

El médico ante la muerte

Ángel FERNÁNDEZ DUEÑAS
Real Academia de Ciencias, Bellas
Letras y Nobles Artes de Córdoba

Cuando en el último día del simposio del pasado septiembre se nos comunicó el tema sobre el que habría de tratarse este año, inmediatamente supe cuál sería el contenido de mi trabajo. Y ello, no sólo por la experiencia acumulada tras más de medio siglo de dedicación a la Medicina, con lo que ello comporta, sino también por mi interés y preocupación por la muerte desde mi más tierna infancia, al haber vivido, con cuatro años, el fallecimiento casi simultáneo de dos hermanas.

Después, como nos sucede a todos, una larga lista de familiares, abuelos, tíos, primos..., presidida por el fallecimiento de mis padres y de una hermana... Y amigos, muchos amigos, algunos íntimos. Incluso yo mismo estuve muerto para muchas personas, en el obituario de unos diarios locales, que reproducían mi nombre y apellidos, referidos a otra persona.. Y pacientes míos pertenecientes, ya, a casi cuatro generaciones...

Mi primitiva intención de tratar sobre la muerte se tambaleó el día de mi marcha de El Escorial a Córdoba, que hube de rectificar hacia un pueblo, Zuheros, donde se celebraba el funeral del Dr. Arjona, compañero mío de Bachillerato, de Facultad, de Academias, de diaria convivencia.; una vida paralela al más puro estilo "plutarquiano".. Ya en Córdoba conocí la muerte de varios amigos, claustrales de nuestra Universidad y un mes después, a primeros de octubre, tuve la más desgarradora noticia de mi vida, cuando oí el fatal pronóstico del tumor cerebral que padecía mi único hijo médico. Gracias a Dios, el diagnóstico definitivo fue menos drástico y la evolución del proceso resultó, a la postre, totalmente satisfactoria.

Éstos y otros motivos de menor calado, aunque también relacionados con la enfermedad de personas cercanas, me indujo a replantearme mi intervención en este simposio. Finalmente, el nacimiento de mi cuarto nieto ha resultado ser el "antídoto" de mis indecisiones y hoy, cinco de mayo, me dispongo a comenzar la redacción de mi trabajo, *El médico ante la muerte*.

Todos los pueblos de todos los tiempos han creado su discurso mítico y su complejo ritual alrededor de los muertos y de la muerte, nacido, al fin y al cabo, de la valoración de la vida como única realidad, por lo que habría de tenderse siempre a transformar, a mixtificar a la muerte, pero nunca a aceptarla. Porque como E. Morin ha señalado, lo que constituye el *traumatismo de la muerte*¹ es la conciencia de que puede desaparecer el yo individual; es la idea de destrucción de la vida como despliegue en el mundo de la propia identidad.

La muerte aparece como el *desorden fundamental*; como algo que, rompe brutalmente la armonía y plenitud de las manifestaciones de la vida, desajustando la relación del grupo familiar, tema que ha sido materia de reflexión literaria y filosófica en los últimos siglos, si bien se han dado periodos en los que su consideración fue intencionadamente olvidada, cuando no reducida a despreocupada mención.

El hecho inapelable que angustia a los humanos desde la noche de los tiempos, la muerte, se ha volatilizado del espacio de la reflexión, ya que, algo tan concluyente como dejar de existir no encaja en este mundo frenético y frívolo. En la era de los videojuegos, donde siempre se puede empezar otra partida, la muerte se ha convertido en una excentricidad que hay que esconder, aunque el hecho indudable de su presencia nos hace vivir presa de un perpetuo temor al no poder discernir en qué recodo de la propia existencia, uno mismo, se convertirá en el muerto.

No obstante, un agnóstico confeso muy conocido y poco apreciado, afirmaba recientemente: “Estoy en paz con el más allá. No me provoca ninguna angustia. Ni siquiera persigo saber, creo que es un afán vanidoso del ser humano”, estúpida jactancia que merece la réplica que acuñara en el siglo XVIII el inglés Dr. Samuel Johnson: “Un hombre que no tiene un miedo cerval a la muerte es un cretino”, o este estoico comentario de Catón el Viejo: “No teme a la muerte quien sabe despreciar la vida”.

