por todos o casi todos los médicos clásicos. De hecho la sensibilidad de los médicos en contra de la eutanasia comienza a despertarse durante los dos primeros siglos de la era cristiana; la prolongación de la vida no entra en la consideración de los médicos hasta que Francis Bacon en su *De augmentis scientiarum*¹⁵ la incluye dentro de las funciones de la medicina junto con la preservación de la salud y la cura de las enfermedades.

La enseñanza hipocrática, de todos modos, ha de considerarse como inspiradora de todos los códigos de moral de la práctica profesional en el mundo occidental. El principio *Primum non nocere* ha informado la actitud de los médicos occidentales desde que comenzaron a agruparse en organizaciones profesionales y colegiales. No es nuestra pretensión pasar revista aquí a los diferentes códigos de ética profesional que se han redactado y que establecen las cualidades éticas que han de revestir las relaciones entre profesionales y la de los médicos con sus pacientes.

¹⁴ DEICHGRÄBER, KARL: *Professio medici. Zum Vorwort des Scribonius Largus*. Abhandlungen der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, n. 4. Mainz, 1960. Cita n. 4 y 43 de AMUDSEN, DARREL, W.: The physician's obligation to prolong life: a medical duty without classical roots. *The Hastings Center Report*, 8 (1978) 4, 23-30.

¹⁵ BACON, FRANCIS: *De augmentis scientiarum*. Cap. 2, Libro 4.º. *Works of Francis Bacon*, Philosophical Works, Vol I. Spedding, J., Ellis, R.; Heath, D. eds. Verlag Gunther Holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt, 1953, p. 590.

Nos interesa subrayar solamente la actitud de los médicos ante el problema de la eutanasia y la distanasia en dos ocasiones relativamente recientes. Una, en la Comisión para la Salud y Asuntos Sociales del Consejo de Europa, que publicó en enero de 1976 las resoluciones adoptadas sobre los derechos del enfermo y moribundos. Otra, la redacción del Código de Deontología del Colegio de Médicos de Barcelona y su Provincia, propuesto para su aprobación en junio de 1978.

Del 26 al 29 de enero de la Asamblea General del Consejo de Europa discutió el problema de los derechos del enfermo. Fue rechazado un pretendido *derecho a la eutanasia* al no poder hacerlo compatible con el *derecho a la vida*; tener que basarlo en un *derecho* de dudoso contenido como el *derecho a no sufrir*; y tener que armonizarlo con la obligación del médico de proteger la vida. Los médicos que intervinieron en el debate pidieron la libertad de actuar de acuerdo con su juicio y códigos profesionales, negándose a dar la muerte a petición y a cualquier acción que tuviera como objetivo directo acortar la vida. A nivel de las discusiones de la Asamblea fueron recordados el Juramento de Hipócrates, la Declaración de Ginebra (1948) y la Declaración de Oslo (1970). Incluimos en un apéndice el texto de la resolución que no alcanza el grado de claridad que hubiera sido de desear en cuanto a los derechos del paciente si bien resulta clara en su rechazo de la eutanasia.

Reproducimos ahora el texto, sometido a aprobación, en el Colegio de Médicos de Barcelona y Provincia, el año pasado y que, a nuestro juicio, resulta más elaborado y preciso que otros códigos aparecidos recientemente:

— Cuando un paciente se encuentre en peligro de muerte, el médico que lo asista tiene la *obligación de informarle* en la medida que esta información sea aceptable al interesado. El paciente tiene, sin embargo, el derecho a ignorar el pronóstico, si así lo manifiesta, explícita o implícitamente. El médico tiene siempre el deber de comunicarlo a los allegados.

— El médico ha de esforzarse siempre en *calmar el sufrimiento del paciente*, aunque pudiera seguirse en algunos casos una aceleración justificada del proceso de la muerte.

— El paciente tiene el *derecho de rehusar* aquellos medios técnicos aptos solamente para prolongar una vida que ya no es capaz de asumir con posibilidades de darle un sentido, y el médico tiene el deber de respetar este *derecho a morir dignamente*. Es deber médico fundamental ayudar al paciente a asumir su propia muerte, al que esté de acuerdo con la religión o ideología que haya dado sentido a su vida. Sólo entonces se realiza con plenitud una muerte digna.

— *Atenta contra el derecho a morir dignamente prolongar la agonía*, cuando esto no concurre al servicio personal del paciente. *Interrumpir directamente la vida del paciente*, aún en el caso que lo solicite, es *mucho más grave*, porque atenta contra el mismo derecho a la vida.

— En los casos de vida exclusivamente técnica, *coma sobrepasado*, no hay ninguna dificultad deontológica en suprimir la acción de aquellos medios que mantienen una cierta apariencia de vida. Es aconsejable compartir la responsabilidad de la decisión con otros colegas.

La actitud antieutanasica no es, desde luego, compartida por todos los médicos ni por todos los miembros de la sociedad. Al contrario, algunos grupos son muy activos

en sus campañas para conseguir la legalización de la eutanasia. En el año 1935 el Dr. C. Killick Millard fundó la *Euthanasia Society* siendo presidente de la misma Lord Moynihan, antiguo presidente del Colegio Real de Cirujanos de Londres; en 1938 el Rev. Charles Potter fundó la *Euthanasia Society of America*. Potter defendió la licitud de la eutanasia por compasión en el juicio que se siguió contra el Dr. Herman Sander, médico de Manchester, New Hampshire, Estados Unidos, acusado de provocar la muerte de la Sra. Abbie C. Borroto, enferma avanzada de cáncer, el 30 de diciembre de 1949. En el año 1967, también en Estados Unidos, se fundó la sociedad *Euthanasia Educational Council*. Los partidarios de la eutanasia consideran, en general, que es necesaria la actuación del médico para matar por compasión al paciente y solicitan una legislación que autorizando la eutanasia evite todo abuso.

Personalidades del mundo filosófico, literario y científico han reclamado en distintas ocasiones la legitimación de la eutanasia. *The Humanist* en los años 1973 y 1974 publicó sendos documentos en tal sentido: el Manifiesto Humanista II y la Defensa de la Eutanasia Compasiva, *Plea for Beneficent Euthanasia*. Leemos en el Manifiesto: «Para acrecentar su libertad y dignidad todo individuo ha de disfrutar en todas las sociedades de las más completas libertades civiles. Esto incluye la libertad de expresión y de prensa, una política democrática, el derecho a la oposición a la política gubernamental, el derecho a un proceso justo, el derecho a la libertad religiosa, a la libertad de asociación, a la libertad artística, científica y cultural. Incluye también el derecho a morir con dignidad, el derecho a la eutanasia y el suicidio...»¹⁶. El segundo de los documentos citados cuenta con firmas como la de Linus Pauling, Jacques Monod, George Thomson, Louis Lasagna, Thomas Furlow, Eliot Slater; una docena de líderes religiosos unitarios, episcopalianos, baptistas, rabinos y otros; filósofos, abogados, profesores universitarios, etc. Dice entre otras cosas: «Nosotros los abajo firmantes declaramos nuestro apoyo a una eutanasia por compasión fundándonos en razones éticas. Creemos que la reflexión ética se ha desarrollado hasta el punto que es posible a la sociedad establecer una política humana en relación a la muerte y al moribundo. Hacemos un llamamiento a la opinión pública para que debidamente ilustrada supere tabúes tradicionales y avance en la dirección de una actitud compasiva hacia el innecesario sufrimiento del moribundo... creemos que la práctica de una compasiva eutanasia incrementará el bienestar de los seres humanos y que, una vez establecidas las debidas precauciones legales, estos actos los animarán a actuar con coraje movidos por la justicia y la amabilidad. Creemos que la sociedad no tiene ni el interés ni la necesidad de preservar a los pacientes terminales contra su voluntad y que con las debidas medidas de seguridad de tipo jurídico, el derecho a la eutanasia compasiva puede protegerse de todo abuso»¹⁷.

Subyacente a la filosofía de la eutanasia se encuentran los siguientes presupuestos:

— La vida del individuo le pertenece y puede disponer de ella a su voluntad.

— La dignidad de la persona, fundada en la libertad para hacer una elección moral, exige la libertad para quitarse la propia vida.

— Existen vidas que no valen la pena vivirlas, sea por causa de congoja, enfermedad, limitaciones físicas o mentales, o desesepo por cualquier causa.

— El supremo valor es la dignidad humana que reside en la capacidad racional del hombre para elegir y controlar la vida y la muerte.

Hace pocos años las declaraciones del Dr. George Mair en su libro: *Confessions of a Surgeon*, 1974, y el artículo de los Dres. Raymond Duff y A. G. M. Campbell, aparecido en el *New England Journal of Medicine*, en octubre de 1973¹⁸, conmovieron a la opinión pública. El primero confesaba que en su práctica médica había recurrido a la eutanasia, que por otra parte consideraba era frecuente en Inglaterra. Duff y Campbell presentaron una serie de 299 muertes de niños ocurridas entre 1970 y 1972 en la unidad de cuidados especiales del servicio de pediatría del Hospital Yale-New Haven, Estados Unidos. Cuarenta y tres de estas muertes ocurrieron al interrumpirse el tratamiento con el consentimiento de los padres. El personal médico y de enfermería participaron responsablemente en la tarea de ayudar a madurar comunitariamente la decisión.

Así como Mair confiesa una práctica eutanásica, Duff y Campbell nos hablan de la interrupción de tratamiento a neonatos con grandes malformaciones o con una patología que no permite asegurar la supervivencia con una cualidad de vida mínimamente aceptable. Este trabajo se confundió con una práctica eutanásica, prueba de la confusión que existe incluso entre profesionales de la medicina de la problemática ética en torno a la eutanasia y distanasia. La obvia diferencia entre provocar la muerte y dejar morir, por un lado, y entre cantidad de vida biológica y cualidad de vida humana, escapa a muchos, precisamente por la incapacidad de asegurar un pronóstico con certeza matemática y, a veces, con el grado de certeza que nos ofrece la biología. El grado de certeza moral requerido para este tipo de decisiones parece poco adecuado a mentalidades científicas. Creemos que el proceso decisivo que llevó a retirar el tratamiento a los 43 niños es un ejemplo de buena medicina y de corrección ética.

Si la distanasia no encuentra sus raíces en la Antigüedad Clásica, sí la halla en el poder tecnológico de nuestro siglo con la capacidad de manipulación del hombre por el hombre. Fue en Nuremberg donde la profesión médica percibió claramente el peligro que suponía la manipulación del paciente en la investigación médica. El Código de Nuremberg, elaborado en 1947, en ocasión del juicio seguido a los médicos nazis acusados de crímenes de guerra; la Declaración de Helsinki (1964); el Código Internacional de Ética Médica, adoptado por la Tercera Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, en Londres (1949) y enmendado por la XXII Asamblea celebrada en Sydney, en agosto de 1968, explicitan la alta estima que el médico ha de tener a sus pacientes, que jamás han de ser utilizados como simples medios. Documentos de médicos, escritos para los médicos, que recuerdan los peligros de la investigación si no va acompañada de un profundo respeto a la persona y a su dignidad. Al establecer de

¹⁶ *Humanist Manifestos I and II*. Prometheus Book, New York, 1973, p. 19.

¹⁷ A Plea for Beneficent Euthanasia. *The Humanist*, 34 (1974) 4, 4-5.

¹⁸ DUFF, RAYMOND; CAMPBELL, A. G. M.: Moral and ethical dilemmas in the special-care nursery. *The New England Journal of Medicine*, 289 (1973) 17, 890-894.

manera clara los deberes de los médicos aseguran a los pacientes sus derechos como tales. Hay casos, sin embargo, en que confluyen muchas emociones en el proceso de decidir si hay que continuar o no un tratamiento en un paciente terminal: la esperanza de una remota posibilidad de curación, lo incierto del pronóstico, el convencimiento de que el paciente no sufre, miedo de dejarse vencer demasiado fácilmente por la enfermedad, la singularidad del caso y la crítica de otros profesionales. Todos estos sentimientos pueden incidir sobre el amor propio del médico, una cierta arrogancia y una actitud de distancia con el paciente y sus familiares. Es por esta razón que junto a una *buena atención al moribundo* es conveniente proclamar *el derecho del paciente a rehusar el tratamiento* y a promover la docencia de este derecho. Si el Código Deontológico del Colegio de Médicos tuviera la eficacia que sería de desear, no habría conflictos insolubles en la relación médico paciente. Pero, es posible, y quisiéramos equivocarnos en nuestra apreciación, que nuevas generaciones de médicos en nuestro país y en el momento de la instauración de procedimientos democráticos impongan autoritariamente a sus pacientes, especialmente los hospitalizados, soluciones estrictamente científicas elevadas por ignorancia a la categoría de absolutos éticos. Hoy lamentamos que, en el momento en que en el mundo entero se abren cursos para ayudar a los médicos a formarse en el terreno de las humanidades y se imparten cursos de ética médica, se cierran en nuestro país los cursos orientados a la formación ética del médico. Cuando el peligro de que los valores del paciente sean atropellados o ignorados, aparece en el horizonte como posibilidad, *hay que reforzar la autoridad colegial que exija el cumplimiento de los deberes al médico* o hay que acudir a la arena jurídica y sufrir el estrago de pleitos por malpraxis que corroen los fundamentos mismos de la práctica médica basada en una actitud de confianza entre el médico y el paciente. (En un apéndice presentamos la Declaración de los derechos del paciente de American Hospital Association).

Permítasenos, ahora una palabra de cautela respecto al *derecho a rehusar el tratamiento*. Hay que insistir que este derecho no equivale al derecho a atentar contra la propia vida con la asistencia del médico, ni a una arbitrariedad subjetiva, ni a convertir a los médicos en autómatas a las órdenes del paciente. La indicación o no indicación de un determinado tratamiento es algo fundado en determinaciones médicas objetivas para las cuales solamente los médicos están capacitados y son los únicos que tienen la posibilidad de establecer un pronóstico. El derecho del paciente queda restringido a rehusar el tratamiento cuando una determinada terapéutica o intervención puede reducir la calidad de vida del paciente a un grado incompatible con su dignidad. Este derecho incluye, por lo tanto, el derecho a una información suficiente y veraz.

Muchos problemas se evitarían con una atención cuidadosa al paciente gravemente enfermo y con una comunicación amable con los familiares. El St. Christofer's Hospice de Londres, dirigido por la Dra. Cecily Saunders ofrece un modelo de cómo tratar adecuadamente a los moribundos. Este centro es el mejor antídoto contra el pensamiento eutanásico. Se ofrece una atención familiar al paciente terminal que ingresa. Se rodea al paciente de un clima acogedor y se dan toda clase de facilidades a los familiares para que puedan permanecer con el paciente,

llevar a los niños, obsequiar al paciente con comidas o bebidas. El personal dedica buena parte del tiempo en hacer compañía al ingresado gravemente enfermo o moribundo. Su acción primaria es la de asegurar una *presencia instante*. El dolor es atenuado con las drogas apropiadas y no hay inconveniente en recurrir a la morfina o a la heroína cuando éste es intenso. Se procura prevenir su aparición con las dosis suficientes de narcóticos u otras drogas indicadas. No se rechaza, cuando llega, a la que ha sido vista como *amiga de los ancianos*. Nos referimos a la neumonía que tantas agonías ha acertado. Insistimos en que los pacientes de St. Christofer, todos ellos, son pacientes terminales y que la atención que reciben es la de hacerles más agradables los últimos días o momentos sin recurrir a método alguno distanásico, evitando siempre el dolor, y rodeándolos de afecto y calor humano¹⁹.

La Dra. Saunders manifestó un día que:

«...Cuanto más medios tenemos a nuestra disposición resulta más necesario detenernos un momento y preguntarnos qué estamos haciendo. He intercambiado una abundante correspondencia con el antiguo presidente de la *Euthanasia Society* de Gran Bretaña y lo llevé a que visitara el hospital, cuando yo llevaba trabajando allí 18 meses. Me dijo: «no sé cómo puede hacerlo. Si todos los pacientes mueren como el que he visto yo podría deshacer la *Euthanasia Society*» y añadió: «me gustaría venir a morir en este hogar». Si alivia el dolor del paciente y le hace sentirse apreciado, entonces no recibirá ninguna petición de eutanasia. Pienso que la eutanasia es la admisión de la derrota y un enfoque totalmente negativo. Debéramos trabajar para comprobar que no es necesaria»²⁰.

La Dra. Saunders considera que su trabajo responde a la denominación de cuidados intensivos. Intensivos en todo lo que el paciente moribundo necesita y que es todo lo contrario a cuidados intensivos distanásicos.

LA IGLESIA ANTE LA EUTANASIA Y LA DISTANASIA

MAGISTERIO SOBRE LA EUTANASIA

La Iglesia ha defendido siempre la inviolabilidad de la vida humana sobre la que sólo Dios tiene el dominio absoluto y el hombre, como administrador, un dominio útil. No tratamos aquí de aquellos casos que pueden justificarse como son la muerte del agresor injusto, la del malhechor y la del enemigo en guerra. Estos aspectos si bien son interesantes nos alejarían del objeto de esta comunicación. El médico ha de tener presente que la vida de sus enfermos no está subordinada a él como médico, ni al Estado, ni a la ciencia médica. El Magisterio ha sido explícito en numerosas ocasiones. Así:

¹⁹ NEALE, ROBERT E.: A place to live, a place to die. *The Hastings Center Report*. 2 (1972) 3, 12-14.

²⁰ SAUNDERS, CECILY: The moment of truth: care of the dying person. *Confrontations of death: a book of readings and a suggested method of instruction*. Francis G. Scott and Ruth Brewer, eds. Oregon Center for Gerontology (Corvallis, Oregon: A continuing Education Book), 1971, pp. 118-119. Citado por RAMSEY, P. en *Euthanasia and dying well enough. The Linacre Quarterly* 44 (1977) 1, p. 41.

