

VNIVERSITAT  VALÈNCIA

Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación
Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política
Sección de Filosofía Moral y Política

**Vulnerabilidad y transmisión del sentido en la Bioética
del Cuidado: aportaciones de Gabriel Marcel, Viktor
Frankl y Elisabeth Kübler-Ross**

Tesis Doctoral
Programa de Doctorado *Ética y Democracia*
Curso 2012-2013

Presentada por:
Sandra RUIZ GROS

Dirigida por:
Dr. D. Agustín DOMINGO MORATALLA

Valencia, 2013

	Pág.
Prólogo	5
Abreviaturas de las obras de G. Marcel, V. Frankl y E. Kübler-Ross	7
Introducción	11
Capítulo 1:	
El valor de una Ética del Cuidado	15
1.1.- La enfermedad: del azar al cuidado en la vulnerabilidad	15
1.2.- La vulnerabilidad en el origen de la Bioética	21
Capítulo 2:	
Bioética y Ética del Cuidado	27
2.1.- Aproximación a la historia del cuidado	27
2.1.1.- <i>Génesis de la Ética del cuidado</i>	27
2.1.2.- <i>El movimiento hospice</i>	29
2.1.3.- <i>La importancia de la figura de Cicely Saunders en el movimiento hospice</i>	30
2.2.- Del movimiento hospice a los cuidados paliativos	32
2.2.1.- <i>Características y objetivos de los cuidados paliativos</i>	32
2.2.2.- <i>Cuidados paliativos en España</i>	34
2.2.3.- <i>Cuidados paliativos en otros lugares del mundo</i>	35
2.3.- Orígenes de la Ética del Cuidado	35
2.3.1.- <i>De la Ética de la Justicia a la Ética del Cuidado: Piaget, Kohlberg y Gilligan</i> ..	36
2.3.2.- <i>Una voz diferente: Carol Gilligan</i>	39
2.4.- Diferentes perspectivas en torno al cuidado	41
2.4.1.- <i>Formas de entender el cuidado</i>	41
2.4.2.- <i>¿Curar o cuidar?</i>	43
2.4.3.- <i>Ética del Cuidado y Ética de los Cuidados</i>	44
2.4.4.- <i>Ética de la Convicción y de la Responsabilidad ante el final de la vida</i>	45
2.5.- La aportación de Martha Nussbaum a las teorías contractualistas: la lista de capacidades	47
2.5.1.- <i>La ausencia de la dependencia, la fragilidad y la vulnerabilidad en el planteamiento de John Rawls</i>	47
2.5.2.- <i>El enfoque de las capacidades de Martha Nussbaum</i>	53
Capítulo 3:	
Gabriel Marcel. La esperanza en un mundo roto	59
3.1.- Apunte biográfico	59
3.2.- La vertiente dramática de Gabriel Marcel	65
3.3.- Obras filosóficas más destacadas	69
3.4.- Claves de comprensión en el pensamiento de Gabriel Marcel	71
3.4.1.- <i>Filosofía concreta</i>	77
3.4.2.- <i>Cuerpo objeto-cuerpo sujeto</i>	82
3.4.3.- <i>Problema y misterio</i>	86

3.4.4.- <i>Reflexión segunda</i>	91
3.5.- La vida humana: plenitud, don y consagración	92
3.5.1.- <i>El misterio del sufrimiento y la enfermedad</i>	94
3.5.2.- <i>Amor y muerte</i>	98
3.5.3.- <i>La vida humana es más que el tiempo vivido</i>	106
3.5.4.- <i>El sentido de la vida como proyecto abierto</i>	110
3.5.5.- <i>Fidelidad creadora</i>	113
3.5.6.- <i>Presencia, disponibilidad y encuentro</i>	118
3.6.- El lugar de la esperanza en la edad técnica	123
3.6.1.- <i>El giro antropológico en la filosofía de Gabriel Marcel</i>	123
3.6.2.- <i>El ser humano como conjunto de funciones</i>	128
3.6.3.- <i>Técnicas de envilecimiento</i>	132
3.6.4.- <i>La tragedia de una sabiduría en decadencia</i>	135
3.6.5.- <i>Pérdida de vocación y deshumanización de la medicina</i>	136
3.6.6.- <i>La esperanza es el tejido del que está hecha el alma</i>	141
Capítulo 4:	
Palabra y sufrimiento en Viktor Frankl	153
4.1.- Apunte biográfico	153
4.2.- Obras más destacadas	162
4.3.- Claves de comprensión	164
4.3.1.- <i>El uso curativo de la palabra en la Antigüedad Clásica</i>	164
4.3.2.- <i>Antropologismo</i>	169
4.3.3.- <i>Antropología</i>	171
4.3.4.- <i>La capacidad de autotrascendencia del ser humano</i>	172
4.3.5.- <i>Medicus humanus, homo patiens</i>	175
4.3.6.- <i>Diez tesis sobre la persona</i>	177
4.3.7.- <i>Libertad de la voluntad</i>	182
4.3.8.- <i>Voluntad de sentido</i>	183
4.3.9.- <i>Sentido de la vida</i>	184
4.4.- Logoterapia y análisis existencial	187
4.4.1.- <i>Las cinco dimensiones de la logoterapia</i>	190
4.4.2.- <i>Religiosidad inconsciente</i>	207
4.5.- Finitud y sentido de la vida	211
4.5.1.- <i>Tres categorías de valores</i>	213
4.5.2.- <i>Tríada trágica</i>	214
4.5.3.- <i>Sufrimiento y sentido último</i>	215
4.5.4.- <i>Temporalidad finita</i>	216
Capítulo 5:	
Muerte y comunicación en la obra de Elisabeth Kübler-Ross	223
5.1.- Apunte biográfico	223
5.2.- Obras más destacadas	231
5.3.- Claves de comprensión en la obra de Elisabeth Kübler-Ross	232

5.3.1.- <i>Posturas ante la muerte</i>	235
5.3.2.- <i>Los pacientes como maestros ante el final de la vida</i>	242
5.3.3.- <i>La esperanza ante el final de la vida</i>	249
5.4.- Formas de comunicación y ética profesional	251
5.4.1.- <i>Lenguaje simbólico verbal y no verbal</i>	254
5.4.2.- <i>La carta que se convirtió en libro</i>	258
5.5.- Fases en la enfermedad y la muerte	259
5.5.1.- <i>El entorno del paciente</i>	272
5.5.2.- <i>Cambios en el entorno de la familia del paciente</i>	274
5.5.3.- <i>Problemas de comunicación</i>	276
5.6.- Los niños y la muerte	280
5.6.1.- <i>Los cuatro cuadrantes</i>	284
5.7.- Duelo, sufrimiento y comunicación	287
5.7.1.- <i>Fases en el duelo y sentido</i>	288
Anexo 1. <i>Tres respuestas al nihilismo, al absurdo y al caos</i>	295
Anexo 2. <i>Tabla cronológica</i>	301
Conclusiones	305
Bibliografía	313

Prólogo

Esta investigación es el fruto de un largo camino que comencé hace años. En ese tiempo han sido muchas las personas que me han brindado su apoyo incondicional y su confianza. Agradezco a mis padres, Remedios Gros y Juan Ruiz, los valores tan sólidos que me han transmitido. A mi hermano Norberto, le doy las gracias porque siempre ha sabido cómo poner una nota de humor en el día a día y me ha mostrado su interés constante en la labor de esta tesis doctoral. Gracias a mi hermano pequeño, Enrique, porque es mi ejemplo a seguir como voluntario de la A.E.C.C, porque me enseñó la lección más importante cuando comencé como voluntaria con los niños de Oncología Pediátrica, por su inestimable ayuda en cuestiones técnicas y por facilitarme bibliografía en numerosas ocasiones.

A Jordi, mi marido, quiero agradecerle la amistad que me brinda desde hace muchos años, su paciencia y escucha atenta, y porque me ha hecho más fácil este proceso de investigación. Mi admiración y cariño para un grupo de mujeres muy especiales en mi vida: Inmaculada Abarca, actual coordinadora de la A.E.C.C., M^a Ángeles Argomániz, gran amiga de la familia, Pilar Miralles, mi suegra y maestra, y Elena de Paz, enfermera en el Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia.

A mi director de tesis, el profesor Agustín Domingo Moratalla, le doy las gracias por haber mantener intacto el espíritu de ilusión, de ánimo y de entusiasmo desde los primeros esbozos hasta la forma definitiva de esta investigación.

También agradezco a todo el personal del Instituto Borja de Bioética, en Esplugues de Llobregat, Barcelona, y a su directora, la Sra. Núria Terribas Sala así como a todas las personas de la biblioteca de la Universidad Pontificia de

Comillas, sede de Cantoblanco, Madrid, su ayuda y los gratos recuerdos que tengo de aquellas estancias. Igualmente agradezco a todas y cada una de las persona de *Ràfol de Salem* su apoyo y cariño en este tiempo.

Mi agradecimiento también es para las siguientes personas por su contribución y ayuda bajo la forma que haya sido: al profesor en la Universidad de Valencia Vicente Bellver, a la profesora en la Universidad Complutense de Madrid, Lydia Feito, a la profesora en la Universidad de Valencia, Encarnación Fernández-Ruiz, a mi compañero de facultad, José Luis García Martínez, al profesor Martín Grassi, de la Universidad Católica de Argentina, a la profesora en la Universidad Católica de Valencia, Lourdes López Hernández, al profesor Fernando López Luengos, al profesor en la Universidad Católica de Valencia, Ginés Marco, al profesor en la Universidad Sofía de Tokio, Juan Masiá (S.J), al Presidente de la Asociación Viktor Frankl de Valencia, Sebastián Tabernero, a la profesora en la Universidad de Navarra, Julia Urabayen, y a los compañeros del Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia, en concreto a Manuel Martínez Cuesta, Graduado en Psicología y Antropología por la Universidad Católica de Valencia.

También quiero expresar mis agradecimientos, *in memóriam*, a Dña. Matilde Sánchez López, coordinadora del voluntariado del Hospital Clínico Universitario de Valencia desde 1995 hasta 2005, *in memóriam*, a los pequeños que a causa del cáncer han hecho ya el “el viaje de vuelta a casa”. Gracias a los que siguen aquí y a sus padres porque todos ellos me han enseñado lecciones profundas.

Abreviaturas de las obras de Gabriel Marcel, Viktor Frankl y Elisabeth Kübler-Ross

Presentamos a continuación las abreviaturas de las obras de Gabriel Marcel, Viktor Frankl y Elisabeth Kübler-Ross que hemos manejado en esta investigación.

Obras de Gabriel Marcel

DS *Decadencia de la sabiduría*. EMECÉ. Buenos Aires, 1995

DH *Dignité humaine et ses assises existentielles*. Aubier-Montaigne, París, 1964.

DM *Diario Metafísico*. Guadarrama. Madrid, 1969.

ECH *En chemin, vers quel éveil ?* Gallimard. París, 1971.

ERM *Entretiens Paul Ricœur-Gabriel Marcel*. Aubier-Montaigne. Paris, 1968.

FTC *Filosofía para un tiempo de crisis*. Guadarrama. Madrid, 1971 (Traducción de Alberto Gil Novales).

HH *Los hombres contra lo humano*. Caparrós Editores. Madrid, 2001. (Traducción de Jesús María Ayuso).

HV *Homo Viator. Prolegómenos para una metafísica de la esperanza*. Ediciones Sígueme. Salamanca, 2005. (Traducción de Juan Padilla Moreno).

HP *El hombre problemático*. Editorial Sudamericana, 1956. (Traducción de María E. Valentié).

MB *Gabriel Marcel interrogé par Pierre Boutang*. Edition J.M. Place. Paris, 1977.

OS-I *Obras selectas I*. BAC. Madrid, 2002 (Traducción de Mario Parajón).

OS-II *Obras selectas II*. BAC. Madrid, 2002 (Traducción de Mario Parajón).

PI *Présence et immortalité*. Flammarion. Paris, 1959. Págs, 197-234.

PST *Pour une sagesse tragique et son au-delà*. Plon. Paris, 1968.

RDM Remarques sur la dépersonnalisation de la médecin, en *Qu'attendez-vous de médecin ?* Présences. Plon. Paris, 1953. Págs., 17-28.

SE "Structure de l'espérance" en *Dieu Vivant*, 19 (1951), 71-80.

ST *Ser y Tener*. Caparrós Editores. Madrid, 2003. (Traducción de Ana M^a. Sánchez).

Obras de Viktor Frankl

AVE *Ante el vacío existencial*. Herder. Barcelona, 2001. (Traducción de Marciano Villanueva).

EPS *En el principio era el sentido*. Paidós. Barcelona, 2000. (Traducción de Héctor Piquer Minguijón).

FAL *Fundamentos y aplicaciones de la Logoterapia*. San Pablo. Buenos Aires, 2000. (Traducción de Claudio César García Pintos).

HBS *El hombre en busca de sentido*. Herder. Barcelona, 2003. (Traducción de Christine Kopplhuber y Gabriel Insausti Herrero).

HD *El hombre doliente*. Herder. Barcelona, 2003. (Traducción de P. F. Valdés y A. Von Ritter-Zahony).

IPH *La idea psicológica del hombre*. Rialp. Madrid, 2003. (Traducción de Francisco Fernández Turienzo).

LAE *Logoterapia y Análisis Existencial*. Herder. Barcelona, 2003. (Traducción de José.A. de Prado Díez, Roland Wenzel e Isidro Arias).

LEL *Lo que no está escrito en mis libros*. San Pablo. Buenos Aires, 2003. (Traducción de Ingrid Ostrowski).

PAT *La psicoterapia al alcance de todos*. Herder. Barcelona, 2003. (Versión castellana de Diorki).

PE *Psicoanálisis y existencialismo*. FCE. México, 1982. (Traducción de Carlos Silva y José Mendoza).

PH *Psicoterapia y humanismo*. FCE. México, 1978. (Traducción de Diego Arroyo).

PPM *La psicoterapia en la práctica médica*. San Pablo. Buenos Aires, 2004. (Traducción de Cristóbal Piechocki y Beatriz Romero).

PSE *Psicoterapia y existencialismo*. Herder. Barcelona, 2003. (Traducción de Germán Tabanzo).

RL *Las raíces de la Logoterapia*. San Pablo. Buenos Aires, 2005. (Traducción de Ángel Romano).

VS *La voluntad de sentido*. Herder. Barcelona, 2002. (Versión castellana de la Fundación Arché bajo la dirección de Máximo. J. Eckel).

TTN *Teoría y terapia de las neurosis*. Herder. Barcelona, 2001. (Traducción de Constantino Ruiz-Garrido).

Obras de Elisabeth Kübler-Ross

CMI *Conferencias. Morir es de vital importancia*. Luciérnaga. Barcelona, 1997. (Traducción de Kira Bermúdez).

LNM *Los niños y la muerte*. Luciérnaga. Barcelona, 2003. (Traducción de Aina Alcover).

PR *Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido*. Martínez Roca. Barcelona, 1981. (Traducción de Elena Barrutia).

SDD *Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido*. Martínez Roca. Barcelona, 1981. (Traducción de Elena Barrutia).

SMM *Sobre la muerte y los moribundos*. DeBolsillo. Barcelona, 2003. (Traducción de Neri Daurella).

RV *La rueda de la vida*. Ediciones B. Barcelona, 2000. (Traducción de Amelia Brito).