Pero, en definitiva, ¿qué es la muerte? ¿qué definición merece? Las escrituras sagradas indias de los Vedas, con casi cinco mil años de antigüedad, la exalta y la definen: “Honor a la muerte, hacedora del fin”. Confucio se pregunta: “Si todavía no conocemos la vida, ¿cómo podremos conocer la muerte?” Cicerón ya la compara con el sueño. Escribe: “La muerte nos lleva a la calma y al profundo sueño de que gozábamos antes de venir al mundo”, comparación que suscribe nuestro Calderón de la Barca y que copia Napoleón: “La muerte es un sueño sin ensueños”, dice. Shakespeare, duda pero incide en el similitud: “Morir, dormir.

¹ MORIN, E., *L'homme et la mort dans l'histoire*, Mouton, París 1963.

¿Dormir? Tal vez soñar” y nuestro Dr. Marañón para definirla, rima los verbos vivir, existir, crear, gozar, sufrir, dormir, soñar, descansar y morir, en este corto y enjundioso poema: Vivir no es sólo existir,/sino existir y crear,/saber gozar y sufrir/y no dormir sin soñar./ Descansar, es empezar a morir. Y para terminar esta serie de opiniones sobre la muerte, no me resisto a citar algunas definiciones de Gabriel Miró, el autor alicantino de novelas líricas y poemas en prosa: “Quietud de las memorias”, “fusión del cuerpo como la niebla”, “deshacimiento de la vida en humo”, “gustosa delicia de no sentirse a sí mismo”, “silencio eterno”, “silencio que resuena”...

El filósofo Ernest Renan afirma que la muerte es el acto más importante de nuestra vida y ese mismo concepto deducimos en algunos autores españoles estudiados.

Unamuno, en una de las épocas en que el problema de la muerte no era “serio” e incluso descalificado como intelectual por sus raíces arcaicas, tuvo la gallardía de plantearlo haciendo de su filosofía una *meditatio mortis*, como Platón recomendara.

De Baroja, escritor y médico, dice Laín Entralgo² que, a pesar del habitual sarcasmo irónico que vierte en sus escritos, hay que considerar con atención y profundidad lo que era serio para él, que eran cuatro cosas: la muerte, la ciencia, la melancolía y, sobre todo, la vida misma. La muerte para Baroja fue cosa tan seria, que, para él, sólo mueren aquellos de sus personajes que, con su vida, se hicieron acreedores a que, el supremo acto humano que es la muerte, sea literariamente recordada, eso sí, con descripciones serias y concisas, que escribe, apostilla el Prof. Laín, “casi con la esquelética prosa de un certificado de defunción”.

A pesar del culto a la vida que destila la obra literaria de Gabriel Miró, es posible apreciar su preocupación por la muerte. Primero en sentido metafórico, luego en un plano sobrenatural, la muerte para él es misterio e imposición sobrehumana y ante ella adoptará una actitud de rebeldía, de lucha abierta, contra el hecho mismo de su existencia. Afirma el doctor Albarracín al respecto: “Enfrentada a la mera agonía filosófica y metafísica, que por los mismos años, muestra Unamuno en sus escritos, yo veo en la agonía de Gabriel Miró contra la muerte, tres ingredientes: la *vocación* por la vida, el *miedo físico* y el *temor al aniquilamiento metafísico*. A partir de 1907, la rebeldía frente a la muerte no va a aparecer en la obra de Miró. En su final resplandece una

² LAÍN ENTRALGO, P., “Baroja y la muerte”, en *Jano*, 647-H (marzo 1985) 75-76.

serenidad metafísica, que le acompañaría hasta su último trance. Desde la rebeldía juvenil hemos llegado a la resignada aceptación de la edad madura”³.