«El hombre, sin duda ninguna, está destinado por la naturaleza a vivir en sociedad; pero, como la sola razón también enseña, en general la sociedad está hecha para el hombre y no el hombre para la sociedad. El recibe el derecho sobre el cuerpo y sobre la vida, no de la sociedad, sino del mismo Creador; y al Creador debe responder el uso que de ellos haga. De donde se sigue que la sociedad no puede privarle directamente de aquel derecho hasta que no resulte reo de tal privación por un delito grave y proporcionado» (Discurso de Pío XII a la Unión italiana médico-biológica de San Lucas, 12 noviembre, 1944).

«...El médico digno de su profesión, que se dedica a su misión nobilísima con espíritu de sacrificio y sin ningún temor para curar y salvar la vida, rechazará cualquier sugestión recibida en el sentido de destruir la vida, aunque pueda parecer frágil o humanamente inútil...» (Pío XII, Discurso del 13 febrero de 1945).

«El médico como persona privada, no puede tomar ninguna medida ni intentar ninguna intervención sin el consentimiento del paciente. El médico no tiene sobre el paciente sino el poder y los derechos que éste le dé, sea explícita, sea implícita y tácitamente. El paciente por su parte no puede conferir más derechos que los que él mismo posee. El punto decisivo, en este debate, es la licitud moral del derecho que el paciente tiene de disponer de sí mismo. Aquí se alza la frontera moral de la acción del médico, que obra con el consentimiento de su paciente. En lo que concierne al paciente, él no es dueño absoluto de sí mismo, de su cuerpo, de su espíritu. No puede, por tanto, disponer libremente de sí mismo, como a él le plazca». ¿Puede la autoridad pública, en interés de la comunidad, limitar e incluso suprimir el derecho del individuo sobre su cuerpo y su vida, su integridad corporal y psíquica?... el poder público no tiene este derecho, no puede pues comunicarlo a los investigadores y a los médicos» (Pío XII, Discurso en el I Congreso Internacional de Histopatología del Sistema Nervioso, 13 septiembre, 1952).

La Iglesia se ha dirigido también directamente a la cuestión de la licitud de utilizar narcóticos u otras drogas para reducir o suprimir el dolor de un paciente aún con el riesgo de que indirectamente se acelere su muerte. Pío XII abordó este problema en su Discurso al IX Congreso de la Sociedad Italiana de Anestesiología, el 24 de febrero de 1957 y más tarde, de nuevo, en su Alocución al Congreso Internacional de Psicofarmacología, el 9 de septiembre de 1958. Dijo:

«La eutanasia, es decir, la voluntad de provocar la muerte está evidentemente condenada por la moral. Si el enfermo lo consiente está permitido por la moral el uso moderado de narcóticos que aliviarán el sufrimiento aunque acelerarán también la muerte; en este caso la muerte no es querida directamente, pero resulta inevitable y motivos proporcionados autorizan medidas que acelerarán su venida».

Respondiendo a la iniciativa del Instituto de Genética «Gregorio Mendel» el Papa Pío XII recibió a un grupo de médicos de dicho Instituto el 24 de noviembre de 1957 y formuló la posición de la Iglesia ante el problema de la reanimación en enfermos graves:

«Si la lesión del cerebro es tan grave que resulta probable y prácticamente cierto, que el paciente no

sobrevivirá, el anestesista se plantea el angustioso problema del valor y sentido de la práctica reanimatoria en tal caso. Puede encontrarse en una situación difícil si la familia considera que estos esfuerzos son ya inútiles y se oponen a que los continúe. La mayoría de las veces esto sucede no al principio de las tentativas de reanimación sino después, cuando se ve claro, tras una ligera mejoría, que la recuperación no progresa y sólo se mantiene la vida gracias a la respiración artificial automática. Uno se pregunta entonces si ha de proseguir la tentativa de reanimación cuando tal vez el alma ya ha abandonado el cuerpo. La solución de este problema, de por sí difícil se complica todavía más si la familia —quizás católica también— coacciona al médico y especialmente al anestesista reanimador para que retire el respirador artificial, a fin de permitir al paciente, virtualmente muerto, morir en paz.

Se pregunta luego el Papa si el anestesista tiene el derecho o queda obligado, en casos de coma profundo, a utilizar los medios artificiales modernos de respiración artificial, incluso contra la voluntad de la familia.

Y responde:

«En los casos ordinarios se concederá que el anestesista tiene el derecho de obrar así, pero no tiene obligación de ello, a menos que sea el único medio de dar satisfacción a otro deber moral cierto, ya que los derechos y los deberes del médico son correlativos a los del paciente. El médico, en efecto, no tiene con respecto al paciente derecho separado o independiente; en general no puede obrar más que si el paciente le autoriza explícita o implícitamente (directa o indirectamente). Por otra parte, como estas formas de tratamiento sobrepasan los medios ordinarios a los que se está obligado a recurrir, no se puede sostener que sea obligatorio emplearlos y, en consecuencia, dar la autorización al médico. Los derechos y deberes de la familia, en general, dependen de la voluntad, que se presume, del paciente inconsciente, si él es mayor y *sui juris*. En cuanto al deber propio e independiente de la familia, no obliga habitualmente más que al empleo de medios ordinarios. Por consiguiente, si parece que la tentativa de reanimación constituye en realidad para la familia una carga que en conciencia no se le puede imponer, ella puede lícitamente insistir para que el médico interrumpa sus tentativas, y este último puede lícitamente acceder a ello. En este caso no hay disposición directa de la vida del paciente, ni eutanasia, que no sería nunca lícita; aun cuando no lleve consigo el cese de la circulación sanguínea, la interrupción de las tentativas de reanimación no es nunca más que indirectamente causa de la paralización de la vida y es preciso aplicar en este caso el principio de doble efecto y el principio de *voluntarium in causa*».

En resumen: la doctrina de la Iglesia condena la eutanasia; acepta que para mitigar el dolor pueden usarse drogas que indirectamente aceleren una muerte no pretendida directamente y, finalmente, afirma que es lícito rehusar el empleo de medios para prolongar la vida, cuando la dignidad del paciente como persona y/o la inutilidad de las medidas, los convierten en medios extraordinarios. El médico no está obligado a utilizarlos en este acto. Aclaremos que un medio tan *ordinario* como una venoclisis puede considerarse *extraordinario* en determinadas circunstancias. Nos permitimos insistir en que esta nomenclatura puede resultar equívoca y absoluta.

DISCUSION TEOLOGICA

Creo que buena parte de las discusiones que han existido en torno a la eutanasia y a la distanasia siguen teniendo su actualidad si bien requieren nuevas formulaciones. No olvidemos, por ejemplo, que De Lugo, en el siglo XVII ya formula el principio de que «una persona debe permitir el tratamiento o cura que el médico considera que es necesaria, cuando puede hacerse sin un dolor excesivamente intenso» y contraindica la amputación «si fuera acompañada de un dolor verdaderamente intenso, pues nadie está obligado a emplear medios extraordinarios y muy difíciles para conservar la vida...»²¹. La discusión teológica en estos últimos años se ha centrado en el problema de si en efecto la eutanasia es siempre ilícita y en el de la licitud del consentimiento vicario por parte de los familiares o tutores, especialmente en el caso de niños que tuvieran que estar sometidos a tratamientos cuya finalidad fuera la investigación. Este último tema escapa al objetivo de esta comunicación y presuponemos que los allegados al paciente inconsciente pueden dar el consentimiento al tratamiento o solicitar su interrupción cuando las medidas ya resultan ineficaces para el bien integral del paciente. El problema de la determinación del momento de la muerte y el diagnóstico de coma sobrepasado y muerte cerebral, según los criterios que ya hemos expuesto, presenta cuestiones interesantes desde el punto de vista jurídico y también desde el punto de vista ético si se relaciona este diagnóstico con la donación de órganos.

Voy a limitarme ahora a hacer un breve resumen de la discusión sobre el primero de los temas que acabamos de enunciar, e intentaré responder a algunas de las preguntas que nos formulamos al principio y que pueden ser de interés teórico o práctico.

¿EXISTE ALGUN CASO EN QUE LA EUTANASIA PUEDA JUSTIFICARSE?

Ya hemos visto la respuesta del Magisterio. De todos modos, hay una viva discusión en el terreno de la ética en este punto. Paul Ramsey formula dos hipótesis en las cuales, a su criterio, no habría distinción alguna entre omisión y comisión (eutanasia y permitir al paciente que muera). La primera sería la de un paciente que se encontrara «irremisiblemente inaccesible a toda forma de cuidado humano». La segunda sería la del paciente que «hallándose en situación terminal bajo un sufrimiento tal que fuera inaccesible a cualquier paliativo conocido, estuviera consecuentemente más allá de las posibilidades de ser acompañado en su proceso de morir. Ramsey hace un fino análisis de estos casos. En un excelente ejercicio del juicio ético McCormick, después de subrayar su carácter estrictamente hipotético, afirma «creo que Ramsey tiene buena razón para hacer estas excepciones. Pues, si nuestro deber es cuidar al moribundo y éste no se encuentra ya al alcance de todo cuidado posible, parece seguirse que nadie está obligado a lo imposible *nemo tenetur ad impossibile*. Y cuando el deber de cuidar al moribundo

cesa, la diferencia entre omisión y comisión parece perder significado moral; pues, la estricta prohibición contra los actos de comisión (causar positivamente la muerte) no es más que la concretización en negativo de nuestro deber de cuidar al moribundo»²². El lector comprenderá fácilmente que lo que Ramsey llama «irremisible inaccesibilidad al cuidado humano» es un concepto claramente diferente del estado comatoso o coma profundo. Implica la posibilidad de que el paciente tenga algún tipo de autoconciencia, lo cual es inverificable.

Interesante por las emociones que despierta es el análisis de Daniel Maguire²³. Sostiene que:

— Si la «personalidad ha quedado completamente extinguida» es inmoral continuar prolongando la vida, despareciendo la diferencia entre causar la muerte y permitir-la.

— Al paciente gravemente enfermo y consciente cuya vida se mantiene artificialmente por medios que le resultan insostenibles «le debemos en justicia y caridad» los medios directos o indirectos para que la acabe con dignidad.

— No es necesariamente inmoral provocar la muerte a un paciente que lo desea, en situación terminal y consciente, cuyas funciones vitales sigan manteniéndose naturalmente. El primero de los casos que presenta Maguire cae bajo la misma etiqueta que los expuestos por Ramsey pues no hay posibilidad de declarar cuándo la personalidad ha quedado completamente extinguida ni el autor indica los criterios que podrían dar una valoración objetiva, que por otra parte postulan. Los otros casos encuentran resonancia en el testigo de muertes con prolongadas agonías y sufrimientos como el primero de los expuestos al comienzo de esta comunicación.

¿Es posible que no exista ninguna excepción al principio de que el hombre no puede disponer de una vida, cuando ésta ya ha dado todo lo que podía dar de sí, cuando el paciente ya espera la muerte liberadora, cuando ya ha dicho el definitivo ¡basta! y a pesar de ello, por las razones que fueran, su deseo no se cumple y médicos, amigos, personal de enfermería, se empeñan en continuar un pseudotratamiento cuya única finalidad es la de tranquilizar las propias conciencias, la de solucionar un complejo entramado emocional con sus cargas de culpabilidad, no aceptación y angustia ante la propia muerte, etc.?

Ciertamente que en estos casos hay que hacer un acto de fe, grande. Hay, de todos modos un argumento que, mantenido por McCormick respondiendo a Maguire, puede ayudar. A mí me ha ayudado. McCormick afirma que «quizás no es posible llegar a probar que el principio, prácticamente absoluto, de la prohibición de provocar directamente la muerte de una vida inocente, no admite excepción alguna». Advierte, seguidamente, que debemos examinar la posible utilidad de la noción tradicional de «*lex lata in presumptione periculi communis*» ya que «puede ser una conclusión de prudencia ante los peligros demasiado graves en que ciertamente se incurriría al dejar la decisión a la incertidumbre y vulnerabilidad de los individuos. En otras palabras: puede ser el tipo de con-

²¹ DE LUGO, J.: De sui occisione et mutilatione. *Disputationum de iustitia et iure*. Disp. 10, n. 21. Vol I, ed. novissima. Sumpst. Laurentii Arnaud et Petri Borde, Lugduni, 1670, p. 241.

²² MCCORMICK, RICHARD: Notes on Moral Theology. *Theological Studies*, 34 (1973) 1, 65-77.

²³ MAGUIRE, DANIEL: The freedom to die. *Commonweal*, 96 (1972), 423-427.

clusión que *debemos* mantener sin excepción, aunque no podamos probarlo teóricamente»²⁴. Cita McCormick el siguiente texto que reproducimos por su importancia:

Un texto clásico a este respecto es el de Leo Alexander comentando los casos médicos de la experiencia nazi:

«Cualquiera que fuere el grado último a que llegaron estos crímenes, resulta evidente a todo el que los ha estudiado que comenzaron con cosas muy pequeñas, se aceptó el principio que afirma la existencia de vidas sin valor, y que se halla en la base del movimiento eutanásico. Inicialmente este concepto se halla ligado a la vida de enfermos crónicos graves. Gradualmente se ensancha la esfera de las personas que se incluyen en la categoría de vidas sin valor; los no productivos socialmente, algunas razas no deseadas, y por fin todos aquellos que no son alemanes. Es importante darse cuenta que la infinitamente pequeña chispa que prendió el fuego y dio ímpetu a esta concepción fue la actitud hacia los enfermos que no podían ser rehabilitados» (Medical Science under dictatorship. *New England Journal of Medicine*. 241 (1949) p. 44 s.

¿QUE DERECHO TIENE UN PACIENTE PARA ABANDONAR UN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS ENFRENTANDOSE ASI CON LA MUERTE?

El hombre tiene el deber de conservar la vida porque es el bien fundamental natural que Dios le ha otorgado y el contexto básico en el que todos los demás bienes han de desarrollarse. Ahora bien, el deber de conservar la vida no se impone a cualquier precio, independientemente del tipo y de la calidad de vida en juego. Como dice precisa y concisamente Cuyás «como existe un derecho a la vida, existe también un derecho a morir con dignidad, a no verse uno forzado a prolongar una vida que no podrá nunca ser asumida por el interesado como portadora de sentido»²⁵. La continuación de una vida en determinadas condiciones puede ser incompatible con la preservación de otros valores que también han de ser protegidos y ante los cuales ha de subordinarse la vida meramente biológica. La preservación de la vida no es un deber incondicional y así como un conjunto de deberes exigen que el individuo preserve su vida puede darse el caso de que un paciente al percibir claramente que no puede asumir ya la vida como portadora de sentido renuncie libre, consciente y responsablemente a la utilización de unos determinados medios terapéuticos. Pueden coadyuvar a su decisión factores tales como el sentimiento de ser un gravamen económico o emocional para los familiares o el de bloquear unos recursos que podrían beneficiar a otro paciente con mejor perspectiva pronóstica. Estos factores no han de llegar a coartar jamás la libertad de elección del paciente. No existe el deber incondicional de vivir ni el deber incondicional de morir.

²⁴ MCCORMICK, RICHARD: Op. cit. p. 72 s.

²⁵ CUYÁS, MANUEL: Ética del derecho a vivir y a morir con dignidad. Aspectos sociales y económicos. (Comunicación presentada en el I Symposium de Bioética celebrado en la Facultad de Teología de Barcelona, sección S. Fco. de Borja los días 5-7 de junio de 1977).

SELECCION DE PACIENTES EN LAS SITUACIONES EN QUE NO ES POSIBLE SALVAR A TODOS, CUANDO NINGUNO QUIERE MORIR

En un artículo repetidamente publicado²⁶, Gene Outka analiza este problema dentro del marco de cinco posibles principios de justicia social:

- 1) A cada cual según sus méritos.
- 2) A cada cual según su aportación social.
- 3) A cada cual según su aportación para satisfacer lo que libremente reclaman los demás en el mercado libre de la oferta y la demanda.
- 4) A cada cual según sus necesidades.
- 5) Trato igual en casos iguales.

Parece que estos dos últimos criterios son los que ofrecen una mayor garantía de poder alcanzar una decisión que cumpla con los criterios de justicia. En la realidad de los casos concretos no podremos librarnos de establecer unos criterios de prioridad, y fueren los que fueren harán cuestionable objetivamente nuestra elección.

¿ES RECOMENDABLE LA CREACION DE COMITES DE ETICA EN LOS HOSPITALES?

Estos comités pueden ser un arma de dos filos. Por un lado pueden perpetuar la idea de que los conocimientos científicos autorizan por sí solos a resolver problemas éticos, y se conviertan en una oligarquía dispensadora de vida o muerte. Por otro lado pueden tener un carácter interdisciplinar que asegure un enfoque completo de los casos conflictivos. Es importante que estos comités incluyan a expertos en el análisis ético. Pueden ser un recurso opcional para algunos médicos y personal de enfermería que soliciten asesoramiento. No creo aventajen al proceso dialogal médico-paciente en una relación de básica confianza que, permitiera el recurso, cuando fuera necesario, al moralista. Cuando el comité tenga un carácter sustitutivo en el proceso decisorio no eximirá a médicos y pacientes de su responsabilidad. La credibilidad del comité dependerá del respeto con que se atiendan los pros y contras de pacientes y profesionales y del rigor en el análisis ético.

¿EN CASO DE DESACUERDO ENTRE MEDICOS Y FAMILIARES QUE ES LO QUE PREVALECE?

Creo que en estos casos es muy importante negociar una solución a través de un interlocutor válido. La persona más indicada podría ser el médico de la familia. Esta figura, sin embargo tiene que redescubrirse y reinsertarse en la organización sanitaria, de tal modo que nunca fuera un extraño en el servicio donde acudiera para conferir con sus colegas acerca de un paciente. En su ausencia, el hospital debería tener personal de enfermería o psicólogos clínicos competentes en la entrevista y consejo terapéutico que pudieran servir de *amortiguadores* y también

²⁶ OUTKA, GENE: Social Justice and Equal Access to Health Care. *Journal of Religious Ethics*. 2 (1974) 11-32.

de abogados del sistema de valores del paciente, suficientemente contrastados, que pudieran entrar en conflicto con los valores del médico o de la institución.

