

Perazzo, Gerardo

La comunicación de la verdad global a la persona con una enfermedad incurable: qué, cómo y por qué decirlo

Vida y Ética. Año 9, N° 2, Diciembre 2008

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Perazzo, Gerardo. "La comunicación de la verdad global a la persona con una enfermedad incurable: qué, cómo y por qué decirlo"[en línea]. Vida y Ética. 9.2 (2008). Disponible en:
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/comunicacion-verdad-global-persona-enfermedad.pdf> [Fecha de consulta:.....]

(Se recomienda indicar fecha de consulta al final de la cita. Ej: [Fecha de consulta: 19 de agosto de 2010]).

LA COMUNICACIÓN DE LA VERDAD GLOBAL A LA PERSONA CON UNA ENFERMEDAD INCURABLE: QUÉ, CÓMO Y POR QUÉ DECIRLO

*Ciudad de Santa Fe,
jueves 12 de junio de 2008*

Dr. Gerardo Perazzo

- Médico, Universidad de Buenos Aires (UBA)
- Especialista en Urología
- Especialización en Conducción y Gestión de Hospitales, Universidad del Salvador
- Master en Ética Biomédica, Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA)
- Docente Asociado, Universidad de Buenos Aires, para Urología
- Profesor de Deontología del Master de Bioética del Instituto de Bioética, UCA
- Coordinador del Comité de Bioética del Hospital General de Agudos "Dr. D. Vélez Sarsfield"
- Co-coordinador de la Red de Comités de Bioética de los hospitales dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
- Coordinador docente del curso "Introducción a la Bioética", para residentes y concurrentes del Hospital General de Agudos "Dr. D. Velez Sarsfield"
- Investigador con dedicación especial del Instituto de Bioética de la UCA
- Integrante del Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Urología

Palabras clave

- Verdad global
- Acogida y escucha
- Buen samaritano

RESUMEN

El encuentro de salud se da entre un ser humano doliente, que busca ayuda, y otro con capacidad técnica, que está en disposición de prestársela. La calidad de la comunicación influye en el paciente afectando la mejor comprensión de los problemas, en la adherencia terapéutica y en los resultados. Finalmente, es una herramienta básica para expresar en la práctica asistencial la información global al paciente, adaptando los conocimientos sanitarios a las características y contexto de cada uno.

En la relación asistencial es tanto o más importante que lo que se dice el modo y la ocasión en que se dice. Sólo de esta forma el profesional de la salud estará preparado para comunicar una verdad global.

INTRODUCCIÓN

Somos seres sociales y necesitamos relacionarnos con aquellos que nos rodean, es una necesidad básica. La comunicación es el proceso en el que se produce esta relación. Necesitamos relacionarnos con los demás: transmitir información, emociones, necesidades y sentimientos. A su vez necesitamos recibirlas de ellos.

El enfermo terminal y su familia se enfrentan a una importante crisis que provoca reacciones emocionales intensas. Por tanto, el encuentro entre el profesional del equipo de salud y el paciente es un encuentro entre un ser humano doliente, que busca ayuda, y un ser humano con capacidad técnica, que está en disposición de prestarle esa ayuda. "Solamente la instauración de una auténtica 'alianza terapéutica' entre el paciente y el médico puede evitar estos riesgos, superando la soledad de ambos y poniendo las bases para una correcta gestión de cualquier itinerario de atención médica". [1]

Como profesionales de la salud debemos tener en cuenta la importancia del manejo tanto de nuestras habilidades y conocimientos científico técnicos, como de nuestra faceta como seres humanos, sensibles y receptivos.

El uso de las habilidades comunicacionales hace que el profesional haga operativo y optimice el encuentro terapéutico, y la información veraz y global que brindamos es parte necesaria de ese encuentro vital.

La calidad de la comunicación que se establece entre el equipo de salud y los pacientes influye en la comprensión de

[1] PONTIFICIA ACADEMIA PARA LA VIDA, *Declaración Final de la XIV Asamblea General PAV 2008*, n. 2.

sus problemas, en la adherencia terapéutica y en los resultados, tales como la valoración del estado general, el alivio de los síntomas, menor preocupación por la enfermedad y en el desarrollo habitual del proceso de muerte.

Se puede afirmar que la comunicación es una herramienta básica para poder expresar en la práctica asistencial la información global al paciente, adaptando los conocimientos sanitarios a las características y contexto de cada paciente.

COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE TERMINAL: DESCUBRIR SUS NECESIDADES Y LAS DE SU FAMILIA

El enfermo terminal se encuentra con síntomas múltiples, intensos y cambiantes, sufriendo un gran impacto emocional, tanto él, como su familia y su entorno. Se enfrenta entonces a muchos elementos productores de estrés, como la alteración de su imagen, el miedo y dolor ante la muerte o la pérdida de autonomía.