Julián Marías ha dedicado al tema de la meditación de la muerte muy profundos y sugestivos comentarios, que pudiéramos compendiar en su interés en presentarla como un necesario complemento de la vida humana, hasta el punto de que no cabe meditación acerca de la una sin la correspondiente sobre la otra:

“La muerte es, sin duda, el horizonte de la vida humana; la mayor parte de los pueblos han tenido la esperanza de sobrevivirla, pero el cristianismo la pone en primer plano (...) La visión del hombre que se deriva de la fe cristiana, no pretende omitir la muerte, que es un supuesto decisivo de nuestra realidad; nos pone frente a ella como una puerta abierta hacia un destino, que está, en cierto modo en nuestras manos, que depende de nuestra libertad”⁴.

La muerte constituye sin duda una de las preocupaciones más agudas del pensamiento de Julián Marías. Afirma que el hombre sólo puede vivir humanamente si sabe a qué atenerse respecto de la muerte; sin embargo, no es un filósofo “mortalista”, que conceda máxima importancia a la muerte hasta concebir al hombre como un ser abocado a ella, a la manera de Heidegger. Al contrario, Marías es un pensador vitalista: considera que la muerte es intrínseca a la vida, que ha de interpretarse desde ella porque la vida adquiere sentido gracias a que somos mortales.

La reacción más extendida en nuestra época es la de olvidar la muerte para conseguir ser felices, pero, aunque parezca que la muerte convierte en problemática la felicidad, el citado filósofo más bien piensa que aquella acaba siendo un elemento favorable a la experiencia de ser feliz, pues la muerte no es, en rigor, una experiencia aterradora sino que puede ser considerada como una certeza positiva en tanto que configura globalmente la vida, la intensifica; nos ayuda a valorar lo que elegimos y a descubrir aquello que vale por sí mismo⁵.

Expuestos ya estos necesarios prolegómenos, adentrémonos en la postura del médico ante la muerte⁶. Ya ha quedado dicho que la sociedad actual tiende a

³ ALBARRACÍN TEULÓN, A., “Gabriel Miró. “La rebeldía juvenil ante la muerte”, en *Jano*, 647-H, (marzo 1985) 79-83.

⁴ MARÍAS, J., *Cristianismo y cultura en Europa*, Ed. Rialp, Madrid 2005.

⁵ HIDALGO NAVARRO, R., *Julián Marías y la muerte*, lulu. com, 2009.

⁶ RIBERA CASADO, J.M., “Reflexiones sobre el conocimiento de la propia muerte”. **I.** Introducción, *Jano*, 464, 1981, pp. 40-43. **II.** Los elementos del problema: el paciente, *Jano*, 466, 1981, pp.45-48. **III.** Los elementos del problema: la familia, *Jano*, 468, 1981, pp. 36-38.

eludir el planteamiento de la muerte de uno mismo como objeto de reflexión. Tiende incluso a ignorar al enfermo terminal, ya que la certidumbre de la muerte cercana, desazona, molesta. El médico, que ha de mantenerse en permanente contacto con el sufrimiento y con la muerte ajenos, no debe limitarse a observar ante ellos una actitud fríamente profesional y volver la espalda a los problemas antropológicos que aquellos comportan, ya que, a lo largo de su vida, habrá de tener ocasión de enfrentarse a la muerte de un ser cercano, que le hará reflexionar en su actuación ante el problema.

Ante esto, hemos de preguntarnos cual postura es ética y cual no; cuál la que conviene a la conciencia y a la conducta, tanto del enfermo como de sus familiares y, evidentemente, a la del propio médico, actores todos del drama que va a aparecer más o menos inmediatamente.

En cuanto a éste, que ha diagnosticado el proceso y que ha establecido un fatal pronóstico, va a ser el centro de atención de todos, porque de él, en gran parte, van a partir las decisiones a tomar en cuanto a la *comunicación de la noticia*, primer paso en su actuación.

