



Esperanza y enfermedad

Pedro Laín Entralgo

Conferencia pronunciada en la sesión de apertura
del Congreso Iglesia y Salud

Como simple maestrillo, como hombre vocacional y profesionalmente dedicado a leer y a enseñar con palabras, voy a hablar esta tarde a quienes consagran su vida a aliviar, acaso a orientar el sufrimiento de los demás, y mi tema va a ser la relación que entre sí tienen o pueden tener la enfermedad y la esperanza. Seré, pues, maestrillo y aprendiz.

Va a ser mi punto de partida la tesis siguiente: puesto que vivir es, entre otras cosas, moverse hacia el futuro, el hombre, mientras vive sobre la tierra, no puede no esperar, aunque su espera no siempre pueda ser esperanzada.

¿También en el caso del suicida? El suicida ¿puede esperar algo? Hasta su muerte, el suicida espera que sea eficaz el recurso que emplea para quitarse la vida, que su revólver funcione o que el veneno realmente lo sea. ¿Y después de su muerte? Tal vez así acontezca en el caso de quien se suicida con voluntad de aniquilación, lo cual plantea el enorme problema de saber lo que "la nada" es para el hombre en general y para cada hombre en particular. Pero acaso no lo sea en quienes se quitan una vida que no pueden soportar, y más o menos vagamente creen que hay otra vida después de la que se quitan. No es éste, sin embargo, mi problema.

Brevemente quiero considerar, no obstante, la realidad de los hombres que reniegan de la esperanza, que incluso abominan de ella, pero que no deciden suicidarse. Pues bien: digan lo que ellos digan, estos hombres esperan. He aquí el ejemplo de Sartre, el pesador que de modo más rotundo y sistemático ha negado al hombre "auténtico" la licitud de esperar con verdadera esperanza. "Una pasión inútil", llamó Sartre a la vida humana. No obstante lo cual, como creo haber demostrado en mi libro *Esperanza en*

tiempo de crisis, el hombre Sartre esperó. En tanto que vida humana, su vida pudo más que su doctrina.

Conclusión inicial: el enfermo que no quiere suicidarse ni que acaba con su vida, espera. Qué y cómo espera, habrá que verlo. Para lo cual es necesario saber cuál es el estado vital desde el que él espera. Con otras palabras: qué es para él el hecho de estar enfermo.

Un examen detenido del sentimiento de enfermedad -cómo el enfermo siente su estado, sea cualquiera la dolencia que sufre: cáncer de pulmón, gripe, fractura de fémur o úlcera de estómago-, permite deslindar en él, entre otras cosas, varias vivencias elementales.

En primer término la *invalidez*. La enfermedad lleva siempre consigo un "no poder": no poder andar, no poder digerir tales o cuales alimentos, no poder salir de casa. Aceptada con callada resignación o soportada con íntima rebeldía, la invalidez del enfermo viene expresada por la palabra que más frecuentemente designa su estado, porque el término "enfermedad", *infirmas*, nombra la carencia de firmeza y poder para hacer normalmente la vida.

La enfermedad genéricamente es invalidez, lo cual conduce a una situación psicológica que se da en muchos enfermos y que estoy seguro que vosotros/as los que atendéis enfermos habéis visto.

En segundo lugar, la *molestia*, sea ésta un vago dolorcillo, una sensación de náusea o vértigo, un picor excesivo, o llegue a ser el dolor insoportable del cólico nefrítico o la neuralgia de trigémino.

Junto a la invalidez y la molestia está la *amenaza*. Incluso el enfermo leve siente que su vida está amenazada. ¿Quién puede excluir que su enfermedad se prolongue y se agrave? En su grado máximo, la amenaza se halla dirigida contra la vida misma; es la "muerte biológica", el término total y definitivo de la existencia terrena. Pero además de la muerte biológica hay otra, que he propuesto llamar "muerte biográfica", esa que acontece cuando el enfermo, como consecuencia directa de su enfermedad, pierde una de las posibilidades de su realización personal en el mundo. Dígase si no han muerto biográficamente el violinista a quien una mano se le queda parálitica o el cantante al que una afección laríngea quita definitivamente la posibilidad de cantar.

