



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

**LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD  
FRENTE AL ENFERMO TERMINAL.  
EL DUELO EN EL ÁMBITO  
ONCOLÓGICO.  
EL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO  
Y DE LA MUERTE**

*A. Polaino-Lorente*

1. INTRODUCCIÓN
2. LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD FRENTE AL ENFERMO TERMINAL
3. EL DUELO EN EL ÁMBITO ONCOLÓGICO
4. EL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO Y DE LA MUERTE

## 1. INTRODUCCIÓN

El tema de la angustia es el tema del hombre. Es imposible construir una antropología sin que nos enfrentemos, antes o después, al tema de la angustia, es decir, al tema de la muerte. Los filósofos saben muy bien del alcance y dificultad de lo que acabo de afirmar. Por eso, precisamente, las indagaciones acerca de la angustia humana estuvieron reservadas durante tantos siglos sólo a ellos, además de autorizarse la entrada en este ámbito de estudio a los teólogos, en la medida en que algunas vivencias angustiosas estaban referidas a lo religioso.

Hasta finales del siglo XIX, paradójicamente, la angustia había pasado inadvertida a la perspicacia del clínico, al menos en lo que se refiere a acometer su estudio, a pesar de que –ayer, como hoy– toda relación entre el médico y el enfermo esté entreverada por la angustia. A Freud<sup>17, 34</sup> le cabe el honor de haber sido el pionero en incorporar el tema de la angustia al ámbito clínico, aunque desde una perspectiva un tanto sesgada. La angustia en este contexto, apareció vinculada a la neurosis, a la histeria, a la represión de ciertas tendencias libidinosas, unas veces como causa de la represión y otras consecuencia de ella. A partir de aquí, a la angustia se le da una mayor relevancia entre algunos psiquiatras de orientación fenomenológica y existencial. Así las cosas, puede datarse la década de 1950 como el momento histórico en que se acomete el estudio de la angustia, lo que enseguida desborda el ámbito estrictamente clínico y se expande definitivamente en la sociedad.

La trayectoria que ha seguido el concepto de la angustia puede resumirse así: de su estricta vinculación a la antropología filosófica (Kierkegaard) saltó a la clínica de la mano del psicoanálisis y de aquí a la entera sociedad. Su estudio en el ámbito clínico abarca dos dife-

rentes etapas: primero, como algo que era considerado excepcional y sólo reservado a los psiquiatras y, luego, como un acontecer que entreveraba los hilos de la relación médico-enfermo.

De este modo, la angustia no queda reservada al recortado y proteiforme contexto del enfermo neurótico. La angustia es eso y mucho más. La angustia constituye un ingrediente insoslayable de la existencia humana en el que la ansiedad suscitada por la experiencia de la muerte constituye uno de sus arbotantes más relevantes. Nada de particular tiene entonces que en los enfermos terminales y oncológicos surjan muchas manifestaciones psicopatológicas<sup>9, 31, 32, 33, 45, 51, 53</sup> que es preciso tratar<sup>1, 4, 5, 42, 50</sup>. La angustia ante la muerte se configura como ese poso residual que, a su modo, sobrevive y está siempre presente en los aluviones y torrenceras del curso vital –tan frecuentemente contradictorio– de las trayectorias biográficas personales.

La angustia ante la muerte está siempre agazapada en la vida del hombre, unas veces discurriendo como el cauce manso y ancho que encontrará definitivamente el mar infinito al término de nuestra existencia y, en otras ocasiones, como el turbulento y encrispado cauce de los jóvenes ríos tempestuosos que nos sorprenden, cuando menos lo esperamos, con sus cascadas tumultuosas, y casi siempre y en cualquier circunstancia, como algo amenazante.

## 2. LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD FRENTE AL ENFERMO TERMINAL

El enfermo terminal es donde incide de forma más aguda –como la espina en la carne– la angustia a la que se aludía más arriba<sup>10, 13, 19, 22, 25, 27, 29</sup>. En las líneas que siguen se pasará revista a algunos de los factores más significativos que, desde la familia y la sociedad, están moldeando y configurando estas experiencias.

«El síndrome terminal de enfermedad –escribe Brugarolas Masllorens<sup>8</sup>– se define como el estado clínico que provoca expectativas de muerte en breve plazo. Se presenta comúnmente como el proceso evolutivo final de las enfermedades crónicas progresivas cuando se han agotado los remedios disponibles.» Su diagnóstico está presidido por los factores siguientes: presencia de una enfermedad de evolución progresiva; pronóstico de supervivencia inferior a un mes; comprobada ineficacia de los tratamientos, y pérdida de la esperanza de recuperación. Éste es el caso de muchas formas clínicas de arteriosclerosis, de las enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, de la cirrosis hepática, de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y, por supuesto, del cáncer.

Esto quiere decir que, inevitablemente, el oncólogo ha de encontrarse a diario con este problema, sintiéndose por él interpelado. En estas circunstancias, es preciso recordar que cuando no se puede curar hay que aliviar, y si no se puede aliviar al menos hay que consolar. El consuelo es la actividad sustantiva de la relación médico-enfermo en los pacientes terminales y durante la agonía. Y por costosa que ésta sea, resulta irrenunciable. Muy difícilmente se proporcionará ese consuelo al enfermo terminal si no se le ofrece el necesario apoyo afectivo y personal.

Al autor de estas líneas no se le oculta que la atención al enfermo canceroso y a sus familiares es algo que resulta extraordinariamente complejo y difícil y, sin embargo, entrañable. Precisamente, por su experiencia personal con niños cancerosos, sabe muy bien que estas experiencias se resisten a ser transmitidas si no se han vivido.

Durante los cursos 1988-1991 tuvo el honor de dirigir una investigación en la Unidad de Oncología del Servicio de Pediatría de la Clínica de la Universidad de Navarra, a la que desde entonces se siente profundamente agradecido, ya que, gracias a ella, se le brindó la oportunidad de aprender lo que es esa experiencia lacerante del dolor de los inocentes y de sus padres<sup>11, 35, 36, 37, 38, 39, 40</sup>. Los resultados de las investigaciones allí realizadas fueron elocuentes y, sobre todo, inolvidables. Elocuentes, porque entiende que no se puede hablar de la familia del enfermo oncológico cuando no se ha

convivido con ella, intentando aminorar y compartir su sufrimiento. Inolvidables, porque el zapazo de ese sufrimiento deja siempre en el médico una huella imborrable y resistente a su extinción.

La familia, qué duda cabe, constituye ese lugar adelantado en la vanguardia de esta lucha sin cuartel que son los enfermos terminales. Si el enfermo está ingresado, los familiares –especialmente las madres, según la experiencia de quien esto escribe– suelen estar «al pie del cañón» interesándose por ellos, a pesar de que las expectativas que se tengan sean más bien sombrías. En otros casos, el enfermo puede y hasta debe derivarse al domicilio, aunque sea transitoriamente. Es muy conveniente la asistencia del paciente en su domicilio, cuando su estado clínico lo permite y tanto él como su familia así lo desean.

La muerte es el acontecimiento personal por antonomasia y es lógico que el enfermo quiera vivirlo de forma personalizada. De otra parte, la asistencia hospitalaria –a pesar de su perfección técnica o precisamente por ella– suele envolver al paciente en un cierto halo de inevitable despersonalización e indiferencia, que no es lo más conveniente para estos enfermos. El paciente terminal desea la cercanía de los suyos, alguien que pueda velar su angustia y sentarse junto a él para que le sostenga apretada la mano en ese último trance. Pero es necesario que puedan satisfacerse en el domicilio las condiciones de atención clínica que el paciente requiere<sup>3</sup>.

En cualquier caso, la asistencia del paciente en su domicilio comporta una pesada carga para sus familiares, además de un «plus» de sufrimiento sobreañadido, por cuanto entonces es más estrecha la participación en su angustia y sufrimiento<sup>30</sup>. Los sentimientos de impotencia y culpabilidad no suelen ser infrecuentes entre los familiares del paciente oncológico. De impotencia, porque se sienten desarmados ante una enfermedad fatalmente mortal, de la que ignoran casi todo por mucho que se les explique. De culpabilidad, porque barbotan en ellos, tras el cansancio, sentimientos –por otra parte, normales– de desear que aquella situación se resuelva cuanto antes.