Vaya por delante que, en general, el médico se encuentra incómodo, en estas situaciones por falta de preparación específica ya que, formado para curar enfermos, se encuentra, de pronto, enfrentándose a la muerte, postura que, incluso puede crearle⁷ la tentación de evadirse del problema. Más, casi siempre, triunfará su profesionalidad y su humanitarismo, colocándose en el centro de la escena y erigiéndose en el “maestro de ceremonias”, que señalará el protocolo de actuación de todas las partes implicadas. Representará el papel de médico-amigo, que trasciende la amistad con su aportación profesional, en un papel casi mítico, semejante al de los hechiceros de las tribus primitivas. Afirma el Dr. García-Sabell al respecto⁸: “Somos los que acompañamos al enfermo sin poseer todas las claves de sus padecimientos; sin llegar a la realidad última y alquitarada de lo morboso. Por eso, nuestra compañía tiene más valor. Somos los que dan la mano”. Esa mano que simboliza mejor que

IV. Los elementos del problema: la enfermedad, *Jano*, 470, 1981, pp. 45-49. V. Los elementos del problema: el médico, *Jano*, 472, 1981, pp. 50-52. VI. Normas y costumbres, *Jano*, 476, 1981, pp. 29-34. VII. Encuesta sobre la propia muerte: objetivos y sistemática seguida, *Jano*, 478, 1981, pp. 30-34. VIII. Encuesta sobre la propia muerte: resultados generales, *Jano*, 481, 1981, pp.26-31. IX. Encuesta sobre la propia muerte: los porqués, *Jano*, 483, 1981, pp. 14-18, X. Recapitulación a modo de conclusiones, *Jano*, 484, 1981, pp. 14-20.

⁷ SILVER, R.T., “El paciente moribundo: punto de vista de un clínico”, *A. J. Med.* (ed. española) 11: 224, 1980.

⁸ GARCÍA-SABELL, D., “El médico enfermo”, en *Jano*, 456 (mayo1980) 88-92.

ningún otro signo cuál debe ser el verdadero lugar del médico en esos momentos⁹.

Analicemos ahora el comportamiento de la otra parte implicada: La gente en general, no suele reverenciar a los médicos, pues si bien pudo haber un tiempo en que éstos ejercían una acusada influencia tanto en sus pacientes como en la sociedad en general, hoy día, desgraciadamente, el trato que sufren por parte de familiares y, a veces, de los propios enfermos, no es precisamente amistoso. Pudiera asegurarse, en frase alguna vez leída, que el puesto del médico en la sociedad ha pasado “del pináculo a la picota”.

Afirma, tal vez algo exageradamente, Osmond¹⁰, que sólo aquellos pacientes que han visto próxima la muerte o, simplemente, que hayan padecido una enfermedad grave, tienen idea del respeto que se debe tener hacia el médico. Igualmente, si el propio personal sanitario, médicos y enfermeras, hubieran vivido semejantes experiencias, tenderían más fácilmente a empatizar con sus pacientes.

Hay que aceptar, sin embargo, en alguna ocasión, el comentario del Dr. Norman Cousin: “Muchos médicos son, sin darse cuenta, *agentes del pánico* (“panic producers”). No se percatan que sus formas de comportarse y emitir juicios les colocan en una posición que conduce a auténticas sentencias de muerte”¹¹.

De todas formas, todo dependerá al fin, en ambos casos, del factor personal. En lo que respecta al médico, la influencia que pueda ejercer sobre enfermos y familiares, vendrá determinada por la que Petterson califica “autoridad esculapiana” (*Aesculapian Authority*), que es, ni más ni menos, que la conjunción de tres factores: autoridad sapiencial, autoridad moral y autoridad carismática.

La primera, la *sapiencial*, deriva, naturalmente, de sus conocimientos y experiencia y es, por tanto, absolutamente personal; en base a ella puede informar e instruir, pero no ordenar. La autoridad *moral* confiere al médico la facultad de dirigir y controlar, derivada de la recta y favorable razón de su labor, en definitiva de su actitud ética y, finalmente, la autoridad *carismática*, proveniente, según Petterson, de una gracia concedida por Dios y que recuerda a la unidad original existente entre religión y medicina desde el inicio de la

⁹ FERNÁNDEZ DUEÑAS, A., “Aproximación a un antropología de la mano: las manos del médico”, en *Boletín de la Real Academia de Córdoba de Ciencias, Bellas Letras y Nobles Artes*, 113 (1958) 5-18.