He dado el nombre de *succión por el cuerpo* a una cuarta nota del sentimiento de estar enfermo. Las enfermedades son todas del cuerpo. Llamar "enfermedades del espíritu" (*Geisterkrankheiten*) a las mentales o psiquiátricas, como hacen los alemanes, es un error de principio. Razón por la cual todo enfermo se siente forzado a concentrar permanentemente en su cuerpo toda o casi toda su atención. Unas veces hacia una parte de él, la que especialmente le molesta o le duele: otras hacia todo él, porque a todo él afecta la perturbación morbosa, cuando es la cenestesia, el *sentimiento* de la totalidad del cuerpo, la que principalmente se halla alterada. De ahí la íntima soledad en que de ordinario vive el enfermo. Solo e inválido, necesita ayuda y compañía: pero ésta sólo será psíquicamente eficaz cuando quien la presta sepa ocultar cuidadosamente la superioridad vital que el hecho de estar sano le concede. Muy bien conocen esto las buenas enfermeras.

La enfermedad, en fin, puede ser vivida como *recurso*. "No hay mal que por bien no venga", dice nuestro pueblo, y así sucede cuando una dolencia leve nos libra de cumplir un deber penoso, como caso supremo, en las neurosis subconscientemente consecutivas a lo que los médicos llaman "huida de la enfermedad".

Invalidez, molestia, amenaza, succión por el cuerpo, recurso: todo esto se da o puede darse en el estado de enfermedad. Pero el hombre no se limita, cuando enferma, a vivir su enfermedad; también la interpreta, otorga un sentido al hecho de padecerla; y por sí mismo o como partícipe de una mentalidad histórico-social, así lo hace el enfermo de un modo más o menos consciente y explícito. En tanto que expresiones de la mentalidad de que en tal cual medida se es tributario, cuatro pautas interpretativas pueden ser distinguidas a este respecto en la historia de la humanidad: el castigo, la prueba, el azar y el reto.

En el *período arcaico* de todas las culturas, la enfermedad -más genéricamente: el dolor, la desgracia- es interpretada como *castigo*: el hombre cae enfermo por haber transgredido culposamente la ley religiosa y moral vigente en el grupo humano a que pertenece.

Que esto aconteció en las culturas semíticas, elocuentemente lo manifiestan dos hechos, uno perteneciente a la antigüedad asirio-babilónica y tocante el otro al pueblo de Israel. Cuando en Assur un hombre caía enfermo, el sacerdote-médico comenzaba su tarea sometiéndole a un interrogatorio muy semejante a los que la vieja ascética cristiana proponía a los fieles para ayudarles en el examen de conciencia: "¿Has usado falsas balanzas? ¿Has dicho sí por no? ¿Has malquistado al hijo contra el padre?" Y de las respuestas se colegía de qué modo el enfermo había merecido su enfermedad. Por su parte, como israelitas popularmente tradicionales, así pensaban los discípulos que ante el ciego de nacimiento preguntaron a Jesús: "Maestro, ¿quién ha pecado para que este hombre haya nacido ciego, él mismo o sus padres?" (Jn 9,2). Otro tanto cabe decir del período arcaico de las culturas indoeuropeas. Muy bien lo acredita el proceder de Agamenón, cuando en el Canto I de la *Ilíada* quiere saber por qué Apolo ha enviado la atroz peste que padecen las mesnadas aqueas.

Un mismo problema surgirá, tanto en los pueblos semíticos como en los indoeuropeos, cuando en las conciencias vaya aumentando la autonomía moral de los individuos: el tremendo trance del dolor no merecido. "¿Por qué yo, que he cumplido todo cuanto mis dioses me ordenan -pregunta el autor del texto asirio llamado *Poema del Justo Doliente*-, he caído enfermo?" Esa es también la pregunta que dirige Job a Yahvé, su Dios, ante la enfermedad y las desgracias que le han sobrevenido. El contraste entre la actitud religiosamente innovadora de Job y la actitud religiosamente tradicional de sus amigos, no puede ser más patente y más elocuente. Como, de otro modo, la primera parte de la respuesta que Jesús da a la interrogación de sus discípulos ante la ceguera del ciego de nacimiento: "Ni él pecó ni sus padres han pecado" (Jn 9,3)