Nada de particular tiene por eso que algunas familias rehúsen este modo de asistencia. Sin

embargo, es preferible atender y satisfacer, siempre que sea posible, la voluntad del paciente. Es muy conveniente tratar de disminuir en los familiares el peso que esta carga conlleva. En las familias numerosas la atención al enfermo oncológico suele ser más fácil, puesto que la carga psíquica y física se reparte mejor.

En cualquier caso, es conveniente organizarse de forma más eficiente: distribuir bien los turnos, de manera que no se hurte en exceso el sueño de los que le acompañan durante la noche; distribuir los encargos y gestiones, según los requerimientos profesionales y las diferentes actitudes de cada uno de ellos, lo que facilita su cumplimiento; y que alguno asuma la función de despachar permanentemente con el equipo médico y del control de la medicación.

En los países mediterráneos es aconsejable que uno de los familiares asuma la responsabilidad de todo lo relativo a la información de otros familiares, amigos y conocidos, de manera que no se importune al paciente con excesivas llamadas, visitas, etc. Cuando esto no se ha previsto o no se atiende satisfactoriamente, aumentan los factores psicosociales ansiógenos, haciendo de aquella situación algo patético, además de estresante, para el enfermo.

Una advertencia a los familiares no debe faltar: la del descanso. En unas circunstancias como éstas, descansar es un imperativo que no resulta demasiado fácil cumplir. Es cierto que cada persona descansa de un modo diferente -lo que debe tenerse en cuenta-, pero no es menos cierto que cada persona tiene un límite y que éste no debe jamás rebasarse. Por ello, puede ser conveniente que los familiares se organicen de tal modo que, tras acompañar al enfermo canceroso, no se incorporen directamente a su trabajo. Es preferible que se entreguen a cualquier otra actividad que para ellos sea relajante, de manera que descansen y no vivan ese pesado, pero precioso y justo, trabajo sobreañadido como un actividad que les deja exhaustos. Cuando no se procede así, la indefensión respecto de la situación a que están expuestos puede suscitar en ellos la aparición de un trastorno depresivo. Esto ha de tenerse presente también en los familiares de aquellos pacientes terminales en la tercera edad que, por otra parte, son mucho más frecuentes. A este respecto, aconsejamos la lectura de la publicación de Johnson<sup>24</sup>, por ser muy sencilla y práctica.

Entre los familiares debería haber un acuerdo previo sobre algo que es fundamental: el modo y contenido de la comunicación con el paciente. Lo más recomendable es decirle la verdad acerca de su estado clínico, pero eso en la forma más conveniente, en el momento oportuno, por quien está capacitado para ello (que en muchos casos será el médico), y siempre según lo que aconseje su manera de ser y dicte la prudencia y el sentido común<sup>7, 20, 21, 48</sup>. Los familiares no han de transmitir mensajes contradictorios, ya que pueden aumentar la desconfianza del paciente o acaso la magnificación de la suspicacia, tan frecuente en estas ocasiones (confrontar a este respecto, Domènech y Polaino<sup>13</sup>). Si el enfermo oncológico no dispone de una información veraz, muy difícilmente sabremos cuál es su voluntad, ya que no podrá tomar ninguna decisión que esté bien fundamentada, decisión a la que, obviamente, tiene derecho.

Es aconsejable que el paciente aborde los temas que le preocupan con el familiar que le resulte más íntimo, con el que tenga más confianza, con el que pueda abrir su intimidad en confianza franca, sin que por esto se susciten absurdos celos en los otros. La enfermedad cancerosa suele generar en el paciente, además de ansiedad y depresión -que no suelen faltar-, temores, frustraciones y rebeldías, lo que amplifica su sufrimiento. Por eso hay que facilitarles, si lo desean, que hablen de ello con la persona que quieran, puesto que todo lo que se comunica se comparte, descarga el peso, une más y, lógicamente, produce un cierto alivio, que es de lo que se trata.

Hay personas que naturalmente saben contagiar optimismo, alegría y esperanza a su alrededor, justamente lo que necesita el enfermo oncológico. Y esto sin ocultar la verdad. Con demasiada frecuencia encontramos también familiares que ante el enfermo canceroso se bloquean, no saben qué decir o adoptan una actitud demasiado seria. Personas como éstas suelen estar incapacitadas para infundir al paciente el alivio que necesita.

El supuesto y falso trascendentalismo -algo que hunde sus raíces en la ansiedad de los familiares- suele ser mal compañero de viaje en la asistencia al enfermo oncológico. Es necesario continuar la vida con la mayor naturalidad posible, a pesar de lo excepcional de esta cir-

cosas del derecho, a la poesía o a hacer silogismos. Tú dedícate a aprender a morir.»

En realidad, es muy difícil educar para la vida, si no se enseña también, si no se educa para la muerte. Montaigne afirma que «si el hombre enseñase a morir, enseñaría también a vivir». Y es que la muerte está inseparablemente unida a la vida. Sólo mueren los que han vivido. Rehuir el tema de la muerte es hacer un flaco servicio a la educación para la vida.

Scheler<sup>44</sup> lo manifiesta atinadamente al afirmar que: «¡La muerte, esta realidad durísima y más nítida que el sol, visible y accesible para cualquiera, vista diariamente con la mayor seguridad y claridad, parece transformarse, para el microscopio del análisis y de la "ciencia", en una cantidad de pequeñeces que se mezclan entre sí! La muerte amenaza perderse de nuestra vista: no es aceptada y explicada, sino que... se la elimina con explicaciones. Aparece finalmente como una suerte de ilusión humana, una idiosincrasia del hombre.»

Resulta muy difícil reprimir este hecho y sus manifestaciones, cuando anualmente fallecen más de cincuenta millones de personas; más de un centenar por minuto. Pero el hombre contemporáneo ha sido suficientemente habilitado, en su estulticia, para cerrar los ojos a la realidad.

Hay que afirmar en su descargo que, hasta cierto punto, la represión de la muerte es algo natural, ya que resulta muy difícil dominar este acontecimiento o resignarse y aceptarla gustosamente. Pero «sólo desplazando la idea de la muerte fuera de la zona de la clara atención de la conciencia se incrementa en las distintas acciones utilitarias del hombre esa "serenidad", esa importancia y significación que les faltaría si el pensamiento de la muerte estuviese siempre nítido y claro en nuestra conciencia»<sup>44</sup>.

Kierkegaard<sup>26</sup> cita varias veces el caso de un hombre que es matado por una teja que le cae del techo, para manifestar así que el descubrimiento del absurdo que nos parece la muerte pone de manifiesto lo absurdo de la vida que vivimos. Es frecuente que la gente se extrañe ante la noticia de que alguien ha muerto —¿pero cómo puede ser?, se preguntan sorprendidos—, mientras apenas si se extrañan por continuar vivos cada día, como si al hombre le fuese dado el no morir.

Esta represión de la muerte hace un flaco servicio a nuestro vivir. La muerte se reprime porque no se puede sufrir, porque no se puede tolerar la frustración que nos produce. Pero si se reprime, se olvida. Y si se olvida nuestra vida se desvitaliza, mientras se inautentiza nuestra existencia. Por su represión quedamos desvalidos, indefensos y desvitalizados y, sin embargo, y a pesar de ello, todavía al fin vivos.

Gracias a este olvido estratégico hacemos trágicamente pseudotrascendente lo que cada día acontece, nuestro trabajo, nuestros negocios, nuestras preocupaciones, mientras descuidamos nuestro único y más importante negocio: el vivir humanamente. Esta seriedad «trágico-cómica» del hombre contemporáneo es al fin una seriedad epidérmica, trivial, baladí, que pone al descubierto la impostura e inautenticidad en que se vive.

Por efecto de este olvido, el hombre contemporáneo podría hacer suyos los siguientes versos alemanes citados por Scheler<sup>44</sup>: «Vivo, no sé por cuánto tiempo;/ muero no sé cuándo/ viajo, no sé a dónde:/ me asombro de estar tan alegre.» O, tal vez, repetir con Brecht que «estoy sentado al borde de la carretera, el conductor cambia la rueda. No me gusta el lugar de donde vengo. No me gusta el lugar adonde voy. ¿Por qué miro el cambio de rueda con impaciencia?».