Debido a sus necesidades físicas y psicológicas particulares, necesita comunicarse de forma eficaz con su medio familiar y con los profesionales que lo atienden.

En este proceso de atención, la comunicación (firmemente sustentada en actitudes) adquiere mucho más importancia que en otros procesos o momentos evolutivos.

"La comunicación es una herramienta terapéutica esencial que da acceso al principio de autonomía, al consentimiento informado, a la confianza mutua, a la seguridad y a la información que el enfermo necesita para ser ayudado y ayudarse a sí mismo. También permite la imprescindible coordinación entre el equipo cuidador, la familia y el paciente. Una buena comunicación en el equipo sanitario reduce ostensiblemente el estrés generado en la actividad diaria. Una familia con accesibilidad fácil a la información de lo que está sucediendo es más eficaz con el enfermo y crea menos problemas". [2]

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1990) los enfermos en situación terminal, además de alivio y tratamiento biológico de sus síntomas necesitan de:

1. Vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, espiritual, vocacional y social, según la progresión de la enfermedad.

[2] SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS (SECPAL), "Cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos", <<http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=doce>>.

VIDA Y ÉTICA

2. Vivir independiente y alerta.
3. Tener alivio de su sufrimiento físico, emocional, espiritual y social.
4. Reconocer y rehusar el conocimiento de su enfermedad y a su proceso de morir.
5. Ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores.
6. Ser el eje principal de las decisiones que se tomen en la etapa final de la vida.
7. Que no se le prolongue el sufrimiento ni se apliquen medidas extremas y heroicas para sostener sus funciones vitales.
8. Hacer el mejor uso creativo posible de su tiempo y sus compromisos.
9. Que las necesidades y temores de sus seres queridos sean tenidos en cuenta antes y después de su muerte.
10. Morir con dignidad, tan confortablemente como sea posible.

Pero también, desde una visión integral de respeto y confianza necesitan:

- a. Seguridad (buscando en quien apoyarse).
- b. La sensación de pertenencia (demostrar que no es una carga, que lo necesitan y que forma parte del grupo).
- c. Sentirse queridos, recibir afecto y contacto humano más que otros enfermos (necesidad de amor).
- d. Comprensión y aceptación de los demás a pesar de los cambios físicos y psíquicos que sufren.

e. Saber que son importantes a pesar de su enfermedad (autoestima) y que vamos a estar con ellos y pueden contar con nosotros (confianza).

Su situación genera una serie de miedos a lo desconocido, a la soledad, a la pérdida de control, a la enfermedad, al dolor, al contagio.

También los miembros del equipo de salud nos enfrentamos a uno de los mayores retos, aceptar en muchas ocasiones la incapacidad de curar y asumir simultáneamente el deber de acompañar al paciente y a la familia en la etapa final: es entender el paso fundamental de "curar" a "cuidar de".

Todo ello nos llevará a una relación profesional - paciente - familia cargada de ansiedad, situación que también puede generar un obstáculo para comunicarnos con ellos.

Lo importante en los encuentros con los pacientes es liberarnos de nuestras propias preocupaciones (¿tengo que decirselo?, ¿cómo se lo digo?...?) y centrarnos en ellos, en descubrir sus necesidades para poder ayudarlos. Debemos ser receptivos y permitir que expresen sus miedos y sus dudas.

Es en estos momentos donde debemos poner en práctica la escucha activa, disminuyendo la propia ansiedad (que

sea él quien "nos hable"); estaremos atentos a las claves verbales (palabras de alto contenido emocional, como "tengo miedo...", "¿me voy a morir?") y no verbales (los silencios, la mirada, las dudas, las omisiones, las distorsiones, etc.). En definitiva estar atentos a lo que se dice, a lo que no se dice y también a lo que sentimos.

Muchas veces, en la relación con el paciente terminal y su familia parece que lo que más preocupa es la conveniencia o no de revelar el diagnóstico, pero quizás lo importante es comunicarse eficazmente.

El temor a fallecer no es una única emoción, sino una mezcla de varios temores individuales (dolor severo, asfixia, incontinencia, desolación, morir solos, dejar cosas incompletas, agonía sin alivio...). Por ello es importante estar atentos a las señales mínimas que indiquen cuáles son las ideas, preocupaciones, expectativas y sentimientos para intentar solucionarlos o aliviarlos.

"La libertad del hombre consiste en aceptarse a sí mismo y en vivir la verdad más profunda que tiene dentro de sí, la de ser un don: su vida, su sufrimiento, su muerte son las expresiones concretas de

ésta, su realidad de fondo. En este concepto, la vida humana es un gran bien, pero no el mayor bien.