El recurso a los tribunales ha de ser el último resorte. El caso de Karen Ann Quinlan, expuesto al principio de esta comunicación puede servir de ejemplo de error de procedimiento en el diálogo médico-paciente, primero, y en el enfoque del problema jurídico, después. Al querer fundar el caso en principios constitucionales el abogado de los Quinlan, eligió el camino más difícil y fracasó en su empeño. El juez se vio obligado en nombre de la Constitución a fallar en contra. Con esta decisión el juez Muir se erigió en baluarte de la defensa de los derechos de los médicos y de los pacientes más débiles. Si el abogado hubiera solicitado primero la tutela de Karen Ann para Joseph Quinlan, hubiera sido fácil cambiar de médico acudiendo a otro cuya postura estuviera más consonancia con el criterio de los Quinlan. En última instancia el objeto de debate no fue el interés de Karen Ann, sino el derecho de terceros, incluidos los más allegados, de dar un consentimiento vicario a una acción que puede costar la vida. Se presumía en el caso de Karen que la desconexión del respirador sería fatal para la paciente. No fue así, tal como pensó el neurólogo que la atendía, y que adoptó una rigidez en su posición que sólo puede explicarse por el amor a su paciente. Falló el diálogo y el recurso a los tribunales fue penosísimo.

¿SERIA CONVENIENTE REFORZAR JURIDICAMENTE LOS DERECHOS DE LOS FAMILIARES?

No creo necesaria una legislación que refuerce los derechos de los familiares en los casos en que el paciente no puede dar el consentimiento o es incompetente, pero las circunstancias pueden llegar a hacerlo conveniente. Considero, en cambio, muy importante una constante llamada a nivel colegial urgiendo el cumplimiento de las normas deontológicas profesionales. También creo necesaria una legislación que regule las condiciones bajo las cuales un individuo en coma sobrepasado, declarado muerte según las normas del comité de Harvard, pueda ser candidato para una donación de órganos.

CONCLUSIONES

1) Es muy conveniente reservar el nombre de eutanasia al acto de provocar la muerte del paciente con el objeto de acortar el sufrimiento en caso de enfermedad incurable.

2) No utilizar la terminología *directo/indirecto*, en las discusiones sobre eutanasia, salvo para indicar la intencionalidad del agente en el caso de administración de drogas al paciente.

3) Si bien la terminología *medios ordinarios/medios extraordinarios* presenta la ventaja de su posibilidad de objetivación, puede tener el inconveniente de ser poco precisa. Para obviarlo es conveniente poner especial atención en su eficacia, aquí y ahora, para el bien del paciente.

4) La protección del derecho del paciente a rehusar el tratamiento y una buena atención al moribundo son las mejores garantías de poder alcanzar una muerte digna. Con el término de *atención al moribundo* se indica el conjunto de actitudes y tratamiento que el paciente necesita en su situación terminal para asumir su muerte.

5) El derecho del paciente a rehusar el tratamiento es un derecho que debe ser cualificado. No puede basarse en un arbitrario subjetivismo. El médico no puede convertirse en un autómatas sujeto al arbitrio del paciente.

6) El comité de ética en un hospital puede ser un instrumento beneficioso con tal que no suprima el diálogo médico-paciente en un ambiente de mutua confianza y que utilice en su análisis el rigor del discurso ético.

7) El peligro de dejar las decisiones sobre la vida o la muerte al arbitrio de los individuos refuerza el principio de que la eutanasia no está nunca justificada.

8) En los casos de conflicto entre el médico y los familiares es importante el recurso a un interlocutor válido lo más pronto posible.

9) Es una grave responsabilidad de los Colegios Médicos urgir el cumplimiento de las normas deontológicas profesionales. Esto es tanto más necesario cuanto más se abandona la formación ética sistemática de los médicos.

10) Dejar de considerar como señal de vida el latido cardiaco del paciente en coma sobrepasado, que ha cumplido los requisitos de muerte cerebral, según el estudio del Comité de Harvard.

11) Conveniencia de una legislación que regule las condiciones bajo las cuales el individuo declarado muerto, según el criterio antes enunciado, pueda ser candidato para una donación de órganos.

Apéndice I

RESOLUCIONES ADOPTADAS POR LA COMISION DE LA SALUD Y ASUNTOS SOCIALES DEL CONSEJO DE EUROPA (Estrasburgo, 29 de enero 1976)

LA ASAMBLEA DECLARA:

1. Considerando que los progresos rápidos y constantes de la Medicina crean problemas y presentan incluso ciertas amenazas para los derechos fundamentales del hombre y la integridad de los enfermos.

2. Notando que el perfeccionamiento de la ciencia médica tiende a dar al tratamiento un carácter cada vez más técnico y menos humano.

3. Habiendo comprobado que los enfermos suelen carecer de las posibilidades necesarias para defender sus propios intereses, en especial cuando están siendo tratados en el hospital.

4. Teniendo en cuenta que, desde un tiempo a esta parte, se viene reconociendo que los médicos deben, ante todo, respetar la voluntad del interesado respecto al tratamiento a aplicarle.

5. Estimando que el derecho de los enfermos a la dignidad e integridad, así como a la información y tratamiento adecuados debe definirse con precisión y concederse a todos.

6. Convencida de que la profesión médica está al servicio del hombre para la protección de la salud, para el tratamiento de las enfermedades y de las heridas, para el alivio de los sufrimientos dentro del respeto debido a la vida y persona humana, está convencida de que la prolongación de la vida no debe constituir en sí el fin exclusivo de la práctica médica y que debe encaminarse de la misma manera a aliviar los sufrimientos.

7. Considerando que el médico debe esforzarse por apaciguar los sufrimientos y, por lo tanto, no tiene derecho, incluso en los casos que le parecen desesperados, a adelantar intencionadamente el proceso natural de la muerte.

8. Subrayando que la prolongación de la vida por medios artificiales depende, en gran medida, de factores tales como el equipo disponible, y que los médicos que trabajan en hospitales cuyas instalaciones técnicas permiten prolongar la vida durante un período particularmente largo se hallan a menudo en una postura delicada en lo que concierne a la continuación del tratamiento, especialmente en el caso en que el cese de todas las funciones cerebrales del enfermo sea irreversible.

9. Subrayando que los médicos deben actuar conforme a la ciencia y a la experiencia médica admitida, y que ningún médico o cualquier otro miembro de la profesión médica no podría verse obligado a actuar contra su conciencia, en correlación con el derecho del enfermo a no sufrir inútilmente.

10. Recomienda al Comité de Ministros del Consejo de Europa (los ministros de la Salud) que inviten a los Gobiernos de los Estados Miembros (dieciocho):

I. a) A tomar las medidas necesarias en lo que respecta a la formación del personal médico y a la organización de servicios médicos para que los enfermos hospitalizados o cuidados en el domicilio sean aliviados de sus sufrimientos en tanto lo permita el estado actual de los conocimientos médicos.

b) A llamar la atención de los médicos para que sepan que los enfermos tienen derecho, si así lo manifiestan, a ser informados completamente sobre su enfermedad y el tratamiento previsto y a actuar de modo que en el momento de la admisión sean informados en lo que se refiere al funcionamiento y al equipo médico del establecimiento.

c) A velar que todos los enfermos tengan la posibilidad de prepararse psicológicamente a la muerte y prever la asistencia necesaria, recurriendo al personal que lo trate ((médicos, enfermeras), así como a psiquiatras, ministros de los diferentes cultos y asistentes sociales especializados, quienes deberán gozar de la formación necesaria para discutir de estos problemas con los enfermos cuya vida toca a su fin.

II. A crear comisiones nacionales de encuesta, compuestas por médicos, juristas, teólogos, moralistas, psicólogos, encargados de elaborar reglas éticas para el tratamiento de los moribundos, determinar los principios médicos de orientación con el uso de medidas especiales para prolongar la vida y examinar la situación de los médicos en el supuesto de sanciones previstas en las leyes civiles y penales, cuando han renunciado a tomar medidas artificiales para prolongar el proceso de la muerte en enfermos cuya agonía ya hubiere comenzado y cuya vida no puede salvarse con los conocimientos médicos actuales, o cuando hubieren intervenido tomando medidas destinadas, ante todo, a aliviar los sufrimientos susceptibles de ejercer un efecto secundario en el proceso de la muerte, así como examinar la cuestión de las declaraciones escritas hechas por personas jurídicamente capaces autorizando a los médicos a renunciar a las medidas para prolongar la vida, concretamente en caso de paro irreversible de las funciones del cerebro.

III. A instituir, en el supuesto de que no existan organizaciones comparables, comisiones nacionales encargadas de examinar las demandas presentadas contra el personal médico por errores o negligencias profesionales, y esto sin atentar a la independencia de los tribunales ordinarios.

IV. A comunicar al Consejo de Europa los resultados de sus análisis y conclusiones con el objeto de armonizar los criterios de los *dieciocho* relativos a los derechos de los enfermos y moribundos y los medios jurídicos y técnicos para asegurarlos.

Apéndice II

DECLARACION DE DERECHOS DEL PACIENTE (Consejo de Administración de la A.H.A.)

17 de noviembre de 1972.

Aprobada el 8 de enero de 1973

TODO PACIENTE TIENE DERECHO:

1. A una asistencia respetuosa y considerada.

2. A obtener de su médico una información completa y continuada en todo lo referente a su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, explicada en un lenguaje que razonablemente parezca que ha de resultar comprensible al enfermo. La información se dará a la persona más apropiada, en lugar del enfermo, cuando no sea médicamente recomendable darla al paciente. Este tiene el derecho a saber

el nombre del médico responsable de la coordinación de su asistencia.

3. A recibir de su médico la información necesaria para dar un *consentimiento informado* antes que empiece cualquier procedimiento y/o tratamiento. Excepto en caso de urgencia, la información necesaria para poder dar el consentimiento informado ha de incluir, por lo menos, el procedimiento específico y/o el tratamiento que se quiere seguir, así como los riesgos más importantes que comporta y la probable duración de la incapacidad. El paciente tiene el derecho de estar informado de si existen otras alternativas para su asistencia o tratamiento. También tiene el derecho de conocer el nombre de la persona responsable de los procedimientos a seguir y/o del tratamiento.

4. A rehusar el tratamiento, en el grado permitido por la ley, y a estar informado de las consecuencias médicas de su actitud.

5. A una plena consideración de su intimidad personal, en lo referente al programa de su asistencia médica. La discusión de su caso, las consultas, las exploraciones y el tratamiento son confidenciales, y deben hacerse con discreción. Todos los que no intervengan directamente en su asistencia, necesitan permiso para estar presentes.

6. A esperar que todos los informes e historias clínicas referentes a su asistencia sean confidenciales.

7. A esperar que el hospital, según su capacidad, dé una respuesta razonable a la petición de servicios que él haya formulado. El hospital ha de proporcionar evaluación, servicio y/o remitirlo a quien pueda prestarle la atención debida, según lo indique la urgencia del caso. Cuando sea indicado médicamente, el paciente puede ser trasladado a otro centro, después de haber recibido una explicación e información completas acerca de este traslado. Antes de efectuarlo, la institución a la que va a ser trasladado el paciente ha de haberlo aceptado.

8. A obtener información sobre las relaciones que pueda haber entre el hospital y otras instituciones docentes y de asistencia sanitaria, en todo lo referente a su asistencia. A obtener información de la existencia de relaciones profesionales entre los que lo tratan y también a saber el nombre de todos ellos.

9. A ser advertido si el hospital quiere hacer o tiene en proyecto un tratamiento o procedimiento experimentales, en todo lo referente a su asistencia. Tiene el derecho a rehusar su participación.

10. A esperar una continuidad razonable en la asistencia. A saber por adelantado qué médicos podrá visitar, así como sus horarios y lugares de visita. Tiene el derecho a esperar que el hospital le informe sistemáticamente, ya sea a través de un médico o a través de un delegado, sobre las necesidades que se le plantearán para poder mantener la salud, una vez haya sido dado de alta.

11. A examinar la factura y recibir las explicaciones adecuadas, prescindiendo de la procedencia de los fondos para el pago.

12. A conocer las normas y reglamentos del hospital que le afectan a él como paciente.

Ningún catálogo de derechos puede asegurar al paciente la calidad de tratamiento que tiene derecho a esperar. El hospital tiene muchas funciones que cumplir, incluidas las de prevención y tratamiento de enfermedades, la educación de los profesionales de la medicina y también la de los pacientes, y la investigación clínica. Todas estas actividades han de ser realizadas de tal manera que vayan presididas por la preocupación hacia el enfermo y, sobre todo, por el reconocimiento de su dignidad como ser humano. El éxito en conseguir este reconocimiento, asegura el éxito en la defensa de los derechos del paciente.

FRANCISCO ABEL, S. J.
Moralista

Noticiario

SI A LA VIDA

Un referéndum en el Cantón de Zurich ha aprobado la eutanasia para los males incurables. El Gobierno federal tendrá ahora que decidir si ratifica o no con una ley la opción hecha.

Antes de comentar este acontecimiento nos gustaría examinar la situación típica de todas las sociedades industriales avanzadas, que gozan de un cierto bienestar. En ellas hay menos nacimientos y menos muertes. Las familias a menudo, limitan el número de hijos a un mínimo, guiados a veces por buenas razones de paternidad responsable, otras veces por razones económicas menos nobles para salvaguardar un determinado «standar» de vida alcanzado; también, a veces, empujados por temores de diversa naturaleza (el de ser monopolizados por los hijos, el de tener que sacrificar amistades y relaciones sociales, etc.), o a causa de una visión pesimista del futuro.

Por otra parte, la medicina social, ya sea preventiva o curativa, prolonga la vida, y en muchos casos aleja la muerte. Aumenta el número de ancianos, de jubilados y la población en su totalidad «envejece». Entre nacimiento y muerte, la vida se hace más regulada y previsible que en una época, marcada por ritmos preestablecidos por las necesidades económicas y por la asistencia social. La misma idea de la vida toma la forma de los esquemas adoptados por la sociedad industrial. La existencia no es «la vida», sino «aquella» vida garantizada por algunos bienes de masa, por el confort, por la seguridad. Esta pierde día a día su carácter de riesgo, de aventura, de novedad que tenía a causa de la pobreza, de la inestabilidad, la inseguridad y la espontaneidad que caracterizaban, para bien o para mal, a las sociedades pobres. El aborto es el caso extremo de esta «programación» de la vida, es como si se considerase «incurable» un nacimiento. Entonces, ¡cuánto más una muerte!

Y con esto llegamos al momento de hablar de la eutanasia. Queremos tratar el argumento de un modo aceptable para todos, prescindiendo de las argumentaciones particulares de la fe y la moral, que podrían valer para unos y no para otros.

Pongamos un caso como ejemplo que sea útil para el desarrollo del argumento: un hombre, una mujer, están a punto de morir, en una lenta agonía y en medio de atroces sufrimientos. Es un dolor terrible para él mismo y para los demás, para sus familiares. La muerte es inevi-

table (aunque en esto realmente no se pueda tener nunca una certeza matemática), pero «tarda en llegar». ¿Qué se puede hacer?

La vida tiene que continuar. Los vivos se encuentran gravemente turbados por aquel espectáculo de decaimiento interminable, de muerte viva, que en ellos provoca un efecto desesperado; el moribundo, cada vez más «inútil» para sí y para los demás, cada vez más disminuido por los sufrimientos, no tiene la fuerza de «vivir hasta la muerte». Entonces pide «morir antes de su muerte», que se presenta demasiado cruel: pide la eutanasia (buena muerte, dulce muerte). Los vivos lo aceptan, por verdadera piedad, y quizá incluso con la alegría, aún mayor que la piedad, de poder hacer aún algo por él.

La muerte programada vuelve a establecer el equilibrio. Los muertos están muertos, los vivos están vivos; aquel intolerable equívoco entre vida y muerte ha sido quitado de en medio, porque la persona misma que estaba a punto de morir ha anticipado su muerte, ha muerto, como decía un periodista extranjero, antes en su conciencia que en sus células, aún en lucha por la vida. Sin embargo, no se trata de un suicidio porque ha sido otra la persona que ha intervenido para «provocar» la muerte.

Llegados a este punto, después de haber intentado evitar toda clase de argumentos morales y humanitarios (en los que personalmente creemos), parece que se puede plantear una pregunta válida para todos: ¿puede un hombre identificarse con otro hasta el punto de confirmarle —materialmente matándole— su deseo de morir, como si le dijese: «Sí, tu opción es también la mía, y también la de la sociedad?».

De hecho, el que lo «ayuda a morir» seguirá viviendo después de la muerte del otro. Estos dos se habrán puesto de acuerdo para separarse del modo más completo, uno queda en vida, el otro muere. ¿Puede existir una piedad asesina?

Extrañamente, en un momento en el que los hombres de todo el mundo buscan el diálogo, la relación, con sufrimientos y a menudo con angustias, esta «solución» al problema del dolor nos parece orientada al pasado, miedosa, regresiva, hasta el punto de no ser ya capaz de soportar el sufrimiento, no sólo el que lo tiene y puede desesperadamente decidir en un determinado momento quitarse la vida (con el suicidio), sino también de aquellos que, cerca de él, no soportan este dolor y colaboran en su suicidio con la eutanasia.

¿Dónde está la «muerte dulce» prometida con palabras? Si un hombre logra soportarse a sí mismo y a los demás mientras todos son útiles, sanos, «personas sin dolor», ¿hacia qué clase de racismo nos estamos encaminando? ¿Una sociedad que ya no defiende la vida, sino «aquella» vida útil, sana, sin dolor, es aún una sociedad de hombres?