La enfermedad surge en la vida del hombre sin culpa del que la padece; el dolor puede ser inmerecido, y de hecho lo es en tantos y tantos casos: el Justo Doliente y Job en el ámbito de las culturas semíticas, Antígona, Filoctetes e Ifigenia en el de las culturas indoeuropeas. Cuando así se sienten el dolor y la enfermedad, ¿cuál podrá ser la actitud del doliente y el enfermo? En ocasiones, una sorda desesperación; no otra cosa llevaba dentro de sí el *nec spe nec meta* de los estoicos. Cabe, sin embargo, otra interpretación del dolor no merecido: la que frente a sus amigos inició Job y la que misteriosamente se abría hacia el futuro con la segunda parte de la respuesta de Cristo a sus discípulos: el ciego de nacimiento está enfermo "para que en él sean manifestadas las obras de Dios". La enfermedad tenía en aquel caso un misterioso sentido inmediato: dar lugar al milagro con que el Hijo del Dios manifestaba serlo. En todos los restantes, un misterioso sentido universal: ser vivida por el enfermo como prueba digna de recompensa.

El cristianismo enseñará, en efecto, que la actitud ante el dolor no merecido -y por

consiguiente la enfermedad- puede ser *prueba* de que el doliente hace algo, un poco, para merecer la gracia infinita y sobrehumana de la salvación: "Padezco para ser probado", dice con su conducta el que sufre; con lo cual el sufrimiento y la enfermedad se hacen sacrificio, acción sacra. Según esto, ¿deberá abstenerse de combatir la enfermedad el buen cristiano, puesto que soportándola pacientemente hace mérito para obtener la bienaventuranza eterna? Con indudable buena voluntad pero con no menos indudable error de lo que debe ser la vida terrenal del cristiano, en esa dirección se han movido ciertas orientaciones de la ascética cristiana; por ejemplo. aquella a que sor Teresa Rajadell aludía en una carta dirigida a San Ignacio: carta a la cual el futuro santo, más cabalmente cristiano que ella, contestó con estas sabias palabras: "Con el cuerpo sano, mucho podréis hacer; con él enfermo, no sé qué".

Incluso dentro de una vida radicalmente secularizada puede ser vivida como prueba la enfermedad; prueba consistente ahora en la demostración de que el mal y el dolor se está soportando con inquebrantable entereza. El doliente hace entonces méritos para ser socialmente considerado como varón o mujer verdaderamente "fuerte", como impávido cumplidor de la virtud cardinal de la fortaleza.

Con su tajante distinción entre los eventos naturales que se producen por obra de una inexorable necesidad (kat'anánken) y los que acaecen pudiendo no haber sucedido (katá tykhen), el pensamiento griego introdujo una actitud nueva ante el hecho de la enfermedad: el *azar*. Ella es, en efecto, la que tácitamente subyace al empleo de la estadística en medicina: en tanto que caso individual de una estadística médica, el enfermo ha llegado a padecer su enfermedad en virtud de un azar más o menos probable. Si un enfermo preguntase a un estadístico puro, que los hay: "Doctor, ¿por qué he caído enfermo?", la respuesta habría de ser ésta: "Porque entre tantos y tantos que podrían haber padecido esa enfermedad, es a usted a quien le ha tocado padecerla". Respuesta que suscitaría en el alma del paciente una nueva, acaso desesperada interrogación: "¿Y por qué me ha tocado a mí, y no a otro?" En una sociedad secularizada, a tal interrogación conduce con frecuencia el misterioso y atormentador problema del dolor no merecido. Léase, si no, *La peste* de Camus.

Secretamente unidas entre sí, la interpretación de la enfermedad como prueba y su consideración como azar, desde la Antigüedad clásica han conducido a verlo como *reto*: el hecho de la enfermedad es para el hombre un desafío a su capacidad para evitarla o, si surge, para curarla. Conservación de la salud y respuesta al reto de la enfermedad han sido la clave de los enormes progresos del arte de curar, tan pronto como la atención al enfermo se convirtió en técnica; la gran hazaña histórica de los médicos hipocráticos. Luchar contra la enfermedad con todos los recursos que la técnica terapéutica ofrezca y soportarla con paciencia cuando para ella no haya recurso, tal debe ser la actitud del cristiano, si cristianamente sabe estimar el don de la inteligencia.