Es lícito y necesario morir de manera humana; en la medida de lo posible, la muerte debe ser digna del hombre, conocida, acogida responsablemente, tal vez hasta con fatiga, con sacrificio; como somos responsables en los diversos momentos de la vida, tampoco la muerte debería ser una algo que sucede, sino algo que se vive". [3]

El concepto es claro, la muerte para ser digna tiene que ser conocida y acogida, para que sea vivida en plenitud.

Pero en la práctica, incluso una verdad dicha con claridad es recibida por la persona enferma de manera parcial y gradual. Si la noticia además tiene que ver con lo poco o lo mucho que le queda de vida, sigue siendo válida la idea de que a veces la verdad no se escucha al principio, no se quiere entender o se niega directamente. Todo esto sugiere que en la relación asistencial es tanto o más importante que lo que se dice el modo y la ocasión en que se dice. Sólo de esta forma estaremos preparados para comunicar una verdad global.

[3] TETTAMANZI, Diogini, Card., "Eutanasia, la muerte dulce", (23 de febrero de 1997), Biblioteca Electrónica Cristiana, <<http://www.multimedios.org/docs/d000431/>>.

Ahora bien, ¿hay elementos que se pueden evaluar para comprender ese proceso de comunicación entre dos personas, el enfermo con su necesidad de comprender y el médico con su vocación de curar/cuidar? Entonces para comunicar esa verdad global es necesario evaluar varios aspectos de esta situación.

1. Evaluar el contexto global en donde se actúa

Esta sociedad, en la cual participamos con espíritu apostólico para dar testimonio de nuestra fe, promueve los valores humanos (dentro del esquema de los derechos humanos como necesarios e importantes), separándolos de la religión: los afirma independientes de Dios.

"El mundo sanitario es un reflejo significativo de la sociedad actual: es en este mundo en donde se producen los acontecimientos fundamentales de la existencia humana (nacimiento, recuperación de la salud, envejecimiento y muerte), donde tienen lugar los descubrimientos científicos más convincentes y preocupantes y en donde se plantean los interrogantes fundamentales del hombre actual con respecto al sentido de la vida, el sufrimiento y la muerte.

No es extraño afirmar que el mundo de la salud se ha convertido en el lugar donde colisionan los diversos proyectos sobre el hombre, su porvenir y su felicidad". [4]

El médico de hoy, al servicio de entidades de salud excedidas en sus demandas y en crisis, no sólo suele ser apabullado por el sufrimiento y dolor de sus pacientes, sino que es hostigado a diario por crecientes volúmenes de información, tecnologías, protocolos, leyes y normas que cambian continuamente, siendo difícil discernir cómo cumplir cabalmente con la esencia de su acto: ser competente y estar al servicio del bienestar de sus pacientes. Una forma de *rehumanizar* esa relación es aprovechar el enorme potencial que tiene el diálogo del profesional de la salud con su paciente y utilizarlo como elemento indispensable del proceso formativo/informativo.

En la sociedad actual, utilitarista, es difícil hablar de la muerte: el morir ha sido separado de la vida cotidiana. Se pueden mencionar varios motivos para ello:

1. Las personas mayores rara vez mueren en sus casas o en las de sus familias.

[4] BRUSCO, A. y PINTOR, S., *Tras las huellas de Cristo médico*, Bologna, Sal Terrae, 1999, p. 79.

2. La sociedad (y sus personas) tienen grandes esperanzas de vida y salud.

3. La dependencia total de expertos durante las enfermedades.

4. La sociedad actual insiste fuertemente en los valores materiales.

5. Se atraviesa una crisis de espiritualidad.

Mientras el paciente se encuentra en la fase de probable curación dependiendo generalmente de tecnología moderna (compleja, cara y no siempre accesible), la familia y los amigos no tienen una función de apoyo para brindarle y la enfermedad se vuelve un problema exclusivo del equipo de salud.

Cuando la tecnología médica ya no tiene nada que ofrecer, la familia y las personas amigas ya han perdido su papel y permanecen a distancia, a menudo esperando (y muchas veces exigiendo) nuevas intervenciones de los médicos.

En el momento en el que los familiares y amigos podrían ser de gran valor para el paciente, se presenta a menudo una dispersión de la responsabilidad en la que los médicos se dan cuenta que su papel es limitado.

En las últimas décadas, y en consonancia con los valores sociales imperantes, el modelo paternalista de atención a los pacientes está siendo reemplazado por otros modelos que priman más la

autonomía del paciente y su derecho a la información, exacerbando este principio y colisionando con el profesional.

En la actualidad se piensa que la información clara y honesta sobre el diagnóstico, el pronóstico y las opciones de tratamiento, dan al paciente la oportunidad de tomar las decisiones sobre su asistencia más acordes con sus valores y objetivos personales. Además de tomar sus propias decisiones respecto al proceso podrá, si lo desea y/o lo necesita, solucionar otros asuntos de índole laboral, familiar y espiritual.