Con la represión del tema de la muerte emerge lo que Scheler denominó la «inconciencia metafísica» del hombre. Como consecuencia de esa «inconciencia metafísica», el hombre contemporáneo se arroja en el trabajo y en la adquisición, en el consumo, en un consumo que se ha vuelto para él artificialmente instintivo y *qualis* ilimitado. Son muchas las consecuencias de esta represión artificiosa y sofisticada realizada por el hombre de nuestro tiempo.

Cuando esto sucede, el pensar se transforma en calcular; el cuerpo humano, en un cuerpo físico más, en una parte del mecanismo universal del mundo; los valores vitales se subordinan a la utilidad, a algo meramente calculable y respectivo de la seguridad; el mundo, en objeto del temor eterno; el trabajo, en mercadería, en mero medio para trocar por dinero que, a su vez, es sólo un medio al servicio del consumo; al hombre contemporáneo sólo le queda creer en el mito del progreso, un progre-

so sin meta y sin sentido, en el que el mismo progresar parece transformarse, paradójicamente, en el sentido del progreso.

### 2.3. El desfile de máscaras o la pérdida de la más íntima de las pertenencias

Mientras tanto, tan olvidada está la muerte que se le ha perdido el respeto. Por eso, frente a ella, aparentemente el hombre ya no se angustia, sino que sólo siente miedo. La angustia podía ser útil para encontrar el sentido de la vida; el miedo no. Frente al miedo el hombre sólo puede huir, escapar, esforzarse por evitarlo. Pero el miedo le acompaña a todas partes como su sombra, y nadie puede saltar por encima de su sombra.

La muerte ha sido psicológicamente reprimida, pero bajo su invisibilidad forzada continúa estando presente y ahora patente en forma de miedo. La muerte se ha dulcificado, sí, ha perdido –sólo en apariencia– su carácter de absurdo padecimiento y brutalidad, pero a costa de ser incapaz de estimular el crecimiento del hombre al servicio de su desarrollo irrestricto.

El afán de poseer (cosas) del hombre moderno le desposee de lo más íntimo y personal (su propia muerte). La muerte ya no es nuestra propia muerte, sino una muerte que por fin nos lleva, sólo porque no hemos madurado ninguna muerte, como escribió Rilke<sup>43</sup> en *El libro de horas*: «Pues esto es lo que hace que el morir sea extraño y difícil:/ que no es nuestra muerte; sino una muerte que/ por fin nos lleva, sólo porque no hemos madurado ninguna;/ por eso pasa una tormenta para arrastrarnos a todos.»

Al reprimir la muerte, el hombre ha sido amputado de una de sus dimensiones más importantes: la que entrelaza todos y cada uno de los hitos de su propio vivir. Y es que contemplar la vida en presencia de la muerte no es otra cosa que conducirse comprendiendo la posibilidad de la muerte, de manera que desarrollamos la vida, la hacemos y la gastamos como una posibilidad más frente a otra posibilidad: la de la muerte.

Esta inconsciencia metafísica –en expresión de Scheler– o «existencia inauténtica» –en expresión de Jaspers<sup>23</sup>– desvitaliza e inauténtiza el curso de nuestro vivir hasta transformarlo en

una mascarada con la que ni siquiera nos identificamos. Pero las máscaras acaban por deshacerse y arruinar y deshacer a sus portadores.

Hasta que al fin, un día cualquiera, suceda lo que con prístina claridad y radical verosimilitud nos cuenta Martín Descalzo<sup>28</sup>: «Y un día, al cabo, la pregunta llega:/ ¿a qué jugabas?, ¿quién vivió tu vida?/, ¿sólo esquivar el llanto y la partida?/, ¿sólo esconderte a la gallina ciega?/ Viviste sobre la interior bodega/ en un vacío galopar: la huida/ no era freno, ni sed, ni ardor, ni herida,/ sino algo que ni sacia ni sosiega.»

Por eso la supuesta educación para la muerte –allí donde excepcionalmente se ofrece– sirve de muy poco. Porque esa presunta educación es una mera realización técnica que protege asfixiando, pero que no libera. La única liberación posible para el hombre es la del espíritu, pero éste está ahora encadenado y no precisamente a la carne, sino a la represión a la que él mismo es sometido, mientras se intenta disuadirlo de que existe una última realidad fuera de nosotros mismos que, no obstante, está en contacto con lo más profundo de nuestra realidad íntima. El hombre se librerá del desfile de máscaras con que se reviste y tras el que se esconde cada día cuando asuma el hecho de su muerte.

### 3. EL DUELO EN EL ÁMBITO ONCOLÓGICO

Por experiencia, conocemos muy bien el desvalimiento e indefensión que nos sobreviene cuando muere una persona que queremos. El oncólogo, por su especial exposición a estas situaciones, entiende muy bien lo que es el duelo<sup>6</sup>. Nuestro dolor se hace más intenso y difícil de justificar ante la pérdida súbita e inesperada de un familiar –y toda pérdida es casi siempre súbita cuando no se está preparado para ella–, especialmente si es joven. Ante la muerte es muy fácil que surja en nosotros la desesperación, y que en presencia de ella enmudezcan las razones que deberían justificarla y traernos la paz. Por experiencia sabemos que la comprensión de la muerte amengua el dolor humano; por contra, su incompreensión hunde en la desesperanza y la angustia. Esta angustia ante la muerte ha de considerarse como algo natural, aunque tal vez disminuiría su intensidad si

al menos el hombre acertara a encontrar un sentido para su muerte.

El duelo se introduce en la clínica de manos de Freud<sup>18</sup>, quien en 1917 publicó un artículo con el título de «Duelo y melancolía». El duelo es la reacción natural a la pérdida de un ser amado y, por tanto, no debiera considerarse patológico. Se distingue de la melancolía en que su sintomatología es diferente y evoluciona favorablemente dejado a su curso espontáneo, sin que precise tratamiento alguno.

El duelo se caracteriza por la aparición de un estado de ánimo doloroso, disminución de la autoestima, inhibición, imposibilidad de atender a todo lo que no sea la memoria del ser querido, pérdida de interés y sensación de que el mundo aparece desierto, empobrecido y falto de significado. Esta inhibición hace que la persona que lo sufre se aparte de cualquier actividad que no sea la de recordar a la persona desaparecida.

De esta forma, los familiares del enfermo oncológico se entregan al duelo, como si sólo para él viviesen. Son frecuentes los autorreproches, no tanto por sentirse culpables, sino más bien como consecuencia de lo que han perdido y también como un intento de autolegitimación respecto de los demás.

El duelo supone un fracaso vital ante la ausencia y la imposibilidad radical de establecer cualquier contacto con la persona que tanto se quiso. A través del duelo los familiares pueden encontrar un cierto consuelo y gratificación, además del calor y la compañía comprensiva, de quienes les rodean. De aquí lo importante que es elaborar bien el duelo para poner remedio a esa situación vital en que se experimenta la amargura de la soledad y el abandono del familiar que definitivamente se ha ausentado. Las visitas de los amigos y familiares, las tertulias, las reuniones cuyo objeto era dar el pésame –compartir la carga de la soledad para conllevarla mejor– cumplieron satisfactoriamente en el pasado esta función de aminorar la pena, a la vez que permitían una mejor elaboración del duelo. En la actualidad esta importante función de ayuda a los familiares está prácticamente extinta en la sociedad posindustrial, especialmente en los grandes núcleos urbanos<sup>14, 46</sup>.

### 3.1. Contingencia, finitud y experiencia de la muerte

No deja de ser curioso que los grandes filósofos de la existencia hayan vertebrado la casi totalidad de su pensamiento sobre el concepto de la angustia. Se diría con razón que, *in nuce*, la filosofía de la existencia coincide con la filosofía de la angustia.

El pionero de todos ellos fue, sin duda alguna, Sören Kierkegaard<sup>26</sup>, quien se ocupó de analizar en profundidad el concepto de la angustia. El autor deriva su concepto de la angustia del hecho de la desesperación. «Del mismo modo que los médicos dicen que no hay un hombre que esté del todo sano –escribe Kierkegaard–, así también podríamos afirmar, conociendo a los hombres a fondo, que no hay ni siquiera uno solo que no sea un poco desesperado, que no sienta en lo más profundo de su alma una cierta inquietud, un desasosiego, una desarmonía, una angustia de algo desconocido, o de algo con lo que no desea entablar conocimiento, una angustia ante la posibilidad de la existencia o una angustia por sí mismo; es decir, que el hombre –un poco como ellos que, según la expresión médica, están en pie y se mueven de acá para allá con una enfermedad «sorda» en el cuerpo– va caminando con una enfermedad a costas padeciendo una enfermedad del espíritu, la cual de vez en cuando, en medio de la angustia inextricable que lo domina, suele dar alguna señal clara y repentina de su existencia allá dentro (...). Por eso, lo raro no es que alguien esté desesperado; al revés, lo raro, lo rarísimo, está en que podamos encontrar a uno que de verdad no lo esté» (Kierkegaard<sup>26</sup>).