Introducción

Uno de los objetivos de esta investigación es hallar un nexo entre Bioética, Cuidado y transmisión del sentido en situaciones de vulnerabilidad, de manera que se puedan dar respuestas al nihilismo contemporáneo así como a la visión nihilista de Nietzsche. Esas respuestas se alejan de la teoría al tener como clave el marco en el que se desarrollan: la práctica de la responsabilidad. Consideramos que tanto esto último como la transmisión del sentido son cuestiones relevantes para la ética profesional. Por ello, hemos analizado las aportaciones de los que consideramos tres maestros en la transmisión del sentido en la Bioética del cuidado: el filósofo y dramaturgo Gabriel Marcel, el Doctor en Psiquiatría y Filosofía Viktor E. Frankl y la Doctora en Psiquiatría Elisabeth Kübler-Ross.

Podríamos haber escogido a otros autores, pero en este caso, hemos optado por ellos porque comparten y marcan el paso del siglo XIX al XX y del XX al XXI. Lo importante no son sus obras sino que ellos mismos, a través de sus vidas, han sido testimonio de esa transmisión del sentido. Sus propias vidas fueron al mismo tiempo respuestas al nihilismo que lo invadía todo en ese momento. La situación histórica en la que se desarrollaron sus biografías les hizo enfrentarse al absurdo, al poder de deshumanización de la técnica, a la soledad. Pero no por ello se rindieron, y fueron capaces de lograr superar muchas situaciones trágicas gracias al valor de la palabra, la comunicación, la presencia, la fidelidad o el compromiso. Otro motivo que nos ha llevado a escoger estos tres autores ha sido afrontar la transmisión del sentido según la esperanza, a través del concepto mismo de sentido y el acompañamiento ante el final de la vida. Estos tres elementos contribuyen a vertebrar una Bioética del cuidado que no estaría del

todo completa si faltaran elementos como la muerte, el sentido, la vulnerabilidad o la esperanza.

En esta línea también me ha impulsado la labor que hace unos años desempeñé como Auxiliar de Enfermería con personas ancianas. Fue una oportunidad que recibí y que me permitió aprender lecciones muy importantes.

Queremos presentar a través de estas páginas la responsabilidad de la “transmisión del sentido”. No olvidamos las teorías sobre el sentido, visto bajo la perspectiva de lo racional, lo teológico o lo religioso. Pero entendemos que el sentido se transmite, tiene como canal el lenguaje no sólo de las palabras que empleamos para comunicarnos sino otro lenguaje. Este último es el lenguaje de los testimonios, de la manifestación a través de los compromisos y de las acciones. Tanto en el caso de Gabriel Marcel, como en el de Viktor Frankl y Elisabeth Kübler-Ross se puede ver que el sentido no es creado ni surge partiendo de cero, sino que más bien es posible transmitirlo a través de una cadena formada por la vitalidad. Los eslabones de esa cadena somos cada uno de nosotros, de modo que en nuestras manos está mantenerla, haciendo así que crezca constantemente.

Con todo ello es posible proporcionar las claves para que los profesionales del cuidado cuenten con las herramientas que les permitan participar en la transmisión del sentido. Así, podrán mejorar sus capacidades, sus competencias profesionales y construir entre todos una ética profesional que no olvide el sentido sino que lo afronte. Se facilitaría que esas competencias no se limitaran a ser técnicas, sino que se verían enriquecidas al transformarse en habilidades comunicativas, tanto verbales como no verbales, darían auténtico valor a la palabra, que sería palabra viva, plasmada en obra y convertida en acompañamiento.

Mi experiencia como voluntaria en la planta de oncología pediátrica me ha permitido aprender a vivir otras dimensiones de mi propia vida que no hubiese sido posible de no haber tomado esa decisión hace unos años. En realidad, quienes han contribuido de forma muy especial han sido todos los pequeños con los que he tenido la oportunidad de encontrarme, así como sus padres y familiares. Todos, tanto los que siguen con vida y siguen construyendo su día a día como cualquier otro ser humano, así como los que ya han fallecido, han sido para mí muy grandes maestros. No hay palabras que puedan mostrar el agradecimiento que les debo tanto a ellos como a sus familiares porque en algún momento me han permitido compartir con ellos parte del tiempo cuando estaban muy cerca de la despedida. Lo más importante que me han enseñado ha sido aprender el lenguaje simbólico verbal y no verbal con el que se expresan. Me han enseñado que, aunque me he equivocado otras veces y no he sabido interpretar el mensaje que me estaban dando, la posibilidad de avanzar nunca se agota. Siempre estará en mi mano escuchar y recibir lo que me están diciendo. Como señalaba la Dra. Kübler-Ross, en estos casos: lo único que se llevan consigo, lo que siempre saben que ha habido es todo el amor que se les ha dado. Por último, pretendemos facilitar elementos, categorías y conceptos para aplicar a los códigos deontológicos el discernimiento necesario para desarrollar una Ética Aplicada centrada en la tarea del cuidado.

Hemos estructurado esta investigación de la siguiente manera: el primer capítulo está dedicado al valor de un Ética del Cuidado. En el segundo trataremos la cuestión de la Bioética y la Ética del Cuidado. El tercer capítulo está dedicado a la figura de Gabriel Marcel, y el cuarto y quinto se centran respectivamente en Viktor E. Frankl y en Elisabeth Kübler-Ross. En último lugar presentaremos las conclusiones. Para terminar hemos añadido dos anexos que ayudarán a comprender el trabajo que presentamos.

Capítulo 1

El valor de una Ética del Cuidado

1.1.- La enfermedad: del azar al cuidado en la vulnerabilidad

En un artículo titulado “Tres reflexiones éticas”¹, Pedro Laín Entralgo daba a conocer tres actitudes con las que el ser humano se había enfrentado a la enfermedad a lo largo del tiempo. Una es la del castigo, otra la del azar y otra la de la prueba.

Así, en el período arcaico de toda cultura, la enfermedad ha sido vista como castigo a una transgresión de la ley religiosa o moral. Tres culturas, la asirio- babilónica, la semítica y la griega nos ofrecen ejemplos literarios como son respectivamente el Poema del Justo Doliente, el Libro de Job y el relato de la peste que sufre el ejército aqueo en el Canto I de la *Ilíada*. En este último caso, se le atribuye a la enfermedad un carácter *kat'anánken*, lo que significa que es por invencible necesidad de la naturaleza que el ser humano padezca enfermedades.

La visión de la enfermedad como castigo de los dioses, imposición de un *fatum* o destino inapelable era comúnmente aceptada por el pueblo en el período arcaico de todas las culturas. Sin embargo, el progresivo desarrollo de la conciencia de la propia personalidad al margen de la comunidad llevó a que hubiera quien se planteara en no pocas ocasiones por qué había de sufrir un ser humano cualquiera cuando había cumplido fielmente la ley divina. El Justo

¹ LAÍN-ENTRALGO, P., “Tres reflexiones éticas”: *Isegoría*, 13 (1996), 99-117.

Doliente asirio, el judío Job, así como Filoctetes, Antígona o Ifigenia..., aparecen como personajes de tragedias que se plantean porqué han de sufrir y adoptan una actitud de rebelión ante el dolor no merecido.

Por otra parte, además de entender la enfermedad como castigo por una transgresión de la ley moral, aparece en la Antigua Grecia la concepción de la enfermedad por azar, como un evento que se produce, aunque no de forma necesaria. Así, los médicos hipocráticos distinguieron entre enfermedades *kat'anánken*, las que se dan por necesidad y *katá tykhen*, aquellas que son fruto del azar, interpretación que va a prevalecer hasta la llegada del mundo moderno, cuando ambas se vean desplazadas por una nueva visión sobre lo que supone la vivencia de la enfermedad para el ser humano.

Señala Laín que por azar se sufre una lesión en un accidente ferroviario y por azar, más o menos científicamente explicable se enferma en el curso de una epidemia. De aquí surgen otras actitudes, al mismo tiempo o por separado, que ayudan a afrontar la situación, como son la resignación, la desesperación o la respuesta activa. En tanto que azarosa, la enfermedad se vive también como reto. Desde los hipocráticos hasta hoy ésta ha sido la clave del tratamiento y prevención de las enfermedades.

Además de como reto, la enfermedad ha sido considerada como prueba en tanto que ocasional fuente de mérito para la vida en este mundo o para una posible vida personal allende la muerte. En el primer caso el ejemplo lo encontramos en las cartas de Basilio de Cesarea a Hilario, donde señala que es Dios quien envía el sufrimiento o alivia el dolor. También cuentan como ejemplo de esto los textos de San Bernardo y San Francisco de Asís. No será hasta el paso de la Edad Media a la Modernidad cuando empieza a dejarse atrás esta postura. Con el auge de la valoración de lo “natural” y de la conciencia de la autonomía de la persona, como sabemos datos de la cultura moderna, aparece la segunda postura

que acabamos de citar, la enfermedad vista como vía que conduce al mérito en esta vida o en el caso de que así fuera, a la ultraterrena. Así lo hacen ver entre los siglos XVI y XVIII varios textos epistolares de San Ignacio de Loyola, así como de Pascal o Novalis en tanto que cristianos, mientras que en la sociedad secularizada se ve el prestigio de la figura del *dandy* que permanece estoico ante el dolor y la enfermedad. Sea cual sea la actitud que se adopte *de un modo u otro manifiesta la enfermedad –dolor físico, vértigo, fiebre, limitación de las posibilidades de la realización de la vida...- el sentimiento básico de padecerla es siempre el sufrimiento.*²

Para este autor, uno de los deberes que a su juicio ha de asumir el paciente es la:

“consideración de la enfermedad como un azar, susceptible de combate y la eliminación mediante la inteligencia y la técnica- es decir, sin la complacencia a la postre viciosa, a que pueden conducir una mala ascética, cristiana o secular- como prueba para hacer patente la dignidad de la persona”.³

Sobre la cuestión del azar, Martha Nussbaum plantea en una de sus conocidas obras, *La fragilidad del bien: fortuna y ética en la tragedia y la filosofía griega*⁴, que la preocupación de los griegos por la vulnerabilidad de la vida buena, de la felicidad humana radica en que se encuentra siempre pendiente del cortante filo de la fortuna. Aquí la fortuna no se entiende como acontecimientos aleatorios, sino que es el elemento de la existencia humana que los seres humanos no dominan. Así:

“lo que acontece a una persona por fortuna es lo que no le ocurre por su propia intervención activa, lo que simplemente le sucede, en oposición a lo que hace. En general, eliminar la fortuna de la vida humana equivaldría a poner esa vida o al menos sus aspectos más importantes bajo el dominio del agente, suprimiendo la dependencia de lo exterior (...).”⁵

² Op. Cit., pág. 113.

³ Op. Cit., pág., 116.

⁴ NUSSBAUM, M., *La fragilidad del bien: fortuna y ética en la tragedia y la filosofía griega*. Visor. Madrid, 1995. (Traducción de Antonio Ballesteros González).

⁵ Op. Cit., pág., 29.

Líneas más adelante señala que:

“soy un agente, pero también un ser pasivo como la planta; gran parte de lo que no he hecho me hace acreedor al elogio o a la censura; debo elegir continuamente entre bienes opuestos y aparentemente inconmensurables, y las circunstancias pueden forzarme a adoptar un curso de acción en el que no podré evitar traicionar algo o actuar mal; un hecho que simplemente me sucede, sin mi consentimiento puede transformar mi vida. Tan problemático es confiar el propio bien a los amigos, al amante o a la patria como intentar vivir bien prescindiendo de ellos. No creo que dichos problemas sean sólo el alimento que nutre la tragedia, pienso que forman parte de los hechos cotidianos de la razón práctica.”⁶

La manifestación de este sentimiento se ha dado a través de las tragedias del siglo V a.C., en las que se resalta el papel de la fortuna de manera inevitable. El dilema trágico ilustra algunos momentos de la existencia humana en los que el hombre se halla, como por ejemplo sucede a Edipo, ante la encrucijada en el momento de la deliberación moral. Este es el primer punto esencial de la ética aristotélica. La tragedia de Esquilo nos obliga a reflexionar sobre la necesidad de encontrar una solución práctica para evitar encontrarnos ante dilemas existenciales trágicos. La solución a la *tyché*, al dilema trágico que ésta plantea es la *téchne*. El hombre es salvado de la vulnerabilidad gracias a esa *téchne*. Es decir, el modo de evitar esta situación angustiosa es la de suprimir el azar, lo que exige, tal y como aparece en las tragedias, flexibilidad mental y capacidad de aceptar la aparición de acontecimientos inesperados que han de ser convertidos en recursos favorables para que no se dé interrupción alguna en el rumbo de vida que quiere llevar el ser humano.

Protágoras ofrece entonces la técnica, el progreso social y la política como herramientas para mantener alejado el cortante filo de la fortuna. Sócrates por su parte propone la medicina de la ciencia del alma, del cuidado de la inteligencia así como la búsqueda de la verdad. Platón ofrece en los diálogos intermedios un intento de salvar la vida humana al hacerla inmune a la fortuna. Sin embargo, el planteamiento de la ética aristotélica es muy diferente, entre otras

⁶ Op. Cit., pág., 28.

razones porque Aristóteles ofrece como respuesta una concepción de la racionalidad práctica que tiende a dar forma a un tipo de autosuficiencia propia del ser humano. De nuevo es la aspiración de poner a salvo de la fortuna el bien de la vida humana a través de la razón.

Aunque el ser humano es un ser con capacidad de proyectar su futuro, de escoger entre múltiples opciones, al mismo tiempo es frágil y vulnerable. La enfermedad es una de las situaciones en las que se hacen más patente esas condiciones propias del ser humano. Además, es una manifestación de ese cortante filo de la fortuna, de aquel suceso que no se puede controlar. La práctica médica cuenta con la herramienta de la técnica, que en muchas ocasiones supone una búsqueda constante de estrategias de acción que permita al ser humano evitar la influencia de la fortuna adversa. Con la técnica se puede curar una enfermedad, pero ¿puede lograr que esa fortuna se mantenga en los límites en los que deseamos para evitar así su inesperada intervención en nuestras vidas? ¿Qué sucede con la fragilidad y la vulnerabilidad?

La técnica puede contribuir a mejorar la calidad de vida de un paciente, pero también hemos de recordar que ha de tener un límite. Como señala Agustín Domingo:

“Somos esclavos de una imaginación todopoderosa cuando nos dejamos seducir por la omnipotencia de un saber científico y técnico donde no hay resquicio para el misterio. Vivimos esclavos de las novedades que la ciencia y la tecnología nos anuncian, unas novedades donde se nos anuncia que podremos dominar la naturaleza, la sociedad y la historia. (...) Somos esclavos de la imaginación todopoderosa de un superhombre que cada día es más incapaz de reconocer su vulnerabilidad. Nuestra llamada a la libertad no procede de esta imaginación omnipotente porque es una llamada a la memoria de nuestra vulnerabilidad, nuestra fragilidad y nuestra debilidad.”⁷

⁷ Op. Cit., págs., 66-67

Necesitamos del cuidado porque ni la ciencia ni tampoco la técnica *pueden eximirnos del cuidado. Si así lo hicieran caeríamos en el descuido, la negligencia y la no responsabilidad*⁸.