CIUDAD NUEVA
Ferrer del Río 1 - Madrid 28

MORIR: CUANDO Y COMO

En representación de la Facultad de que todavía soy miembro, bien que cesante, me ha tocado la honrilla de saludar públicamente a Werner Forssmann, premio Nobel de Medicina, en el atrio de su conferencia sobre *Problemas de la eutanasia*. Werner Forssmann recibió ese altísimo trofeo científico por haber realizado en su propio cuerpo, hace ahora medio siglo, la hazaña de introducir una sonda exploratoria en las cavidades derechas del corazón. (Entre paréntesis: casi al mismo tiempo que él, pero en el cuerpo de un enfermo, hacía lo mismo el médico español Sánchez Cuenca, bajo la inmediata dirección de su maestro Jiménez Díaz, ante la pantalla de un aparato de rayos X del viejo Hospital de San Carlos.) Pero el profesor alemán, ya jubilado, no ha venido a Madrid para hablarnos de aquella osada aventura suya, sino para discutir con mucha sutileza y gran altura ética algunos de los problemas que al médico actual le plantea la muerte de sus pacientes. (Un nuevo paréntesis: otro gran cirujano español, Rafael Vara López, acaba de tratar el mismo tema, con sutileza y nivel moral no menores, en su cursillo *Cirugía, dolor y muerte*.)

No resisto la tentación de transcribir las últimas palabras del conferenciante. Eran el relato de un sueño que tuvo hace poco tiempo. «Me llamaron de una clínica estatal para ser sometido a un reconocimiento. Llegó el médico de turno con un ramo de flores, me felicitó por mi septuagésimo cumpleaños y me indicó las consecuencias legales que ese día iba a tener para mí. Me habían encontrado enteramente sano. Por tanto, y durante bastante tiempo, yo tendría que ser para todos los demás una carga improductiva. En estos casos, él estaba obligado a matar a la persona en cuestión, y yo debía aceptar el fallo con tranquilidad y dignidad. Sacó una pistola de debajo de su bata y me ordenó colocar de lado mi cabeza. Me dijo que tan sólo percibiría un poco de frío ante la boca de la pistola. Nada oiría de la detonación. Con un terror mortal quise oponerme, pero dos sujetos ya me habían cogido los brazos y las piernas, y me mantenían inmóvil. Intenté gritar, y alguien tapó mi boca. Pude al fin pedir la gracia de despedirme de mi mujer. La respuesta fue: Usted no aguanta el tipo, habíamos esperado algo más de usted. En el momento de la despedida, todos quiereron escurrir el bulto. Previendo esto, hace ya media hora hemos liquidado a su esposa.» Y Forssmann terminaba así su disertación: «En ese instante me desperté cubierto de sudor, apenas capaz de moverme, y durante largo rato no supe dónde estaba. «Acaso había tenido la visión premonitoria de un futuro no demasiado lejano?».

Mas no sólo desde un punto de vista politicosocial y socioeconómico se ha complicado el hecho de la muerte, con la consecuencia de un porvenir más o menos semejante al que tan plástica y patéticamente presagiaba el

sueño del profesor tudesco; también en lo tocante a los aspectos científicos y técnicos que el morir presenta ante el médico y la sociedad. Frente a las nada livianas complicaciones religiosas que el trance de la muerte solía entre nosotros llevar consigo hace unos lustros, y más cuando el moribundo era persona notoria, un eminentísimo español próximo al término de su vida decía a su primogénito: «En España, hijo, hasta el morir es cosa difícil»; frase que ahora, desprovista de cualquier connotación sociorreligiosa, bien podría ser extendida a toda la redondez del planeta. Quien haya tenido la experiencia de ver morir o cuasivivir a los que hoy pasan días y días en una Unidad de Vigilancia Intensiva —en una UVI, para decirlo con la abreviatura tópica, cuyo ingreso en el diccionario oficial no creo que se haga esperar mucho—, no necesitará argumento alguno para hacer suya la frase en cuestión.

Pues bien, a este espinoso, pero ineludible campo pertenecen las reflexiones que nos ha traído Werner Forssmann. Enunciaré telegráficamente las más importantes de ellas. ¿Qué es lo que solemos llamar *muerte natural*? ¿Es que en realidad existe para el hombre una *muerte natural*? ¿Qué debe pensar y hacer el médico ante el hecho insoslayable de la muerte en general y de la personalísima muerte de los enfermos a que médicamente atiende? Definición de la muerte y establecimiento de su momento temporal. Fisiología del fallecimiento y de cada una de sus fases. La cuestión del tormento de morir. ¿Con qué frecuencia se presenta tal tormento? ¿Qué pensar, si uno quiere proceder con mente científica y sentido crítico, ante la actual literatura sobre la eutanasia? Medicina de la enfermedad y medicina del fallecimiento. Actitud del enfermo, de sus deudos, del médico, de la sociedad y del Estado ante la realidad del morir. Temas todos ellos enormes, imponentes, pero apenas sospechables cuando el médico —tal era el caso hasta hace no muchos años— se limitaba a reunirse con la persona más caracterizada de la familia del moribundo, a decirle que en aquel caso ya la ciencia no podía hacer nada y a desaparecer con discreta y cómoda rapidez. Como Pilatos ante los judíos en el pretorio, comenta con agudeza un autor.

Del propio Forssmann copio la elocuente historia de la última enfermedad del poeta y novelista alemán Theodor Storm. Este enfermó de cáncer de estómago, diagnóstico que a petición suya le fue abiertamente comunicado por el médico. Por aquella época (1888), el pronóstico del carcinoma gástrico era fatal: muerte en plazo breve. Storm cayó en profunda depresión, y se despidió de la vida con un poemilla conmovedor, significativamente titulado *Beginn des Endes*, «Comienzo del fin». Ante tan penoso desmoronamiento psíquico, su familia y sus amigos promovieron la celebración de una consulta con tres médicos eminentes, previamente advertidos de lo que acontecía. Tras la nueva y cuidadosa exploración, los tres clínicos afirmaron con energía que el primer diagnóstico había sido un error. El escritor mejoró rápida y notablemente, vivió algún tiempo exento de temor a la muerte y, muy poco antes de que ésta le llegase, todavía tuvo tiempo para componer la que pasa por ser su obra maestra, *Der Schimmelreiter*, «El jinete del caballo blanco». ¿No es cierto que este singular suceso —singular, sí pero repetible en tantos y tantos casos— debería ser conocido y meditado

por todos los estudiantes de Medicina? Cuentan que William Osler, brillantísima estrella mundial de la medicina interna hace tres cuartos de siglo, preguntó una vez a sus alumnos: «¿Cómo se las arreglarían ustedes para lograr que engordase un par de kilos un enfermo canceroso ya en un período avanzado de su dolencia?» Silencio general. Osler, de nuevo: «Para conseguir esto, señores, sólo hay una receta: procurar que a ese enfermo le cuide un médico instruido y optimista».

Morir: ¿cuándo? Cuando le llegue a uno su hora, tal es la soberana lección de nuestro pueblo. Hora tanto más tardía, es seguro, cuanto más armoniosa sea la conjunción entre la disposición del individuo ante su propia vida, la calidad de los saberes médicos de que entonces se disponga y la ordenación ética de la sociedad en torno. Morir: ¿cómo? De muchos modos posibles, desde luego. Pero, entre ellos, siempre será el más consoladoramente humano aquél en que el moribundo pueda tener junto a sí médicos semejantes a William Osler y a los tres que supieron procurar a Theodor Storm un trozo de vida animosa y creadora.

P. LAÍN ENTRALGO
Gaceta Ilustrada

MEDITACION SOBRE EL DOLOR, EL SUFRIMIENTO Y LA MUERTE

En el mundo de hedonismo, de materialismo absorbente, de exitismo hacia la consecución de bienes y placeres, de quiebra de valores, de afán de connotación y de falta de austeridad, quiero quebrar esta secuencia para incidir en el tema de siempre, del significado del dolor, del sufrimiento y la muerte. Porque si bien, el goce sensorial siempre existió, siempre existió y existirá también el dolor, el sufrimiento y la muerte. No quiero hacer el papel de Savanola, de asustar conciencias o amedrentar a pusilánimes, quiero hacer el papel de observador sincero, cuando digo la realidad de este momento. Porque en este segundo de la palabra mía, está muriendo alguien en el mundo, alguien está sufriendo por la tragedia o alguien necesita comer aunque sea la migaja de pan. No es un invento mío decirles que todos ustedes tendrán que morir hoy o cualquier día, y yo mismo no sé si podré terminar esta homilía. La mano de Dios es inescrutable para determinar nuestra hora o nuestro destino. Dios siempre conservará la iniciativa del momento final. Por eso, el tema es digno de contemplarse con la tranquilidad de quienes creemos en la resurrección de los cuerpos, del fin del mundo en una parusia integrativa en Dios, y que Cristo aquí presente en la Eucaristía está dándose en la plenitud de su amor.

Para meditar sobre el dolor, referido aquí, como la sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior, o sentimiento, pena, congoja que se padece en el ánimo, según el diccionario de la Lengua Española, y sobre el sufrimiento, conceptualizado como paciencia, conformidad, resignación, también según el mismo libro de consulta, para meditar sobre estos dos aspectos que nos abruman y desesperan, hay que examinar el concepto de lo que es un valor. Viktor E. Frankl¹, el gran psiquiatra vienés, y a él debo el hurgar profundo en este

aspecto psicológico, escribe: «Cumplimos con el sentido del devenir —llenamos de sentido nuestro devenir— siempre que realicemos valores. Tal realización de valores es posible por tres caminos diferentes: El primero consiste en crear algo —en que construyamos en la forma que sea, el mundo; la segunda posibilidad estriba en experimentar algo —en que acojamos en nosotros un mundo, en que nos impregnemos de la belleza o de la verdad del devenir. La tercera posibilidad de la realización de valores, finalmente, reside en que suframos —reside en la experiencia de sufrir la existencia, el destino». A los primeros se les llama valores creativos, a los segundos experienciales, y a los terceros de actitud. Es en estos últimos donde debemos detenernos; justamente es el dolor y el sufrimiento motivo de meditación. Desde el pecado original, el dolor y la muerte son consustanciales al hombre, son las pasividades negativas que arrastramos por el hecho de haber nacido en el mundo evolutivo y pecador. Son símbolos contrarios de lo que significa goce y vida. Son antinomias conceptuales que tenían que darse en esta creación hacia el pleroma, o sea la unión del hombre con Dios. Todo fenómeno cambiante y finalístico, más si es signado con el pecado bíblico, categorizado por la voluntad divina, tiene que conllevar lo bueno y lo malo. Pero no en la idea maniquea de la dicotomía indepediente, así lo hizo y así se cumple. El misterio del hombre es en el fondo el misterio de Dios.

Si bien los valores creativos y experienciales son importantes, no tienen la trascendencia de aquellos de actitud. Cuando creemos, lo hacemos sobre la base de calidades con las cuales hemos nacido, y nosotros las hemos cultivado y llevado a la perfección, y los valores de experiencia, son igualmente frutos de ciertas condiciones especiales para captar la belleza, el amor y la verdad. Para llevar a buena realización los valores de actitud, Frankl nos da la respuesta tan bien expresada, que no me resisto a copiarla: «Pero para realizar valores de actitud, no solamente se necesita una facultad creadora y una simple facultad experiencial, sino también la capacidad de sufrir. Esta capacidad de sufrir, sin embargo, no la tiene el hombre, nadie la recibió como regalo; se tiene órganos y facultades; pueden por lo menos tenerse. La capacidad de sufrir debe conquistarse. El hombre tiene que conseguirla sufriendo por el sufrimiento mismo se llama masoquismo, y el cristianismo, el ser humano en proyección de valorizar el dolor, sufre con/por una finalidad, y esta finalística está impregnada de amor. Hay que sufrir por amor, hay que sufrir por algo o alguien, y en claridad debemos hacerlo por Cristo, el gran sufriente, que lo hizo con el sentido extraordinario de expiar los pecados de los hombres, de los otros. Por ello Cristo es símbolo «de para los otros», es símbolo de la negación del egoísmo. Es el amor en la plenitud de la perfección. De lo anterior se desprende, el concepto de que la búsqueda del sentido de la existencia es básico para poder vivir en paz, para convivir en la regla de amar a alguien, de estar permanentemente tras valores de actitud. Cristo es el modelo. Porque en una palabra este mundo debe ser Cristo; mas a la realidad de la geosfera, biosfera y noosfera hay que agregar, envolviendo todas las tres citadas, la esfera de Cristo, la Cristosfera, o la conciencia crística dándose y dándonos el dinamismo de su significado. Tenemos que conocer el mensaje de Cristo, tenemos que al conocimiento sumar la decisión. A la inteligencia que conoce agréguese

¹ FRANKL, V. *Homo Patiens*. Editorial Plantin, Buenos Aires, 1955.

la voluntad que determina. Ya es conocido que sin decirnos por Cristo, consciente y plenamente, el camino de la vida es más duro e imposible andarlo.

La enfermedad conlleva sufrimiento, y ya el salmista se interrogaba en forma clamante: ¿Hasta cuándo el dolor pesará sobre mi alma? (Salmo 13, 3), porque el ser enfermo sufre, sufre en su carne y en su alma. Al dolor físico se añade el dolor de saber de su inmovilización, de la interrupción de sus actividades vitales, en el alejamiento de los seres queridos, en la ruptura de la continuidad de la placidez. Sabe igualmente, de la angustia y de la desesperación, sabe de la depresión y del llanto. Conoce el hombre que sus llagas no duermen durante la noche (Jó. 30, 17), y que el dolor no respeta ningún rango ni circunstancia. Hay que darle una finalística al sufrimiento, porque sino la tragedia de vivir no se transformaría en la alegría de ser parte de la creación. De ser misioneros de un mandato, de un designio, que no por ser desconocido ese libro maravilloso de la Revelación, que es la Biblia, una autenticidad incontestable.

Tenemos que estar preparados para el sufrimiento, y esto se consigue, siguiendo una vida austera, de autocontrol, de mortificación y de entrega a los demás. Así, en el camino de la caridad, el sufrimiento adquirirá una trascendente dimensión, que no nos deparará goce, pues eso es masoquismo, sino que sabremos sufrir cumpliendo el destino, como Jesucristo que padeció por los pecados del mundo.

El hombre sabe que tiene un final, conoce que la muerte es la realidad del instante desconocido, ineludible. El dolor y el sufrimiento culmina en la muerte corporal. Hace algún tiempo leí en un folleto (Imágenes de la fe) lo siguiente: «Por supuesto sabemos que la muerte ha de llegar algún día, inevitablemente. Y, sin embargo, cuando se produce el acontecimiento, nos turba y nos sorprende como un hecho insólito y monstruoso. Por más que se piense en la muerte, seguirá siendo para nosotros algo intelectual y lejano; sólo nos damos cuenta cuando es verdaderamente cuando está ahí». Sucede esto por falta de una buena conceptualización de la realidad, de lo que somos y del motivo que estamos aquí. Creemos lejana la muerte cuando su cercanía apenas se mide en contados períodos de tiempo. Pensamos que solamente los muertos saben de muerte, cuando meridianamente en el libro de Juan Evangelista (11, 25), Jesucristo es terminante: «Yo soy la resurrección y la vida; el que cree en mí no morirá para siempre». Y refiriéndose a Marta, en el episodio de Betania, la interroga ¿Crees tú esto? Y Marta le contesta: «Sí Señor: yo creo que tú eres el Mesías, el Hijo de Dios, que ha venido a este mundo». Suficiente pues, las palabras bíblicas, porque el que no cree en ellas, su camino es otro. El que no cree en las palabras del Mesías, falta es de fe. El que no cree en la palabra de Dios, lleno es de tinieblas, la muerte es la vida del cristiano. Lo demás es duda, explicable cuando está plena de búsqueda y de amor, tremenda cuando se pierde en el vacío y en la nada.

Hermosas las palabras de San Pablo cuando a los que lloran por los muertos los arenga: «No lloréis como los que no tienen esperanzas» (1 Tes. 4, 13), porque la muerte no es lo absurdo, ni tampoco fatalidad biológica, ni rebelión ante lo innato, la muerte es un viaje que comienza en el misterio de Dios y termina en el seno del Creador.

Nuestra problemática del espíritu se resuelve recién al morir, y la enfrentamos a la verdad suprema, sabremos del alfa y del omega. Por que sin ambages, sin discernimientos intelectualistas, sin logicismos racionales, tenemos que proclamar con la Biblia en la mano y en el corazón: la muerte, nuestra muerte es fundamentalmente, como la resurrección de Cristo en la enfermedad.

DOCTOR LUIS GINOCCHIO FEIJÓ
Subdirector del Centro de Reposo «San Juan de Dios»
CREMPT
Piura (Perú)

¿SOMOS LIBRES PARA MORIR?

La proposición de ley del senador francés Caillavet sobre el llamado encarnizamiento terapéutico ha levantado una auténtica polvareda de comentarios divergentes. No es de extrañar. Si esta proposición fuera adoptada, permitiría a toda persona afectada de un mal incurable a que no se le obligue a mantenerse artificialmente en vida, que se la deje *morir en paz*.

Si las reacciones que esta propuesta ha suscitado han sido tan vivas, se debe esencialmente a tres razones.

1.º Este hecho nos atañe a todos directamente. Sin duda muchos de nosotros hemos conocido esta situación dramática: un ser querido yaciendo inconscientemente en una cama de hospital, sufriendo quizás atrocemente, pero reducido, aparentemente, a una vida vegetativa; la vida de un cuerpo que no funciona sino como una máquina al que unos tubos le proporcionan la energía producida por otras máquinas. En estos momentos, ¿quién no ha pensado si no sería preferible parar la máquina? Cuestión angustiosa para la que no existe una respuesta dada. Cada enfermo es un caso particular y cada enfermedad es también particular. Recordemos solamente que las más altas autoridades médicas, así como Pío XII al igual que Pablo VI, han sido explícitos sobre este punto: todos han condenado el encarnizamiento que supone hacer funcionar un cuerpo cuando se sabe que nunca más estará animado por una verdadera vida. Pablo VI ha hablado incluso a este respecto, en 1970, de *torturas inútiles*.