La angustia se nos revela y manifiesta en la misma naturaleza del hombre, un ser que es, pero que no está hecho, y tiene que hacerse. Y un ser que tiene la posibilidad de ser sí mismo, pero también la posibilidad de perderse, de dispersarse en lo múltiple; que acaso pueda escamotear superficialmente el tema de la angustia, pero sólo a condición de mentirse a sí mismo, lo que es otra forma de extravío, de nihilificación y, por consiguiente, de volver a zambullirse en la angustia.

La angustia se entreteje y enlaza en las dos notas esenciales del existente humano: la finitud y la contingencia. Por la *contingencia*, el



hombre llega a conocer que es, pero que hubo un tiempo en que no fue y que habrá un tiempo en que no será. El hombre intuye, presiente y adivina su finitud temporal; el hombre es el único animal que de una forma más o menos vaga, pero cierta, sabe que ha de morir. Y a la vez, el hombre está urgido a ser el que es o debiera ser, a hacerse, a realizarse.

El hombre es un ser que sabe que ha de morir. Pero a la vez que sabe esto presiente, intuye y, de alguna forma, experimenta también el aguijón de su sed de eternidad. Esta desgarradura en su propia carne –entre el anhelo de eternidad y el conocimiento y la experiencia de su contingencia– hace que en él emerge la angustia. De una parte, porque no sabe cuándo dejará de ser (tampoco cómo, ni dónde); de otra, porque esa certeza de su contingencia se conjuga mal y convive peor con su vocación a la eternidad.

Qué duda cabe que uno de los elementos constitutivos de la angustia existencial –aunque no sea precisamente el único ni el más importante– es el hecho de la muerte. Contingencia humana, angustia existencial y muerte son características acaso distinguibles, pero no por ello dissociadas entre sí. La posibilidad de dejar de ser –aquí y ahora– necesariamente ha de suscitar la experiencia de la angustia. La angustia existencial –que ineludiblemente se da en todo hombre, se sea consciente de ello o no– nos interpela a todos, haciéndonos patente el problema de la autenticidad de la propia existencia. Una existencia auténticamente humana es la de la persona que vive en presencia constante de su contingencia, es decir, la que realiza su biografía de cara a la posibilidad de su muerte. Una persona que viviese así todas sus acciones, deseos y comportamientos, muy probablemente sería más auténtica.

Por contra, el olvido de la propia contingencia –sea voluntario o no–, el hecho de que la vida de cada día dé la espalda a la muerte, encamina hacia la existencia inauténtica. Escamotear el hecho cierto de la muerte –acaso para hurtar así a nuestra existencia la aparición de la angustia– puede conducirnos a la existencia inauténtica, a la enajenación personal, a dejar de comportarnos y ser como realmente somos, es decir, a la nada.

El escapismo de la angustia –cualquiera que sea la trayectoria que se decida para evitarla–

conduce inexorablemente, a través de una espiral más o menos compleja, a la angustia. El mismo comportamiento huidizo y evitativo de la angustia pone de manifiesto, a su vez, un hecho incontrovertido: que tal huida reconduce a la angustia.

La otra nota que se manifiesta en la estructura de la existencia humana es la *finitud*. Cada ser humano percibe de continuo sus propios límites y se experimenta como ser limitado. Es decir, se sabe un ser que no es el ser, experimentándose como un ser relativo.

En la experiencia de la finitud el hombre se vive como un alguien, esencialmente limitado. Esos límites se manifiestan en todos y cada uno de nuestros comportamientos. Tal es el caso, por ejemplo, de nuestro conocimiento. Conocemos cosas, pero ni conocemos todas las cosas ni agotamos todo el conocimiento de tan sólo una de ellas. Todos nuestros conocimientos son perfectibles, como todos ellos son fallibles y, por consiguiente, falsables y más o menos lejanos de la verdad. Nuestro conocimiento es, a la postre y siempre, un conocimiento incierto e incompleto. Lo mismo podría decirse de cualquier otra capacidad humana.

Paralelamente a este modo en que nos percibimos, experimentamos también una particular vocación personal a lo absoluto. Nos experimentamos como seres relativos que, de una manera incierta, sin embargo, propendemos hacia lo absoluto. Siendo seres relativos, somos peregrinos de lo absoluto. Experimentándonos como finitos, hay algo en nosotros que propende hacia lo infinito. Como si nuestro ser y nuestro poder-ser siguiesen caminos contradictorios destinados a jamás encontrarse.

Es en esta experiencia donde se enraiza y anida la angustia esencial. Así las cosas, en cada acto humano es tan manifiesto lo que falta para que ese acto sea perfecto (un cierto no ser) como la perfección de lo hecho (un cierto ser). De aquí la relatividad de todo lo que hacemos. Pero de aquí también nuestra advertencia o intuición del afán de absoluto, por cuanto que aspiramos a hacerlas de la forma más perfecta posible.

Este desgarramiento es tanto más intenso cuanto nuestras experiencias de lo relativo y de lo absoluto acontecen y conviven simultáneamente. Precisamente por esto, toda nuestra

vida está entrelazada por la angustia. En tanto que tenemos ese anhelo por lo absoluto e infinito, nos sentimos vocados a la perfección absoluta, una vocación ésta que se particularizará de forma muy diversa en los diversos seres, pero que en todos ellos supone alguna posibilidad de ascendencia y superación, la clave maestra del arco motivacional de todo cuanto nos proponemos y somos. Y esto a sabiendas incluso de que jamás daremos alcance a lo absoluto de una forma absoluta.

#### 4. EL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO Y DE LA MUERTE

Algunos enfermos terminales, a pesar de su agnosticismo y de manifestar no pertenecer a ninguna confesión religiosa, cuando se encuentran completamente desarmados vuelven a buscar la seguridad –que, por el momento no tienen y tanto anhelan– en la religión que aprendieron cuando niños. Algunos de ellos logran en esas circunstancias una seguridad absoluta. El creyente no puede quedarse de mero observador respecto del enfermo terminal, sino que debe ser solidario con él<sup>45, 49</sup>.

Lo ético consiste aquí en no rebelarse contra el destino, en seguir caminando hacia adelante y en hacer las paces con la propia historia personal –cada hombre es rehén de su historia–, con el tiempo que se escapa y con la debilidad que, por mor de la enfermedad, se impone tal vez como la más pesada carga de nuestra condición humana.

El hombre tiene una gran capacidad de sufrimiento, pero ésta varía mucho de unos a otros. Por otra parte, casi todos ignoramos cuál será nuestra capacidad de sufrimiento cuando llegue el tiempo de la prueba. Eso tampoco lo sabemos<sup>41</sup>.

Hay sufrimientos que son más fáciles de sufrir que otros. El sufrimiento desinteresado que nos permite comprender y ayudar mejor a los demás puede tener más valor que el muy difícil y esforzado dolor que acompaña a los trabajos bien recompensados. El dolor nos enseña a perdonar y a tolerar mejor nuestros defectos y los de los otros.

El que no ha sufrido entiende muy pocas cosas y es lógico que también le cueste más comprender el sufrimiento del enfermo terminal. Algunos de los sufrimientos de estos enfermos acaso parezcan absurdos, pero si se les con-

templa desde el horizonte de la experiencia religiosa, tal vez puedan llegar a entenderse, incluso como algo razonables; todo depende de que se haya hecho lo que es necesario: el decidido acto de fe que precisan para ser aceptados. Es preciso rechazar la experiencia de lo que parecía absurdo, de manera que en el viaje de la vida ningún esfuerzo parezca inútil y ningún sacrificio estéril.