¿Qué tipo de cuidado se requeriría? ¿Cuáles serían sus características? Siguiendo de nuevo a Agustín Domingo, *una de las formas más lúcidas de plantear el cuidado es como cuidado responsable, es decir, como una actividad en la que se realiza la responsabilidad*.⁹ De entre la lista de diez claves para una ética del cuidado¹⁰ que el mismo autor propone, contamos con varios elementos para que el cuidado pueda ser un cuidado responsable. El primero de ellos es que el cuidado es preocuparse por el otro, saber de su singularidad y particularidad, pero sin incurrir en un cuidado paternalista y sobreprotector. Se puede decir que, aunque el sujeto, en este caso el paciente, sea vulnerable o frágil, no debe por ello perder su autonomía y dignidad. El segundo es permitir que quien necesita recibir cuidados no se sienta obligado a hacerlo. Más bien se trata de que el paciente pueda admitir su vulnerabilidad para que pueda ser ayudado. El tercero es que cuidar no significa obligar al otro a que siga unas pautas sino que es estar cuando lo necesite. El cuarto y último es saber que el verdadero cuidado responsable cuenta también con los cuidadores. Ellos, quizá mejor que nadie, saben lo duro que puede ser desarrollar tareas que implican el cuidado y la atención de otro.

Como señala Francesc Torralba¹¹, no se trata de llevar a cabo un discurso especulativo sobre el cuidar, sino que más bien de fundamentar el cuidar, de modo que sea entendido como una acción que se desarrolla en el tiempo y que requiere constancia. Es obvio que estos cuidados han de ser proporcionados por aquellos que saben de qué manera hay que aplicarlos, lo que consigue entre otras cosas que

⁸ DOMINGO, A., *El arte de cuidar. Atender, dialogar y responder*. Rialp. Madrid, 2013, págs., 69.

⁹ Ibid.

¹⁰ Ibid.

¹¹ TORRALBA, F., *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Instituto Borja de Bioética y Fundación Mapfre. Madrid, 2002, pág., 8.

se dé una relación interpersonal, de rostro a rostro, se ofrece la posibilidad de manifestar y sentir compasión, de apoyar y acompañar, etc.

1.2.- La vulnerabilidad en los orígenes de la Bioética.

El ser humano no sólo responde a los instintos como le sucede a los animales, sino que también es autónomo y libre para escoger entre las diferentes posibilidades con las que cuenta para dar forma a su día a día. Pero también somos seres vulnerables y frágiles. No únicamente los primeros años de vida, sino que en cualquier momento podemos depender de otras personas por diferentes circunstancias, como puede ser una enfermedad, un accidente o cualquier otro suceso inesperado. Por ello, la moralidad no sólo tiene como razón de ser regular nuestras conductas en sociedad. También contribuye a que los seres humanos puedan superar las posibles dificultades derivadas de su fragilidad y vulnerabilidad y que así mismo cuenten con el apoyo para desarrollar sus proyectos de vida en sociedad.

Con los logros y descubrimientos de la ciencia, la medicina ha avanzado enormemente. Pero en muchas ocasiones, estos avances se han hecho a costa de prácticas y en situaciones sin control alguno, de modo que la dignidad de los seres humanos se ha visto perjudicada con frecuencia. La preocupación por esta situación llevó en un momento dado a querer regular estas prácticas y a dotarlas de un carácter ético al mismo tiempo, dando paso al nacimiento de la Bioética.

Una de las razones fundamentales que contribuyó al nacimiento de la bioética fue proteger a los seres humanos en tanto que vulnerables, de las

consecuencias que se pueden presentar en la investigación científica con sujetos humanos.

Sería en EE.UU., donde germinaría la semilla de esta disciplina relativamente reciente pero que ha alcanzado un gran desarrollo en los últimos años. W.T. Reich, editor de la conocida Enciclopedia de Bioética afirma que el surgimiento tanto de la disciplina como del término “bioética”, tuvieron un origen bilocado, ya que por una parte se sitúa su aparición en la Universidad de Wisconsin, Madison, y en la Universidad de Georgetown en Washington D.C. En el primer caso se considera como creador al oncólogo e investigador Van Rensselaer Potter, y fue en 1970 cuando empleó por primera vez el término “bioética” al aparecer en un artículo titulado *Bioethics, the science of survival*. Potter volvería a emplearlo de nuevo en su libro aparecido en Enero de 1971, *Bioethics: Bridge to the future*. Por su parte, André Hellegers, obstetra e investigador también de origen holandés y afincado en Norteamérica, inauguró en la Universidad de Georgetown, en Julio de ese mismo año, el primer instituto universitario dedicado al estudio de la bioética: *The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*.

A pesar de que el término “bioética” fue empleado por ambos profesionales, la orientación de la disciplina que surge en Georgetown será muy diferente a la que en principio le dio Potter, para quien la palabra recoge los dos aspectos principales de esta doctrina. Por una parte, “bio” representa los conocimientos biológicos mientras que en el caso de “ética” hace referencia a los sistemas de valores humanos. De este modo, obraría como enlace entre las ciencias naturales y las ciencias humanas. Para este autor, teniendo en cuenta los marcados acontecimientos de aquellos momentos era necesario que se diera el diálogo entre ambas debido a que peligraba la supervivencia de la especie humana. Posiblemente por ello se ha considerado que la bioética que planteaba

este autor era de corte ecologista frente a la de Hellegers que es vista como más biomédica.

Sin embargo, a pesar de que de un tiempo a esta parte se ha retomado la idea de “bioética global”, el esfuerzo de Potter, su legado no ha tenido la influencia de Hellegers principalmente porque el apoyo económico e institucional ha sido más bien escaso y porque en parte su dedicación ha sido más para la investigación que para la bioética.

En el caso de André Hellegers cuenta con la ventaja de la situación geográfica en la que se encuentra la Universidad de Georgetown. Al ubicarse en Washington D.C., capital de un país pionero en abordar cuestiones de biomedicina, es sede también de organismos como el Congreso de los EE.UU, de los Institutos Nacionales de Salud, o la Academia Nacional de Ciencias. Por otra parte también podemos apuntar otros dos factores que han contribuido a fomentar el éxito del que estamos hablando. Por una parte, en torno a los años 70 y 80, se ha centrado en cuestiones más relacionadas de forma usual con la práctica diaria a nivel médico, como por ejemplo la relación médico- paciente, aborto, ética ante el final de la vida, etc., Por otra, el lenguaje adoptado por los integrantes del *Kennedy Institute* era más claro para quienes formaban parte de los debates políticos, así como los filósofos y teólogos que forman parte de este instituto.

Además, a diferencia de Potter, Hellegers sí contó con más apoyo financiero e institucional, a lo que hay que sumar el carácter interdisciplinar de la Universidad de Georgetown , que contaba además con una Escuela de Medicina así como con el apoyo que le brindaba a nivel humanístico contar con una entidad de carácter católico.

Podemos preguntarnos si el surgimiento de la bioética tuvo algún otro factor como antecedente, a lo que la respuesta sería afirmativa. En concreto

podemos apuntar a dos circunstancias que se enmarcarían en concreto en dos episodios históricos. Por una parte la nueva medicina y por otra los cambios culturales y políticos que se dan en un espacio de tiempo relativamente breve. Los treinta años que transcurren entre el final de la Segunda Guerra Mundial, en 1946 hasta 1976 es visto como el período de mayor desarrollo en medicina. Claros ejemplos son el uso a gran escala de la estreptomina en 1946 para combatir la tuberculosis, al año siguiente el metrotexato se empleará para combatir la leucemia y en 1952 se logrará llevar a cabo la primera intervención a corazón abierto. Mediados de los sesenta será el momento en el que la prueba de la amniocentesis ayudará a diagnosticar durante la gestación enfermedades congénitas o Síndrome de Down.

Respecto a los acontecimientos históricos, que se dieron casi paralelamente a estos avances médicos destacan por ejemplo la ley de derechos civiles, la *Civil Right Act*, que se firmó en EE.UU. en 1964 o la ley de derechos electorales de las minorías, también firmadas en EE.UU. en 1965. No son sólo las luchas por los derechos civiles, sino que también comienza a darse una importante crisis de confianza en las instituciones, además de que se dan a conocer numerosos casos de abusos en investigación médica, lo que llevará a que en esta década, junto a los movimientos pacifistas y las protestas estudiantiles, se levanten voces contra el exceso de optimismo en los avances médicos. Sería en la década de los 70 cuando comenzaron a salir a la luz los abusos cometidos en muchos casos de investigación biomédica cometidos cuarenta años atrás. Se considera que el primer antecedente de estas prácticas denunciadas comenzaron cuando el 14 de Julio de 1933 se aprobaba en la Alemania nazi la ley que obligaba a la esterilización obligatoria de las personas que sufrían defectos mentales congénitos, esquizofrenia, psicosis maniaco-depresivas, epilepsia, alcoholismo severo, ceguera hereditaria y Corea de Huntington. Como ya sabemos, estas prácticas fueron llevadas a límites tan extremos como casi inimaginables. En 1947 se plasmó en el llamado Código de Nüremberg la necesidad de proteger la

integridad de los sujetos humanos de investigación biomédica. Se establece que no es legítima la experimentación con humanos que no hayan dado su permiso para formar parte de dicha investigación.

En 1972 el *New York Times* sacó a la luz los experimentos llevados a cabo en Norteamérica, como el caso conocido como *Tuskegee*, estudio que había sido comenzado en 1932. Entonces se supo que durante esos cuarenta años unos 400 varones de raza negra afectados de sífilis habían sido engañados al no darles tratamiento de penicilina sabiendo que esto reducía en un 20% de posibilidades su esperanza de vida. Otros casos que se conocieron fueron el de la Escuela Estatal de Willowbrook, una institución para niños con discapacidad mental a los que se les infectó deliberadamente con el virus de la hepatitis con vistas a desarrollar una vacuna contra dicha enfermedad, y el de los experimentos que se llevaron a cabo en el *Jewish Hospital*. En este caso se inocularon células cancerosas a ancianos allí ingresados con la intención de estudiar si el cuerpo tenía capacidad para rechazar dichas células debido al propio cáncer o por otros motivos.

Como era de esperar, el impacto que produjo en la sociedad el conocimiento de estos y otros casos similares dio lugar a la instauración de lo que podría considerarse como el primer comité de ética de la sociedad occidental. El 12 de Julio de 1974 el Congreso de los EE.UU. aprobó la ley conocida como *National Research Act* que daba luz verde a la creación de una comisión nacional para proteger a los sujetos humanos en la investigación científica en medicina y en ciencias de la conducta, la llamada *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*. Parte de la función de esta comisión era llevar adelante una amplia investigación, con vistas a identificar los principios éticos fundamentales, para poder orientar la investigación científica al mismo tiempo que se daba con directrices que aseguraran que dichas investigaciones se daban bajo esos principios.

El trabajo de esta comisión se realizó entre 1975 y 1978, y el resultado se publicó un año más tarde en el llamado *Informe Belmont*. La novedad de esta investigación se encontraba en la propuesta de los llamados “revisores”, encargados de velar por la protección de los sujetos humanos en cualquier investigación científica. A raíz de esta labor, quienes formaron parte de este comisionado se reunieron durante tres días a puerta cerrada, dando como resultado la creación de los tres principios que han servido de base para el posterior avance de la bioética: respeto por las personas, beneficencia y justicia.

Sin embargo, la bioética no se limita al ámbito biomédico, sino que también cuenta con otros aspectos como los que se derivan de los rasgos que conforman al ser humano: bio-psico-social y espiritual. El “bio” del que hablaba Potter en 1970 no se limita de forma exclusiva a la vida biológica, sino que también ha de tenerse en cuenta la biografía de la persona, tener presente que el ser humano es un ser de capacidades como por ejemplo la de proyectar y al mismo tiempo asumir responsabilidades. Además, en ese “bio” tienen cabida disciplinas ligadas al ámbito científico, pero con una vertiente ligada a la vida cotidiana y social al formar parte de la medicina preventiva o poder ofrecer respuestas en la asistencia espiritual de los pacientes, como por ejemplo sucede con la enfermería, la psicología o los trabajadores sociales.

Así mismo, la bioética ha de tener un carácter interdisciplinar, ya que los problemas y situaciones que aborda continuamente no pueden solventarse únicamente desde una única perspectiva, sino que es necesaria la participación de científicos expertos, pero también de clínicos, abogados, teólogos, economistas o filósofos. Lo importante en este caso es recordar en todo momento que se trata de que la bioética sea un campo de estudio en el que la deliberación y el diálogo de todos los que participan estén siempre presentes y nunca se agoten.

Capítulo 2

Bioética y Ética del Cuidado

2.1.- Aproximación a la historia del cuidado

2.1.1.- Génesis del cuidado

La Dra. Saunders señaló en una de sus investigaciones¹² que en la tradición hipocrática no se recogía la recomendación del trato con enfermos incurables y terminales, ya que la enfermedad era vista en ese momento como un castigo que venía impuesto por los dioses a un mortal y cuyo trato podía suponer un desafío. Posteriormente con el influjo de la cultura cristiana esto cambió. La palabra que definía el sentimiento de acogida al invitado, cálida y afectuosa por parte del anfitrión era “hospitium” y designaba igualmente al lugar en el que se ejercía. En Europa, desde el siglo IV, en tiempos del emperador Constantino que posiblemente siguiera las indicaciones de su madre, Santa Elena, empiezan a aparecer instituciones que se inspiran en la caridad del Evangelio. De este modo, los antecedentes de los modernos hospitales y hospicios aparecen en el mundo bizantino.

En el siglo IV, gracias a Santa Fabiola, discípula de San Jerónimo, se establece en Roma el que se considera el primer gran hospital occidental, donde se recogían y atendían a los peregrinos que retornaban de Tierra Santa.

¹² SAUNDERS, C., *Selected writings. 1958-2004*. Oxford University Press., Oxford, 2006, págs., 245-251.

Posteriormente los Caballeros Hospitalarios de la Orden de San Juan de Jerusalén fundarán en Malta uno de los más famosos hospicios de la época, conocido por la actitud de sumo respeto con el que se atienden a los necesitados que allí acuden, aportando una actitud de comprensión hacia todos los que son atendidos independientemente de su origen, religión que profesen o enfermedad que padezcan.

De forma más amplia, los hospicios en la Edad Media no poseen una finalidad clínica, sino más bien caritativa. Por regla general se encuentran cerca de los caminos como es el caso del Hospital de San Marcos en León, el castillo de los Templarios en Ponferrada o la Abadía de Samos para atender a peregrinos que transitan rutas como las del Camino de Santiago, viajeros, huérfanos, así como proporcionar alojamiento y comida a los que se encuentran enfermos. En el caso de no disponer de medios para curar siempre quedaba cuidarlos, poniendo especial atención a las necesidades espirituales.

En el siglo XII los hospicios se independizan de los monasterios y más adelante se vuelve a dar otra separación, esta vez en torno al siglo XV. En este momento, gracias al avance de la medicina y los descubrimientos proporcionados por el estudio de la anatomía, los pacientes agudos serán tratados por los médicos mientras que de los crónicos se ocuparán los monjes. El hospicio medieval no estaba pensado para atender en primer lugar a los moribundos. Un ejemplo es el de San Bernardo que en el siglo XIII empleó por primera vez la palabra hospicio para señalar el lugar en el que se acogían a los peregrinos. Esto se mantuvo así durante los siguientes cuatro siglos, cuando San Vicente de Paúl concretó su vocación en el cuidado de los pobres a través de la fundación de dos congregaciones: la de los Sacerdotes de la Misión o Lazaristas y las Hijas de la Caridad junto a Santa Luisa de Marillac, en 1633. Estas obras serán el modelo a seguir por parte de los protestantes un siglo más tarde al crearse en Prusia la Fundación Kaiserwerth, considerado como el primer hospicio protestante.