Vengamos ahora a nuestro problema y, a la vista de todo lo dicho, preguntémos: en tanto que enfermo, ¿qué puede esperar y qué espera el enfermo?

La respuesta es sobremanera obvia: el enfermo espera la salud, incluso en los casos en que consciente o subconscientemente convierte en recurso su enfermedad. Con esperanza mayor o menor, espera su curación; y en esa mayor o menor esperanza se integran tres momentos: uno tocante a su naturaleza individual, otro concerniente a la eficacia del tratamiento a que es sometido y otro, menos aparente y más problemático, relativo a lo que vaya a ser de él si su naturaleza y el tratamiento no logran vencer su enfermedad.

Según sean la fortaleza de su constitución individual y la índole de la enfermedad que padece -no es lo mismo afrontar la amenaza de una gripe y la de un cáncer-, el enfermo confía más o menos en que su naturaleza podrá vencer su dolencia; por lo menos, hasta el momento en que llegue a tener conciencia de que su estado es incurable.

El enfermo confía también en su médico, espera en él y de él, salvo en los casos en que, por la razón que sea, con él no es correcta su relación. Especialmente era claro este componente de la esperanza del enfermo en los viejos hospitales de Beneficencia - "pobres de solemnidad", se llamaba a quienes en ellos ingresaban-, cuando sabía que era una gran figura de la Medicina el médico que había de atenderle.

El fabuloso progreso que la eficacia terapéutica ha experimentado desde hace poco más de un siglo, ha añadido a la esperanza del enfermo un ingrediente nuevo: la fe en el poder sanador de los remedios con que se le está tratando o se le va a tratar. Hasta bien entrada la que solemos llamar Edad Moderna, la existencia de enfermedades y estados morbosos "mortales de necesidad" o "incurables por necesidad", convicción procedente de la Grecia antigua, como antes indiqué, era universalmente aceptada. Hoy, no. El continuo y creciente auge del saber y de la técnica ha traído a la conciencia general, así en médicos como en enfermos, una íntima y tácita confianza en lo que hoy se hace y mañana podrá hacerse: "Lo que hoy resulta incurable, mañana se curará", piensan sin palabras. "Bala mágica" se llamó al *salvarsán*, creyendo que con él se iniciaba la total desaparición de las enfermedades infecciosas, no sólo de la sífilis. Acortando desiderativamente la distancia de ese "mañana", ¿cuántos no son hoy los cancerosos y los pacientes de sida que viven con la esperanza de que antes de su muerte será inventado el oportuno remedio salvador?

Grande o chica, la esperanza del enfermo nunca es total, nunca puede ser total certidumbre. Respecto de la esperanza teológica, los teólogos dicen que debe ser *firme*, aunque a veces no lo sea, pero que en modo alguno puede ser *cierta*, so pena de caer en pecado de presunción. Lo mismo debe decirse de las esperanzas naturales, comenzando por la de sanar cuando se está enfermo. Finísimo o recio, un hilo de angustia ante el posible infortunio hay siempre en nuestras esperanzas.

Hasta advertir la perspectiva de una muerte próxima, el enfermo vive con la esperanza de seguir viviendo. Pero ante la inminencia de la muerte, ¿puede el enfermo morir con esperanza? Con otras palabras: la esperanza en la vida perdurable -una esperanza que no puede ser certidumbre, por firme que sea en el alma del esperanzado- ¿cómo se hace psíquicamente real en el moribundo? Grave, enorme problema. Con especial fuerza me han hecho pensar en él dos testimonios, uno histórico y literario el otro.

Cuenta un ilustrado dominico, el P. Carré, que en los últimos años de su vida San Alberto Magno -un cristiano medieval, no uno de este tormentoso siglo nuestro- se hacía con frecuencia esta pregunta: *Numquid durabo?*, "*¿Es que yo voy a perdurar?*" A mi modo de ver, dos eran lo sentidos de esa interrogación: uno religioso, la imposible certidumbre total acerca de lo que de niños se nos enseñaba a llamar "el don precioso de la perseverancia final": otro metafísico, la nunca excluible posibilidad de que Dios, en uso de su potencia absoluta, incomprensible, misteriosamente decida aniquilar el mundo por él creado.