Hoy se habla mucho de «vivir con dignidad», de «dignificar la vida», como una concreción de los derechos humanos que es inseparable de esa vida a la que precisamente pretende calificar. Pero, al mismo tiempo, el término también se emplea para referirse al otro extremo de nuestra trayectoria biográfica: a la muerte. Y así se habla de «morir con dignidad», aunque me temo que bajo este concepto subyace algo muy confuso. Es lógico que sea así, pues si no se alcanza a explicar en qué consiste la dignidad del vivir humano, consecuentemente, más difícil será que pueda explicarse cómo puede morirse dignamente, cuando *la muerte es una situación en que se intensifica y agiganta –aunque sólo sea por un proceso acumulativo– el sinsentido o sentido de toda nuestra pasada trayectoria biográfica personal*.

El Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua distingue ocho acepciones diferentes en el concepto de dignidad. Para lo que aquí importa me limitaré a dos de ellas. Dignidad denota la «calidad de digno»; «gravedad y decoro de las personas en la manera de comportarse». A lo que parece, la voz dignidad hace referencia al conducirse mismo del hombre, al modo en que éste se comporta. Dicho con otras palabras, una persona vive y muere dignamente si se comporta decorosamente con las exigencias de su ser natural.

La pregunta acerca del sentido de la vida, del comportamiento, de lo que pensamos, queremos y realizamos en cada instante es una cuestión que, preocupando siempre al hombre, vino a ser recordada con especial énfasis por la psicoterapia, que en las neurosis parecía encaminarse a dilucidar, a hacer transparente cuál es el sentido biográfico de la vida del paciente, sentido que muchas veces ha sido distorsionado y falseado, hasta haberse perdido en los vaivenes zigzagueantes de las muy variadas e imprevisibles situaciones vitales.

En cualquier caso, el sentido de la vida humana es una cuestión que nos afecta a todos, y no sólo a los enfermos terminales. El sentido de la vida no es una cuestión que hayan puesto de moda los psicoterapeutas –sean éstos psicoanalistas o existencialistas–, sino que es una cuestión palpitante que forzosamente zarandea nuestra intimidad, independientemente de cuál sea nuestro nivel de ansiedad. Es inevitable, sin embargo, que en aquellas situaciones límites en que el hombre, zambulléndose dentro de sí, hace cuestión de su existencia, aflore, emerja, y llegue hasta la eclosión la pregunta, la indagación acerca de cuál es el sentido de su vida. Pero entiéndasenos bien: el sentido de la vida no debe restringirse a una mera cuestión psicológica. Más aún, el sentido de la vida es algo que todos, antes o después, nos hemos planteado, algo con lo que cada hombre tiene que habérselas a lo largo de su vida.

El sentido de la muerte es una cuestión *a posteriori*, pero insoslayable, por cuanto que la muerte es algo absolutamente cierto que de una forma misteriosa el hombre llega a intuir, aunque confusamente. Esa intuición puede ser muy valiosa y eficaz para profundizar en el sentido de la vida. De este modo, el sentido de la muerte se explica por el sentido de la vida, al mismo tiempo que contribuye al esclarecimiento de esta última.

No podía ser de otro modo, por cuanto que la vida y la muerte se exigen mutuamente en el ser personal. El morir sólo acontece en quien un día emergió a la vida. Por contra, el vivir, todo vivir humano, en tanto que finito, es destinatario de una muerte segura, indistintamente de que sea incierto el modo, el momento y la circunstancia en que aquélla puede suceder, e independientemente de que el hombre se lo haya planteado o no.

Difícilmente podrá esclarecerse en qué consiste la dignidad de la muerte humana, cuál es su sentido, qué sentido tiene la dignidad de la muerte, si previamente no se ha esclarecido cuál es el sentido de la vida. La conexión entre uno y otro extremo resulta obvia. El hombre es un ser que no tiene en sí la razón explicativa del principio de su origen, y mucho menos la razón de su término. Origen y término marcan los límites de toda trayectoria biográfica. El esclarecimiento de un extremo ilumina el otro, y viceversa.

#### 4.1. Actitudes ante el sufrimiento

Siguiendo a Frankl<sup>15, 16, 17</sup> pueden distinguirse dos formas de enfrentarse al sufrimiento. De una parte, la del *homo faber*, es decir, la que corresponde exactamente a lo que hoy se denomina una persona de éxito, que sólo acepta dos categorías por las que se mueve y toma decisiones: el éxito y el fracaso. Son personas que «llenan» de sentido sus vidas produciendo. Muchos de los «yuppies», actrices, intelectuales o políticos caracterizan bien a estas personas entregadas al hacer, a la fiebre de la producción, con tal de autotrascenderse a sí mismos y realizarse únicamente a través de lo hecho.

Una persona así, ¿cómo podrá soportar la vida cuando, a causa del sufrimiento que experimente, ni siquiera se le conceda la posibilidad de tomar las riendas de su propio destino? En tal caso –cuando ya no es posible acción alguna–, parece lógico que el *homo faber* se desespere ante el sufrimiento –un objetivo éste con el que no había contando en su proyecto vital– y, en consecuencia, renuncie a seguir viviendo. Estos pacientes también llegan hoy al psiquiatra –y tal vez más frecuentemente que antes– en busca de orientación, consuelo y ayuda.

De otra parte, nos encontramos con el *homo patiens*, aquél que, por el contrario, ha optado por actitudes valiosas, en lugar de perseguir valores sólo productivos. Frente al *homo faber* –a quien el triunfo del *homo patiens* le parece necedad, absurdo y escandaloso–, este último percibe el mundo de los valores trascendentes como lo que en verdad le realiza.

El *homo patiens* es consciente de que puede realizarse hasta en el fracaso más rotundo y en el descalabro más extremo. Para el hombre doliente el hecho de no desesperarse constituye ya un modo de realización. El hombre doliente hace suya aquí la afirmación de Goethe de que «no existe ninguna situación que no se pueda ennoblecer o por el actuar o por el soportar».

En el ámbito clínico, el conocimiento de las anteriores actitudes frente al dolor tiene una gran relevancia. El *homo faber* suele responder al sufrimiento rebelándose con odio –por falta de sumisión– o renunciando a la lucha –por falta de coraje. En cualquier caso, no acepta lo que le sucede y, sobre todo, no saca de ello ningún provecho.

Por contra, el *homo patiens* encuentra en el sentido de su sufrimiento no sólo una dimensión de su dignidad ética, sino además el modo en que puede satisfacer su dignidad antropológica, que es lo que en verdad le realiza personalmente. El hombre doliente descubre en el sufrimiento la posibilidad del sacrificio voluntario, donde se le revela la esencia de la persona. Por contra, la obsesión de escapar a toda costa del sufrimiento arruina la humanidad y agudiza la enfermedad.

Baste recordar aquí que el hombre no es libre frente a la verdad, sino que es la verdad la que le hace ser libre. Por eso, nada tiene de particular que la «cura de almas» se haya mostrado, en muchas ocasiones, como lo más eficaz para aceptar el sufrimiento. La solicitud por parte del paciente de dirección espiritual constituye una poderosa ayuda para que se encuentre consigo mismo, con lo más recóndito de la propia intimidad.

Es ahí precisamente donde tiene que hacerse la luz en bastantes de los pacientes terminales, de manera que emerja en ellos la verdad, el principio al que ajustar la propia vida. Sólo cuando se vive en la verdad –sin enmascarar u ocultar lo que realmente se es–, es decir, cuando descubrimos lo que somos y lo que debemos hacer con nuestras vidas, sólo entonces comenzamos a ser libres. Desde esta perspectiva, vivir en verdad constituye además una excelente medida preventiva contra la neurotización a que puede conducirnos el sufrimiento.

#### 4.2. El sufrimiento y la aceptación de sí mismo

El dolor es una cuestión que interpela a cada persona de un modo singularísimo, cuestionándole acerca de lo que hace con su vida, hacia qué meta se dirige, a qué destina su vivir, en una palabra, cuestionando si la trayectoria personal se dirige o no hacia el fin que se había propuesto. El sufrimiento, lamentablemente, está muy extendido en el mundo. El sufrimiento resulta algo inevitable en cada vida humana; ningún hombre puede zafarse de la experiencia del sufrimiento. Por muy egoísta que se sea y por bien programada que se tenga la vida, nadie puede escapar de él. Los que tengan la dicha de no haber sufrido nunca hasta ahora, recuerden que basta con sólo dejar que transcurra un

cierto tiempo. De una u otra forma, todos acabamos por ser hombres dolientes.