Será en el siglo XIX cuando se emplee la palabra hospicio para referirse al lugar en el que se atienden a pacientes moribundos. Con esta finalidad, Madame Jean Garnier fundó varios en 1842. Llevó a cabo esta labor en Lyon a través de la Asociación de Mujeres del Calvario. Siguiendo a Mme. Garnier, Anne Blunt Storrs fundó en Nueva York el *Calvary Hospital*, que actualmente sigue dedicándose a los cuidados paliativos, en concreto a los pacientes que padecen cáncer en fase avanzada.

Por su parte, coincidiendo más o menos en el tiempo, Madre Mary Aikenhead, fundadora de las Hermanas Irlandesas de la Caridad, instauró en 1879 en Dublín *Our Lady's Hospice* y en Londres en 1905 el *Saint Joseph's Hospice*. Otras “protestant homes” empezaron en Londres su labor en este período, atendiendo a pacientes de tuberculosis y a enfermos de cáncer. En uno de ellos, el *St. Luke's Home for Dying Poor*, trabajó durante siete años como voluntaria Cicely Saunders.

2.1.2.- El movimiento hospice

El significado que tiene actualmente la palabra *hospice* no se refiere a un edificio físico ni a ninguna institución en concreto, sino al cuidado de pacientes que se encuentran ante el final de su vida. Con el llamado *British Hospice Movement* se responde a las inquietudes tanto del personal sanitario como de personas de otros ámbitos sobre la necesidad de abordar el cuidado y atención del paciente en fase terminal de manera diferente a como tradicionalmente se ha hecho. Así, surge una búsqueda para saber manejar situaciones a las que se va a enfrentar tanto el propio paciente como sus familiares y/o cuidadores, al igual que les sucede a los profesionales de este campo. Estas necesidades pueden estar relacionadas con el dolor, la ansiedad, la angustia, la soledad, el miedo, cuestiones unidas al sufrimiento psicológico, emocional y espiritual, etc. Se procura que

tanto el paciente como aquellos que le rodean se sientan atendidos, acompañados y reconfortados en la medida de lo posible.

El término *hospice* fue desplazado por el de cuidados paliativos o medicina paliativa por Balfour Mount. En 1975 se trasladó desde Canadá a Inglaterra para llevar a cabo una investigación siguiendo los trabajos de Cicely Saunders. Al año siguiente fundó en el *Royal Victoria Hospital* de Montreal una unidad de atención a pacientes considerados como terminales. Será aquí donde se produzca el cambio, ya que el término *hospice* presentaba connotaciones negativas. En su lugar empezó a emplearse el término de cuidados paliativos, cuyo uso sería adoptado en otros países como es el caso de Canadá, Polonia o África del Sur.

2.1.3.- La importancia de la figura de Cicely Saunders en el movimiento hospice

Cicely Saunders nació el 22 de Junio de 1918 cerca de Londres. Gracias a la posición económica de sus familia pudo tener una buena formación. Sin embargo, aunque quiso estudiar enfermería, sus padres se opusieron, por lo que se decantó por estudiar Política, Filosofía y Economía en el *St. Anna's College* de Oxford. Sin embargo, circunstancias personales la llevarían a dejar de lado estos estudios y entró como estudiante de Enfermería en la *St. Thoma's Hospital Nightingale School* de Londres. A pesar de ser una excelente enfermera, los problemas de salud de su espalda hicieron que de nuevo volviera al estudio. Esta vez se graduó como Trabajadora Social Sanitaria ampliando después de esto su formación estudiando Teoría política y Administración pública y social.

Aunque en su juventud no era creyente, se convirtió en 1945. Años más tarde descubrió que trabajar con pacientes moribundos era su forma de agradecer a Dios su fe. Paralelamente, en 1947 conoce a David Tasma, judío

polaco con un cáncer inoperable y sin nadie a su lado. Aunque la relación entre ambos comenzó con la labor de Saunders como trabajadora social, pronto se convirtió en enamoramiento mutuo. En este tiempo habló de su enfermedad con Cicely Saunders y entre los dos reflexionaron sobre cómo podían ayudar a otros pacientes que estaban en la misma situación que Tasma. Ello les condujo a pensar en un sitio donde atender a pacientes terminales para evitar que una enfermedad incurable supusiera algo tan doloroso como lo fue para él. Su proyecto era que en ese lugar el personal estuviera formado y tuviera las habilidades necesarias para manejar el dolor al tiempo que se ocupara de otras necesidades que van más allá de paliar el dolor. Esto supuso para Saunders el motivo que necesitaba para desarrollar su labor. Poco tiempo después Tasma fallecía.

Al tiempo que llevaba a cabo su labor como trabajadora social se dedicó, como enfermera voluntaria, a atender por las tardes a pacientes del *St. Luke's Home for Dying Poor*, posteriormente llamado *St. Luke's hospital*, institución llevada por religiosas y dedicada a atender pacientes moribundos. Aquí Saunders dedicó tiempo a leer las memorias anuales del centro donde se recogían muchas de las apreciaciones del fundador de esta institución, el Dr. Howard Barret sobre el tipo de labor que allí se llevaba a cabo. Para Cicely Saunders fue la influencia decisiva para crear el *St. Christopher's Hospital*.

Como su vocación la llevó a dedicar tardes y noches a los pacientes, el propio Dr. Barret le planteó que si realmente quería ayudar a los enfermos, debía estudiar medicina, ya que según sus palabras eran los propios médicos los que abandonan a los pacientes. Así, con 33 años volvió a las aulas. En 1957, a pesar de encontrarse fuera de lugar por su edad, se licenció en Medicina a los 40 años. Fue en este tiempo cuando, ya como médico, se dedicó a investigar sobre el cuidado de enfermos terminales en el *St. Joseph's Hospice*, uno de los hospicios de las Hermanas Irlandesas de la Caridad. Su labor se desarrollaría durante siete años, en los cuales se dedicó a escuchar a pacientes, tomar nota y profundizar en

los resultados sobre el control del dolor y otros síntomas. Debido a que en el *St. Luke's* había observado que los enfermos tomaban regularmente opicáceos cada cuatro horas, introdujo esta práctica en el *St. Joseph* y orientó a las religiosas para que su labor de atender a pacientes terminales fuera todavía más eficaz.

En 1961 creó el Grupo Fundacional de *St. Christopher's Hospice* donde primero se trabajaron las bases y los objetivos, tarea que se prolongó hasta 1965. El *St. Christopher's* fue inaugurado en Julio de 1967 en Sydenham, en el sur de Londres. Dos años más tarde incorporó los cuidados domiciliarios, dependientes de la institución, manteniendo el nombre de *hospice*. Cicely Saunders falleció en 2005.

En 1997 esta institución alcanzó los 1.200 pacientes atendidos anualmente. Simultáneamente, con todos los equipos, se atienden a más de 350 pacientes cada día.

2.2.- Del movimiento *hospice* a los cuidados paliativos

2.2.1.- Características y objetivos de los cuidados paliativos.

Antes de pasar a este punto queremos clarificar la postura de varios autores acerca de los términos “enfermo terminal” y “enfermedad terminal”:

“Hemos tenido mucho cuidado en no utilizar los términos *enfermo terminal* y *cuidados terminales*. Según el diccionario de la lengua, *terminal* significa *término de una cosa*. Ni el enfermo es una cosa ni se termina; lo que finaliza es la enfermedad. *Terminal* es una expresión que implica negativismo y pasividad, sugiere que todo ha terminado y no hay oportunidad de hacer nada más. Es un eufemismo que sustituye a la palabra castellana *moribundo*. Los *cuidados*

terminales son una parte de los cuidados paliativos y quizá la denominación de *últimos cuidados* sea una expresión más adecuada.¹³

Eulalia López Imedio y José María Luque Medel consideran que se puede hablar de enfermedad terminal cuando se dan estos elementos¹⁴:

- 1.- Existencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- 2.- Falta de posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específico.
- 3.- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- 4.- Gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte.
- 5.- Pronóstico de vida inferior a los seis meses.

Los cuidados paliativos surgen como respuesta a una situación concreta como es la enfermedad terminal en la que no cabe ninguna mejora ni tampoco reversibilidad. Por el contrario, es definitiva su progresión, conduciendo al fallecimiento del paciente. Estos cuidados se dirigen a detectar las necesidades a solventar así como las dificultades que en muchas ocasiones se derivan en esta situación. De ahí que posean unas características determinadas y un enfoque concreto que será el del control de los síntomas, atención continua tanto de las necesidades que pueden aparecer en el plano físico como psicológico, emocional y espiritual, alivio del dolor, apoyo tanto al propio paciente como a la familia, tomar decisiones junto con el paciente y las personas más allegadas así como la posibilidad de que las partes implicadas puedan expresar miedos, preocupaciones, cargas emocionales, etc.

¹³ AA.VV., *Medicina del dolor*. Editorial Masson. Barcelona, 1997, pág. 351.

¹⁴ LÓPEZ IMEDIO, E., LUQUE MEDEL, J.Mª., en: COUCEIRO, A., (ED.), *Ética en Cuidados Paliativos*. Triacastela. Madrid, 2004, pág., 23.

Todo ello contribuye a que se mantenga, en la medida de lo posible, la calidad de vida del paciente hasta el momento de su muerte, a que se pueda dar el fallecimiento sin tensión, sufrimiento, dolor, miedo o soledad. Se logra también que la familia no se sienta impotente y que pueda seguir formando parte del proyecto de vida de la persona que va a morir. Esto último también lleva a que los familiares, acompañantes, cuidadores, etc., puedan vivir un duelo sano y que no derive en patológico. Los profesionales sanitarios pueden encontrar mediante esta vía una alternativa a la limitación que supone decir que “no se puede hacer nada más”, y al mismo tiempo no considerar la muerte como un fracaso porque han contado con las herramientas para evitar que fuera así.

2.2.2.- Cuidados paliativos en España

La primera unidad de cuidados paliativos en este país fue creada en 1984, tras un viaje a Gran Bretaña para conocer algunos *hospices* por el Dr. Jaime Sanz Ortiz en el *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla* de Santander, en concreto en la planta de Oncología. En 1986 y 1987, J. Porta, especialista en medicina interna y Xavier Gómez Batiste, médico oncólogo, realizaron estancias en el *St. Christopher's Hospice*. En Diciembre de 1987, Gómez Batiste y Jordi Roca crearon una Unidad de Cuidados Paliativos en el *Hospital Santa Creu de Vic*, Barcelona. J. Porta hará lo mismo en 1989. En ese mismo año, el Dr. Gómez Sancho, anesesiólogo, tras una estancia en Italia junto a Victorio Ventafridda, pone en marcha una Unidad de Medicina Paliativa en el *Hospital El Sabinal* de las Palmas en Gran Canaria. Les seguirían en 1990 el Dr. Martínez Alonso en el *Hospital Cruz Roja* de Gijón y la Dra. Susana Pascual en Málaga. Por su parte el Dr. Núñez Olarte médico internista, amplía su formación junto a Balfour Mount. A su vuelta en 1991, promueve la instauración de Unidad de Cuidados Paliativos más grande de España en el *Hospital Gregorio Marañón* de Madrid.. En ese mismo año surge otra unidad de este tipo en el *Hospital San Juan de Dios* de Pamplona, a través del Dr. Jesús Viguria.

2.2.3.- Cuidados paliativos en otros lugares del mundo

En el resto de Europa, como por ejemplo en Francia, se crea la primera unidad de cuidados paliativos en 1987 en el *Hospital de la Ciudad Universitaria* de París gracias a Maurice Abiven, mientras que en Italia se dan mediante el apoyo de la *Fundación Floriani* y la labor de V. Ventafridda.

Fuera de Europa, en EE.UU, el movimiento *hospice* llega de la mano de la Dra. Silvia Lack en 1971, siendo en 1974, en New Haven, donde tiene inicio la práctica de este cuidado en atención domiciliaria, y al año siguiente nace el primer equipo de soporte hospitalario de cuidados terminales en el *St. Luke's Hospital* de Nueva York.

2.3.- Orígenes de la Ética del Cuidado

Para conocer cómo se ha dado esta renovada importancia de la Ética del Cuidado en nuestros días podemos acudir al ámbito de la psicología acerca del desarrollo del juicio moral en el niño. Jean Piaget, pedagogo suizo, dedicó parte de sus investigaciones a esta cuestión que sin embargo quedaron inconclusas. Años más tarde su discípulo Lawrence Kohlberg siguió el estudio de las fases propuestas por su maestro acerca de ese desarrollo. Las conclusiones a las que llegó plasmaban la forma en que los varones toman decisiones para resolver un conflicto moral, y que se daba a través de la llamada Ética de la Justicia. Durante varios años la propuesta de esta autor se mantuvo vigente en el ámbito académico, hasta que en la década de los 80, una discípula de L. Kohlberg, Carol Gilligan, llevó a cabo una investigación sobre la forma con la que las mujeres, frente a los hombres, ofrecen respuesta a los dilemas morales. A partir de la obra de esta psicóloga, varias autoras y profesionales del ámbito de la enfermería repararon en

la importancia de asumir e integrar un nuevo modelo, el de la Ética del Cuidado, en el ámbito sanitario en general y en los cuidados paliativos en particular.

Además de este cambio, la obra de Gilligan también dio pie a un giro en la práctica de la enfermería, giro que se plasmó en el paso de la Ética de la Convicción, representativa de dicha práctica por excelencia a una Ética de la Responsabilidad. En las siguientes líneas intentaremos ampliar todo esto con más claridad.

2.3.1.- De la ética de la justicia a la ética del cuidado: Piaget, Kohlberg y Gilligan

Jean Piaget, advirtió que según Emile Durkheim la esencia de la educación moral se hallaba en enseñar a los niños a obedecer las reglas morales de la sociedad y dedicarse al bien de la misma. Partiendo de aquí, J. Piaget dirigió su estudio para ver cómo los niños desarrollaban su sentido de la solidaridad y asumían el respeto por las reglas. Para ello se centró en la observación de los juegos de la calle. En lo primero en que reparó es que entre los tres y los cinco años, los pequeños no coordinan sus acciones para lograr ganar entre todos, sino que actúan de forma egoísta. Aquí las leyes se cumplen por miedo a las consecuencias que se derivan de no hacerlo, y consideran además que son fijas, inamovibles y dictadas por los adultos. Esto cambia en torno a los siete u ocho años, ya que a esta edad los pequeños conocen las reglas y suman esfuerzos para ganar conjuntamente. En este caso la exigencia es que las reglas se cumplen para todos por igual. Por último, sobre los doce años se produce un cambio, ya que los niños conocen las reglas, pero también que dado el caso, pueden ser alteradas. La investigación de este autor no siguió más allá, quedando inconclusa por dedicarse a otras cuestiones.

Años más tarde, un psicólogo y discípulo suyo, Lawrence Kohlberg, retomó la investigación inacabada de su maestro. En este caso, este autor llevó a cabo un estudio sobre el razonamiento moral basado en el planteamiento de dilemas morales hipotéticos. Este psicólogo estableció el nivel de dicho razonamiento moral en función de la solución que se daba a los dilemas propuestos. La respuesta de mayor altura moral se correspondía con la elaboración de principios universales racionales, lo que significaba dar mayor prioridad a la concepción de la justicia al otorgar más valor a los juicios morales basados en la imparcialidad. Las conclusiones a las que llegó en su investigación han servido como puntos fundamentales de los que parte una Ética de la Justicia, cuyas características más importantes son el aprendizaje de principios morales, la aplicación de leyes universales para resolver los problemas, la exigencia de derechos y normas y la imparcialidad. Esta ética se corresponde con los modelos basados en la igualdad y el respeto mutuo, considerada generalmente rasgos propios de los varones.