Más próximo a nosotros se halla el testimonio literario de Bernanos en *Diálogos de carmelitas*: la angustia de la superiora ante la proximidad de la muerte, pese a que su vida no ha querido ser otra cosa que constante ofrecimiento a Dios. Es cierto que la actitud cristiana ante la muerte puede adoptar enternecedores rasgos de certidumbre. Oí

hace años que las monjas de un convento gallego acompañaban el tránsito de una de sus hermanas al "más allá" con frases como éstas: "Hermana, cuando llegue al cielo no se olvide de decir a San Antonio que tenga en cuenta lo que he pedido". A sus ojos, ir al otro mundo era algo así como un viaje a La Coruña o a Madrid. Que tal grado de confianza se dé en almas, a la vez santas e ingenuas, no puede negarse. Pero mucho menos se negará que el hecho de la muerte, por lo que ésta realmente es, inexorablemente tenga que llevar consigo una vena de inquietud, por poco reflexivo que sea el moribundo.

Una pregunta surge: ¿sólo teologal, sobrenatural, puede ser la esperanza en la vida perdurable? Dicho de otro modo: la esperanza de existir más allá de la muerte, ¿sólo puede darse en quienes profesan una religión positiva? Reil, un gran médico alemán del siglo pasado, escribió, antes de que los recursos terapéuticos comenzasen a ser lo que ahora son: "Los enfermos incurables pierden la vida, pero no la esperanza". Tal sentencia, ¿se refería también a la esperanza en la existencia de una vida allende la muerte? Dos investigaciones recientes, puramente empíricas las dos, han tratado de dar respuesta a esa interrogación.

Un eminente médico de Heidelberg, H. Plügge, ha estudiado metódicamente la vida anímica de los cancerosos cuando su enfermedad se hace incurable, y esto le ha conducido a distinguir entre la "esperanza común" y la "esperanza genuina" o "esperanza de los incurables". Aquélla se halla orientada hacia algo mundano, exterior, concreto y contingente, lleva en sí un coeficiente de ilusión y está sujeta al azar y a la desesperación. La esperanza genuina, en cambio, tiende hacia algo indeterminado, nebuloso; algo que sólo se refiere a la persona del enfermo. "No se orienta hacia el mundo y los objetos que al mundo pertenecen -escribe Plügge-, sino que tiene el sentido de asegurar el porvenir a un paciente que se ve perdido; y no tal o cual porvenir, sino pura y simplemente *el porvenir*. Así, aunque esta esperanza tienda hacia algo indeterminado, posee un contenido inmanente e intransferible; apunta a una perduración de la persona, de cualquier género, con tal de que parezca segura". La paciencia ocupa el lugar de la angustia y hace patente esa "elevación de nivel" de la existencia.

Más reciente es la experiencia de la doctora Kübler Ross, una psiquiatra norteamericana, tal como lo expone en su libro, mundialmente famoso, "Sobre la muerte y los moribundos". Un detenido examen de cientos de enfermos desahuciados y próximos a la muerte le ha permitido tipificar su actitud ante el fin de su vida en la sucesión de las cinco etapas siguientes:

1." *Negación y defensa*. Con su conducta, el enfermo viene a decir: "No, yo no. No puede ser verdad que yo esté así".

2." *Rabia, envidia y resentimiento*. Ante la indudable, evidente realidad de que su estado es el que es, la tácita pregunta del enfermo dice: "¿Por qué esto me ha tocado a mi? ¿Por qué el enfermo soy yo, no es otro?". No es difícil comprender la emergencia de tal actitud, cuando la certidumbre de la incurabilidad se impone.

3.^a *Pacto*. Especialmente frecuente es en el alma de quienes creen en una religión positiva. El enfermo viene a decir: "Si Dios ha decidido sacarme de este mundo y no ha respondido a mi vehemente protesta, tal vez se muestre más condescendiente conmigo si con amabilidad le pido mi curación. Aunque eso que yo le pido haya de ser un milagro".

4." *Depresión*. Si la esperanza en la virtualidad de la súplica no se ha cumplido, una sensación de derrota se adueña del enfermo. "Dios -se dice a sí mismo- no ha querido darme lo que yo le pedía. Entonces, ¿para qué seguir así?"