2.º La proposición del senador Caillavet va más lejos. Por el carácter ambiguo de su redacción, abre la puerta a la eutanasia, es decir, al derecho de poner fin voluntariamente a la vida de un ser *para su bien*, para evitarle sufrimientos inútiles. Este derecho plantea un problema de otra distinta dimensión. En modo alguno es admisible este planteamiento. Si la ley permite matar —dicen las autoridades médicas y religiosas—, aunque sea para un *bien*, nuestra sociedad se convertiría en una jungla que condenaría siempre a los más débiles.

3.º En realidad, es aquí donde reside la dificultad, la frontera entre el no-encarnizamiento terapéutico y la eutanasia no es todavía muy clara. Del mismo modo, cuando un médico administra a un enfermo, para calmar sus sufrimientos, unas dosis de medicamento pese a saber que pueden avanzar el término de la muerte, la diferencia con la eutanasia no es siempre precisa.

Estamos condenados, pues, en parte, a la incertidumbre. Es el drama del hombre moderno. Por un lado no cesa de reforzar su dominio sobre la naturaleza; procura explicar sus mecanismos; intenta dominarla cada vez más. Pero

cada progreso en este ámbito suscita más temibles problemas. Sobre todo cuando se trata de esta cosa frágil e infinitamente preciosa que se llama vida.

En esta búsqueda difícil de la certeza en toda actuación humana, los cristianos tenemos unos puntos de referencia para señalar su camino. Podríamos resumirlo así: «No al encarnizamiento terapéutico, no a la eutanasia. Sí, a todo cuanto humanice la muerte».

*Hoja Parroquial
Barcelona*

BELGICA

IMPORTANCIA DEL SACRAMENTO DE LOS ENFERMOS

Los obispos de la zona de lengua francesa de Bélgica han explicado a sus fieles, en una Carta pastoral conjunta, el valor y la importancia del sacramento de los enfermos. Partiendo de que todo sacramento es por definición encuentro con el Resucitado, los obispos escriben que el objetivo específico de la unción de los enfermos es ser signo de la fuerza que recibe el enfermo para luchar contra la enfermedad, viviendo positivamente la situación difícil en que se encuentra. El enfermo se siente así capaz de resistir a la tentación de replegarse sobre sí mismo y desanimarse. Los Pastores belgas recomiendan llamar al sacerdote con tiempo suficiente y no en los últimos minutos de vida, cuando según el médico ya no hay nada que hacer. Igualmente ponen de relieve que el sacramento de los enfermos necesita una pastoral propia que haga de él no solamente un gesto personal, sino una profesión de fe de la comunidad cristiana; es decir, un sacramento de vivos que atraviesan una crisis corporal o espiritual ligada a un estado de salud. Por medio de este sacramento, la vida divina recibida en el bautismo aumenta, la fe y la esperanza se fortifican y el creyente se siente capaz de proseguir valientemente el camino. «Esta acción pastoral —dicen los obispos textualmente— exige una amplia colaboración no sólo por parte de la familia y de los amigos del interesado, sino también de los médicos y del personal sanitario, de los sacerdotes y de cuantos visitan al enfermo».

LOS NIÑOS ANTE LA MUERTE

I

En un mundo donde la salud es presentada como un derecho y donde el niño es el destinatario de tantos cuidados y de tanto amor, su desaparición constituye el escándalo supremo. Conduce al paroxismo, la angustia y la sublevación de los adultos y revela, a la vez, la incapacidad de nuestra sociedad para «vivir la muerte».

Miles de niños mueren cada año entre nosotros. Algunos al nacer, pero también por causa de enfermedades diversas mueren otros entre 1 y los 15 años. Una causa muy propia de nuestro tiempo con respecto a la muerte de los niños son los accidentes de circulación y los ocurridos en el hogar. Se habla muy poco de ello. Pero he aquí que el tema ha merecido un estudio de una psicoana-

lista, Ginette Raimbault, que, al publicarlo, ha hecho un gran bien a los médicos y a los padres.

La autora, y otros psicólogos en diversos hospitales, han escuchado a los moribundos. Han descubierto que los niños, pese al disimulo de padres y médicos, saben que van a morir.

Para el niño, toda desaparición, toda separación prolongada es vivida como una muerte, pero a partir de los 4 años la muerte personal, la muerte propia, parece ser ya una realidad. Y a partir de los 11 años, un niño manifiesta las mismas reacciones que un adulto: rechazo o aceptación del sufrimiento; miedo o una cierta serenidad, ligada a aquella que les rodea.

Los niños que la doctora Raimbault ha escuchado comienzan a hablar de la muerte a propósito de la de otras personas, antes que evocar su propio caso. Son raros, sin embargo, los que hablan de su muerte directamente.

En sus dibujos, en sus juegos y en la explicación de sus sueños, los niños observados por la psicoanalista expresan casi todos un «pre-conocimiento» de la muerte, impresionante, dramático y brutal a veces. Son las personas adultas las que pretenden que los niños no comprendan nada; son los que los cuidan quienes se refugian en las observaciones hechas también con los moribundos adultos: «No se sabe lo que piensan», dicen. La respuesta es insatisfactoria. Se puede saber fácilmente lo que piensan; basta preguntárselo.

Otro punto que aborda la citada doctora es el de si debe decirse la verdad a los niños. Si decirla a las familias ya es terrible, ¡cuánto más a los niños! No es extraño que muchos médicos confiesen que no han sido nunca capaces de hacerlo.

La doctora Raimbault, no obstante, opina que no debe plantearse la cuestión así. Y explica un caso: «¿Qué he de decir a Natalia?», pregunta su madre. «Me da miedo. No creo que sea capaz de decírselo y, no obstante, ella tiene necesidad de que alguien le diga la verdad. De lo contrario monta en cólera.»

Natalia, de 11 años, sabe que ha de morir. Su madre también, y sabe que su hija conoce la verdad de su situación. Las dos conocen la verdad. No es tanto el saber lo que aquí importa, sino el vivir a la vez, compartiendo este saber. Pero, ¿quién es capaz de hacerlo?

II

Una de las misiones del niño, en la familia, es la de proteger a sus padres de la muerte, prolongando algo de ellos más allá del término de la vida terrenal, asegurándoles que sobrevivirán en su descendencia. El niño que se está muriendo aproxima y hace presente la idea de nuestra propia muerte. Frente a esta terrible agresión, cada uno reacciona violenta pero distintamente.

Antaño, ante la muerte, el médico se escudaba en el sacerdote. Hoy en día, en cambio, no se les llama tanto para este menester. La urgencia de otras tareas y la misma escasez de sacerdotes no explican suficientemente este cambio. Numerosos capellanes de hospitales se muestran descontentos de lo mal definido que está su papel y de que normalmente se les avise en el último momento, haciéndoles aparecer a los ojos de los enfermos como los precursores de la muerte y no como los dispensadores

de la esperanza. En ciertos servicios clínicos, especialmente de niños, no se llama al sacerdote si no ha tenido antes ningún contacto con el pequeño enfermo. Actualmente, en países técnicamente avanzados, es el psicólogo quien asegura una presencia y una ayuda al moribundo y a sus familiares.

Pese a la «humanización» en curso, en numerosos establecimientos hospitalarios, son muchas las quejas sobre la rigidez de los reglamentos, la dureza aparente de los médicos y de los cuidadores que impiden la presencia de los familiares junto al enfermo.

Cada vez muere menos gente en casa. Un tanto por ciento muy elevado de enfermos mueren en hospitales y clínicas, dándose a la vez la imagen de la muerte vergonzante del indigente frente a la otra imagen «sofisticada» de la muerte del enfermo rodeado de aparatos. El hospital, no obstante, sigue siendo un lugar de cuidados instalados en vistas a la curación, no de la muerte. Por eso urge hacer desaparecer el cadáver inmediatamente y que el personal retorne inmediatamente y sin pausa a sus tareas «positivas».

Precisamente por esto, todos los que han vivido y hablado con los moribundos están de acuerdo en afirmar que, sobre todo cuando se trata de niños, la muerte debe ser «compartida» con la presencia, la palabra y el silencio.

¿Es, pues, el hospital, el lugar más indicado para vivir intensamente estas horas decisivas, o el único antídoto contra la angustia de la muerte es el amor, el único que sabe inventar lo imposible?

Un médico inglés, el Dr. Saunders, piensa que son imprescindibles unos servicios especializados para asegurar a los enfermos en su fase última una «buena muerte». En su hospital, un personal voluntario, con el concurso de las familias, se ha impuesto como tarea asegurar el mejor entorno psicológico a los moribundos, a la vez que los cuidados más apropiados.

Para los niños, en todo caso, parece que «volver a casa» sea un deseo ardiente. En su habitación, en medio de las personas que conoce, así como de los objetos que tanto valor tienen en la infancia, es menos duro sin duda dejarse apoderar por lo que los pequeños llaman «el gran sueño». Pero no todos los padres tienen la posibilidad de velar a un hijo enfermo durante largas semanas o meses y asegurarle una presencia continua. Los hermanos y las hermanas pueden también no ser capaces de aceptar una situación tan cargada de angustia, aunque a menudo, entre los niños pasa una prodigiosa corriente de comprensión y de ayuda.

Creyentes o no, de nada sirve rechazar la pena y ocultar el llanto. Al contrario, las sociedades y los individuos más sanos son los que son capaces de expresar su duelo abierta, colectiva y totalmente.

Una joven psicóloga, Catalina Mathelin, ha hecho un descubrimiento que, si se confirma, abrirá ciertamente el camino a nuevos estudios sobre la muerte: trabajando con una ortofonista sobre niños de 4 a 5 años que presentaban defectos de lenguaje (especialmente niños mudos), constató que prácticamente todos pertenecían a una familia traumatizada por una defunción, acaecida normalmente de forma dramática. En la medida que estas familias aceptaron tratar de esta muerte con el equipo asistente y también hablar de ello con el niño, éste evolucionaba de forma espectacular.

Es bien cierto que antes, la muerte era un fenómeno cotidiano, habitual, siempre presente en los pueblos y en las familias; dolorosa, pero normal, y abierta siempre a los ritos serenantes del duelo colectivo y compartido. Ahora, en cambio, se ha convertido en algo raro, secreto y como clandestino. No es extraño que haya desaparecido de nuestra vida y de nuestro lenguaje.

En presencia de la muerte, los niños nos recuerdan que es ilusorio y pernicioso intentar evitarla. Como el sol, ellos al menos, piden poderla mirar cara a cara. Esta es la conclusión de todos estos estudios a los que nos hemos referido. ¿No es esto precisamente lo que siempre nos ha enseñado la fe cristiana?

J. M. R.

35.000 NIÑOS MUEREN CADA DÍA

Según un estudio realizado por la ONU sobre el medio ambiente, treinta y cinco mil niños menores de cinco años mueren cada día, casi todos en los países de menor desarrollo.

Con motivo de la publicación del libro «Retrato de salud: fuentes medio ambientales de enfermedad», su autor Erik Eckholm, acudió a una conferencia de prensa en la sala de corresponsales de las Naciones Unidas. Eckholm, dijo que la alta cifra de mortalidad infantil es tan horrenda que los seres humanos contemplan estupefactos o simplemente ignoran la profunda tragedia diaria debida en gran parte a la desnutrición y a las enfermedades infecciosas.

El autor de «Retrato de salud» preconiza que la reducción de esas muertes prematuras se convierta en la meta más importante en el sector de la salud, que se adopten medidas encaminadas a conseguir reformas económicas para que los pobres puedan mantener dietas adecuadas, y que se faciliten recursos para conseguir agua potable y servicios de alcantarillado y sanitarios en aquellos países que son deficitarios.

Así como el hambre y la infección son causas principales de muerte entre los pobres, los ataques cardíacos, las embolias y el cáncer, son las que causan mayor mortalidad entre los ricos.

Debido a los peligros intrínsecos a los modos de vida, cada año mueren prematuramente centenares de millones de personas en los países de mayor desarrollo, dice Eckholm. La obesidad, falta de ejercicio, dietas con alto contenido graso y el fumar, son elementos fundamentales de los ataques al corazón y enfermedades cardiovasculares, que causan la mitad de las muertes en los países desarrollados.

En los países pobres, no se logra mejorar el cuadro de la salud simplemente con tecnología médica, sino que se requieren medidas de salubridad, reformas agrarias, créditos para los campesinos pobres, planeamiento familiar y educación comunitaria.

Los dos elementos fundamentales son el acceso a dietas adecuadas y agua razonablemente pura, tanto para beber como para lavarse. El estudio realizado por la ONU, revela que la desnutrición debilita la resistencia a las enfermedades de 500 millones de seres humanos.

Eckholm señaló, también, que 1.500 millones de personas carecen de agua potable y de servicios higiénicos, y

calificó de «escándalo global» el que las partidas para facilidades sanitarias para el cuatrienio 1976-1980 en el mundo en desarrollo sean solamente la duodécima parte del dinero que se tira en humo y cenizas para comprar cigarrillos durante ese mismo período.

SANT CUGAT DEL VALLES

SIMPOSIO SOBRE «EL ACERCAMIENTO AL MORIBUNDO»

Organizado por los delegados diocesanos de pastoral sanitaria de Cataluña, en la Facultad de Teología, sección de Sant Cugat, se ha desarrollado un simposio sobre *El acercamiento al moribundo*, en el que los asistentes han descubierto la gran importancia de esta temática, tan real como poco abordada hasta el presente.

Los asistentes al simposio pertenecían a diferentes especialidades sanitarias, contando con la presencia de psicólogos, sociólogos, sacerdotes, religiosos y demás personas interesadas en esta difícil temática. Cuatro han sido las ponencias destinadas a englobar este complejo problema: *La muerte en nuestra sociedad moderna*, a cargo del profesor Perinat, de la Sección de Sociología de la Universidad Autónoma de Bellaterra; *El moribundo frente a su propia muerte*, por el doctor Delgado, psicólogo de la residencia La Paz de Madrid; *Sentido teológico de la muerte*, por el profesor Fondevila, de la Facultad de Teología de Sant Cugat; y *Actitud del creyente y aspectos pastorales ante la muerte*, por monseñor Javier Osés, obispo de Huesca y delegado de Pastoral Sanitaria en la Conferencia Episcopal Española.

Asimismo es de destacar la comunicación especial sobre *Eutanasia y distanasia* que ha corrido a cargo del moralista Francisco Abel, profesor de la Facultad de Teología de Sant Cugat.

APOYARSE EN LA GRACIA DE DIOS

La aportación del profesor Perinat se ha centrado en que la muerte es un hecho social, efectuando un recorrido antropológico-sociológico sobre la cuestión, con especial hincapié en el concepto de «morir hoy en nuestra sociedad urbana» y concretamente «morir en el hospital», en el que analizó las dos cuestiones clave: «quién o quiénes saben que van a morir» y «con qué grado de certidumbre se sabe que va a morir».

Los elementos filosóficos acerca de la muerte centraron la comunicación del teólogo Fondevila, quien abordó los

puntos centrales de la teología de la muerte, agrupados en cuatro aporías o paradojas: la muerte es la suprema pasión y la suprema acción del hombre; la muerte a la vez aplastamiento y victoria; la lejanía de Dios se convierte en su máxima cercanía; y esta muerte que se experimenta desde nosotros, en un primer momento como un «quiero-que-no-sea», se convierte en el cristiano en un «quiero-que-sea».

El psicólogo doctor Delgado analizó las vivencias en la situación de enfermedad, tanto del enfermo como de su familia y abordó los escapes e interrogantes que se abren frente a situaciones concretas.

Por su parte, monseñor Osés concretó la actitud del creyente («nuestra muerte no puede reducirse a un despojo de nuestra vida, sino que debe ser un dar la vida, un entregarla en las manos del Padre y en bien de los hombres») y aspectos pastorales ante el moribundo («es necesario reconocer que en muchos casos la ayuda al moribundo está fuertemente condicionada, pero en unos momentos tan decisivos de la existencia del hombre no podemos confiar exclusivamente en las causas segundas y en el devenir de los procesos humanos; hay un apoyarse en la gracia de Dios»).

V. DE SEMIR

¿AYUDAR A MORIR?

En Estados Unidos, se ha constituido un equipo de médicos que investigará y dictaminará si drogas ilegales como la heroína o la marihuana pueden ser recetadas por los médicos de aquel país para ayudar a la muerte por piedad, en casos desahuciados, según ha declarado un funcionario facultativo de la Casa Blanca.

El aludido funcionario, el doctor Peter Bourne, ha manifestado que el objetivo principal de las reuniones que se han programado sobre esta investigación se dirige a la «falta de compasión para los enfermos moribundos de Norteamérica».

«Hemos previsto disponer las necesarias provisiones para aliviar el sufrimiento de nuestros moribundos, y esta administración va a ocuparse del asunto» —afirma el doctor Bourne.

Este facultativo, jefe del gabinete de la Casa Blanca sobre abuso de drogas, ha declarado que esta cuestión será objeto de minuciosa investigación por parte de un comité, que ha de crear el Instituto Nacional de Sanidad, como parte de un examen general en cuanto a los usos de la sociedad norteamericana frente a la muerte. A las reuniones asistirán también los directores de los Institutos Nacionales de Geriátrica y del Cáncer, respectivamente los doctores Robert Butler y Arthur Upton.

Bibliografía

VARIOS

MORIR CON DIGNIDAD

Ed. Marova, Madrid, 1976.