Para demostrar que las fases de ese desarrollo moral son universales e independientes del tiempo y la cultura, Kohlberg llevó a cabo durante 20 años una investigación donde los sujetos de la misma fueron niños varones a los que planteó dilemas morales adaptados a dos entornos alejados, los suburbios de Chicago y años más tarde en Vietnam, obteniendo en ambos casos las mismas respuestas.

Pasamos pues a ver cómo formuló el resultado final de su investigación. Lo plasmó en tres etapas, a través de las cuales se va gestando el desarrollo del juicio moral del niño. Son las siguientes: una primera etapa denominada preconvencional, la segunda sería la convencional y la tercera y última la posconvencional. A su vez a cada etapa corresponden respectivamente dos estadios:

- **Etapa preconvencional:** donde se respetan las normas para evitar las consecuencias que se derivan en caso de que no se cumplan. Los estadios que corresponden a esta etapa son:

- **Estadio 1:** *obediencia y castigo*, donde la obediencia está orientada para eludir el castigo. El individuo no es capaz de ponerse en el lugar del otro y la moral en este caso es heterónoma, donde el punto de vista que prima es egocéntrico.

- **Estadio 2:** *pragmatismo*. Aquí la obediencia está dirigida a obtener beneficios y la moral es instrumental. Lo correcto es buscar los propios intereses ya que los demás también pueden hacerlo.

- **Etapa convencional:** en la que se respetan las normas porque vienen impuestas por el grupo al que se pertenece. Los estadios que corresponden a este nivel son:

- **Estadio 3:** *concordancia*. En este caso lo correcto es actuar según lo que los demás consideren como bueno. Se aceptan las reglas compartidas en el entorno familiar.

- **Estadio 4:** *ley y orden*. Aquí una acción es considerada buena si mantiene el orden social. Se asume por lo tanto el carácter universal de las reglas sociales.

- **Etapa posconvencional:** se caracteriza porque el individuo apela a valores y principios, tomando distancia de los grupos sociales a los que se pertenece.

- **Estadio 5:** *consenso social*: las normas morales provienen de un consenso similar a un “contrato social”, como es el caso de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. En este caso se tiene conciencia de que los sistemas de reglas no son fijos, sino que por el contrario se pueden interpretar. Además, al haber llegado a ellos por consenso, se pueden revisar y matizar llegado el caso.

-**Estadio 6:** *principios éticos universales*. Llegados a este último punto, las decisiones morales son individuales y su base está en principios y valores universales, alcanzados a través de una elección racional y un razonamiento autónomo. Al ser universales además pueden ser aplicables en cualquier circunstancia o situación.

2.3.2.- *Una voz diferente: Carol Gilligan.*

Durante años, la labor de Kohlberg fue aceptada por la comunidad académica hasta que una discípula suya, Carol Gilligan reorientó la investigación llevada a cabo por su maestro ya que los sujetos que habían participado en dicha investigación sólo habían sido varones. Esta psicóloga llevó de nuevo a cabo el trabajo contando esta vez también con niñas. Los resultados que obtuvo fueron distintos a los de su predecesor. Comprobó que a la hora de resolver conflictos y dilemas morales, ellas lo hacían contando con elementos como la consideración de las circunstancias particulares, reparar en lo concreto, la importancia de la relación con los otros, o la responsabilidad. Esto es, mientras que las mujeres suelen presentar una mayor disposición hacia las relaciones y se centran más en la reciprocidad, por el contrario, los hombres acostumbran a ser más competitivos y dan más importancia a los derechos individuales.

¿En qué radica la importancia del trabajo de Gilligan? Por una parte ha llevado a que muchas otras autoras pertenecientes al ámbito de la enfermería

hayan destacado y recuperado al mismo tiempo la necesidad de incorporar el elemento del cuidado, lo que ha conducido a que dicha labor sanitaria adquiera un nuevo matiz y amplíe sus horizontes. Destaca de este modo la importancia no sólo de los principios, sino también de elementos clave como la compasión, la solidaridad o la preocupación por el otro ante una situación de vulnerabilidad.

Otro aspecto importante es que los pasos a seguir por las mujeres a la hora de resolver conflictos morales no supone, como pensaba Kohlberg, que estén en un nivel inferior, sino que más bien es una forma diferente. Las investigaciones sociológicas han demostrado que estas distinciones son de índole cultural y no hay diferencias notables entre hombres y mujeres a la hora de hacer frente a los conflictos que surgen entre la responsabilidad y los derechos. Esto es, el cuidado se ha “feminizado”, mientras que por el contrario, la justicia se ha “masculinizado”. Como señala la profesora Lydia Feito:

“Este debate se enlaza con la crítica existente respecto a la presunta “masculinidad” de los modelos de la justicia, lo cual hace que estas dos aproximaciones vengan a representar los distintos enfoques éticos de hombres y mujeres. Y tendrá fuertes repercusiones en la reflexión sobre la enfermería que, en la obra de algunas autoras, se colocará rápidamente en el lado de la ética del cuidado, considerando que aquí reside la clave que estaban buscando para lograr su nueva identidad.”¹⁵

La importancia también radica en que recupera elementos que habían quedado desplazados por la Ética de la Justicia. ¿Cómo ha sucedido esto último y por qué? La respuesta la hallamos al reparar en las propuestas que han predominado desde la Modernidad hasta nuestros días. Estos planteamientos están ligados a lo correcto como objeto fundamental de la Ética, a la búsqueda de la justicia imparcial e igualitaria así como la defensa de los derechos, todo lo cual asegura unos mínimos de convivencia. Todo ello ha dado como resultado el éxito de las sociedades democráticas. Sin embargo, entendida así, esta Ética de la Justicia ha llevado a que queden relegadas al ámbito de lo privado las virtudes, las

¹⁵ FEITO, L., *Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado*. PPC. Madrid, 2000, pág., 155.

creencias, las opiniones, los sentimientos, la voluntad, lo afectivo, etc. Pero a pesar de que son elementos que forman parte de la vida moral de las personas, sólo tiene cabida una ética de fundamentación racional de corte lógico y deductivista.

Por último, todo esto apunta a poder ver la incompletitud de los modelos basados en la justicia y la necesidad de recuperar y al mismo tiempo reivindicar la importancia de que estén presentes actitudes como la comprensión, la preocupación por las personas y sus particularidades, etc.

2.4.- Diferentes perspectivas en torno al cuidado

2.4.1.- Formas de entender el cuidado

Vamos a llevar a cabo una pequeña aproximación a las diferentes formas de entender el cuidado a través de cuatro maneras.¹⁶ En primer lugar encontramos el denominado cuidado como actividad, que puede ser ejercido por cualquier persona. Cuando alguien se ocupa de un tercero, al atenderlo de forma puntual si lo necesita. Responde así a una llamada de ayuda. Se busca por lo tanto contribuir a restablecer el bienestar de otro en un momento dado, por ejemplo en la convalecencia tras una intervención. Es posible que el cuidado se prolongue más en el tiempo, cuando, por ejemplo los padres cuidan de sus hijos pequeños o los cónyuges o hijos a su vez atienden a su progenitor o pareja según sea el caso, debido a que está atravesando un período en el que requiere de la atención y ayuda de otros, en circunstancias como puede ser una discapacidad, una enfermedad neurodegenerativa, demencia, etc. En otras ocasiones se regula esa asistencia en un marco institucional como puede ser el caso del voluntariado, donde ya no es

¹⁶ FEITO, L., “Los cuidados en la ética del siglo XXI”: *Enfermería clínica* 15 (3) (2005), 167-174.

una labor de cuidado en un momento dado. Ahora tiene unas tareas específicas a desarrollar y exige ciertas responsabilidades, como la identificación que acredita que se es voluntario, los días en que se compromete la persona a llevar a cabo su labor correspondiente o seguir las pautas recibidas en la formación. Como señala el profesor Agustín Domingo:

“El voluntario no es un simple *agente* moral que realiza una determinada acción más o menos altruista; es alguien que a la vez que realiza una acción se hace a sí mismo haciéndola. El voluntario no es una persona que primero aprende *qué es la solidaridad* y luego la aplica en el espacio y el tiempo que la organización le asigna. La acción voluntaria no puede confundirse con una misión o un encargo que el voluntario recibe de la propia organización y él, obediente y cumplidor, la realiza como si fuese un agente comisionado para ello.”¹⁷

En segundo lugar vemos el cuidado como tarea profesional. En este caso se considera dicho cuidado de dos formas. La primera de ellas se refiere a aquella actividad que se da en un ámbito concreto, con unas normas definidas y que al seguir un protocolo hace que sea una profesión regulada, mientras que en la segunda es el bien interno de una profesión, el rasgo que la define y caracteriza, como sucede en enfermería o en la práctica sanitaria en general.

También puede dirigirse el cuidado a ámbitos más amplios, como sucede cuando entendemos que somos responsables de las personas y del entorno que nos rodea. Esta es la tercera forma de cuidado. Aquí podemos tomar como ejemplo la cada vez mayor conciencia ecológica con la que se da respuesta a la necesidad de ser responsables ante determinadas circunstancias que nos afectan de un modo u otro, o aquellas situaciones de vulnerabilidad que apelan a nuestra sensibilidad y compasión. Es evidente que esto no se logra sin más, sino que necesita de un proceso de desarrollo que viene dado con cambios de actitudes que nos hacen ir integrando paulatinamente la solidaridad, la solicitud, la presencia, etc.

¹⁷ DOMINGO, A., *Ética y voluntariado. Una solidaridad sin fronteras*. PPC., Madrid, 2004, págs., 45-46.

En cuarto y último lugar hablaremos del cuidado como compromiso moral. Ante esas situaciones de las que hemos hablado en el párrafo anterior, en circunstancias de conflicto, trágicas o de incertidumbre, necesitamos reflexionar sobre la responsabilidad que tenemos con respecto al otro, responsabilidad no entendida como culpa ligada a una falta, sino como solidaridad ante los más frágiles y vulnerables. Esta cuarta forma de cuidado lleva a que visto ese cuidado como compromiso moral, también se pueda entender como una ética de la responsabilidad.

2.4.2.- ¿Curar o cuidar?

Si preguntamos a cualquier persona de nuestro entorno sobre cuál es la tarea principal que llevan a cabo los médicos, por regla general responderán que curar, y si la cuestión se hace en referencia a la enfermería, posiblemente digan que cuidar, por lo que podemos observar que parece que ambas prácticas corresponden a distintas formas de actuar. Pasamos entonces a desarrollar la segunda cuestión tal y como habíamos propuesto al comienzo de estas líneas sobre las diferencias entre curar y cuidar.¹⁸ Nos preguntamos si realmente curar y cuidar han de ser desempeñados por separado según corresponda a la medicina o a la enfermería. Para intentar dar respuesta a esta cuestión nos remitiremos en primer lugar al origen etimológico de ambos términos. Tanto en un caso como en otro, ambos provienen del latín, donde “curo”, es decir, curar, hace referencia a cuidar, preocuparse, prestar atención, mientras que cuidar proviene de “cogitar”, esto es, reflexionar, pensar, meditar. Parece pues que en principio no tienen nada en común. Sin embargo, esto no es del todo correcto. La razón principal de este error se debe a que hemos heredado del ámbito anglosajón la consideración de la medicina se ocupa de curar (*cure*), a los enfermos. Además de ser entendida como

¹⁸ FEITO, L., “La ética del cuidado: modas, paradojas y talentos”, en REYES, M. DE LOS., RIVAS, F.J., BUISÁN, R., GARCÍA, J., (COORDS.): *La bioética, un puente inacabado*. Actas del V Congreso Nacional de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. Madrid, 2005, págs., 79-87.

sabiduría técnica, también es vista como un rol ejercido exclusivamente por varones y con una consideración social alta. En el caso del cuidado (*care*), se asocia a enfermeras, que son quienes cuidan del paciente. Esta práctica está orientada fundamentalmente por la compasión y la sensibilidad, y por lo general ha tenido una valoración social más baja que en el caso de curar.

Las implicaciones que se derivan de todo ello es que o bien la enfermería queda reducida a una práctica que pierde su identidad propia al considerarse que está subordinada a la medicina o bien que tanto una como otra son vistas como compartimentos estancos, lo que impediría que pudieran alcanzar objetivos de forma conjunta. Por otra parte, esta distinción lleva a mantener una postura sexista, donde el papel de la profesional de la enfermería se considera menos importante que el del profesional médico varón. Con ello queremos señalar la importancia de que ambos elementos, cuidar y curar, estén presentes en la práctica sanitaria, tanto si es ejercida por médicos como por enfermeras. Aunque las tareas que corresponden en cada caso desempeñar son diferentes, comparten sin embargo objetivos comunes, como por ejemplo lograr tanto el restablecimiento de la salud como el bienestar del paciente o cuando esto ya no es posible, acompañarlo y reconfortarlo en el final de la vida, así como formar parte de la realización de su proyecto vital en cualquier caso.

2.4.3.- Ética del Cuidado y Ética de los Cuidados.

Al hablar del concepto de cuidado como tarea profesional, hemos visto que dicho cuidado podía ser entendido tanto como el bien interno de una profesión, que la caracteriza y define, como es en el caso de la enfermería o más ampliamente el de la práctica sanitaria, o ser visto como una ética profesional. De ahí que ahora hablemos de una distinción importante entre la ética de los cuidados y la Ética del Cuidado. En el primer caso a dicha ética corresponde indagar sobre las actividades acerca del cuidado que se llevan a cabo de manera profesional,

como por ejemplo, la comunicación entre personal sanitario y pacientes o entre diferentes especialidades dentro de la práctica médica, cómo aplicar los cuidados específicos para los que se forma el personal sanitario, etc. En el segundo caso no se refiere a la práctica sino al ámbito sobre el que le corresponde reflexionar, esto es, el de la fundamentación ética, para hallar puntos de partida firmes y razones en las cuáles se sustente dicha Ética del Cuidado.

2.4.4.-Ética de la Convicción y de la Responsabilidad ante el final de la vida

Max Weber reflexionó acerca de la ética de la convicción, caracterizada por contar con la aplicación de principios y normas para resolver dilemas morales. A diferencia de esta, el pragmatismo de la ética del poder busca alcanzar los mejores resultados sin tener en cuenta las consecuencias. Esta última ética se conoce también como la ética del poder por el poder. Ante esta situación, el autor planteó la necesidad de unir responsabilidad y convicción bajo la forma de una responsabilidad convencida. En este caso, esta ética cuenta tanto con los principios como con las consecuencias, de modo que el resultado a obtener serían decisiones prudentes y razonadas.

En el ámbito de la práctica médica, ejercida por regla general por varones, el modelo de ética a seguir ha sido el de la responsabilidad. Por el contrario, la tarea enfermera ha sido llevada a cabo usualmente por mujeres, y el patrón a seguir ha sido el de obediencia ciega a la autoridad, siendo el modelo ético en este caso el de la convicción. Por ello, debido a que los cuidados paliativos se encuentran más próximos a la enfermería, se han visto más influidos por esta ética. ¿Dónde radica entonces la importancia de la ética de la responsabilidad? Veamos las palabras del Prof. Diego Gracia:

“Cabe afirmar que la ética de la responsabilidad asume el respeto hacia todos los seres humanos como un absoluto, en el sentido de que todos tienen derecho a participar en un proceso libre y

equitativo de deliberación. La pluralidad de perspectivas y valores no aparece desde esta perspectiva como una dificultad, sino como la posibilidad de alcanzar acuerdos más matizados y fecundos. No puede aspirarse a que sean totalmente racionales sino sólo razonables y prudentes. Por consiguiente, las decisiones no pueden aspirar nunca a ser absolutas, sino que deben estar sometidas a un continuo proceso de revisión. La responsabilidad se halla siempre y necesariamente abierta hacia el futuro.”¹⁹

Un ejemplo de lo que implica el paso de la ética de la convicción a la ética de la responsabilidad en cuidados paliativos se halla en Cicely Saunders. Esta doctora, figura pionera del movimiento *hospice*, comenzó como enfermera. Aunque al inicio de su labor, Saunders introdujo elementos relacionados con la responsabilidad, en su cometido también se plasmaron con frecuencia elementos de la ética de la convicción. En este caso los principios que defendía estaban basados en la fe religiosa que debía de estar presente siempre en los cuidados paliativos. Este era un rasgo esencial de este movimiento donde se consideraba que sin ellos no se podían dar unos cuidados adecuados.