5.^a *Aceptación*. Próximo ya a la condición de moribundo, una etapa final aparece en la vida del enfermo; cesa la lucha, y su existencia es como un descanso terminal antes del gran viaje. Acaso con una perduración residual de la esperanza en el milagro de seguir viviendo o con la tenue o firme esperanza en "la otra vida", si el enfermo es creyente, la muerte llega. No entenderíamos con plenitud la vida terrenal del hombre, viene a decirnos la doctora Kübler Ross, si no viésemos en ella esa íntima ansia de perduración que se hace patente en la quinta y última etapa de nuestro inexorable caminar hacia la muerte.

Con más veras que bromas, aunque en tono de broma parezca decirlo, Rabelais llamó a la muerte *le grand peut-être*, "el gran quizás"; expresión en cuyo seno latían una radical incertidumbre ante lo que tras ella va a ser del muriente y cierta secreta esperanza de que ese "quizás" obtenga una respuesta positiva. Cierta amigo mío, vecino del gran arqueólogo e historiador del arte don Manuel Gómez Moreno, solía visitarle en la última etapa de su vida; y un día en que la conversación derivó hacia el tema de la muerte, el anciano, sincero creyente, le confesó: "Mire, Antonio: a mí y a mis años, lo que la muerte me inspira es curiosidad". También curiosidad es lo que sentía fray Luis de León cuando declaraba a su amigo Felipe Ruiz la esperanza de ver "la verdad pura, sin duelo" al pasar de la vida a la muerte; una verdad que comprendía tanto la causa de las tormentas y de los eclipses como la posible influencia de los astros sobre el destino de los hombres. Otros se contentan con mostrar sin palabras su mansa resolución de morir poniéndose "en las manos de Dios". Para actuar con la discreción y la delicadeza que el trance requiere, todo esto habrán de tener en cuenta cuantos de un modo o de otro asisten a un paciente que va acercándose a la muerte.

Veámoslo sumariamente en el caso del médico. La versión latina del precepto que los hipocráticos declararon máximo deber de la asistencia al enfermo decía así: *primum non nocere*, "lo primero, no perjudicar", y después, ¿qué? La literatura costumbrista del siglo pasado ha reproducido más de una vez la escena en que el médico dice a unos padres desolados por la extrema gravedad de su hijo: "Señores, la ciencia no puede más". Tras lo cual se retiraba dignamente y con lo cual, sin advertirlo, venía a cumplir la frase final de la definición de la medicina contenida en el escrito hipocrático sobre el arte: abstenerse de intervenir cuando la técnica del médico ya no puede hacer nada. Hoy no debe ser admitida esta sentencia. Lo primero, eso sí, no perjudicar; pero luego ayudar hasta el fin, porque con sus fármacos y sus intervenciones quirúrgicas, sus palabras y sus silencios puede ayudar el médico a que el fin de la enfermedad, el encuentro del enfermo con la muerte, sea el que como deseable posibilidad y frecuente realidad han observado Plügge y Kübler-Ross.

Fármacos, intervenciones quirúrgicas, palabras y silencios. Hay fármacos que alivian o suprimen el dolor, y otros que aminoran o eliminan la tendencia a la desesperación. Hay palabras que favorecen la recta instalación del enfermo en los trances en que le amenazan la desesperación o la desesperanza. Hay, en fin, silencios, que hacen máximamente honda y humana la relación entre el médico y el paciente. Acaso sea la asistencia al desahuciado y al moribundo la ocasión en que el buen médico -el médico que a la vez sabe ser buen técnico, y como decían los antiguos, *medicus gratus*- mejor muestra su condición de serlo. Sanando, aliviando y consolando, el médico es un "dispensador de esperanza", y lo es con sus fármacos, sus palabras y sus silencios.

Muy delicado se hace en ocasiones el empleo de la palabra médica, cuando ésta no es interrogativa o persuasiva sino declarativa: cuando el médico la usa para decir al enfermo algo sobre su enfermedad. Delicado y controvertido tema. Como todo hombre, el médico está obligado a no mentir, a decir la verdad con lo que dice. ¿Qué verdad? Sólo una respuesta veo; la que sin dejar de serlo pueda ayudar al enfermo; o, precisando más, toda la verdad acerca de su estado que el enfermo pueda soportar.