Situación. El libro es fruto del Simposio Internacional de Pastoral Sanitaria celebrado en Madrid del 5 al 7 de noviembre de 1975, organizado por los religiosos Camilos con la colaboración del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria, sobre *El acercamiento al moribundo*.

Los autores son todos ellos, personas relacionadas con el mundo de la salud desde una presencia cristiana, que han abordado el tema con profundidad y desde una reflexión personal. Como es normal ante una participación tan dispersa de ponentes, desde distintos puntos de nuestro universo, puede darse alguna repetición, sin embargo, su contenido es una buena aportación en esta tarea del acercamiento al que se encuentra próximo a su muerte.

Contenido. Tiene cuatro apartados:

- Acercamiento a la muerte.
- Acercamiento al moribundo.
- Búsquedas pastorales.
- Orientaciones pastorales y deontológicas.

1. *Acercamiento a la muerte.* En este primer apartado los autores hacen un análisis de la fenomenología y de la antropología de la muerte, al mismo tiempo que presentan la actitud del hombre contemporáneo ante la misma.

La muerte es una realidad que hay que aceptar en sí misma, pero no solamente la vemos como un problema sino que a veces nos lleva a preguntarnos sobre el sentido de la vida misma.

Es vista como un fracaso, como un no-éxito, un enemigo dentro de un mundo que quiere poseer el control de las fuerzas de la naturaleza. El progreso creciente llega a alimentar en muchos la ilusión de una superación definitiva.

Ante ella se encuentra impotente, puede retardarla, aliviarla, negarla pero no evitarla.

Y a pesar de que la muerte es un acto sumamente trascendental, personal e individual, nuestra sociedad toma postura evasiva ante ella, es ocultada por la familia, acontece en hospitales e instituciones de forma escondida.

2. *Acercamiento al moribundo.* Son tres testimonios los que nos hablan ahora. Testimonios surgidos de la cercanía, del vivenciar la muerte con el moribundo. Un minusválido que nos cuenta su propia experiencia de moribundo y dos personas, enfermera y médico, cuyo trabajo se desarrolla en contacto con los moribundos.

El primero nos narra sus sentimientos antagónicos, sublevarción ante la posibilidad de una muerte cercana, ansia de vida, lucha por seguir viviendo y por otra parte aceptación resignada y actitud de ponerse en las manos de Dios. El esfuerzo por seguir viviendo cree que ha salvado muchas vidas.

Los otros dos profesionales afirman que gracias a los avances técnicos se está en disposición de mejorar la asistencia médica, pero denuncian profundamente el ambiente deshumanizado con que esta asistencia se presta. Todo se encuentra en función del hombre-objeto, averiado. Pérdida por tanto de la valoración del hombre integral.

3. *Búsquedas pastorales.* Las podemos dividir en dos apartados:

— *El niño ante la muerte.* Es víctima del ocultamiento al que le someten los adultos. No tiene una imagen de la muerte en sí. Su imagen es meramente externa. Poseen la sensación de ser inmortales. Es necesario enseñar a los adultos a superar sus propios temores, para que después eduquen a los niños de forma simple y directa sobre el sentido de la vida y de la muerte.

Este trabajo parte de unos datos experienciales, aportados por seis grupos de niños, uno de ellos enclavado en un hospital infantil y que da signos de mayor concienciación en algunos matices. Termina con unas catequesis sobre el hombre y sobre el sentido cristiano de la vida.

— *El adulto ante la muerte.* Se presentan tres posturas: el anciano internado en una residencia, el anciano psicopático y la de los candidatos al suicidio.

La vocación de todo hombre en cualquier circunstancia es vivir, por lo que a estos hombres hay que apoyarles. Muchas veces se les obliga a ser seres-para-la-muerte. Hay que establecer una relación de apoyo, subrayando los aspectos positivos de su vida.

Cabe resaltar el trabajo del suicidio, que se sale del esquema de los otros dos, con un análisis de su ambiente, causas, actitudes.

4. *Orientaciones pastorales y deontológicas.* La muerte aparece como uno de los males que han de ser vencidos por la intervención salvadora de Dios. Desconcierta el comportamiento de Jesús, pues parece que rehuye la cercanía del moribundo. El N. T. posee nuestras mismas resistencias a ponerse ante la imagen de la muerte.

El momento de la muerte no es el más indicado para motivar nuevos planteamientos radicales de vida. Se debe de compartir y sentir la ansiedad y soledad del moribundo e intentar sostener y animar la esperanza cristiana. A veces apenas queda sino el silencio y la palabra de fe, para expresar el momento límite de la verdad, de la presencia, del sentido.

El cristiano ante las múltiples iniciativas de manipulación, debe de proclamar que todo hombre tiene derecho a vivir su propia muerte. Y en según que

ocasiones se deberá de realizar un discernimiento fundamentado en criterios teológicos-morales para poder decidir.

Valoración. Es un libro denso, con muchas ideas, que abre horizontes de cara a nuevas reflexiones. A mi entender tiene unos objetivos claros:

— Poner sobre el tapete el tema de la muerte. Cada vez va siendo más inaccesible a la experiencia de los vivos.

— Dar sentido al proceso de la vida como proceso de muerte. El estilo de vida del individuo determina el estilo de su muerte.

— Pretender una relación con el paciente moribundo desde la dimensión humana además de la asistencia profesional.

— Proclamar con fuerza que el hombre tiene derecho a morir su muerte y con dignidad.

H. PASCUAL PILES

VARIOS

SOCIOLOGIA DE LA MUERTE

Ed. Sala.

A nuestro modo de ver los autores demuestran tener un gran interés y sensibilidad hacia este período de la vida, hasta ahora tan descuidado e inclusive, como bien anota el autor del libro en cuestión: se ha tenido la idea de que morir, es algo ridículo, un absurdo o un fallo de la técnica.

Estos autores dedicándose más de lleno, nos demuestran, después de un estudio hecho a fondo, que la realidad de la muerte es algo de lo cual el hombre no puede evadirse. Por lo cual hemos de aceptarla y prepararnos para morir con dignidad.

Las causas o motivos por los que estos autores se han interesado en el tema de la Tanatología, han sido muy variados: Unos por la exagerada ansiedad que sentían ante el tema de la muerte, otros movidos por un deseo de poder ayudar al moribundo, etc. En general, podemos decir que, ante todo, les ha movido un gran interés por llevar al enfermo moribundo un final lleno de paz por el hecho de que la muerte sea aceptada; para ello, para aceptarla, hemos de partir de nosotros mismos, muy claro nos lo repite el autor del libro *Sociología de la muerte*: hemos de estar preparados nosotros mismos para no correr el riesgo de proyectar en nuestros pacientes nuestros temores y nuestras ansiedades.

Al comenzar el libro, el lector capta el mensaje que éste le trae y los pasos a seguir en el aprendizaje de cómo aceptar este hecho tan inmerso en nuestra propia existencia, el autor nos quiere demostrar insistentemente que por el hecho de nacer está implícito el morir y que cada día que vivimos nos acercamos más al final.

Esta gran verdad que es la muerte, el personal sanitario sobre todo, debe de tenerla muy en cuenta, reconociendo esta limitación causa de la propia vida estando preparado para aceptar y compartirla con los familiares, no como un fallo (repito) de la medicina, sino como una realidad de la que no podemos evadirnos.

Síntesis del tema. Como ya hemos anotado anteriormente, el libro *Sociología de la muerte* trae como tema fundamental la muerte, dándonos una serie de normas y testimonios que nos ayuden a vivenciarla.

Es digno de resaltar el testimonio o carta que un obrero N. A. dirige a la doctora Kubler, por el interés que ésta se ha tomado en investigar este tema humanizándolo y quitándole el tabú en que hasta ahora estaba y está todavía en algunos lugares. El libro demuestra un gran afán por que esta formación, llegue a todos, niños y mayores familiarizándose, si es que vale la expresión con la muerte.

Por esto, el gran mérito del libro nosotras diríamos que es, precisamente este: Valorar esta vida que Dios nos ha dado y vivirla con entusiasmo y prepararnos para morir sin ansiedad, con Paz.

CHAVELA

JAVIER G. GALDEANO

PASTORAL DE ENFERMOS

Ed. PS.

El libro recoge tres grandes capítulos: Pastoral de enfermos hoy, evangelización del mundo de los enfermos y diez celebraciones.

La primera parte nos da una visión de la situación del hombre enfermo, la segunda nos adentra en el valor de la enfermedad y la tercera son esquemas de celebraciones para diversas fases del hombre en situación crítica. El libro que comentamos es esquemático y ofrece material para la reflexión a cuantos se dedican a este sector pastoral.

JAVIER G. GALDEANO

EL LIBRO DEL ENFERMO

Ed. PS.

Reflexiones, pensamientos, textos bíblicos. Util para el enfermo, sobre todo si es creyente.

DUCHESNEAU, LE DU

CELEBRACION CRISTIANA DE LA MUERTE

Ed. Marova y Paulinas.

Tres ideas fundamentales aparecen en este libro: Un aspecto *sociológico*, don-

de se patentiza la muerte de forma diferente, y dígase lo mismo de los funerales. Aumentan las muertes en el hospital y aparece el escándalo: muertes inconscientes, sin acompañamiento. Los nuevos funerales plantean también un nuevo estilo de organización: problemas de morgue, salones funerarios, estética. Los funerales se han socializado. El aspecto *psicológico* es desarrollado a través de un recorrido sobre el impacto que producen ciertas muertes: la del niño, de un ser cercano, de un grupo, de un anciano. Una tercera parte se centra en temas *pastorales*.

El libro —traducido del francés y centrado en ambiente francés— es un buen catálogo de ideas y prácticas para una reflexión.

REDRADO

PAUL SPORKEN

AYUDANDO A MORIR

Ed. Sal Terrae. Santander.

En una sociedad que margina la muerte se da la gran paradoja: nunca se había publicado tanto sobre el tema, nunca había sentido la gente tanta *curiosidad* sobre el tema como ahora.

Sporken nos ofrece en este libro —traducido al español— un buen material, práctico y sencillo al mismo tiempo. De gran interés para el mundo sanitario que tanta necesidad tiene de una reflexión serena sobre la muerte y los moribundos para hacer que el acercamiento sea más humano, más digno, más real. *Ayudando a morir*, cuyo subtítulo es *Aspectos éticos, asistenciales, pastorales y médicos*, quiere ofrecer a los profesionales de la medicina caminos de apoyo en esta lucha entre la vida y la muerte, entre lo profesional, lo humano y lo espiritual; yo diría que el libro contempla una visión nueva de la asistencia: la dimensión integral del hombre.

JOSÉ L. REDRADO

LADISLAUS BOROS

EL HOMBRE Y SU ÚLTIMA OPCION

Ed. Verbo Divino.

«El olvido de la muerte aborta el sentido de la existencia». La muerte es la última de las decisiones del hombre, lugar de encuentro y liberación. En un recorrido filosófico y teológico nos presenta el autor su tesis que, a buen seguro, no será compartida por muchos, pero que, sin embargo, nos pone en el punto álgido de las situaciones del hombre: tomar conciencia de su limitación y mortalidad, aceptarla madurativamente y que sea para el hombre una de las decisiones más vivas y más personales, más definitivas.

BIBLIOGRAFIA

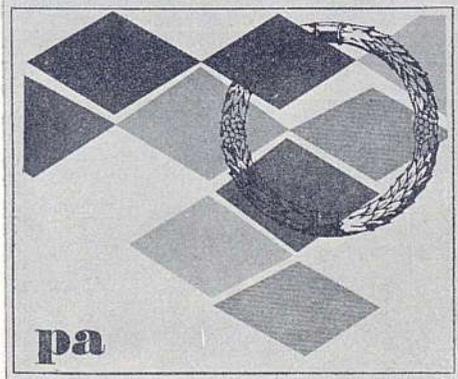
- HARING. *Moral y medicina*. Ed. Perpetuo Socorro.
- SPORKEN. *Medicina y ética en discusión*. Ed. Verbo Divino.
- AUER, CONGAR, RAHNER. *Ética y medicina*. Ed. Guadarrama.
- VARIOS. *La muerte y el hombre del siglo XX*. Ed. Fax.
- Rev. CONCILIUM, n.º 94, abril 1974 (La muerte y el cristiano).
- RAHNER. *Sentido teológico de la muerte*. Herder.
- ORTEMAN. *El sacramento de los enfermos*. Ed. Marova.
- Rev. LABOR HOSPITALARIA, art. sobre la Unión de los enfermos. N.º 143 al 151.
- LEPP. *Psicoanálisis de la muerte*. Ed. Carlos Lohlé.
- HINTON. *Experiencias sobre el morir*. Ed. Ariel.
- KUBLER-ROSS. *Sobre la muerte*. Ed. Grijalbo.
- DANIEL C. MAGUIRE. *La muerte libremente elegida*. Sal Terrae.
- SOLER. *Existencialismo y esperanza en la teología de la muerte*. Ed. PS.
- FARGUES. *El niño ante el misterio de la muerte*. Estela.
- RAIMBAULT. *L'enfant et la mort*. Ed. Privat.
- SPORKEN. *Le droit de mourir*. Ed. DDB.
- BERGER-HORTALA. *Mourir à l'hôpital*. Ed. Le Centurion.
- SUDNOW. *La organización social de la muerte*. Ed. Tiempo Contemporáneo.
- Rev. PROYECCIÓN, n.º 65. *Teología de la muerte*.
- Rev. IGLESIA VIVA, n.º 62. *La muerte en el pensamiento contemporáneo*.
- Rev. MISIÓN ABIERTA, octubre 1976. *El futuro cristiano del hombre*.
- Rev. LABOR HOSPITALARIA, n.º 156. *Derecho a la vida y derecho a la muerte*.
- Rev. LABOR HOSPITALARIA, n.º 155. *El médico, la enfermera y el enfermo ante la muerte*.
- THOMAS. *Anthropologie de la mort*. Ed. Payot.
- J. ZIEGLER. *Les vivants et la mort*. Ed. du Seuil.
- TOYNBEE-KOESTLER. *La vida después de la muerte*. EDHASA.
- NILS-OLOF JACOBSON. *¿Vida después de la muerte?* AYMA. S. A. Editora.
- MOODY. *Vida después de la vida* (dos tomos). Ed. LEDAF.
- SANTO DOMINGO CARRASCO, J. *Psicología de la muerte*. Castellote, editor.
- M. ABADI y otros. *La fascinación de la muerte*. Paidós.
- FIDEL DELGADO. *Sufrir y morir en los grandes hospitales*. Sal Terrae, octubre 1977.

De acuerdo con la Ley de Prensa hacemos constar que LABOR HOSPITALARIA es propiedad de los hermanos de san Juan de Dios, provincia de Aragón, América Central y África. Es director de la revista el hermano Angel M.ª Ramírez Bayona.

La Provincia de Aragón corre a cargo de los gastos que origina la publicación, por no tener más bienes que los que proceden de suscripciones y de personas simpatizantes de la obra que realizan los hermanos hospitalarios de san Juan de Dios.

José L. Redrado

Presencia cristiana en clínicas y hospitales



PPC. Madrid

PRESENCIA CRISTIANA EN CLINICAS Y HOSPITALES

El presente trabajo forma parte de un grueso volumen, elaborado por un equipo de religiosos de san Juan de Dios, como base para las jornadas capitulares de su provincia.

El libro tiene dos partes bien diferenciadas: una reflexión doctrinal sobre la enfermedad y el dolor en la Biblia, y las líneas que definen la pastoral en el hospital.

Lo recomendamos al médico, a las religiosas sanitarias, capellanes y personal vinculado al hospital.



**UN SISTEMA FUNCIONAL
QUE SUPERA TODAS LAS LIMITACIONES,
INCLUSO LAS ECONOMICAS**

SISTEMA VASCULAR "S"

Una unidad de trabajo que pone
en sus manos la posibilidad de incluir,
en su gabinete radiológico, un área hasta ahora
excesivamente costosa, cuyo mayor obstáculo
no era otro que el económico.

Póngase en contacto con General Eléctrica Española,
y verá cómo este problema lo ve de distinta
forma que hasta ahora.



Tecnología Española al Servicio de la Salud



construcciones

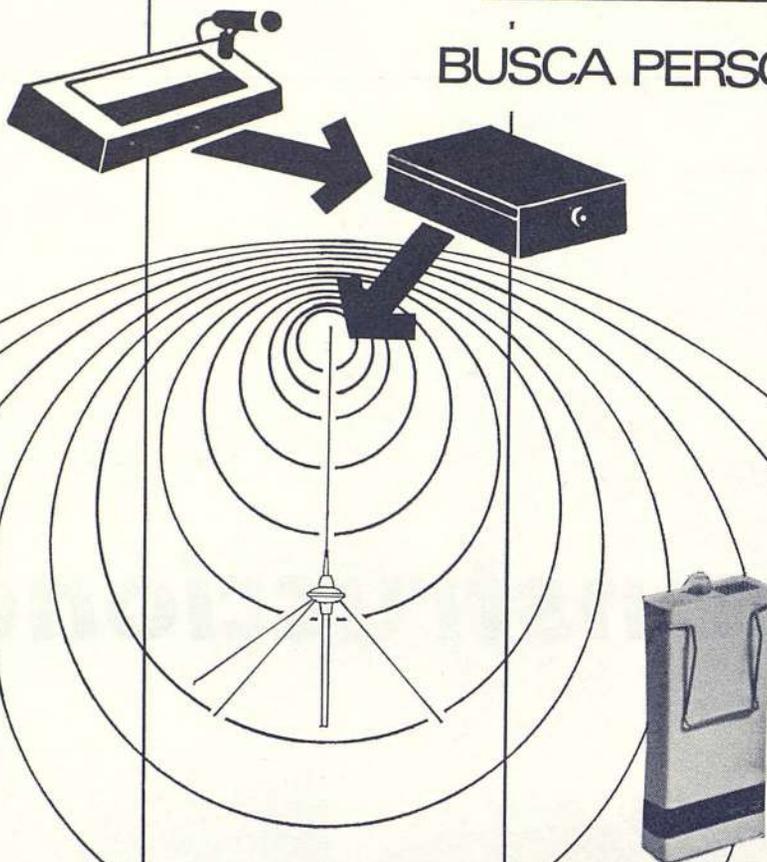
Actualmente está construyendo
un nuevo pabellón
en el Sanatorio Psiquiátrico
Nuestra Señora de Montserrat
en San Baudilio de Llobregat.