Por otra parte, esta doctora también mostraba una férrea postura a favor de la no intervención del médico a la hora de provocar intencionadamente la muerte de un paciente. Sin abandonarla para aceptar la eutanasia, sí cambió en cierto modo debido a la influencia que recibió del movimiento que en aquel entonces se estaba dando en EE.UU respecto a la emancipación de la mujer o la reivindicación de los derechos civiles así como la defensa de la autonomía de los pacientes. Esto la llevó, al igual que otros profesionales del movimiento *hospice* en aquel momento, a aceptar la necesidad de respetar las decisiones del paciente en cuestiones relacionadas sobre su propia muerte. Los cuidados paliativos se separaron también de la autoridad de los médicos para reparar en su propia autonomía a la hora de gestionar la asistencia a pacientes ante el final de la vida. La importancia radica de nuevo en que la ética de la responsabilidad favorece una ética de los cuidados paliativos que aúna los principios éticos, la ponderación de

¹⁹ GRACIA, D., “Ética en cuidados paliativos: de la convicción a la responsabilidad” en: COUCEIRO, A., (ED).*Ética en cuidados paliativos*. Triacastela. Madrid, 2004, págs., 376-377.

las circunstancias y las consecuencias que se pueden derivar, de modo que se tomen decisiones prudentes.

2.5.- La aportación de Martha Nussbaum a las teorías contractualistas: la lista de capacidades.

2.5.1.- La ausencia de la fragilidad, la dependencia y la vulnerabilidad en el planteamiento de John Rawls

En su libro *Ética de la dependencia*²⁰, Enrique Bonete plantea en la introducción que todos los seres humanos en cualquier momento podemos depender de otra persona:

“la dependencia humana, en sentido general, remite a una circunstancia especial según la cual una persona necesita de otros para realizar las actividades cotidianas por incapacidad transitoria o definitiva, derivada de alguna enfermedad, accidente o ancianidad. Tal circunstancia procede en el fondo, de la realidad antropológica que nos constituye, a la que cabe denominar fragilidad”.²¹

Señala este autor que esa dependencia se puede dar de dos formas. Una va ligada a cuando necesitamos de los demás, relacionarnos con otros para ser alguien con identidad propia, para poder tomar decisiones. En este caso hablamos de dependencia moral.

La otra es la dependencia antropológica , ya que la fragilidad, tanto del cuerpo como de la mente, puede hacer que cualquier persona, sea un niño, sea un adulto o un anciano, sufra un accidente o una enfermedad que le lleven a enfrentarse a la necesidad de depender de terceros.

²⁰ BONETE, E., *Ética de la dependencia*. Tecnos. Madrid, 2009.

²¹ Op. Cit., pág. 13.

Sin embargo, pocas veces los filósofos han incluido en sus reflexiones el rasgo de la fragilidad del ser humano. Generalmente se piensa en un tipo de ser independiente, autónomo, sano e inteligente. Pero es obvio que esto no siempre es así. En nuestras sociedades hay personas con discapacidades, físicas o psíquicas, seres humanos que no siempre son atendidos conforme debería ser. Ante esto, varias autoras feministas se han ocupado de llevar a cabo una reflexión importante sobre la dependencia antropológica y moral desde hace unos años a esta parte, dirigiendo sus críticas a determinados supuestos de la ética y las teorías políticas actuales de tradición kantiana. Una de las críticas que fundamentalmente más peso tiene ha sido que la atención a personas con discapacidad así como dependientes se da en el ámbito familiar, y son las mujeres las que en su mayoría, se ocupan de estas personas dependientes.

En "*Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión*"²², Martha Nussbaum reflexiona sobre los problemas que a su parecer no han superado las teorías del contrato social ni tampoco el pensamiento de Rawls. En ningún momento busca con su planteamiento un rechazo de las teorías de la justicia que han contribuido a iluminar las cuestiones más importantes de esta teoría de la justicia social. La respuesta de Nussbaum a esta situación es desarrollar un proyecto tanto crítico como constructivo, donde mantenga los puntos fuertes de esta teoría e introduzca los cambios necesarios para ampliarla allá donde es débil. Su respuesta se dará mediante lo que denominó "enfoque de capacidades".

Nos recuerda que la tradición occidental ha generado varias teorías de la justicia social, siendo una de las más destacadas la del contrato social, plasmada en la imagen de un conjunto de individuos racionales que se unen para lograr un beneficio mutuo, llegando al acuerdo de abandonar el estado de naturaleza en el

²² NUSSBAUM, M., *Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión*. Paidós. Barcelona, 2006, págs., 38-44. (Traducción de Ramón Vilá Vernís y Albino Santos Mosquera).

que se encuentran para alcanzar el consenso sobre la ley por la que se van a regir. Para Nussbaum, el aspecto positivo de la teoría del contrato social es que la base en la que se fundamenta el contractualismo cuenta con puntos fuertes, ya que los principios políticos son el resultado de un acuerdo entre personas adultas racionales e independientes. Esto último implica otorgar más importancia a cada ser humano frente a la que por regla general se le atribuye a las supuestas ventajas de las clases sociales, la riqueza o las jerarquías de poder para lograr fines políticos.

Comparte ideas como la versión rawlsiana del contractualismo aunque al mismo tiempo considera que su propia postura aparece como una extensión o complemento de la teoría de Rawls en aquellos puntos que a su juicio resultan problemáticos y no resueltos. Entiende que son varios los aspectos positivos de la teoría rawlsiana. Uno de ellos es que logra superar las desventajas que plantea la visión de la justicia desde el utilitarismo. Otra de las ventajas que considera que posee la propuesta de Rawls es que gracias a su visión sobre el contractualismo clásico evita caer por ejemplo en el error de otras versiones que sitúan la imparcialidad y el respeto mutuo en la base desde la que se generan los principios políticos, siendo capaz al mismo tiempo de separarse de dos aspectos concretos del contractualismo. El primero de ellos es que no sigue la tradición histórica debido a que no atribuye, en el estado de naturaleza, derecho natural alguno a los seres humanos, porque se pretenden lograr unos principios políticos básicos a partir de un conjunto reducido de premisas, esto es, la denominada justicia procedimental pura. De este modo el procedimiento correcto define el resultado correcto. La otra diferencia es que cuenta en su teoría con supuestos morales que no se dan en Hobbes ni Locke. Un ejemplo de esto último es el “velo de ignorancia”, ya que en tanto que propuesta de imparcialidad moral coincide en cierto modo con la idea kantiana de que ninguna persona es para otra un medio para alcanzar los fines que persigue.

Pero repara en que las teorías de la justicia en general y la propuesta contractualista de su maestro en particular incurren en tres errores:

1°.- El lugar que ocupan las personas con discapacidad tanto física como mental. Aunque sabemos que son personas como cualquier otra, por regla general las sociedades no han sabido contar con ellas en un plano de igualdad con respecto al resto de los ciudadanos. La cuestión es cómo extender a estas personas educación, asistencia médica o derechos y libertades políticas. La igualdad en este caso aparece como un problema de justicia. Para resolver este problema se necesita una nueva forma de concebir la ciudadanía y plantear una reflexión sobre la finalidad de la cooperación en nuestras sociedades que no se base exclusivamente en alcanzar el beneficio mutuo y que incluya a su vez la asistencia como bien social primario.

2°.- Cómo lograr extender la justicia a todos los ciudadanos del mundo con independencia de la nación de la que proceden y que las diferencias de los lugares de nacimiento no supongan desventaja alguna para que todos los individuos opten por igual a las diferentes opciones vitales.

3°.- El trato a los animales no humanos, donde la propuesta principal es buscar una nueva forma de cooperación en las sociedades para evitar el sufrimiento y el dolor de estos seres.

Nos centraremos en el primero de ellos. El fallo principal de estas teorías se traduce en palabras de Nussbaum en que las personas con discapacidad tanto física como mental no tienen cabida en el modelo de sociedad que proponen. Estos modelos contractualistas no dan respuesta a las necesidades de atenciones a nivel social debido a que la importancia se otorga a las cuestiones que versan sobre productividad y coste social. Lo que sucede es que estas personas:

“no se ajustan a la imagen harto idealizada de la racionalidad moral que sirve para definir al ciudadano en la sociedad bien ordenada. No se los considera capaces de reciprocidad en el sentido

relevante, igual que sucede con los animales no humanos. Y también como los animales, disfrutarán sin duda de “cierta protección”, pero no del estatus de ciudadanos plenos”.²³

Esta situación hace que se cometan graves injusticias sociales porque si ciudadanos son aquellos que son miembros plenamente cooperantes como considera Rawls, entonces las personas con discapacidad o deficiencias no tienen cabida en la categoría de ciudadanos en sentido más profundo. Parece además que no hay motivo para otorgar importancia alguna a la asistencia a estas personas. En el caso de Rawls, sí habría una forma posible de dar solución al segundo problema, pero respecto a los otros dos quedan como tales ya que aquí la teoría de la justicia como equidad falla. La respuesta de Rawls es que o bien no son cuestiones que se puedan incluir en el ámbito de la justicia o que la justicia como equidad no ofrece una visión completa de la justicia social por lo que queda abierta la cuestión de determinar cuáles son los aspectos de la teoría que estamos viendo que hay que abordar para superar estas limitaciones. Veamos por qué.

El punto de partida es el lugar que ocupan en su obra aquellas personas con discapacidad o dependientes en una sociedad tal y como él la plantea²⁴. Para conocer esto último, necesitamos recurrir al concepto de igualdad ligado a la justicia como imparcialidad. El primer punto es la aplicación de este concepto en la administración de las instituciones. Aquí la igualdad se manifiesta en preceptos como tratar casos similares de forma similar. El segundo es la estructura sustantiva de las instituciones, donde se da la asignación de derechos básicos iguales a todas las personas. El tercero y último es la igualdad, donde la cuestión es a quién se han de aplicar las garantías de la justicia. Para Rawls la respuesta al interrogante que aparecía antes es que son las personas morales las que tienen derecho a una justicia igual. Y, ¿quiénes son las personas morales? Para este autor son aquellas que son capaces de tener y adquirir tanto un sentido

²³ Op. Cit., pág., 145.

²⁴ RAWLS, J., *Teoría de la justicia*. FCE. Madrid, 1979, pág., 128. (Traducción de María Dolores González).

de su bien como un sentido de la justicia, rasgos que ya se dan en la posición original. Así pues, ¿qué ocurre con los individuos que ni tan siquiera alcanzan un mínimo de personalidad moral? A pesar de que Rawls no da una respuesta específica, sí entiende que aunque se pierdan por algún motivo esas capacidades, la capacidad mínima de sentido de la justicia hace que la persona siga siendo tratada como portadora de derechos iguales, que si recordamos, se establecen mediante los principios elegidos en la posición original. Considera además que aunque la distribución de las capacidades sea desigual debido a que se dan por azar, no se puede justificar trato discriminatorio para aquellos que poseen una capacidad relevante de modo débil.

Años más tarde, en otra obra, *Liberalismo político*²⁵, el propio autor llevó a cabo una revisión de la concepción de la persona moral como base de su teoría política. La persona moral posee a su juicio dos capacidades que la caracterizan, una el sentido de la justicia, y otra el sentido de su bien. En esta obra añade a estas dos características una tercera: considera persona a quien: *puede ser ciudadano, esto es, miembro normal y plenamente cooperante de la sociedad a lo largo de un ciclo completo de vida*²⁶

La cuestión que aparece aquí es la que más nos interesa, porque, ¿qué sucede si por alguna circunstancia dependemos de otros para seguir llevando a cabo nuestra vida? Si dependemos de otros, no contribuimos con la sociedad sino que por el contrario ésta es la de que de alguna manera se encarga de nosotros, bien porque recibimos ayudas, bien porque contamos con cuidadores o personas que se hacen cargo de nosotros sin que podamos por nuestra parte ofrecer algo a la sociedad. Parece que esto lleva a pensar que no son miembros cooperantes de esa

²⁵ RAWLS, J., *Liberalismo político*. Crítica. Barcelona, 1996. pág., 76. (Traducción de Sergio René Madero Báez).

²⁶ Op. Cit., pág. 48.

sociedad aquellas personas que padecen incapacidad de forma irreversible, demencias o añadimos nosotros, que se encuentran próximos al final de su vida.

Rawls también afirma que la aplicación al principio de diferencia se dirige a los que se considera menos favorecidos, que sería el caso de aquellos que nacen en familias pertenecientes a clases sociales menos aventajadas, quienes por sus dotes naturales no pueden vivir mejor y quienes han de afrontar en su vida circunstancias o situaciones adversas. Pero en ningún momento incluye en este grupo de los menos favorecidos a personas con problemas especiales de salud o con deficiencias o demencias. ¿Por qué esto último? Porque no pueden contribuir al bien de la sociedad y porque la inclusión de los desaventajados sólo se da dentro de una “normalidad” y en función de los bienes sociales primarios, ya que tanto las necesidades físicas como las capacidades psíquicas forman parte de lo que sería el ámbito normal. Surgen así los límites propios de una teoría de la justicia tal y como hasta ahora el autor la ha planteado, porque no puede indicar cuál sería la conducta correcta para saber cómo tratar a aquellos seres que no poseen la capacidad para desarrollar un sentido de la justicia como pueden ser las personas que padecen alguna discapacidad psíquica. No se tienen en cuenta aquí los problemas sobre el cuidado especial de la salud de estos sujetos ni cómo tratar fuera del ámbito sanitario a personas con discapacidad mental. Como han indicado pensadoras feministas, esto da como resultado que si una teoría de la justicia no puede incluir en su constructo conceptual la realidad que viven las personas discapacitadas física y/o mentalmente así como las que son dependientes nos hallamos no ya ante un simple error de la teoría de la justicia sino también ante las consecuencias que se derivan que son graves injusticias sociales.

2.5.2.- El enfoque de las capacidades de Martha Nussbaum

Para Nussbaum, la vía a seguir para solventar este problema está en considerar desde otro ángulo la cuestión de la discapacidad y ver la asistencia

como un derecho social primario. Al abordar este problema ve en concreto dos puntos a tener presentes y que es urgente tratar. Uno de ellos es determinar cuál es el trato justo para las personas con deficiencias. El segundo es que en una sociedad justa se tendrían en cuenta las cargas que suponen para los cuidadores de las personas dependientes, ya que por regla general son los grandes olvidados, y necesitan el reconocimiento de que lo que están haciendo es un trabajo. También es necesario reparar en que ellos a su vez necesitan también de asistencia, tanto humana como económica, contar con que pueden alcanzar las oportunidades laborales a que aspiran y participar tanto en la vida política como en la social. Por otra parte, cabe recordar aquí que es una tarea ejercida de modo particular por mujeres, que además, no ven reconocido el inmenso valor de esta tarea ni reciben prácticamente retribución alguna por esta labor.