¹⁰ OSMOND, H., “God and the Doctor”, en *New Eng J Med*, 302, 555, 1980.

¹¹ Entrevista con Norman Cousin publicada en *Lancet* II, 6, 527, 1980.

humanidad y que aún hoy persiste en algunas partes del mundo. La “autoridad esculapiana”, ese título intangible que muchos médicos han poseído y poseen, no se alcanza ni en Facultad ni en ceremonia algunas, sino que se va adquiriendo a lo largo de los años en la universidad de la vida.

Entremos ya a analizar qué tipo de consideraciones hemos de hacer antes de adoptar una decisión sobre la aludida “comunicación de la noticia”. Por supuesto, se ha de tener muy en cuenta a los necesarios copartícipes de la determinación a adoptar, que son paciente, familia y enfermedad de que se trate, interesándose por todas las circunstancias del caso de una manera plenamente humana, “creando el espacio interior que le haga vulnerable al médico-hombre y obedezca el imperativo moral de profundo respeto a la persona”¹², objetivo que puede lograrse intentando colocarse en el lugar del enfermo, como me comentaba casi en su lecho de muerte, mi gran amigo y compañero, el Dr. Añón, ya condenado por una leucemia inmisericorde, actitud que Kart Rahner plantea al hombre-médico, desde una perspectiva teológica “¿Qué es la muerte? Pregunta del médico que despide con la mirada al hombre a quien ha consagrado sus cuidados; pregunta del médico que ve venir su propia muerte y que vive prestando ayuda a hombres cuyo destino es morir”¹³.

Partiendo de la base de que en el tema que tratamos no existen normas generales, sino que la actuación a seguir variará según sea el médico, el paciente y las circunstancias, sí que pueden esbozarse una especie de condiciones necesarias en la actuación del profesional, presididas por supuesto, por una conducta ética y, al mismo tiempo respetuosa con las creencias y las necesidades humanas del que va a morir. Dichas condiciones habrían de ser la profunda reflexión previa antes de tomar ninguna decisión: Cautela y prudencia extremas en todas nuestras manifestaciones. Paciencia. Desterrar la prisa. No mentir nunca; si acaso y ello es posible, ocultar la verdad o dulcificar las explicaciones que nos demanden y analizar todos los factores relacionados con la enfermedad. Tener siempre en cuenta que hablar con el enfermo suele tener siempre un valor terapéutico si la conversación está basada en la verdad.

En nuestro inexcusable diálogo, intentaremos conocer, sus deseos, su grado de entereza, su actitud ante la vida y la muerte, sus creencias, pues como dice Congar “según la fe y la esperanza cristianas -y el cristianismo es todavía

¹² ABEL, F., “Eugenesia y distanasia (aspectos éticos del progreso biomédico)”. Conferencia pronunciada en Madrid en septiembre de 1979.

¹³ RAHNER, K., “Reflexiones sobre la muerte”, en *Ética y Medicina*, Ed. Guadarrama, Madrid 1972, p. 313.

vivido como algo sincero y profundo en bastantes sectores de nuestra sociedad- el hombre debe asumir su muerte. Al hacerlo confiere un sentido y un valor positivos a lo que, desde el punto de vista puramente natural, es el fracaso de su sentido, algo que escapa a la mente humana”¹⁴. Finalmente, si el enfermo sospecha su situación y manifiesta expresamente deseos de conocerla, no queda otra opción que recorrer juntos, enfermo, médico y familia, la aventura de compartir la verdad¹⁵.

Hay quien cree posible convencer a las personas de que la muerte es parte de la vida y quien, por el contrario, arguye que incluso siendo esto cierto, no es éste el momento adecuado para enseñarlo¹⁶. En todo caso, el enfermo -y más el enfermo grave y el enfermo terminal- tiene que superar grandes dificultades para acceder a la necesaria autocomprensión. El tremendo choque existencial que representa el conocimiento de la proximidad del fin sólo presentará efectos benéficos si tiene lugar una auténtica catarsis, que sólo puede alcanzarse con el sufrimiento, representado por las oscilaciones entre la esperanza sin fundamento y la desesperación abatida. Llegados a este punto conviene introducir la distinción lainiana entre espera y esperanza¹⁷, pues en sentido estricto, la actitud ante el hecho de la vida y la muerte puede ser la propia de la “resolución desesperanzada” del ateo y de la “espera circunspectiva” del burgués.