De otra parte, uno de los problemas que impiden a algunos hombres ser felices es que no se soportan a sí mismos *qua talis*, en cuanto tales. En otros casos, no aceptamos el cáncer o esta o aquella enfermedad. Es relativamente frecuente oír afirmaciones como las siguientes: «Me cuesta aceptar que sea yo quien tiene este cáncer» o «Yo no me acepto a mí mismo, porque a veces tengo un carácter muy fuerte» o «No me tolero a mí mismo, por ser un mal jugador de fútbol» o «No me aguanto a mí mismo, porque soy muy tímido» o «...no soy muy listo» o «...soy muy alto.»

En pocas ocasiones somos el que deseamos ser. Con demasiada frecuencia, el hombre anda como habiendo amputado lo mejor de sí mismo, comportándose de una forma extraña, tanto para sí mismo como para los demás. Apenas si realizamos lo que ambicionamos. Muchos ni siquiera aman como quisieran. Algunos jamás han dicho lo que querrían decir y no precisamente por falta de auditorio. Con atinadas y penetrantes palabras expresa y califica Rilke<sup>43</sup> esta situación al afirmar que «nadie vive su vida. Los hombres son casualidades... Habla su máscara, mientras calla su rostro... Cada uno trata de librarse de sí mismo como de un sepulcro que le odia y le retiene».

Para ser feliz hay que aceptarse a sí mismo. Una vez que la persona se acepta como es, la felicidad resultará una tarea que probablemente sea difícil, pero al menos se han sentado las bases desde las cuales hay una cierta probabilidad de alcanzarla. Por eso la aceptación de sí mismo es de vital importancia.

No se olvide que a la llegada a este mundo, ya en el momento de nacer, el hombre trae consigo una cierta perfección –la perfección inicial–, la de su ser. Si no se acepta esa perfección inicial que cada uno es, será casi imposible que en la práctica desarrollaremos esas perfecciones iniciales en que consistimos.

Lo primero que hay que hacer es aceptarnos como somos, a la vez que no nos conformamos enteramente con ello, sino que luchamos por acrecer, avalorar y desarrollar todo lo bueno que hay en nosotros. Esa perfección inicial no es del todo perfecta, sino que está abierta a su crecimiento y desarrollo. Esto quiere decir que

en el momento inicial no está desarrollada en todas sus posibilidades. La tarea de desarrollar esas perfecciones con las que el hombre llega a este mundo es, precisamente, lo que hace que su vida sea interesante para sí mismo y, en consecuencia, le permita llegar a ser feliz. La vida como proyecto es lo contrario de la vida que ha devenido ininteresante para sí mismo. En esto último consiste precisamente el aburrimiento.

Si ese desarrollo no lo hacemos, estamos robando a nuestro propio ser las potencialidades perfectibles que tenía y estamos hurtando también a la comunidad, porque estamos renunciando a algo que era un bien para todos los demás: el bien de nuestra perfección y su crecimiento, que es participable y comunicable a los otros. De aquí que cuando no luchamos seriamente por la perfección podamos incurrir en cierta negligencia. Y si esa omisión es negligible, tal vez sea punible y, hasta cierto punto, culpable y castigable.

El hombre está llamado a ser lo máximo que pueda y deba ser, para así hacer felices a los demás, además de a sí mismo. Las trayectorias de la felicidad consisten, sintentizándolo mucho, en atreverse a ser cada uno quien es, para llegar a ser mejor de lo que se es, aun cuando en ese intento se tenga que sufrir.

Por contra, con la no aceptación, con el rechazo de lo que uno es, no sólo el sufrimiento personal está garantizado sino también un cierto desprecio por los que nos rodean, lo cual, obviamente, incrementa la presencia del dolor en el mundo. Por eso, en este punto estoy completamente de acuerdo con Kant, al afirmar que «cuando un hombre tiene un por qué vivir, soporta cualquier cómo». Cuando un hombre tiene un «por qué» vivir (algo que da sentido a su vida: desarrollarse, autorrealizarse, vivir una vida en plenitud, tratar de ser perfecto, conquistar la felicidad, ayudar a los demás), tolera cualquier «cómo» (el cáncer, el dolor, la ansiedad, la irritabilidad, el sufrimiento psíquico, la enfermedad terminal). El mejor sendero para enfrentarse al dolor arranca de la propia aceptación personal –con todo lo que ésta tiene de limitaciones y déficit, de expectativas y posibilidades– y de encontrar un «porqué» para nuestro vivir, de manera que la vida se realice en toda su plenitud y la persona llegue a ser dichosa.

### 4.3. Aprendiendo el oficio de morir

Aprender a enfrentarse a la propia muerte dignifica al hombre. Volver la espalda a este aprendizaje no reporta otro beneficio que el de la confusión en un ámbito de perplejidad y sin sentido. Sin aprender a morir resulta muy difícil aprender a vivir, estar vitalmente orientado, descubrir un sentido a la biografía personal. Sin este difícil aprendizaje el hombre se encuentra a la intemperie, sin raíces y sin techo, desorientado y perdido, como magistralmente escribe Martín Descalzo<sup>28</sup>: «Y ya no sabes para qué has vivido,/ y se queda la sangre tan desierta/ que te sientas, perdido, ante tu puerta,/ ante tu puerta, sin por qué, perdido.»

Importa mucho al hombre –le va todo en ello– el encontrar un sentido para su muerte. Si no lo encuentra –hay muchos que ni siquiera lo buscan–, difícilmente podrá arrebatarse al absurdo un sentido para su vida. A lo ancho de nuestra andadura vital hay muchas ocasiones en que el hombre no hace pie en su existencia, hundiéndose en el sufrimiento, el aburrimiento, el fracaso, el hastío o la locura. En situaciones como éstas, urge al enfermo terminal aferrarse al sentido de la vida para hacer pie y, autopropulsándose, escapar de esas situaciones de desfundamiento humano.

Aunque estas crisis existenciales no llegarán a producirse nunca, cosa por otra parte harto extraña, el hombre tampoco satisfaría –con sólo la modesta mediocridad de las pequeñas o grandes satisfacciones– el hambre de absoluto que bulle en el hondón de su intimidad. En ese caso, cualquier hombre podría hacer suyas las palabras de Géricault: «Haga lo que haga siempre habría deseado hacer otra cosa.»

Y es que los deseos en el hombre tal vez no sean infinitos pero sí indefinidos, mientras que las satisfacciones de esos deseos sólo son puntuales, limitadas y mínimas. Esta insatisfacción humana no es la consecuencia de padecer una determinada enfermedad. Es la experiencia de todo hombre, de cualquier hombre. A este respecto, Goethe escribió: «La felicidad no gustada; la ambición frustrada; los deseos insatisfechos no son defectos de ninguna edad particular ni época, sino de cada individuo.»

El hombre aprenderá a soportar la enfermedad cuando aprenda el oficio de morir. Mien-

tras que se siga hurtando a la muerte su sentido, hasta que no le haga cara a la propia muerte, es muy probable que el enfermo oncológico continúe hundiéndose en la experiencia del vacío, o que huya a través de sus continuas protestas, sin que logre escapar a la soledad y al sinsentido que le atenazan.

#### 4.4. Del vacío y el absurdo

Gebsattel<sup>52</sup> describe muy bien la relación que existe entre las experiencias de abismo y de vacío. «La vida en el vacío, en la medida en que se puede hablar de vida –escribe–, se dramatiza en dos movimientos: por un lado, la persecución del yo vacío tras el yo de la plenitud. Y por otro, el movimiento de la caída en el abismo. Ésta tiene lugar verticalmente; la otra, en círculo. Las caídas vienen a intervalos; la persecución es continua. De forma puramente fisiognómica hemos de decir que entre “vacío” y “abismo” existe una relación. Si de pronto se abre bajo nuestros pies el suelo que pisamos, vivenciamos la falta de fondo del abismo, pero no la vivenciamos pensando, sino cayendo (...). La imagen de vacío expresa y actualiza de manera fisiognómica la situación del *selbst* (sí mismo) acosado por la despersonalización» (p. 65).