Otro importante motivo para informar es el relativo al acompañamiento: si el enfermo y su entorno conocen el diagnóstico y el pronóstico de su enfermedad pueden compartir el sufrimiento que comporta y vivir este periodo del final de la vida de forma más significativa.

La realidad es que, aunque no se le informe, el paciente siempre se entera de que se muere; pero, en este caso, llega a la muerte en un estado de angustiosa soledad.

Todos estos elementos, sin embargo, están dados solamente para evaluar la verdad médica, necesaria para que la persona bien informada pueda tomar decisiones adecuadamente en el ámbito de la defensa de la vida y la responsabilidad sobre su persona, lo que resulta impres-

cindible ante las crecientes posibilidades de una mayor y más agresiva tecnología diagnóstica y terapéutica, pero, lamentablemente, no se habla de la verdad global, es decir de la verdad trascendente.

2. Buscar el lugar adecuado

"No dejó que lo acompañaran más que Pedro, Santiago y Juan y al llegar a la casa del jefe de la sinagoga vio el alboroto y la gente que gritaba y lloraba. Entonces dijo: '¿Por qué hacen tanto ruido y lloran así? La niña no está muerta sino dormida'.

Pero se rieron de Él. Entonces Jesús les hizo salir a todos y llevó al padre, a la madre y a los que iban con Él y entró a donde estaba la niña" (Mc 5, 37-40).

Siguiendo a Jesús se encuentra el ejemplo más claro: Él escoge a un grupo, no a todos; busca el lugar adecuado para ejercer su ministerio, crea un ambiente de oración, de recogimiento y silencio, y recién en ese momento actúa.

En nuestra práctica diaria muchas veces revelamos a un paciente distintas circunstancias de su realidad en ambientes hostiles: en el consultorio externo, sin la comodidad adecuada, en la sala de internación (compartiendo la misma con otros pacientes), y generalmente en circunstancias distintas.

El contexto físico en este momento es importante: hay que buscar el detalle, transmitirle al paciente que es un momento importante y que demandará un tiempo no determinado. Entonces el lugar adecuado es de utilidad para crear el clima necesario para comenzar a transmitirle la verdad global.

3. Evaluar el primer elemento para una buena comunicación apostólica: la acogida

Dentro de este mundo particular (el sanitario) se evalúa el inicio del contacto con el paciente, es decir, la acogida. En este punto en particular es importante releer el documento de la Conferencia Episcopal Argentina *Navega mar adentro*, en sus números 83 y 94.

Una acogida amable y delicada es el primer acto de espiritualidad frente a una persona. No se pueden dar consejos ni orientación espiritual ni informar la verdad global, si primero no se acoge humana y fraternalmente.

La eficiencia y la eficacia apostólica se descartan cuando falta la acogida. No hay dudas de que la primera pastoral de Jesús, enraizada en su espiritualidad de valorar a la persona antes que a nada, fue la de recibir a los pecadores, sordos, mudos, ciegos, paralíticos, enfermos, personas afligidas.

"El trabajo profesional ha de concretizarse en un auténtico testimonio de caridad, teniendo presente que la vida es un don de Dios, del cual el hombre es solamente administrador y garante". [5]

Ese testimonio de la caridad vivida plenamente en la acción diaria es el compromiso que debemos asumir los trabajadores del sistema de salud para que la acogida sea verdadera y completa, con apertura de corazón.

Entonces, para preparar una buena acogida se debe tener en cuenta el sentido verdadero, pleno de la muerte: "Cuando se apaga una vida en edad avanzada, en la aurora de la existencia terrena o en la plenitud de la edad, por causas imprevistas, no se ha de ver en ello un simple hecho biológico que se agota, o una biografía que se concluye, sino más bien un nuevo nacimiento y una existencia renovada, ofrecida por el Resucitado a quien no se ha opuesto voluntariamente a su amor.

En el momento de la muerte, la relación con Dios se realiza plenamente en el encuentro con 'Aquel que no muere, que es la Vida misma y el Amor mismo,

entonces estamos en la vida, entonces vivimos' (*Spe Salvi*, 27)". [6]

4. La escucha

El objetivo inicial del encuentro terapéutico es descubrir el problema del paciente e intentar ayudar a resolverlo o adaptarse a él. Parece un objetivo sencillo, pero este problema agrega otros elementos importantes: sentimientos, preocupaciones, repercusiones, necesidades y expectativas. "Pero, sobre todo en el paciente incurable terminal, se le deberá expresar no sólo una 'verdad clínica', sino una 'verdad global' del valor que tiene el final de la vida y la esperanza que la sostiene". [7]

Los principales obstáculos para una buena comunicación de la verdad global son:

- El paciente desea hablar: el profesional no quiere.
- El paciente no desea hablar: el profesional quiere.
- El paciente desea hablar pero cree que no debería: el profesional no sabe cómo animarlo.
- El paciente parece no tener deseo de hablar, pero en realidad lo necesita:

[5] JUAN PABLO II, *Discurso de S.S. Juan Pablo II en la XI Jornada Mundial del Enfermo 2003, Estados Unidos*, (11 de febrero de 2003). Disponible en <www.vatican.va>.