Con respecto a la familia, el médico debe de mantenerse muy en contacto con ella, que le suministrará información acerca de aspectos como costumbres,

¹⁴ CONGAR, Y., “¿Se debe revelar al enfermo la gravedad de su estado?, en *Ibid*, p. 227.

¹⁵ SIMPSON, M.A., “Planning for terminal care”, en *The Lancet*, 24, julio, 1976, p. 192: “...Las preferencias, credos, estilo de vida y filosofía del paciente terminal deben ser comprendidos y tenidos en cuenta. Esto significa que no nos podemos regir por unos patrones rígidos (...) Cada paciente debe tener su propio plan -expresión de sus deseos- y se le deberá dar, abierta y honestamente, toda la información que solicite, expresándola en una forma comprensible. Esto no quiere decir que a los pacientes se les deba comunicar siempre su diagnóstico, pero sí darle todas las facilidades para alcanzar todo cuanto desee saber y cuando desee saberlo”.

¹⁶ SILVER, R.T., o.c.

¹⁷ LAÍN, P., “La espera y la esperanza”. Alianza, Madrid 1984, p. VIII: La espera, según la definición lainiana, es un hábito de la naturaleza humana consistente en la necesidad vital de desear, proyectar y conquistar el futuro. La esperanza es igualmente un hábito de la naturaleza del hombre por obra del cual éste confía de modo, más o menos firme en la realización de las posibilidades de ser que pide y brinda su esfera vital. Asegura Laín Entralgo que la esperanza -que en el mundo del sufrimiento ha de ser una síntesis de confianza, paciencia, también miedo pero nunca resignación- es el factor humano terapéutico más importante. Sin esperanza, la vida no sería vida; carecería de sentido de sí misma porque vida y desesperación son antagónicas. La *praemeditatio mortis* -aconseja- que puede ser motivo de desesperación, acaba siempre haciéndose venero de esperanza genuina. Y resume así su pensamiento: “Tantas veces alguien trate de entender con cierta integridad la vida humana, aparecerá ante sus ojos el tema de la espera y la esperanza.

hábitos y deseos del paciente, que van a contribuir al conocimiento del mismo y al par, él les orientará respecto a la ayuda que ésta puede proporcionar al enfermo e insistirles en su indiscutible protagonismo.

Siempre, las primeras inquietantes preguntas que van a suscitarse, van a ser el **cuándo** y el **cómo**. Respecto al cuándo siempre nos podemos agarrar al lado bueno de la estadística, y en relación con el cómo, deberemos eludir las respuestas muy directas, haciendo ver algo tan real como que las posibilidades son muy amplias y rebasan el marco del propio diagnóstico.

El diálogo ha de ser extenso, preparado de antemano, debiendo existir de un paralelismo entre la actitud del médico y la que puede exigir al enfermo. Esto significará que el médico se ha solidarizado en lo más íntimo con su paciente.

En suma, el médico deberá hacer equipo con el enfermo, con su familia y con su enfermedad. Tareas del médico a lo largo de ese camino serán las de aliviar los dolores físicos y los males morales, estimular en la lucha por superar lo que se aproxima, relajar tensiones y ansiedades, prever y adelantarse a las vicisitudes y complicaciones que en cada momento puedan ir surgiendo y, en último tiempo, asumir ese papel de la “mano amiga” -que diría García Sabellmano que nunca abandona y que siempre se encuentra dispuesta para proporcionar seguridad, calor y compañía¹⁸.

Pero abordemos otra cuestión más personal y por tanto, más comprometida: ¿Cómo se enfrenta el médico con su propia muerte? Ver morir a los demás ¿trae consigo alguna variación en el final de sí mismo? Podemos encontrar dos actitudes diferentes: una, semejante a cualquier otra persona u otra, de forma peculiar por razón de su oficio. Analicemos cada una de ellas.