¿Cuál es el papel que desempeña aquí la lista de capacidades propuesta por Nussbaum? Este enfoque de las capacidades supone contar con una guía más sólida en la orientación a seguir tanto para la legislación como las políticas públicas. Aunque este enfoque ha sido desarrollado también por Amartya Sen en el área en que se ocupa este autor, la economía, Nussbaum por su parte lo ha usado: *como base filosófica para una teoría de los derechos básicos de los seres humanos que deben ser respetados y aplicados por los gobiernos de todos los países, como requisito mismo del respeto por la dignidad humana.*²⁷

Supone una fuente de la que surgen los principios para una sociedad de carácter tanto liberal como pluralista. El marco de aplicación es un tipo de liberalismo político que hace de esas capacidades fines particularmente políticos y se expresan de una manera que se evita cualquier fundamentación metafísica determinada. Según su opinión, por esta vía las capacidades pueden dar lugar a un consenso entrecruzado entre personas que de otra forma como diría Rawls, tendrían distintas concepciones comprensivas del bien.

²⁷ Op.Cit., pág., 83.

Otra característica de estas capacidades es que siguiendo la idea intuitiva de la dignidad humana se atribuyen a todas y cada una de las personas, de manera que han de ser tratadas como fines y no como medios para los fines de otros. Señalaremos antes de presentar la lista de las capacidades que propone Martha Nussbaum que dicha lista va ligada a la idea de un umbral para cada capacidad, por debajo del cual se considera que los ciudadanos no pueden funcionar de modo auténticamente digno. Presentamos a continuación la lista de capacidades de Martha Nussbaum²⁸:

1.- *Vida*. Poder vivir hasta el término de una vida humana de una duración normal; no morir de forma prematura o antes de que la propia vida se vea tan reducida que no merezca la pena vivirla.

2.- *Salud física*. Poder mantener una buena salud, incluida la salud reproductiva; recibir una alimentación adecuada; disponer de un lugar adecuado para vivir.

3.- *Integridad física*. Poder moverse libremente de un lugar a otro; estar protegido de asaltos violentos, incluidos los asaltos sexuales y la violencia doméstica; disponer de las oportunidades para la satisfacción sexual y para la elección en cuestiones reproductivas.

4.- *Sentidos, imaginación y pensamiento*. Poder usar los sentidos, la imaginación, el pensamiento y el razonamiento, y hacerlo de un modo *auténticamente humano*, un modo que se cultiva y se configura a través de una educación adecuada, lo cual incluye la alfabetización y la formación matemática y científica básica, aunque en modo alguno se agota en ello. Poder usar la imaginación y el pensamiento para la experimentación y la producción de obras y eventos religiosos, literarios, musicales, etc., según la propia elección. Poder usar

²⁸ NUSSBAUM, M., *Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión*. Paidós. Barcelona, 2006, pág., 82. (Traducción de Ramón Vilá Vernís y Albino Santos Mosquera.).

la propia mente en condiciones protegidas por las garantías de la libertad de expresión tanto en el terreno político como en el artístico, así como de la libertad de prácticas religiosas. Poder disfrutar de experiencias placenteras y evitar los dolores no beneficiosos.

5.- *Emociones*. Poder mantener relaciones afectivas con personas y objetos distintos de nosotros mismos; poder amar a aquellos que nos aman y se preocupan por nosotros, y dolernos por su ausencia; en general, poder amar, penar experimentar ansia, gratitud y enfado justificado. Que nuestro desarrollo emocional no quede bloqueado por el miedo y la ansiedad. (Defender esta capacidad supone defender formas de asociación humana de importancia crucial y demostrable para este desarrollo.)

6.- *Razón práctica*. Poder formarse una concepción del bien y reflexionar críticamente sobre los propios planes de la vida. (Esto implica una protección de la libertad de conciencia y de la observancia religiosa.)

7.- *Afiliación*.

A. Poder vivir con y para los otros, reconocer y mostrar preocupación por otros seres humanos, participar en diversas formas de interacción social; ser capaz de imaginar la situación de otro. (Proteger esta capacidad implica proteger las instituciones que constituyen y promueven estas formas de afiliación, así como proteger la libertad de expresión y de asociación política.)

B. Que se den las bases sociales del autorrespeto y la no humillación; ser tratado como un ser dotado de dignidad e igual valor que los demás. Eso implica introducir disposiciones contrarias a la discriminación por razón de raza, sexo, orientación sexual etnia, casta religión y origen nacional.

8.- *Otras especies*. Poder vivir una relación próxima y respetuosa con los animales, las plantas y el mundo natural.

9.- *Juego*. Poder reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas.

10.- *Control sobre el propio entorno*.

A. *Político*. Poder participar de forma efectiva en las elecciones políticas que gobiernan la propia vida; tener derecho a la participación política y a la protección de la libertad de expresión y de asociación.

B. *Material*. Poder disponer de propiedades (ya sean bienes inmobiliarios o inmobiliarios), y ostentar los derechos de propiedad en un plano de igualdad con los demás; tener derecho a buscar trabajo en un plano de igualdad con los demás; no sufrir persecuciones y detenciones sin garantías. En el trabajo, poder trabajar como un ser humano, ejercer la razón práctica y entrar en relaciones valiosas de reconocimiento mutuo con los demás trabajadores.

La cuestión entonces es demostrar cómo se resuelve el problema que suponía dónde situar a las personas con discapacidad para el contractualismo por una parte y la propuesta de John Rawls por otra. La respuesta de Nussbaum es recuperar e integrar la importancia de la asistencia como uno de los rasgos claves en una sociedad justa y se daría al asumir esa lista de las capacidades que acabamos de ver. ¿Cómo es esto posible? La respuesta es que:

“entender bien la asistencia significa remitirla a un amplio abanico de capacidades de la lista, tanto del asistido como del asistente. Una buena asistencia para los dependientes, ya sean niños, mayores, enfermos o discapacitados, se centra en las capacidades de la vida, la salud, y la integridad corporal. También aporta un estímulo para los sentidos, la imaginación y el pensamiento. Refuerza los lazos emocionales y elimina el miedo y *la ansiedad agudos*; de hecho, una buena asistencia constituye una forma valiosa de relación.”²⁹

Además de todo esto, considera que una buena asistencia puede contribuir a fortalecer la capacidad de elección y razonamiento práctico de la persona asistida. También entre otras posibilidades, protege el bien crucial del autorrespeto, y se puede tener otra visión de las personas asistidas en calidad de

²⁹ Op. Cit., pág., 175.

ciudadanos con dignidad. Las personas con discapacidades, mayores, con demencias o Alzheimer, tienen necesidades propias de su situación, de manera que una asistencia como la que estamos viendo contribuiría a dar en la medida de lo posible respuesta a esas necesidades de forma individualizada.

Por otra parte, consideramos sumamente importante que Nussbaum no sólo aplique esto de lo que estamos hablando a las personas con discapacidad sino que también incluye a quienes asisten, a la figura de los cuidadores. Sabemos que en este caso estas personas se enfrentan a dificultades que repercuten por ejemplo en su salud física y emocional. Si se tiene esto en cuenta y se logra una ordenación así como una cultura pública adecuadas se puede conseguir que asistir a una persona discapacitada o dependiente no provoque ansiedad en quien cuida por no contar con los recursos para prestar una atención digna. También estamos de acuerdo con Martha Nussbaum cuando señala que en el área de política pública, se contemplara la posibilidad de que escoger cuidar fuera una elección auténtica en lugar de que fuera impuesta por las circunstancias y sentirlo como una imposición insuperable.

Por nuestra parte, consideramos que hay una cuestión que refuerza la justificación de esta lista de las capacidades y que se encuentra en concreto en el punto 5, que si recordamos era el que hablaba de las emociones. En él aparece entre otros aspectos que deberíamos poder *“amar a aquellos que nos aman y se preocupan por nosotros, y dolernos por su ausencia”*³⁰. Como veremos líneas más adelante, en nuestros días el duelo pocas veces se vive de forma natural en nuestras sociedades.

³⁰ Op. Cit., pág., 88.

Capítulo 3

Gabriel Marcel. La esperanza en un *mundo roto*

3.1.- Apunte biográfico

Nacido en París en 1889, hijo de Henri Marcel y Laura Meyer, Gabriel Marcel conoció pronto el dolor por la pérdida de un ser querido. A tres semanas de su cuarto cumpleaños, la madre de Marcel fallecía repentinamente. A raíz de esta situación su padre se trasladó a vivir a la casa de la calle General Foy, quedando el niño al cuidado de su tía Marguerite, hermana de Laura. Al cumplir el pequeño Marcel seis años y medio, su padre y su tía decidieron casarse, de modo que Henri Marcel regresó a la casa de la calle Meissonier. Al poco tiempo fue nombrado ministro plenipotenciario en Estocolmo, por lo que los tres residieron allí durante un año y medio. Sin embargo, debieron regresar a París porque Henri Marcel no toleraba el clima del país ni el protocolo impuesto por la diplomacia. A pesar de ello, fue un período que Gabriel Marcel recordaría con nostalgia, porque supuso abandonar por un tiempo la lúgubre casa en la que vivían. En su autobiografía recordaría que ya entonces sufría de la soledad de ser hijo único, sobrellevada al encontrar allí a otros niños, hijos de otros diplomáticos.

A la vuelta a París, su padre, con una importante formación y gran memoria, desempeñó cargos importantes relacionados con la cultura, siendo durante años administrador de la Biblioteca Nacional y director de varios museos nacionales, entre ellos el Louvre. Sin embargo, posiblemente debido a que apenas tuvo contacto con sus padres, Henri Marcel no supo tampoco mantener una relación fluida con su hijo, situación que afortunadamente cambió en los últimos años de vida.

Marcel ingresó en ese tiempo en el Liceo Carnot, donde, a pesar de ser un alumno brillante, hubo de soportar el ambiente de competitividad académica, siendo sometido principalmente por su tía, a constantes evaluaciones. También recibía clases de piano, lo que despertó en él una vocación que jamás abandonaría: la música. A pesar de que su profesor determinó desde un principio que este alumno no poseía futuro como pianista, sí supo detectar la aptitud que tenía.

Sería la figura de un profesor, Monsieur Colonna d'Istria quien haría que se despertara otra vocación, la de su interés por la filosofía, al sentir que por primera vez, podía pensar por sí mismo. Cuando terminó sus estudios en el Liceo Carnot, ingresó en la Sorbona para estudiar Filosofía. Desafortunadamente se encontró con un ambiente insípido, delimitado por el peso que se le otorgaba al positivismo y al idealismo, siendo Víctor Delbos el único profesor capaz de despertar su interés filosófico.

En el colegio de Francia conocería a otra figura, Henri Bergson, que influyó notablemente en su perspectiva sobre la filosofía. Aunque nunca se consideró propiamente su discípulo, Marcel siempre lo recordó con admiración.

Al terminar la licenciatura decidió trabajar la filosofía neoidealista de Bradley para obtener su diploma en estudios superiores, pero otro estudiante se adelantó. Finalmente se decantó por Coleridge, quien a su vez, había sido maestro de Schelling. Finalizado el proyecto de fin de carrera, se preparó y aprobó las oposiciones para agregado de Filosofía. Debido a que las pruebas se realizaron en verano, agotado por el esfuerzo y el calor, recuperó fuerzas en la costa inglesa hasta que comenzó a dar clases en el instituto Balzac en Vendôme.

Pero la experiencia de la docencia no dio los frutos que esperaba, ya que sólo tuvo tres alumnos, de los cuales ninguno mostró interés por la asignatura.

Como Marcel indicó, no hay un antes y un después en su obra, pero sí afirmó que al igual que muchos otros ciudadanos, sentía que la idea de progreso ilimitado y de avance continuo de la sociedad se vino abajo cuando se desató el primer conflicto bélico a escala mundial. La primera idea fue alistarse en el ejército, pero no fue movilizado debido a la adenitis cervical que padecía desde hacía años, a lo que se sumaría su incapacidad para provocar sin más la muerte de otro ser humano. No obstante, apareció ante él una oportunidad que supondría quizá una de las experiencias que más marcaron su biografía. Su amigo, Xavier León, director de la *Revista de metafísica y de moral* le propuso asumir una tarea que por motivos personales no podía seguir desempeñando. El propio León había creado un sistema de fichas en las que se recogía información sobre los soldados y que podía ofrecerse a los familiares que necesitaban saber de ellos. Pero el resultado no fue el esperado, ya que las mismas enfermeras de las ambulancias actuaban como enlace y facilitaban esa información. Debido a que también en la Cruz Roja Francesa había un servicio parecido, Marcel relevó a León.

El número de desaparecidos aumentó inesperadamente hacia finales de Agosto de 1914 y en este servicio se vieron desbordados por las innumerables visitas de quienes acudían a preguntar por sus familiares. En esos momentos fue consciente de que no podía adoptar otra postura que no fuera la de escuchar y atender a quienes recibía. Quería evitar a toda costa que se sintieran como si les hablara una máquina y que por el contrario tuvieran la sensación de que estaban ante otro ser humano, ante alguien que era capaz de sentir y sufrir con ellos, ya que:

“no es necesario decir que en la inmensa mayoría de los casos, eran a fin de cuentas, noticias de fallecimientos lo que dábamos. Yo recibía personalmente cada día a cientos de personas que venían a nosotros a suplicarnos que arrojáramos alguna luz en la noche en la que se debatían. En estas situaciones, las fichas dejaban de ser para mí simples menciones abstractas: era más bien una llamada desgarradora de aquel a quien tenía que dar respuesta.” (ECH, 312).

Ello supuso que se encontrara con fuerzas para hacer frente al sentimiento de obnubilación que consideraba de forma generalizada, propio de la mayor parte de los periodistas e historiadores porque empleaban términos abstractos.

En 1915 el Ministerio de Educación le pidió que se encargara de dar clases de Filosofía y Matemáticas básicas a otro curso superior en la escuela secundaria de Condorcet. Durante aproximadamente un año Marcel impartió estas materias, sintiendo que realmente estaba llevando a cabo una tarea que lo llenaba de satisfacción. Pero al mismo tiempo estableció con sus alumnos una capacidad de reflexión quizá más profunda de lo que hubiera sido en otra ocasión, porque al ver en las aulas a aquellos jóvenes, era consciente de que sus vidas podían experimentar un cambio inimaginable si eran llamados a filas o a combatir.

Los años siguientes al finalizar la I Guerra Mundial conllevaron de nuevo giros importantes en la vida de este autor. Casado con Jacqueline Boegner, recordaba que estos fueron unos años de plenitud y equilibrio como pocas veces hubo en su existencia. En 1929 volvió a dar clases en el Liceo de Sens y escribió varias de sus obras de teatro al tiempo que ejercía de crítico literario. Este año fue quizá uno de los que más importancia podía otorgarle Marcel, porque el 23 de marzo recibió el sacramento del bautismo, cerrando definitivamente la etapa de dudas sobre la fe. Estos fueron, además, años en los que hará florecer las aportaciones de lo que ha vivido durante el conflicto bélico que marcó a Europa a inicios del siglo XX. Así en 1930, siendo consciente de las tensiones que de nuevo despiertan en este continente, escribe *El mundo roto*, donde una de las protagonistas pronuncia unas palabras que asientan definitivamente el pensamiento de Marcel:

“Denise, ¿tú no tienes la impresión a veces de que vivimos, si esto se puede llamar vida, en un mundo roto? Sí, roto como un reloj. El resorte no funciona. Por el aspecto exterior se diría que nada ha cambiado, todas las cosas están en su lugar. Pero si uno se lleva el reloj al oído y trata de

escuchar, no se oye absolutamente nada. ¿Comprendes? El mundo, eso que hemos llamado el mundo, el universo de los hombres, hace tiempo yo creo que tenía un corazón. Pero tal parece que ha dejado de latir” (OS II, 278)

El 1 de Enero de 1940 falleció su tía. Para Marcel surgieron dos interrogantes en este momento. Uno era cómo hubiera vivido su tía la invasión de Francia, siendo una persona enormemente patriota y la otra que no dejó de causarle angustia es qué hubiera sucedido con ella debido a sus orígenes judíos. Gabriel Marcel se preguntaba que si se hubiese visto perseguida por esta condición si hubiera sido capaz de abandonar París.