[6] BENEDICTO XVI, *Discurso del Santo Padre Benedicto XVI a los participantes en la XIV Asamblea General PAV 2008*, 25-27 de febrero de 2008.

[7] SGRECCIA, Elio, *Información para el enfermo incurable*, conferencia para la XIV Asamblea General PAV 2008, 25-27 de febrero de 2008.

el profesional no sabe cuál es la mejor solución y no quiere intervenir por temor de empeorar las cosas.

Para descubrir el problema del paciente es fundamental la "escucha activa".

Escuchar es un proceso diferente a oír de forma pasiva.

La escucha es un proceso activo en el cual se permite que el paciente pueda exponer su problema sin interrumpirlo ni realizar conclusiones prematuras. Esta escucha activa supone facilitar al paciente elementos importantes:

1. La expresión de sus ideas (de dónde piensa que ha venido su enfermedad, con qué lo relaciona) y preocupaciones ("tengo miedo a que sea...").
2. Qué espera de nosotros -expectativas- ("me gustaría que hiciera tal estudio..., para que me quedara tranquilo").
- 3.Cuál es su reacción emocional frente a la situación -sentimientos-.
4. Qué consecuencias se puede pensar -efectos-.

En este proceso es fundamental el respeto a los silencios. Por lo general el silencio asusta, no se sabe qué responder, se dan rodeos y se habla de temas triviales. Sin embargo, el silencio suele ser la expresión de la búsqueda interna, cuyo

resultado final casi siempre es importante: una nueva idea, un recuerdo, una conexión entre dos ideas.

Por todo ello debemos desarrollar la capacidad de contención, que es la habilidad de percibir y sostener la ansiedad propia o ajena sin pasar directamente a la acción. Esto supone ser capaces de seguir escuchando a pesar de sentirnos inquietos, ofreciendo tranquilidad a la vez que aceptamos nuestras propias limitaciones terapéuticas.

5. La comunicación de la "verdad global"

"La veracidad es el fundamento de la confianza en las relaciones interpersonales. Por lo tanto, podríamos decir que, en general, comunicar la verdad al paciente y a sus familiares constituye un beneficio para ellos (principio de beneficencia), pues posibilita su participación activa en el proceso de toma de decisiones (principio de autonomía). Sin embargo, en la práctica hay situaciones en las que el manejo de la información genera especial dificultad para los médicos. Ello ocurre especialmente cuando se tratan de comunicar malas noticias, como son el diagnóstico de enfermedades progresivas e incurables o el pronóstico de una muerte próxima inevitable. En esas circunstancias, no es inusual -especialmente en los países latinoamericanos- caer en una

actitud falsamente paternalista, que lleve a ocultar la verdad al paciente". [8]

Pero también una de las más frecuentes dificultades en la comunicación de la verdad global entre el médico y el paciente, se da porque el primero ha olvidado el lenguaje con el que éste, el paciente, conoce y se expresa sobre su organismo, sus dolencias, etc., pero no sólo en la expresión de un vocabulario técnico sobre la enfermedad sino también sobre la dimensión trascendente. Habitualmente en la relación médico paciente, no se le pregunta al paciente sobre sus convicciones religiosas, su relación familiar, su relación laboral y éstos son elementos fundamentales para comprender la visión del paciente e iniciar el proceso de la comunicación global.

La información que proporciona el médico debe ser, para algunos, totalmente neutra, para que no influya en la decisión del paciente; sin embargo, los médicos también tenemos la obligación moral de dar una orientación hacia la dimensión espiritual, iluminando conceptos, despejando dudas y temores para que el paciente opte por lo que de verdad sea su mayor bien.

"Existe la necesidad de reconocer que existen situaciones en las que podría ser prudente postergar la entrega de la información al paciente, en atención al principio de no-maleficencia, como podría ocurrir, por ejemplo, en el caso de pacientes con depresiones severas que aún no hayan sido adecuadamente tratadas. Por tanto, para que la comunicación de la verdad sea moralmente buena, se debe prestar siempre atención al qué, cómo, cuándo, cuánto, quién y a quién se debe informar". [9]

"La crisis que genera la aproximación de la muerte induce al cristiano y a la Iglesia a ser portadores de la luz de la verdad que sólo la fe puede encender sobre el misterio de la muerte.