Pero aunque el vacío no exista, las personas, vacías sí. El vacío apenas es otra cosa que un lugar sin la presencia de ningún cuerpo, es decir, un lugar en el que no hay nada, un ámbito nihilificado. Ahora bien, un lugar sin nada no puede ser un lugar, porque no puede existir en otro lugar, pues, de existir, habría infinitos lugares en los que todos y cada uno de ellos serían nada. En la experiencia humana del vacío, el enfermo oncológico no puede moverse hacia nada porque, estando en la nada, no tiene referencias respecto de las cuales moverse. Más aún, si el hombre vacío pudiera moverse en el vacío jamás pararía de moverse –al no encontrar una resistencia que le frene– y, por consiguiente, sería llevado necesariamente hacia el infinito. Pero como el vacío es la nada, infinito y nada acabarían por identificarse, lo que a todas luces parece absurdo.

La experiencia humana del vacío existencial sitúa al enfermo oncológico frente a la nada, a pesar de lo cual nada aprende el hombre con ello. De aquí la necesidad de que el oncólogo trate de animar al enfermo a salir de la situa-

ción en que se encuentra, persuadido como está de que en eso consiste, precisamente, ayudarle a morir con dignidad.

#### 4.5. El sentido de la dignidad de la muerte

Hemos visto, líneas atrás, la dignidad del sentido de la vida; corresponde ahora afrontar cuál es el sentido de la dignidad de la muerte. En realidad, el primero reconduce al segundo y la consideración de este último contribuye a explicar más satisfactoriamente el primero.

La dignidad de la muerte –“el derecho a una muerte digna”, que dicen algunos– no consiste en evitar al hombre, a cualquier precio, todo sufrimiento. El sufrimiento humano no es algo en sí mismo maldito, como algunos piensan. El sufrimiento humano también tiene sentido; más aún, es precisamente este sentido lo que nos ayuda a encontrar el sentido de la vida. La muerte del hombre puede ser digna o indigna, indistintamente de que sea dolorosa o indolora. La presencia mayor o menor del dolor, o su ausencia, no constituye un criterio que sirva para diferenciar las muertes dignas de las indignas. La concepción, hoy muy extendida, de que la muerte dolorosa es sinónima de muerte indigna no sólo constituye un grosero error antropológico, sino que, al mismo tiempo, desvela el sinsentido que ha guiado a muchas trayectorias biográficas.

Una actitud así lo que traduce es sencillamente la algofobia social, el temor al dolor existente en la actual sociedad. Pero ese mismo temor al dolor constituye ya un cierto dolor, lo que significa y denuncia el equívoco de haber considerado sólo al placer como único sentido posible de la vida.

Es cierto –y los médicos lo sabemos muy bien– que hay que luchar contra el dolor; pero no es menos cierto que éste no es la suma de todos los males posibles sin mezcla de bien alguno. Entre otras cosas, porque el dolor humano no es algo antinatural, sino que, al contrario, es algo que está enraizado en nosotros, hasta el punto de caracterizar la naturaleza humana.

Centrar la cuestión de la dignidad de la muerte exclusivamente en el criterio alguedónico significa, entre otras cosas, trivializar el mismo hecho de la muerte humana. El dolor, aun con ser muy intenso, es algo sensorial, y

en tanto que sensorial, periférico (aunque también hay dolores de tipo central) y difícilmente podría agotar por sí sólo todo el rico significado que se alberga en la muerte de cada hombre. Por eso, definir la eutanasia con el eufemismo del «derecho a una muerte digna» no deja de ser otra cosa que eso: un eufemismo.

Este error manifiesta bien la equivocación de haber optado por el hedonismo: el primado del placer. De ahí que su ausencia, es decir, la aparición del dolor, se experimente por algunos como una indignidad, como algo ignominioso que humilla y degrada al hombre. Contrariamente a esa concepción, hay que afirmar que el dolor puede estar repleto de sentido, hasta el punto de ser un ingrediente que puede plenificar y autentizar la vida del hombre. No puedo penetrar aquí en este problema, del que ya me he ocupado en otras ocasiones<sup>41</sup>, pero asentemos de una vez por todas que el dolor humano también tiene su sentido.

La muerte digna o indigna del hombre hay que fundamentarla apelando a otras razones de más envergadura y sustancia. Una muerte será digna si se corresponde con el decoro de la persona a la que sobreviene; de lo contrario, la muerte será indigna. Pero, como ya he dicho, la vida humana es una perfección perfectible, un bien para un Bien. En consecuencia, la muerte será digna si a su través el hombre alcanza ese grado de perfección al que su vida propende: al bien absoluto al que se ordena y en el que se acuna lo que reviste de grandeza su andadura biográfica.

Pondré un ejemplo. Supongamos la muerte no dolorosa de una persona joven que voluntariamente no ha alcanzado la meta perfectible a la que su ser natural apuntaba. En este caso podría hablarse no sólo de muerte indigna, sino también de fracaso existencial y de frustración social. De muerte indigna, porque es indigno del hombre acabar su trayectoria biográfica sin, al menos, haber intentado autopercorrerse a sí mismo. De fracaso existencial, porque la existencia se le concedió gratuitamente para que la desarrollara hasta su máxima estatura. De frustración social, porque con su vida –que se le donó, sin más– no ha hecho todo lo que debiera para incrementar el bien de sí mismo y de sus conciudadanos.

Supongamos ahora la muerte de otra persona joven, en la que hundió sus raíces generosamente el dolor. La hemos visto dar de sí y darse a sí misma, todo cuanto podía, incluso en esas horas inciertas en que la vida parece que definitivamente se apaga. Generosamente, día a día, procuraba luchar por ser mejor para mejorar a los demás. Incluso supo no hurtar esta función a todo lo ancho de su último trayecto doloroso. En un caso como éste, la muerte no sólo es digna, sino la mejor de las muertes posibles, por cuanto que ha satisfecho el propio fin establecido por esa persona para sí misma.

Cuando la vida se ha vivido así, en plenitud, una muerte como la anteriormente referida constituye un resultado de inestimable valor. Por aquí puede entreverse mejor cuál es el sentido de la dignidad de la muerte, el sentido del morir con verdadera dignidad. En realidad, todo hombre debiera preocuparse por su destino, de manera que cuando éste llegue, su trayectoria biográfica apenas varíe. Cuando así acontece es porque toda la andadura vital se ha realizado en presencia de ese destino. Por eso precisamente, cuando éste llega no produce sorpresa alguna y, en consecuencia, nada hay que cambiar en esa trayectoria.

Con demasiada frecuencia las personas viven una existencia inauténtica, una vida que se construye de espaldas al hecho cierto e inevitable de que algún día han de morir. Son personas que se refugian en lo impersonal, haciendo de su existencia algo anónimo.

Una buena prueba para chequear el grado de autenticidad de nuestra existencia podría ser la siguiente: si nos comunicasen que sólo nos quedan seis días de vida, ¿continuaríamos haciendo lo mismo que estamos haciendo en ese instante? Algunas personas dejarían de hacer lo que estuvieran haciendo en ese momento y nos explicarían el porqué de ese abandono, al informarnos de que, tras la noticia recibida, aquello ya «no vale la pena» hacerlo, porque «no tiene sentido».

Pero, ¿hay algo más real y certero que la muerte? ¿No nos puede sobrevinir ésta en cualquier instante? ¿Entonces...? Entonces, lo que sucede es que lo que se estaba haciendo no se estaba haciendo en presencia de la muerte, sino más bien como si la vida fuese a perdurar eternamente.

Y es que el hombre, por fuerza de la costumbre, las más de las veces, se autoapropia eso que llama, indebidamente, «mi vida». Nos basta con escuchar a cualquier adolescente, con actitud de protesta ante lo que él juzga como un excesivo intervencionismo de sus padres. Pero la vida, ninguna vida humana, pertenece propiamente al hombre que la disfruta. Entre otras cosas, porque ninguno se la dio a sí mismo y, por tanto, no es dueño de ella. Puede y debe ser, eso sí, señor de ella, puesto que lo que de ella haga repercute sobre sí mismo, sobre su subjetividad, y sobre las vidas de los demás, y por eso es responsable de ello.

El sentido y la dignidad de la muerte remiten a la dignidad y el sentido de la vida, a la vez que no se entiende cómo puede alcanzarse el sentido de la vida si ésta se construye de espaldas a la muerte.