Guipúzcoa, 62, 11.º 2.ª - BARCELONA 20

Teléfonos 236 97 49 / 303 07 34

FERMAX BP

BUSCA PERSONAS POR RADIO

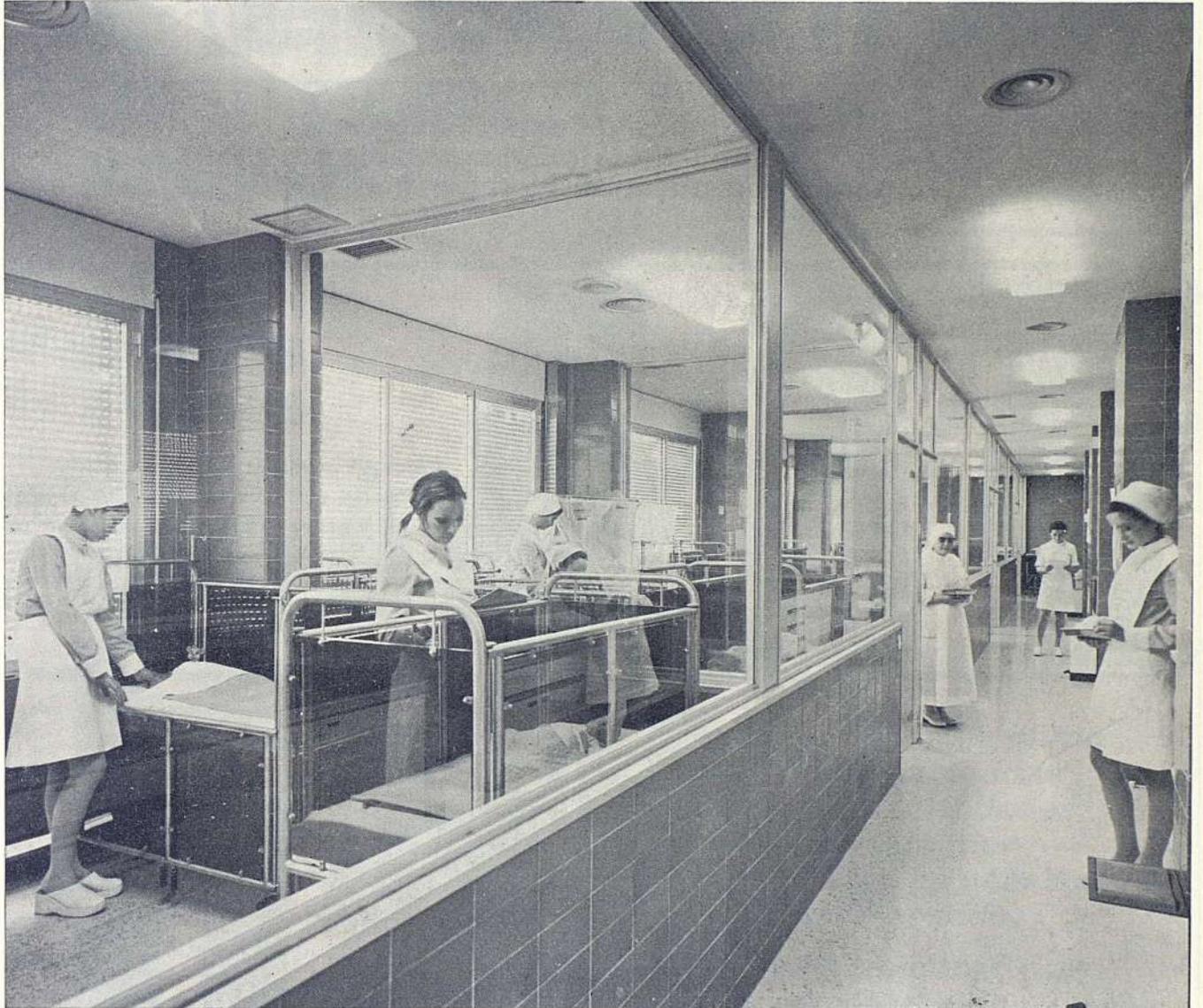


**Los mejores
equipos
para:**

- TELEFONIA INTERIOR
- INTERCOMUNICACION
- RADIOTELEFONOS
- SONORIZACION Y MEGAFONIA
- TELEVISION EN CIRCUITO CERRADO
- ALARMAS
- PORTERO ELECTRONICO
- VIDEO PORTERO
- EQUIPOS ELECTRONICOS PARA NAUTICA
- PLACAS SOLARES
- EQUIPOS ESPECIALES PARA CENTROS MEDICOS HOSPITALES Y CLINICAS

**PIHERNZ
FERMAX**

Avda. José Antonio, 423



SERVICIO DE LACTANTES INSTALADO EN EL NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. BARCELONA

Hijo de José Mani **(Salvador MANI DEXENS)**

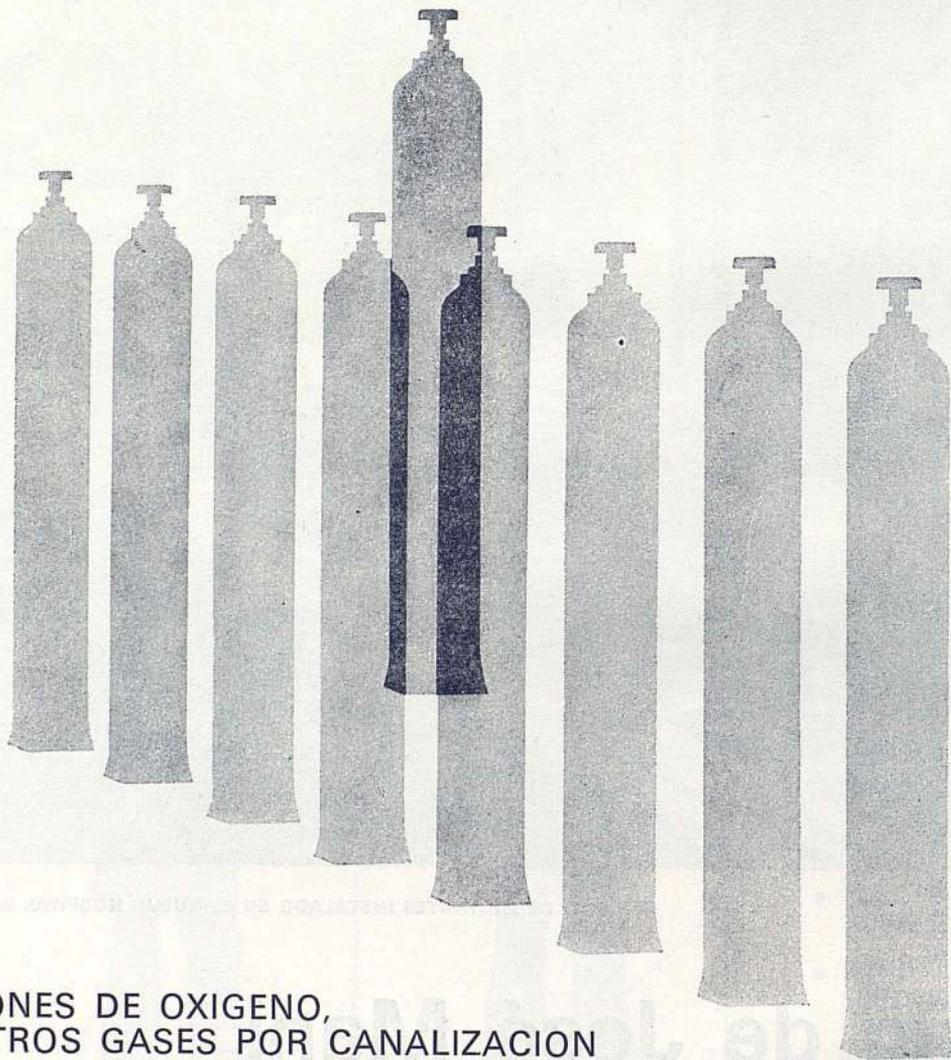
Instalaciones clínicas. Esterilización. Aparatos Médicos

Taller: 339 13 37 - Alcolea, 141 / Oficina: 339 12 45 - Melchor de Palau, 83-87 / BARCELONA 14



OXIFAR, S. A.

Mas de 35 años de experiencia
en el campo de la oxigenoterapia
garantizan nuestras instalaciones y equipos



INSTALACIONES DE OXIGENO,
VACIO Y OTROS GASES POR CANALIZACION

BARCELONA (26)
Enamorados, 136
Teléfono *225 82 60

MADRID (4)
Amador de los Rios, 1
Teléfono 419 28 00

ZARAGOZA (5)
Baltasar Gracián, 7
Teléfono *25 72 53

Dirección Telegráfica «OXIFAR»

FRIA MAS Y MEJOR CON



Jemi

QUE LES BRINDA LAS SENSACIONALES NOVEDADES DE:

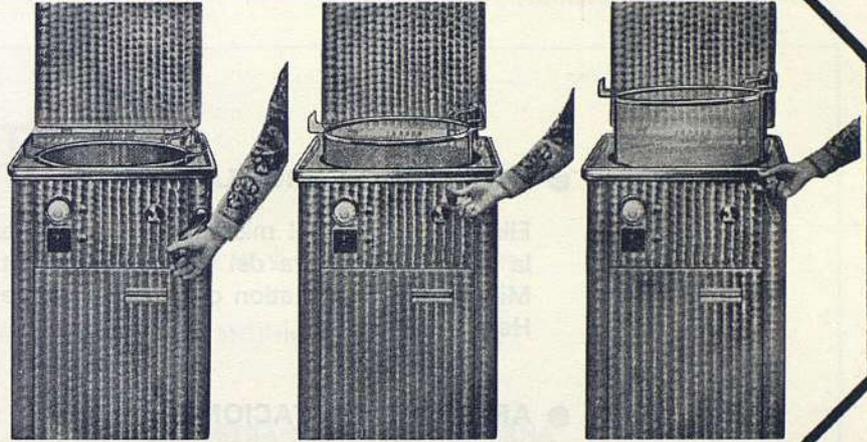


MODELO
GOLIAT
30 LTS.

STUDI

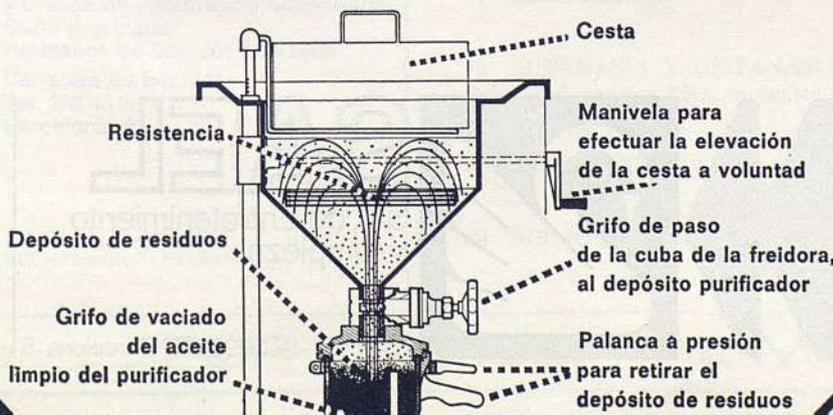
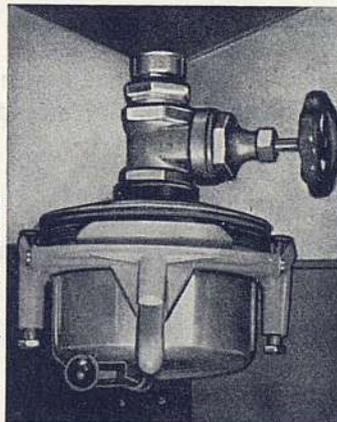
ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

Ultimo invento que resuelve de forma total la elevación de espuma del aceite, por evaporación del agua que contienen los alimentos. Permite al mismo tiempo elevar la cesta totalmente al exterior de la freidora, logrando así el mínimo de espacio para escurrir el aceite.



PURIFICACION DE RESIDUOS DEL ACEITE

Sensacional y simple sistema de filtro que le permitirá limpiar la freidora de residuos, sin necesidad de interrumpir el trabajo.



*Una amplia gama de capacidades y especialidades para atender todas las necesidades del mercado.

*La freidora de calidad internacional

para mayor información dirigirse a:
JEMI - talleres J. Mora
Provencals, 277 - Barcelona-20

SIRVASE REMITIRME
AMPLIA INFORMACION DE
SUS FREIDORAS Y LAVA-VAJILLAS

Modelo interesado

Don

Domicilio

Población.....



LIMPIEZA PROFILACTICA

SERVICIO DE LIMPIEZA ESPECIALIZADA PARA HOSPITALES, CONTRATADA,
REALIZADA Y VERIFICADA MEDIANTE CONTROL BACTERIOLOGICO.

● **RESULTADOS PROFILACTICOS:**

Eliminación real del microbismo contaminante según niveles de tolerancia fijados por la Dirección Médica del Hospital o los standards recomendados por «Committee on Microbial Contamination of Surfaces of the Laboratory Section of the American Public Helth Association».

● **AREA DE PRESTACION:**

Barcelona y su comarca solamente.

● **CONSULTAS Y PEDIDOS:**

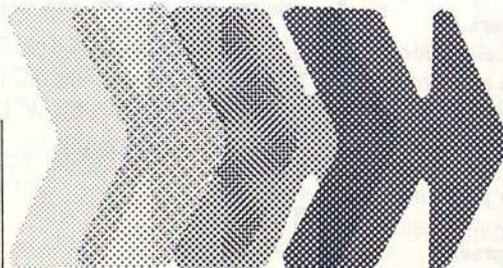
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

● **REFERENCIAS:**

Nuestro servicio de limpieza se realiza en 14 países.



Dinamarca	Holanda
Alemania	Inglaterra
Austria	Noruega
Bélgica	Suecia
España	Suiza
Finlandia	Australia
Francia	Brasil



SAEL

S.A. de Entretenimiento
y Limpieza.

Enna, 157 - tel.3092516* Barcelona · 5

JAIME RIBAS

Servicio Técnico:
REGISTER / CARDIOLINE

Viladomat, 157 / Tel. 223 10 78
BARCELONA 15

Productos MONTVIER

J. PLADELLORENS

Carretera de Moncada, 367 - Teléfono 785 90 66
TARRASA (Barcelona)

Fábrica de gasa hidrófila indesmallable, signo de:

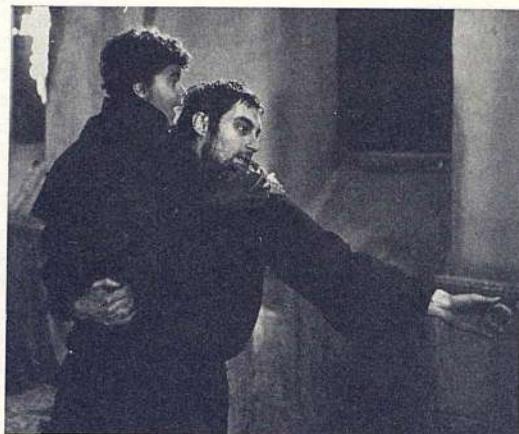
CALIDAD - Fabricado en algodón 100%

COMODIDAD - Por su presentación en
piezas 100 x 1

- Modelos cortados en: 10x10, 20x20, 25x25, 33x33, 50x50, etc.
- Modelos cortado y doblado en: 20x20, 20x25, 20x40, 33x33, small y medium
- Modelos confeccionados en 2 y 4 telas: 25x25, 40x40, 50x50, 40x60, 100x25, etc.

PORTA-BRAZOS - TIRITAS
TRAVESEROS SALVA-CAMA

**PRECIO - COMPRUEBE Y SERA
NUESTRO CLIENTE**



JOSÉ CRUSET

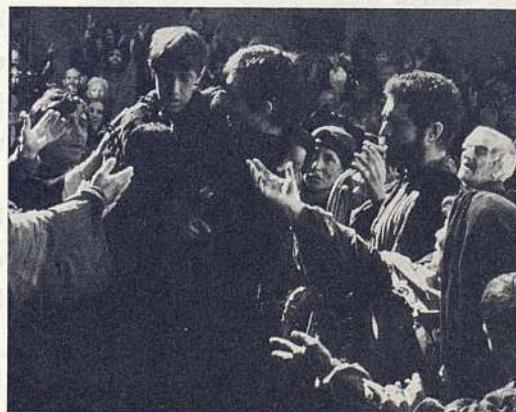
SAN JUAN DE DIOS una aventura iluminada

Nueva edición preparada con motivo del estreno
de «El hombre que supo amar»

Esta biografía, galardonada con el premio Aedos,
sirvió para realizar el guión de «EL HOMBRE QUE
SUPO AMAR», película que la *Iglesia esperaba
hace 10 años*

Pídala a:

LABOR HOSPITALARIA
Carretera Esplugas s/n
Barcelona 17





AGFA-GEVAERT

Si necesita una máquina para el tratamiento de las radiografías, precise bien cuál es la que más le conviene. Nosotros tenemos 4.

Teniendo en cuenta que los departamentos radiográficos no tienen todos los mismos problemas ni idénticas necesidades en cuanto al equipo para el tratamiento de las radiografías, nuestro programa Gevomatic está compuesto actualmente de 4 máquinas cuyas características y resultados han sido cuidadosamente estudiados

para responder a las diversas necesidades. No obstante todas tienen en común, el ofrecer un alto nivel de calidad y una fiabilidad total en los resultados.