La muerte es un suceso que introduce en la vida de Dios, respecto a la cual solamente la revelación puede pronunciar una palabra de verdad. Esta verdad va anunciada por la fe al paciente que está expirando. El anuncio 'pleno de gracia y de verdad' (Jn 1, 14) del Evangelio acompaña al cristiano desde el inicio hasta el término de la vida. La última palabra del Evangelio es la palabra de la vida que vence la muerte y abre el morir humano a una esperanza mayor". [10]

[8] TABOADA, Paulina, *El derecho a morir con dignidad y el concepto de muerte digna*, conferencia para la XIV Asamblea General PAV 2008, 25-27 de febrero de 2008.

[9] Ídem.

[10] PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES SANITARIOS, *Carta a los agentes sanitarios*, n. 130, 1995.

VIDA Y ÉTICA

La eficacia del buen cuidado, de la buena transmisión de la verdad global, es más bien una cuestión de humanidad que de técnica, ayudando a un buen morir, se puede enseñar y aprender a vivir.

"Es necesario, por consiguiente, evangelizar la muerte: anunciar el Evangelio al moribundo. Es un deber pastoral de la comunidad eclesial en cada uno de sus miembros, según la responsabilidad de cada cual.

El anuncio del Evangelio a quien se encuentra en el momento supremo de la vida tiene en la caridad, en la oración y en los sacramentos, las formas expresivas y actuantes privilegiadas". [11]

"El discípulo y misionero, movido por el impulso y el ardor que proviene del Espíritu, aprende a expresarlo en el trabajo, en el diálogo, en el servicio, en la misión cotidiana". [12]

Los últimos momentos de la vida de un paciente pueden constituir la mejor ocasión para ir lo más lejos posible en la relación con esa persona, tanto desde el equipo profesional de salud como, y más especialmente, desde los familiares. ¿Cuántos aprovechamos esta ocasión?

En lugar de enfrentarnos a la realidad de la proximidad de la muerte, nos empeñamos en aparentar que nunca llegará. Mentimos al otro, nos mentimos a nosotros mismos y, en lugar de hablar de lo esencial, en lugar de intercambiar palabras de amor, gratuidad y perdón, en lugar de apoyarnos mutuamente para cruzar juntos ese momento trascendental que supone la muerte de un paciente o de un ser querido, poniendo en común todo lo que hemos aprendido, todo el humor y el amor que el ser humano es capaz de desplegar para afrontar la muerte, en lugar de todo esto, lo que hacemos es envolver con silencio y soledad ese momento único y esencial de la vida.

El diálogo en la verdad es el camino para centrarse en la relación de ayuda en la persona en medio del sufrimiento. Acompañar a la persona enferma en la etapa final, a identificar sus necesidades, a dar nombre a sus emociones, a caminar siendo protagonista hacia el final de la vida, a vivir el propio morir con dignidad, es el objetivo del acompañamiento.

Vivir la propia muerte -como proceso de continuas pérdidas- será posible si se encuentra alguien alrededor que esté dis-

[11] *Ibíd.*, n. 131.

[12] CELAM, *Documento conclusivo de Aparecida*, Aparecida, 13-31 de mayo de 2007, 284-285.

puesto a pararse ante la vulnerabilidad y compartir la contemplación del misterio.

"En realidad, el misterio del hombre sólo se esclarece en el misterio del Verbo encarnado. El Hijo de Dios me amó y se entregó a sí mismo por mí" (Gál 2, 20). Padeciendo por nosotros, nos dio ejemplo para seguir sus pasos y además abrió el camino, con cuyo seguimiento la vida y la muerte se santifican y adquieren nuevo sentido.

Urgen al cristiano la necesidad y el deber de luchar, con muchas tribulaciones, contra el demonio, e incluso de padecer la muerte. Pero, asociado al misterio pascual, configurado con la muerte de Cristo, llegará, corroborado por la esperanza, a la resurrección.

Esto vale no solamente para los cristianos, sino también para todos los hombres de buena voluntad, en cuyo corazón obra la gracia de modo invisible. Cristo murió por todos y la vocación suprema del hombre en realidad es una sola, es decir, la divina. En consecuencia, debemos creer que el Espíritu Santo ofrece a todos la posibilidad de que, en una forma sólo por Dios conocida, se asocien a este misterio pascual.

Éste es el gran misterio del hombre que la Revelación cristiana esclarece a los fieles. Por Cristo y en Cristo se ilumina el enigma del dolor y de la muerte, que fuera del Evangelio nos envuelve en absoluta oscuridad. Cristo resucitó; con su muerte destruyó la muerte y nos dio la vida, para que, hijos en el Hijo, clamemos en el Espíritu: "¡Abba! ¡Padre!". [13]

CONCLUSIONES

El morir es solamente el proceso de la última fase de la vida: su momento final. Interpela, por tanto, la responsabilidad terapéutica del agente de la salud no menos que todos los otros momentos del vivir humano.