Imaginemos dos casos extremos: el del enfermo que exige la verdad y el del que manifiestamente la teme. El primero dice al médico: "Doctor, quiero que usted me diga sin reservas la verdad de mi estado, aunque éste sea un no tener remedio". ¿Qué hará el médico? ¿Cumplir sin más lo que le piden? A mi juicio, no, porque en algunos de los que se expresan con tan valiente y tajante resolución late un secreto temor a saber que su enfermedad es incurable y mortal, y más cuando lo es a corto plazo. En consecuencia, deberá adivinar lo que bajo las exigentes palabras del enfermo hay o pueda haber, y hablar luego en consecuencia. Sólo dirá toda la verdad -sopesando, eso sí, la posibilidad de que la consecuencia inmediata de sus palabras sea un suicidio, casos hay en que esto ha sucedido- cuando tenga el íntimo convencimiento de que el paciente es totalmente sincero.

En el extremo opuesto se hallan los enfermos que del modo más visible muestran su temor ante la incurabilidad de su dolencia o, a mayor abundamiento, ante la mayor o menor proximidad de su muerte. El no fácil deber de encontrar un camino entre el "no mentir" y el "no decir la verdad" se impondrá entonces al médico si, como su profesión exige, sinceramente quiere ser "dispensador de esperanza". Alguien dirá que proponer estas reglas es mucho más fácil que cumplirlas. Es cierto; pero así debe ser la asistencia al enfermo, cuando el médico no quiere convertirse en simple ejecutor de lo que enseñan los manuales de diagnóstico clínico y los formularios terapéuticos. Completaré de nuevo la consigna hipocrática: lo primero, no perjudicar; luego, ayudar hasta el fin.

Con las palabras y el fármaco -o la intervención quirúrgica- el silencio, cuando éste se eleva a recurso supremo de la comunicación interpersonal. Escribió Ortega: "Y luego habrá quien diga: Vamos a hablar en serio de tal cosa. ¡Como si fuera posible! ¡Como si hablar fuere algo que se puede hacer con última y radical seriedad, y no con dolorida conciencia de que se está ejecutando una farsa, a veces noble, bien intencionada, incluso santa, pero, a la postre, farsa! Si de verdad se quiere hacer algo en serio, lo primero que hay que hacer es callarse". Hacer algo en serio, como ejecutar actos que exigen máxima atención y conllevan máxima responsabilidad, o enfrentarse *en serio* con la ineludible perspectiva de la muerte propia o con la proximidad amenazante de la muerte ajena. Aunque ese silencio no pueda ser interminable, aunque tras él hayan de venir palabras, a él deberá recurrir el médico cuando la convicción de que va a morir pronto se ha impuesto en el alma del enfermo. Con una estrofa del poeta Rabindranath Tagore lo dice la doctora Kübler Ross en el libro antes mencionado:

*El agua en el vaso se llena de destellos;
el agua del mar es oscura.
La pequeña verdad tiene palabras claras;
la gran verdad guarda enorme silencio.*

Médico o no médico, así cumple la parábola del Buen Samaritano quien cristianamente presta asistencia al enfermo. El doctor de la Ley pregunta a Jesús: "¿Quién es mi prójimo?" Y con esa parábola, Jesús viene a decir: "Cualquiera puede ser tu prójimo, de cualquiera puedes ser prójimo tú, si ves que sufre y por amor le ayudas. Cualquiera;

aunque de él no conozcas su nombre, ni su patria, ni su religión. Si verdaderamente quieres ser cristiano, en cualquiera, llegada la ocasión, debes ver un prójimo tuyo y de cualquiera puedes hacerte prójimo suyo". Samaritanos de enfermos desconocidos sois, añadido yo, los que ahora estáis oyendo. Un amor cristiano al que la enfermedad convierte en menesteroso, no meramente el deseo de lucro o la ambición de hacer ciencia -legítima y noble ambición, por lo demás-, os ha movido a elegir la misión en que vuestra vida cotidiana tiene su nervio más propio: ayudar a bien vivir a los que todavía pueden conseguirlo y ayudar a bien morir a los que de modo invencible van aproximándose a la muerte. Ojalá os hayan sido de alguna utilidad mis profesoraes palabras.

Departamento de Pastoral de la Salud, Congreso Iglesia y Salud, Edice 1995, pp. 59-71