GEVAMATIC 60: Modelo de mesa. Capacidad 60 películas/hora. Dispositivo economizador.

GEVAMATIC 401: Capacidad 360 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg.

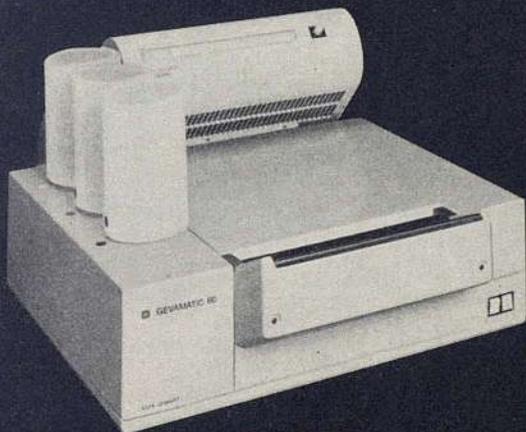
Conducción del agua fría. Dispositivo economizador.

GEVAMATIC R: Modelo de mesa para el tratamiento de películas de 16,35 y 70 mm.

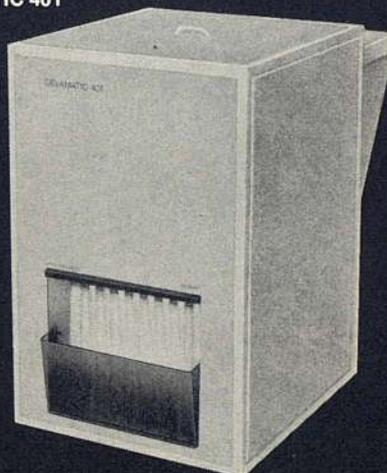
GEVAMATIC 110: Capacidad 110 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. Transporte de la película enteramente horizontal.

AGFA-GEVAERT, S.A.
Paseo de Gracia, 111
Barcelona-8

GEVAMATIC 60



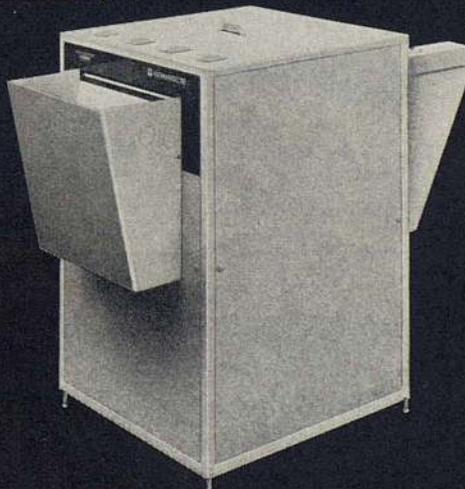
GEVAMATIC 401



GEVAMATIC R

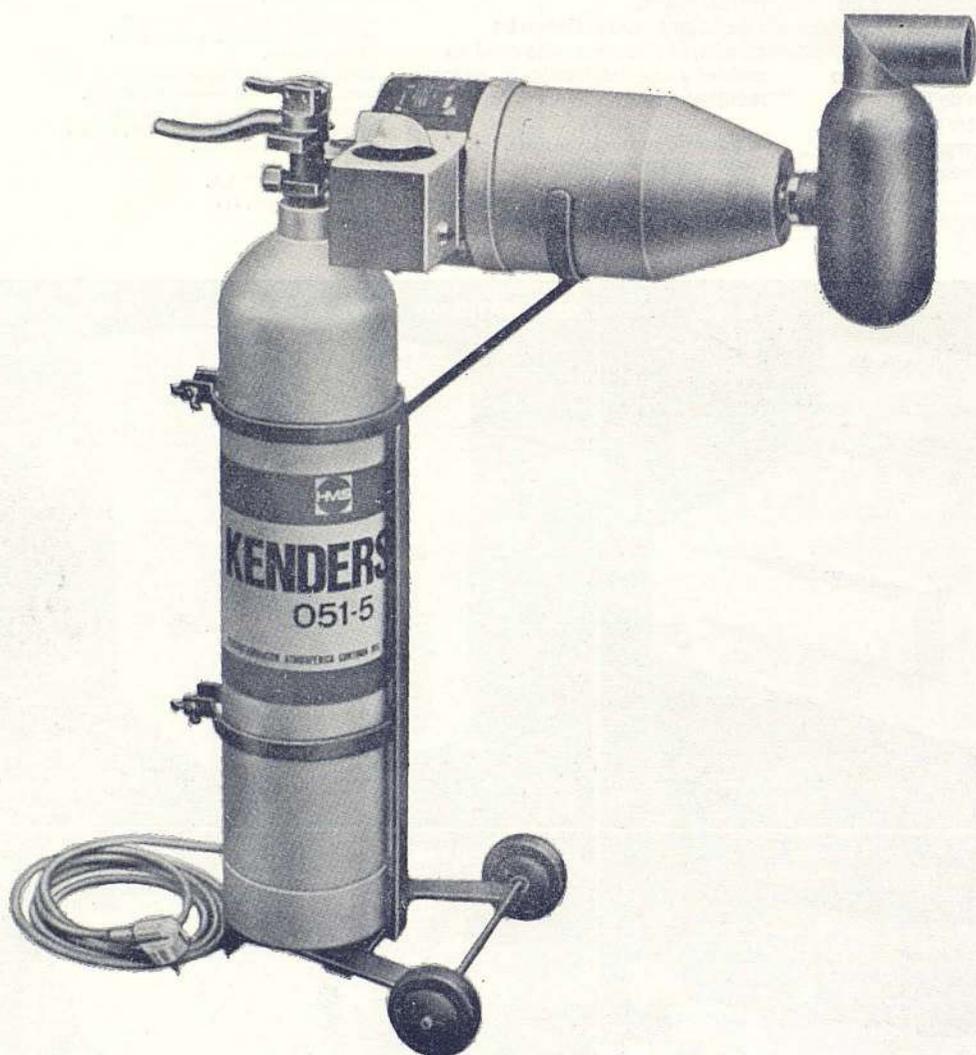


GEVAMATIC 110





**INFECCION HOSPITALARIA
Y
DESINFECCION**

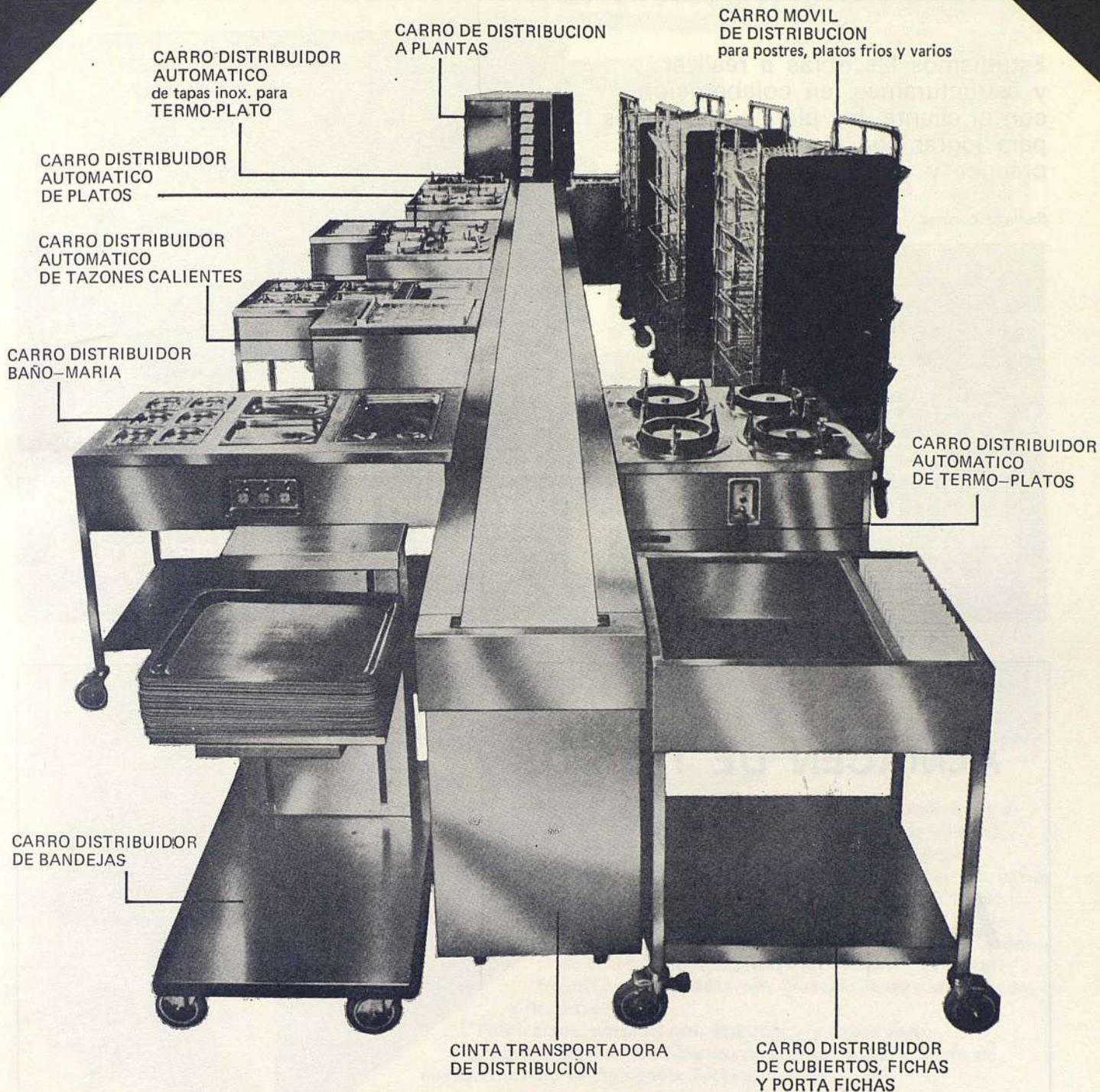


**KENDERSOL®
MALATRA®**

HMSiberica, s.a.

HIGIENE Y MEDICINA PREVENTIVA - La Granja, 8 / Tels. 218 47 55 - 218 47 59 - Barcelona 12

Cinta completa de distribución de comidas



ADISA

SISTEMA DE DISTRIBUCION DE COMIDAS
PARA CLINICAS Y HOSPITALES

OFICINAS: Tuset, 8 - 10, 4.º (E. Monitor) Barcelona - 6
Tels. 228 54 58 - 228 02 04 - 228 98 23 - 218 23 12 / 16

ALMACEN Y EXPOSICION:
POLIGONO INDUSTRIAL CONGOST
Avda. San Julián s/n. GRANOLLERS

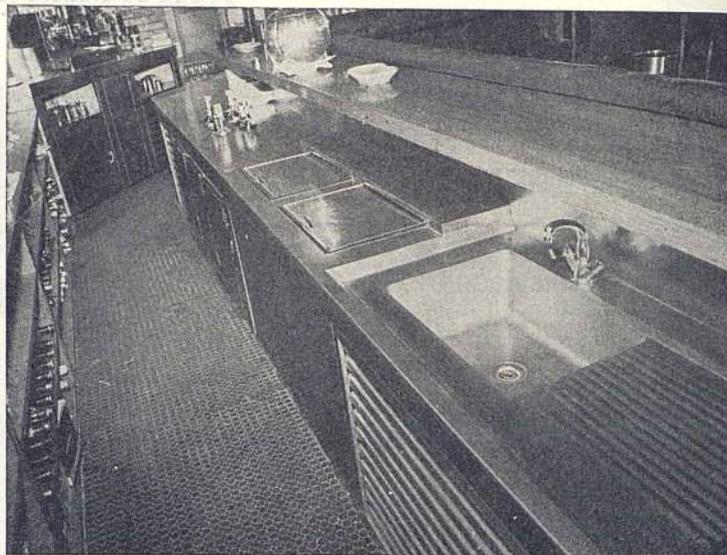
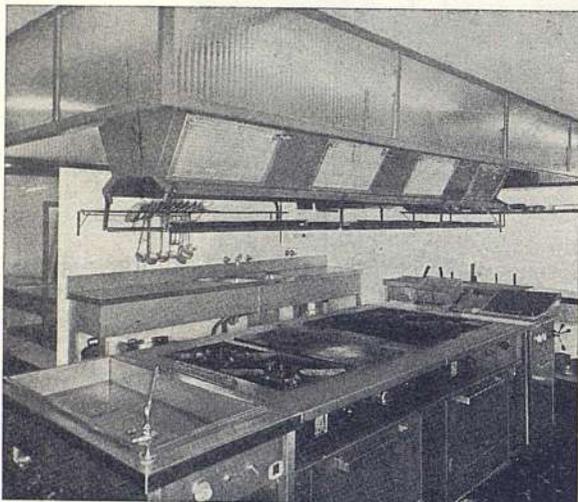
HOSTELERIA

Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

Estudiamos las obras a realizar y estructuramos, en colaboración con el cliente, los planos adecuados para lograr una instalación práctica y de calidad.

Servicio cocinas

Servicio cafetería



Antonio Matachana, s.a.

VIA AUGUSTA, 11 - TELÉFONOS 2278949 - 2279935 - BARCELONA-6

ALMACEN DE TEJIDOS

A. Cornejo Hormigo

CASPE, 33 B
TELEFS. 302 00 47 - 317 75 49 - 318 12 11
BARCELONA (10)

Matachana responde a todas las necesidades hospitalarias.



Autoclaves de esterilización a vapor y gas (óxido de etileno).

Esterilizadores de aire caliente.

Mobiliario clínico: Vitrinas estériles, carros de transporte, ventanas de guillotina, etc.

Mesas de operaciones. Lavacañas. Cuñas de acero inoxidable. Esterilizadores de cuñas. Túneles de lavado y secado. Mesas de autopsias. Cámaras frigoríficas para cadáveres. Transportadores motorizados y de gravedad...

Fabricamos, proyectamos, instalamos y continuamos preocupándonos del rendimiento de la instalación, a través de nuestro Servicio de Asistencia Técnica.

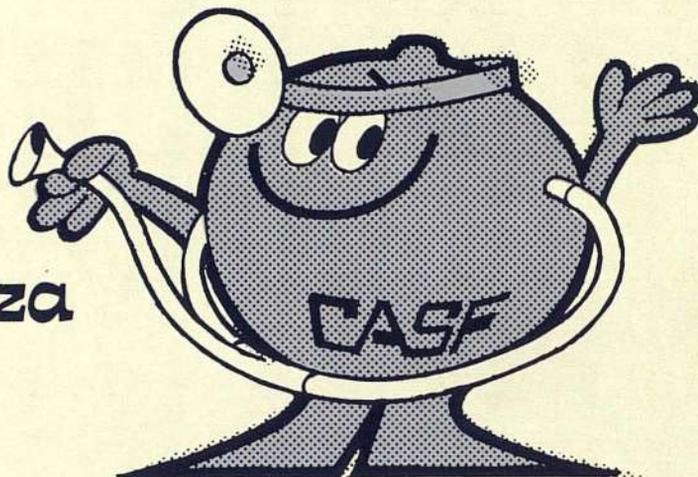


ANTONIO MATACHANA, S.A.
División Hospitalares

Vía Augusta, 11 - Tel. 218 46 05. BARCELONA-6
C/. San Bernardo, 110 - Tel. 445 20 75. MADRID-8

LABOR HOSPITALARIA

nos ha
depositado
su confianza



CAJA DE AHORROS "SAGRADA FAMILIA" l'estalvi



Central: Rivadeneyra, 6 (Pl. Cataluña) Telf. *301 12 08

y también, para estar
más cerca de usted, oficinas en:

BARCELONA

Cardenal Tedeschini, 55 (Congreso)
Pº Zona Franca, 182-184 / Fundición, 33-35
Viladomat, 247-249 / Rosellón, 64-66
Provenza, 379-381 / Nápoles, 256
Lauria, 20 / Caspe, 31
Aribau, 121 / Provenza
Pº Maragall, 386-388 / Petrarca
Avda. Mistral, 36 / Rocafort
Aribau, 272-274 / Mariano Cubí
Plaza Comas, 11-12 (Les Corts)
Virgen Lourdes, 5-11 (Trinidad)
Artesanía, 96 (Guineueta)
Rambla del Cazador, 2 (Guineueta)
Menorca, 35 (Verneda)
Consejo de Ciento, 204 / Villarroel, 94
Sagrera, 174 / Portugal, 4
Jaime Huguet, 6 (Besós)
Plaza del Diamante, 7 (Gracia)
Avda. Madrid, 92 (Sants - Les Corts)
Violante de Hungría, 100-102 (Sants)
Avda. José Antonio, 1102-1106 / Bach de Roda
Formentera, s/n / Tissó (Prosperitat)
Diputación, 79 / Viladomat, 141
Doctor Letamendi, 54 / Hedilla, 64 (Horta)
Valencia, 545-547 / Dos de Mayo
Nápoles, 118-120 / Caspe

SAÑ ADRIAN DE BESOS
Carretera de Mataró, 18

BADALONA
Avda. Alfonso XIII, 267 / San Lucas
Avda. Alfonso XIII, 607 / Juan XXIII

PREMIA DE MAR
Avda. 27 de Enero, 132 / General Mola

HOSPITALET DE LLOBREGAT
Maladeta, 10 (Pubilla Casas)
Sta. Eulalia, 14 / Martí Codolar, 42

CORNELLA
Avda. del Parque / c. Buenvecino, 2

SAN FELIU DE LLOBREGAT
Avda. Marquesa de Castellbell, 116

PRAT DE LLOBREGAT
Coronel Sanfeliu, 79-81 / Lérida, 6-8

VILADECANS
Angel Arañó, 32 / P. Artigas

MASNOU
Navarra / Antonio Maura

ALELLA
Avda. Generalísimo, 2-4