"Aunque la muerte no es pues un sufrimiento en el sentido temporal de la palabra, aunque en un cierto modo se encuentra más allá de todos los sufrimientos, el mal que el ser humano experimenta contemporáneamente con ella, tiene un carácter definitivo y totalizante". [14]

La persona enferma, incurable, no debe ser abandonada a su soledad y a la de su familia, sino que tiene que estar

[13] Cfr. CONCILIO VATICANO II, *Constitución apostólica Gaudium et spes*, 7 de diciembre de 1965, n. 22.

[14] Cfr. JUAN PABLO II, *Carta apostólica Salvifici doloris*, 11 de febrero de 1984, n. 15.

cuidada por sus médicos y por el resto del equipo de salud. Éstos, actuando e integrándose con la asistencia de los ministros religiosos, asistentes sociales, agentes de la caridad, parientes y amigos, le deben dar el soporte necesario para entender, aceptar y vivir la muerte, como un proceso que lo traslada a lo trascendente. Situación que sólo es posible si todo este proceso lo vive con una verdad global.

"Esta verdad debe ser defendida constantemente ante el progreso de las ciencias y de las técnicas médicas, que buscan la curación y una mejor calidad de vida para la existencia humana. En efecto, es un principio fundamental que la vida debe ser protegida y defendida desde su concepción hasta su ocaso natural. Como he recordado en la *Carta apostólica Novo millennio ineunte*: 'El servicio al hombre nos obliga a proclamar, oportuna e importunamente, que cuantos se valen de las nuevas potencialidades de la ciencia, especialmente en el terreno de las biotecnologías, nunca han de ignorar las exigencias fundamentales de la ética, apelando tal vez a una discutible solidaridad que acaba por discriminar entre vida y vida, con el desprecio de la dignidad propia de cada ser humano'" (n. 51). [15]

Entonces se evalúa que es necesario que el médico presente al paciente duran-

te todo el proceso de la enfermedad incurable y la muerte, la verdad global.

El proceso de enfermedad incurable hasta la muerte se podría dividir en tres fases:

1. Inicial: donde percibe la amenaza de la muerte.
2. Avanzada: implica cambios en estilo de vida, cada vez más evidentes.
3. Final: todos los pacientes ya saben que se acerca esta etapa.

Cada etapa tiene una dimensión especial, y en cada una la comunicación de la verdad médica y de la verdad global tendrá características especiales.

Pero para cada una de estas fases se debe estar preparado para ser solamente instrumentos de la acción de Cristo: "Cuando tal 'amenaza' se consume en la vida de una persona, en esta hora decisiva de su existencia, el testimonio de fe y de esperanza en Cristo del agente de la salud tiene un rol determinante. Abre en efecto nuevos horizontes de sentido, o sea de resurrección y de vida, a quien ve cerrarse la expectativa de la existencia terrena.

Más allá de todos los comportamientos humanos, ninguno puede dejar de ver la ayuda invaluable dada a los moribun-

[15] JUAN PABLO II, *Discurso de S.S. Juan Pablo II en la XI Jornada Mundial del Enfermo 2003*, op. cit.

dos y a sus familias, proveniente de la fe en Dios y de la esperanza en una vida eterna.

Brindar una presencia de fe y de esperanza es para médicos y enfermeras la más elevada forma de humanización del morir. Es más que aliviar un sufrimiento. Es saber utilizar el propio cuidado para 'hacerle fácil al enfermo retornar a Dios'. [16] Éste es el camino que debemos tomar los médicos, como agentes de salud, dando testimonio podremos anunciar la verdad global.

A pesar de este anuncio, la respuesta no siempre es igual, y requiere tiempo, por eso es importante comenzar desde la primera fase: en la comunicación médica de una enfermedad incurable, como instrumento del Redentor.

Pero este modelo, como explicó Mons. Sgreccia, es un modelo arduo, de gran esfuerzo para el profesional, porque personaliza la relación.

"A través de los siglos y generaciones se ha constatado que en el sufrimiento se esconde una particular fuerza que acerca interiormente el hombre a Cristo, una gracia especial. Cuando este cuerpo está gravemente enfermo, totalmente inhábil

y el hombre se siente como incapaz de vivir y de obrar, tanto más se ponen en evidencia la madurez interior y la grandeza espiritual, constituyendo una lección conmovedora para los hombres sanos y normales.

Esta madurez interior y grandeza espiritual en el sufrimiento, ciertamente son fruto de una particular conversión y cooperación con la gracia del Redentor crucificado. Él mismo es quien actúa en medio de los sufrimientos humanos por medio de su Espíritu de Verdad, por medio del Espíritu Consolador. Él es quien transforma, en cierto sentido, la esencia misma de la vida espiritual, indicando al hombre que sufre un lugar cercano a sí.