Cuando el médico se autodiagnostica una enfermedad, que considera que puede ser terminal, tiene dos posibilidades: confiarse a un compañero para que ratifique el diagnóstico y dirija su tratamiento, que es lo más frecuente, o tomar un absoluto protagonismo en el proceso.

En el primer caso, aunque al principio tome una actitud totalmente pasiva, pronto dejará de resignarse a ser solamente enfermo y no podrá resistirse a contrastar opiniones con su médico -al que considera más que como tal, como compañero- sobre síntomas, evolución y tratamiento de su enfermedad Y entonces, en tanto el *médico-médico* pretende que su compañero siga siendo

¹⁸ LEÓN, A., *La muerte y el morir*, Ed. Lagoven, Caracas 1980, p. 201.

médico-enfermo (the Doctor-patient, que dicen los anglosajones), éste tiende a recuperar su primacía perdida. Y más marcada será esta “rebelión” cuando el paciente posea esa “autoridad esculapiana”, que más atrás definíamos, en razón de su sapiencia, de su autoridad moral y de su carisma¹⁹.

En este caso, el resultado de esta guerra no declarada entre el curador y el paciente puede llegar a ser desastroso, si éste no prescinde de su bien ganada jerarquía profesional, renuncia difícil de aceptar pues no es fácil desposeerse de su propia identidad, de su especificidad excelsa. Y, sin embargo, si consigue hacerlo, si aprende a no esgrimir su sapiencia y a refrenar su carisma; si, en definitiva, aprende a **estar** enfermo (el **serlo** se aprende a la fuerza) o lo que es lo mismo, a abandonarse totalmente a los demás en una actitud que no supone pasividad sino confianza plena, hará constancia de su saber convivir con la enfermedad, de su grandeza humana.

Si nosotros, los médicos, ante un morbo que no podemos curar, enseñamos a nuestros enfermos a aceptar el sufrimiento, incluso en el último trance, a asumir la muerte, podremos hacer otro tanto si atinamos de una vez a despojarnos de nuestros saberes y de nuestras potencias carismáticas. En una palabra, si admitimos la enfermedad y todas sus consecuencias con confianza incondicionalmente entregada.

Tratemos ahora la otra actitud posible en el médico enfermo: la de no recurrir a ningún colega y tratarse por sí mismo, dramática situación bastante frecuente en los casos en los que el clínico sabe que su dolencia es mortal. ¿Cuál es su toma de posición entonces?

En bastantes ocasiones, en más de las que pueda pensarse, el profesional de la Medicina se dejará morir ante la certeza de su seguro final, rodeado de sus familiares y amigos, negándose a ser sometido a exploraciones innecesaria y a tratamientos ineficaces, aceptando la muerte irremediable con la dignidad que de él se espera, tanto desde el punto de vista profesional como humano; dignidad que va adquiriéndose y afianzándose a lo largo de una vida de entrega a los demás, siempre en nombre de algo, que, según el Dr. García Sabell “se llama espíritu, o trascendencia. En cualquier caso, elegancia última”²⁰.

Ya llego al final. Más no puedo dejar de citar, siquiera, una médico: la doctora Elisabeth Kübler-Ross. Un libro: *la muerte un amanecer*²¹. Un proyecto:

¹⁹ En un trabajo de Osmond y Siegler se compara muy agudamente la situación del “médico del médico” con la del confesor del Papa, con la diferencia -dicen ambos autores- de que la Iglesia define escrupulosamente lo que la medicina deja en una penumbra ambigua, a saber, los respectivos papeles y alcances de cada uno de ambos personajes.

²⁰ GARCÍA SABELL, D., o.c.

²¹ KÜBLER-ROSS, E., *La muerte: un amanecer*, E. Luciérnaga, Barcelona 1993.

Meditar profundamente sobre el contenido de esta obra, que podría calificarse como el testamento de su autora, intuyendo la adquisición de nuevos conocimientos y quién sabe si adquiriendo certezas deseadas sobre la vida después de la muerte.