Entre la vida y la muerte hay una cierta continuidad más bien que ruptura. Para que ese *continuum* entre ambas se dé, es menester que el sentido de la una se prolongue en el sentido de la otra. Cuando la vida ya cumplida ha hecho su recorrido zigzagueante en plenitud de sentido, entonces la muerte se acepta, aunque no sin miedo, porque también ésta rebosa de ese mismo sentido. Arellano<sup>2</sup> lo expresa poéticamente muy bien, cuando escribe: «Resuelto estoy, si quieres, a esta muerte:/ la muerte de tu cruz que es aún cruz sola:/ antes de ser consuelo que redime,/ antes de ser victoria que nos salva;/ desnuda de las galas/ con que nuestra ternura orna su leño:/ aún no alzada a los tronos/ que le obra a su humildad nuestro entusiasmo.»

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arathuzik D. Effects of cognitive-behavioral strategies on pain in cancer patients. *Cancer Nursing* 1994; 17:207-14.
2. Arellano Catalá J. Poemas del hombre y de la tierra. Sevilla: Númenor, 1994; 261.
3. Arregui JV. El horror de morir. Barcelona: Tibidabo, 1992; 127-230.
4. Avants SK, Margolin A, Singer JL. Psychological interventions and research in the oncology setting. An integrative framework. *Psychotherapy* 1993; 30:1-10.
5. Behem JM, Rodríguez JR. Predictors of coping strategies among adults with cancer. *Psychological Reports* 1994; 1:43-8.
6. Blanco A. El médico ante la muerte de su paciente. Sevilla: Psicabía, 1992.
7. Borgers R, Mullen PD, Meertens R et al. The information-seeking behavior of cancer outpatients. A description of the situation. *Patient Education and Counseling* 1993; 22:35-46.
8. Brugarolas Masllorens A. La atención al paciente terminal. En: Polaino-Lorente A (dir.). *Manual de bioética general*. 2ª ed. Madrid: Rialp, 1994; 378-86.
9. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. Prevalence of depression in the terminally ill. Effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgments. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151:537-40.
10. Coggan JM. You don't have to suffer. A complete guide to relieving cancer pain for patients and their families. En: Lang SS, Patt RB. *Library Journal*, 1993; 118:158.
11. Del Pozo A, Polaino-Lorente A. Hacia una nueva propuesta en la evaluación del niño canceroso en los servicios de Pediatría. *Acta Pediátrica Española* 1988; 7-13.
12. Domènech Llavería E, Polaino-Lorente A. Comunicación y verdad en el paciente terminal. En: Polaino-Lorente A (dir.). *Manual de bioética general*. 2ª ed. Madrid: Rialp, 387-406.
13. Essa EL, Murray CL. Young children's understanding and experience with death. *Young Children* 1994; 49:74-81.
14. Evelyn L. El hombre moderno ante la muerte. Salamanca: Sígueme, 1980.
15. Frankl VE. Ante el vacío existencial. Barcelona: Herder, 1987.
16. Frankl VE. La voluntad de sentido. Barcelona: Herder, 1988.
17. Frankl VE. Logoterapia y análisis existencial. Barcelona: Herder, 1990.
18. Freud S. Obras completas. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
19. Given CW, Stommel M, Guven B, Osuch J, Kurtz ME, Kurtz JC. The influence of cancer patients' symptoms and functional states on patients' depression and family caregivers reaction and depression. *Health Psychology* 1993; 4:277-85.
20. Hagopian GA, Mccorkle R. Choosing a masters program in cancer nursing in the United States. *Cancer Nursing* 1993; 16:473-8.
21. Hanson EJ. An exploration of the taken-for-granted world of the cancer nurse in relation to stress and the person with cancer. *Journal of Advances Nursing* 1994; 19:12-20.
22. Hardy MS, Armstrong FD, Routh DK, Albrecht J, Davis J. Coping and communication among parents and children with human immunodeficiency virus and cancer. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1994; 15:S49-S53.
23. Jaspers K. Filosofía de la existencia, 1958.
24. Johnson RP. Aging parents. How to understand and help them. One Liguori Drive, 1987.
25. Keelecard G, Foxall MJ, Barron CR. Loneliness, depression and social support of patients with COPD and their spouses. *Public Health Nursing* 1993; 10: 245-51.
26. Kierkegaard S. El concepto de la angustia. Madrid: Espasa Calpe, 1960.
27. Kristjanson LJ, Ashcraft T. The family's cancer journey. A literature review. *Cancer Nursing* 1994; 17:1-17.
28. Martín Descalzo JL. Testamento del pájaro solitario. Navarra: Verbo Divino, 1991.



29. Martinson IM. Impact of childhood cancer on families at home. Key aspects of caring for the chronically ill: Hospital and Home, 1993; 312-9.
30. Mckorle R, Jepson C, Malone D, Lusk E, Braitman L, Buhlerwilkerson K, Daly J. The impact of posthospital home care on patients with cancer. *Research in Nursing & Health* 1994; 17:243-51.
31. Middelboe T, Ovesen L, Mortensen EL, Bech P. Depressive symptoms in cancer patients undergoing chemotherapy: A psychometric analysis. *Psychotherapy and psychosomatics* 1994; 61:171-7.
32. Nelson DV, Friedman LC, Baer PE, Lane M, Smith FE. Subtypes of psychological adjustment to breast-cancer. *Journal of Behavioral Medicine* 1994; 17:127-41.
33. Pernet A. Cancer and stress. Psychological, biological and coping studies. En: Clooper M, Watson M. *British Journal of Clinical Psychology*, 1994; 33:123-4.
34. Polaino-Lorente A. La metapsicología freudiana. Madrid: Dossat, 1981; 187-213.
35. Polaino-Lorente A, Del Pozo A. Modificación de la depresión mediante un programa de intervención psicopedagógica en niños cancerosos no hospitalizados. *Análisis y modificación de conducta*, 1992; 493-503.
36. Polaino-Lorente A, Del Pozo A. Modificación de la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado mediante un programa de intervención psicopedagógica en niños cancerosos hospitalizados. *Revista Complutense de Educación* 1992; 419-29.
37. Polaino-Lorente A, Del Pozo A. Modificación de habilidades sociales en niños cancerosos hospitalizados. *Acta Pediátrica Española* 1992; 407-14.
38. Polaino-Lorente A, Del Pozo A. Programas de intervención en niños cancerosos. En: Buceta JM, Bueno AM. *Modificación de conducta y salud*. Madrid: Eudema, 1990; 341-67.
39. Polaino-Lorente A, Del Pozo A. Programas norteamericanos de intervención en niños cancerosos hospitalizados: una revisión crítica. *Galicia Clínica*, 1991; 94-9.
40. Polaino-Lorente A, Del Pozo A. Programas europeos de intervención en niños cancerosos hospitalizados: estado actual de la cuestión. *Psicopatología* 1993; 7-16.
41. Polaino-Lorente A (dir.). *Manual de Bioética general*. 2ª ed. Madrid: Rialp, 1994; 458-78.
42. Presberg BA, Kibel HD. Confronting death-group psychotherapy with terminally ill individuals. *Group* 1994; 18:19-28.
43. Rilke RM. *Libro de horas*, 1905.
44. Scheler MF. *Muerte y supervivencia*. Ordo Amoris. 1934.
45. Schneider CE. Bioethics with a human face. *Indiana Law Journal* 1994; 69:1075-104.
46. Sherr L. *Agonía, muerte y duelo*. Madrid: Diaz de Santos, 1994.
47. Shuster JL. Psychiatric aspects of symptom management in cancer patients. En: Breitbart W, Holland J. *Psychosomatics* 1994; 35:165-6.
48. Suominen T, Leinokilpi H, Laippala P. Nurses' role in informing breast cancer patients. A comparison between patients' and nurses' opinions. *Journal of Advances Nursing* 1994; 19:6-11.
49. Teaching ethics. An initiative in cancer and palliative care. En: Educ-depot. *Journal of Medical Ethics* 1994; 20:57-8.
50. Thomae H. Accepting stress. A contribution to coping research. *Zeitschrift fur Gerontologie* 1994; 27:57-64.
51. Verma KB, Asthana M. Mental health of cancer patients. *Psychological Reports* 1994; 74:914.
52. Von Gebattel VEF. *Antropología médica*. Madrid: Rialp. 1966; 44-52.
53. Youngblood M, Williams PD, Eyles H, Waring J, Runyon S. A comparison of 2 methods of assessing cancer therapy-related symptoms. *Cancer Nursing* 1994; 17:37-44.