Pero este proceso interior no se desarrolla siempre de igual manera. A menudo comienza y se instaura con dificultad. El punto mismo de partida es ya diverso; diversa es la disposición, que el hombre lleva en su sufrimiento. Se puede, sin embargo, decir que casi siempre cada uno entra en el sufrimiento con una protesta típicamente humana y con la pregunta del 'por qué'. Se pregunta sobre el sentido del sufrimiento y busca una respuesta a esta pregunta a nivel humano". [17]

[16] PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES SANITARIOS, *Carta a los agentes sanitarios*, op. cit., capítulo III.

[17] Cfr. JUAN PABLO II, *Carta apostólica Salvici doloris*, op. cit., n. 26.

VIDA Y ÉTICA

Monseñor Sgreccia también grafica claramente este punto: "Es necesario siempre que el médico tenga en cuenta en su estrategia de comunicación la situación emotiva y las diversas fases psicológicas por las que pasa el enfermo. Es necesario que la verdad clínica se articule positivamente con las verdades antropológicas, con el sentido global de la vida.

El esfuerzo mayor está en presentar esta verdad en sentido salvífico, en construir un itinerario con el paciente durante la enfermedad y en proponer, donde sea posible, el anuncio de la Vida que no muere y la revelación de Cristo muerto y resucitado, presente y operante en cada hombre que sufre.

El moribundo aporta madurez y valor incluso a quienes están a su lado, se convierte en un maestro de vida. Todos los actos de amor que nos han sido donados los llevamos con nosotros. Nuestra vida espiritual no desaparece sino que florece, se enriquece en la eternidad". [18]

Nuevamente el buen samaritano es un ejemplo claro de los elementos que se han desarrollado: "La parábola del buen samaritano pertenece al Evangelio del sufrimiento. Indica, en efecto, cuál debe ser la relación de cada uno de nosotros con el prójimo que sufre.

No nos está permitido 'pasar de largo', con indiferencia, sino que debemos 'pararnos' junto a él. Buen samaritano es todo hombre que se para junto al sufrimiento de otro hombre de cualquier género que ése sea. Esta parada no significa curiosidad, sino más bien disponibilidad. Es como el abrirse de una determinada disposición interior del corazón, que tiene también su expresión emotiva. Buen samaritano es todo hombre sensible al sufrimiento ajeno, el hombre que 'se conmueve' ante la desgracia del prójimo. Si Cristo, conocedor del interior del hombre, subraya esta conmoción, quiere decir que es importante para toda nuestra actitud frente al sufrimiento ajeno. Por lo tanto, es necesario cultivar en sí mismo esta sensibilidad del corazón, que testimonia la compasión hacia el que sufre. A veces esta compasión es la única o principal manifestación de nuestro amor y de nuestra solidaridad hacia el hombre que sufre.

Sin embargo, el buen samaritano de la parábola de Cristo no se queda en la mera conmoción y compasión. Éstas se convierten para él en estímulo a la acción que tiende a ayudar al hombre herido. Por consiguiente, es en definitiva buen samaritano el que ofrece ayuda en el sufrimiento, de cualquier clase que sea. Ayuda, dentro de lo posible, eficaz. En ella pone

[18] SGRECCIA, Elio, *Información para el enfermo incurable*, op. cit.

todo su corazón y no ahorra ni siquiera medios materiales. Se puede afirmar que se da a sí mismo, su propio 'yo', abriendo este 'yo' al otro. Tocamos aquí uno de los puntos clave de toda la antropología cristiana. El hombre no puede 'encontrar su propia plenitud si no es en la entrega sincera de sí mismo a los demás'. Buen samaritano es el hombre capaz precisamente de ese don de sí mismo". [19]

El buen samaritano evaluó el contexto global: el hombre había sido asaltado en el camino de Jerusalén a Jericó, cómo era en ese tiempo ese camino no lo sabemos, pero seguro que el acto se produjo por las circunstancias externas, camino desprotegido, extenso, etc., (como nuestras sociedades) y no podía dejarlo ahí.

También lo acogió adecuadamente, le curó sus heridas, las vendó y al mismo tiempo lo escuchó, supo que otros (el sacerdote y el levita) habían pasado de largo. Estaba casi muerto, pero su solicitud, su compromiso, su testimonio, le reanimó. Por último lo llevó a la posada, busco el lugar adecuado. Todo esto implica que puso todo su corazón, su propio yo, es decir, su persona.

Este esfuerzo desde la compasión inicial hasta el compromiso del cuidar, implica la expresión de la verdad global. No se sabemos si el hombre se recuperó totalmente o finalmente murió por las heridas recibidas, pero indudablemente que la comunicación del buen samaritano le mostró una dimensión totalmente diferente: la vida plena y trascendente.

[19] Cfr. JUAN PABLO II, *Carta apostólica Salvici doloris*, op. cit., n. 28.