BIBLIOGRAFÍA

- ABEL, F., “Eugenesia y distanasia (aspectos éticos del progreso biomédico”. Conferencia pronunciada en Madrid en septiembre de 1979.
- ALBARRACÍN TEULÓN, A., “Gabriel Miró. “La rebeldía juvenil ante la muerte”, en *Jano*, 647-H (marzo 1985) 79-83.
- AUER, A., “El médico y la verdad”, *Ética y Medicina*, Ed. Guadarrama, Madrid 1972, pp. 72-73.
- CONGAR, Y., “¿Se debe revelar al enfermo la gravedad de su estado?, en *Ética y Medicina*, E. Guadarrama, Madrid 1972, p. 227.
- FERNÁNDEZ DUEÑAS, A., “Aproximación a una antropología de la mano: las manos del médico, en *Boletín de la Real Academia de Ciencias, Bellas Letras y Nobles Artes de Córdoba*, 113 (1987) 5-18.
- FERRATER MORA, J., *El ser y la muerte*, Ed. Planeta, Barcelona 1979.
- Entrevista con Norman Cousins publicada en *Lancet* II, 6, 527, 1980.
- GARCÍA-SABELL, D., “El médico enfermo”, en *Jano* (mayo 1980) 88-92.
- GIL, E., “La muerte en otras culturas”, en *Jano*, 654-H (5.VI.1985) 37-46.
- HIDALGO NAVARRO, R., *Julián Marías y la muerte*, lulu. com, 2009.
- KÜBLER-ROSS, E., *La muerte: un amanecer*, Ed. Luciérnaga, Barcelona 1993.
- LAÍN ENTRALGO, P., “La espera y la esperanza”, Alianza, Madrid 1984.
- LAÍN ENTRALGO, P., “Baroja y la muerte”, en *Jano*, 647 (marzo 1985) 75-76.
- LEÓN, A., *La muerte y el morir*, Ed. Lagoven, Caracas 1980, p. 210.
- MARÍAS, J., *Cristianismo y cultura en Europa*, Ed. Rialp, Madrid 2005.

- MONTIEL, L., “La muerte del médico: El doctor Antoine Thibault”, en *Jano*, 648-H (marzo 1985) 69-82.
- MORIN, E., *L'homme et la mort dans l'histoire*, Mouton, París 1963.
- OSMOND, H., “God and the Doctor”, en *New Eng J Med*, 3o2, 555, 1980.
- RAHNER, K., “Reflexiones sobre la muerte”, en *Ética y Medicina*, Ed. Guadarrama 1972, p. 313..
- RIBERA CASADO, J.M., “Reflexiones sobre el conocimiento de la propia muerte”. **I.** Introducción, *Jano*, 464, 1981, pp. 40-43. **II.** Los elementos del problema: el paciente, *Jano*, 466, 1981, pp.45-48. **III.** Los elementos del problema: la familia, *Jano*, 468, 1981, pp. 36-38. **IV.** Los elementos del problema: la enfermedad, *Jano*, 470, 1981, pp. 45-49. **V.** Los elementos del problema: el médico, *Jano*, 472, 1981, pp. 50-52. **VI.** Normas y costumbres, *Jano*, 476, 1981, pp. 29-34. **VII.** Encuesta sobre la propia muerte: objetivos y sistemática seguida, *Jano*, 478, 1981, pp. 30-34. **VIII.** Encuesta sobre la propia muerte: resultados generales, *Jano*, 481, 1981, pp.26-31. **IX.** Encuesta sobre la propia muerte: los porqués, *Jano*, 483, 1981, pp. 14-18, **X.** Recapitulación a modo de conclusiones, *Jano*, 484, 1981, pp.14-20.
- SILVER, R.T., “El paciente moribundo”, en *A. J. Med.*, 11: 224, 1980.
- SIMPSON, M.A., “Planning for terminal care”, en *The Lancet*, 24, julio, 1976.
- VENTOSO, L., “El apagón”, en *ABC*, sábado, 22.II.2014, p.12.