El inicio de la II Guerra Mundial supuso para el matrimonio Marcel-Boegner un período de dificultades y desasosiego. Se vieron en la obligación de abandonar París y se trasladaron a Le Peuch. En este tiempo además, Jacqueline cayó gravemente enferma y Marcel sufrió problemas de laringe, con lo cual no pudo dar clases. Además, estuvieron un tiempo sin saber nada de su hijo, Jean-Marie, debido a que su profesión de cámara le llevaba a filmar documentales en diferentes partes del mundo. Afortunadamente, estas dificultades fueron de nuevo salvadas. De este tiempo, Gabriel Marcel decía que nunca desesperó, a pesar de que siempre sintió que la tentación de la desesperanza lo amenazaba constantemente.

Otro de los golpes trágicos fue el fallecimiento de su esposa el 13 de Noviembre de 1947. En un fragmento de *En chemin, vers quel éveil?* (ECH, 193), reflexionaba en el vigésimo tercer aniversario de la muerte de Jacqueline sobre la ausencia de las hermanas de esta última a quien se sentía ligado por fuertes lazos de afecto. También en Noviembre habían fallecido años atrás su madre y su abuela. A pesar de lo difícil de esta situación, hablaba con sosiego y emoción de su perspectiva de la muerte, y consideraba que la enfermedad que hizo que tanto Jacqueline como sus hermanas partieran, las había llevado a un mundo *donde ya no se trazan fronteras*. (Íbid.).

Los años siguientes a la II Guerra Mundial despertaron la conciencia de que los nuevos gobiernos que se estaban formando no eran todo lo claros que deberían ser, y advirtió del uso de lo que él mismo denominó *técnicas de envilecimiento*. Al mismo tiempo, comenzó a vislumbrar la postura nada optimista de la funcionalización y de la excesiva burocratización de las sociedades en las que vivimos. Desde su punto de vista, el ser humano se veía reducido a un ser que ha de cumplir unas funciones determinadas, como comprar, comer o trabajar, y fuera de las cuales no cabe esperar nada más.

En esta línea, en una conferencia titulada *Remarques sur la dépersonnalisation de la médecine* (RDM, 17-28), planteaba el peligro de la medicina que empezaba a ver al ser humano como una simple máquina y al médico como quien simplemente desempeña un papel limitado por las “funciones” propias de la medicina, lo que en primer lugar, lleva a la despersonalización de la medicina. Esto último significaba que no hay comunicación entre el médico y el enfermo. En segundo lugar, se entiende la enfermedad como un error de funcionamiento biológico.

Sus últimos años de vida se vieron enriquecidos por el cariño de su nuera, Anne Marcel y de sus nietos, así como de las experiencias que pudo vivir viajando a todos los países que lo llamaban como testigo de un período trágico que había vivido en primera persona y que a pesar de ello, nunca desesperó.

Gabriel Marcel falleció el 8 de Octubre de 1973 como consecuencia de una insuficiencia cardíaca. Jean Marie y Anne Marcel junto a una de las discípulas más destacadas, Jeanne Parain-Vial, fundaron poco después la asociación *Présence de Gabriel Marcel*, que hasta hoy acoge a quienes siguen el pensamiento de Marcel y desean dar a conocer su extensa obra.

3.2.- La vertiente dramática de Marcel

El teatro tuvo un lugar destacado en su vida y en su obra. Pero la música también formó parte de su existencia. Para él, el drama era una forma de prospección que podía suponer una ayuda para el filósofo a la hora de que eclosionara la propia reflexión filosófica, aunque teniendo cuidado de que el teatro no llevara al pensamiento a una simple esquematización.

Respecto a la música, heredó esta vocación una vez más de su padre, gran admirador de Richard Wagner y que acompañado de Tía Marguerite, en casi todas las veladas interpretaba alguna de sus famosas composiciones. Esta influencia se traduciría años más tarde en un lenguaje al que recurriría en numerosas ocasiones para trasladar sus pensamientos e inquietudes filosóficas y donde no encontraba las limitaciones de la vida cotidiana. A esto se le puede sumar que su esposa, Jacqueline Boegner procedía de una familia en la que la música siempre estuvo presente, y fue ella misma la que pulió y transformó numerosas composiciones de su esposo.

El teatro hizo pronta aparición en la vida de Marcel. Su padre, Henry Marcel, era una persona cuya vasta formación caló en hijo, quien recuerda a su padre también como un ávido lector de obras de teatro. Para Gabriel Marcel, su obra dramática estaba firmemente ligada a su obra filosófica, entre otras razones porque en sus piezas de teatro plasma sus inquietudes filosóficas, aquellas que todavía tardarán unos 10 ó 15 años en aparecer como obras de filosofía. Por ejemplo, al final de una de sus obras posiblemente más conocidas, *L'Iconoclaste*, en la última escena aparece la idea de misterio como valor positivo que se opone al dominio de lo dramático. Lo mismo sucede con otra destacada pieza, *Le palais de sable*, donde aparece la idea fundamental en su pensamiento sobre la intersubjetividad.

Años más tarde, al reflexionar sobre esta vocación dramática dirá que el teatro era *un tejido más vivo, con más capacidad de regeneración interna que el mismo pensamiento filosófico, al menos en mi caso*, (ERM, 62) y líneas más adelante, en respuesta a la cuestión que le plantea su discípulo, Paul Ricoeur, dice:

“pienso que el espectador puede extraer cualquier cosa positiva, es lo que queda implícito, hay un esfuerzo que debe ser hecho por el espectador, una manera de trabajo de la reflexión que puede ser sugerida, pero de ninguna manera impuesta”. (ERM, 66).

Otra de las razones, quizá la que podría considerarse la base de la que parte la vocación de dramaturgo y que estará presente a lo largo de toda su obra surge a raíz del fallecimiento tan temprano de su madre Laura Meyer. Esta situación será plasmada bajo la forma de la interrogación sobre la posibilidad de alguna forma de pervivencia tras la muerte de la persona amada. Quizá por eso un autor, Pierre Aimé Touchard le reprocha en su obra *Dionysos*, que en sus obras le da demasiada importancia a la muerte y la enfermedad, aunque para Marcel lo que sucede es que al hablar de estas cuestiones *estamos en el corazón de nuestro destino y de nuestro misterio* (ERM, 64).

Por otra parte, como él mismo recuerda, en tanto que hijo único dedica largas horas no a mantener monólogos consigo mismo, sino a crear un mundo en el que intercambiaba pensamientos y sensaciones con los que podrían haber sido sus hermanos. Esta idea va adquiriendo cada vez mayor consistencia, creando así personajes a los que dota de características físicas y psicológicas determinadas, y a los que presta su voz para pensar y reflexionar sobre las cuestiones que ya empiezan a acuciarle. Estas obras no se quedarían en un simple pasatiempo, ya que la primera de ellas, redactada cuando Marcel cuenta con quince años y que tituló *La lumière sur la montagne*, fue enviada por sus padres a un poeta y crítico del momento, Fernand Gregh, quien juzgó la pieza como interesante.

Otra de las razones que contribuyen a desarrollar sus inquietudes dramáticas procede de observar las diferencias entre los distintos miembros de su familia, lo que le hizo ser consciente de la imposibilidad de resolver los desencuentros entre personas que muchas veces parten de simples desacuerdos que posiblemente no tienen mayor importancia. Sin embargo, lejos de sentirse mal por estos enfrentamientos en el seno de la propia familia, esto llevó a Marcel a que fuera capaz de entender ya entonces, que las personas poseemos diferentes puntos de vista, en muchas ocasiones incompatibles, y que aunque una persona tenga sed de justicia y de verdad, eso no supone ningún impedimento para intentar comprender a todas las partes implicadas y sin que se busque una solución unitaria que dé respuesta a todos por igual. Un ejemplo de todo ello es *Le Quatour en fa dièse*, porque articula la tragedia familiar, la música y la reflexión pura.

La riqueza de las obras dramáticas de Marcel viene también porque no sólo aparecen reflejadas en ellas parte de su propia vida, sino que también contienen su propia filosofía, su pensamiento y sus reflexiones. En respuesta a una de las cuestiones sobre el teatro que se le plantea en una conversación publicada bajo el título *Gabriel Marcel interrogé par Pierre Boutang* (MB, 39), el mismo Marcel las clasifica según las épocas y el género a que pertenece. Las primeras corresponden a la I Guerra Mundial, como es en el caso de la primera parte de *Le seuil invisible*, redactada en 1914, así como *Le quatour en fa dièse* y *L'iconoclaste*, que en este caso retomó ambas varias veces en estos años, aunque finalmente las dejó tal y como en principio las había escrito. Durante su estancia en Vêndome y poco después de su boda, redactará *Le regard neuf*, *Le mort de demain*, *La chapelle ardent*, *Un homme de Dieu* y *Le coeur des autres*, coincidiendo además con las primeras páginas de su *Diario Metafísico*. En un segundo período que aproximadamente correspondería a un tiempo intermedio, redactó por una parte una obra que no publicó, *l'Attelage*, así como otras que sí

verían la luz, como *l'Horizon*, y *Le Monde cassé*, que redactó poco después de su conversión al catolicismo acontecida en 1929.

Calificaba personalmente como obras esenciales, además de la última citada, *Le chemin de Crète*, *Le dard* y *La soif*. También publicó un par de comedias, *Colombyne*, que redactó al mismo tiempo que *Le soif*, y *Le divertissement posthume*.

Posteriores a la Segunda Guerra Mundial son *L'Emissaire*, *le Signe de la Croix*, *Rome n'est plus dans Rome*, y finalmente *Croissez et Multipliez*, *Mon temps n'est pas le votre* y *La dimension Florestan*, perteneciendo esta última también al género de la comedia.

Queremos destacar aquí un dato que no deja de ser sorprendente. Son los elementos que de una u otra manera ligan a dos de los autores que estamos trabajando en la presente investigación, Gabriel Marcel y Viktor Frankl. En el prefacio a la edición francesa e italiana que Marcel escribió para una de las más conocidas obras de Frankl, *El hombre en busca de sentido*, nos dice Wenceslao Vial Mena que Marcel:

“narra un encuentro personal con Viktor Frankl ocurrido en Viena mientras estaba preparando uno de sus dramas: El Emisario. Tuvo la sensación,-dice-, de encontrarse con un *enviado de otro mundo*, con un *emisario*. Se puede intuir ya la idea que los lleva a conclusiones similares: la fe en una trascendencia, en algo de otro mundo capaz de dar sentido a la vida. Según Marcel, en este testimonio de los sufrimientos pasados, destaca la observación hecha por Frankl de la necesidad que tenían muchos prisioneros de salvaguardar la propia interioridad: *una vida de riqueza interior y libertad espiritual* a pesar de las circunstancias adversas. Le conmueve el relato de Frankl que evoca de la mujer amada. La experiencia personal, única, abierta a la comunión entre las personas,-será como veremos-un punto neurálgico del pensamiento marceliano”.³¹

Como veremos más adelante, las obras de ambos autores coincidirían en muchos otros aspectos.

³¹ VIAL MENA, W., *La antropología de Viktor Frankl: el dolor, una puerta abierta*. Editorial Universitaria. Santiago de Chile, 1999, págs., 66 y 67.

3.3.- Obras filosóficas más destacadas

Por lo que respecta a sus obras filosóficas, la más conocida es su *Diario Metafísico* (DM). En este caso no se trata de un diario con anotaciones personales sino de reflexiones e indagaciones que Marcel fue recogiendo en unos cuadernos en sus años de estudiante. Su autor sólo dedicó unos cuantos meses de 1914, ya que con el estallido de la I Guerra Mundial Gabriel Marcel dejó de escribir. Aquellas que corresponden a los meses tras el final del conflicto fueron publicadas con el título que acabamos de mencionar.

Sin embargo no prolongó durante mucho tiempo esta actividad, ya que no sería hasta 1928 cuando retomó estas meditaciones. Aquí se ve reflejado por una parte, la labor de un Marcel que todavía se enfrentaba a sus esfuerzos por separarse del idealismo, su dura crisis de fe que lograría remontar con el sacramento del bautismo y cómo por otra iba perfilándose de forma cada vez más definitiva el que finalmente sería su pensamiento. La segunda parte de este *Diario Metafísico* que abarca de 1928 a 1933 fue publicada como *Ser y tener* (ST).

La tercera y última parte del diario, que pertenece al período de 1938 a 1943, apareció junto a *Mon propos fundamental*, un ensayo que debía haber llevado por título *Prémices existentielles de l'immortalité* y una pieza de teatro de 1919 e inacabada, *L'insondable*. Finalmente todo esto fue publicado bajo el título de *Présence et immortalité*. (PI). Tanto el contenido de esta última parte del diario como el resto de la obra está marcada por el peso del paso del tiempo así como de las reflexiones más cercanas y al mismo tiempo profundas. Es una de las obras quizá más emotivas y cuyo lenguaje es muy sencillo si lo comparamos con otras de sus obras. Pero esto no supone que Marcel abandonara en ningún momento el calado de sus otras obras. En ellas, aparecerán cuestiones ligadas a las dos

palabras que componen el título, unidas en parte por la muerte de su esposa Jacqueline.

Destacamos también *Homo Viator* (HV), *Los hombres contra lo humano* (HH), y *Filosofía para un tiempo de crisis* (FTC). Los dos primeros recogen conferencias que Marcel fue redactando cerca del estallido de la II Guerra Mundial y durante el desarrollo de este conflicto, mientras que el tercero fue calificado por su autor como *la imagen de toda mi obra: es incluso rigurosamente homólogo* (ST, 11). Conjuntamente los tres reflejan sus preocupaciones por el desarrollo de los acontecimientos, de la dureza de la situación que atravesaba el mundo en ese momento así como las terribles consecuencias que debería afrontar una humanidad desgastada por enfrentamientos inútiles, el escaso control de las tecnologías, la pérdida de la capacidad de sabiduría o el giro hacia sociedades en las que imperarían desgraciadamente el mandato de las masas. En muchos aspectos, Marcel se adelantó a los tiempos que venían y de los que sólo pudo vislumbrar los primeros pasos. Pero en esos inicios advirtió de la crisis de los valores que se avecinaba, de las nuevas formas de tiranía que acabarían por imponerse o de la degradación que el propio ser humano haría de sus congéneres.

No cabe decir en ningún momento que la postura de Gabriel Marcel fuera catastrofista, pesimista o trágica. Es posible encontrar en muchas de sus páginas palabras de esperanza, de alivio, de plenitud y de confianza. En nuestro caso, esta ha sido la tarea que nos hemos propuesto llevar a cabo en las siguientes líneas. Acabamos de ver un breve apunte sobre los aspectos más destacados de la vida de Gabriel Marcel así como de sus obras más destacadas. Pasaremos entonces a conocer con un poco más de profundidad su pensamiento.

3.4.- Claves de comprensión

El final del siglo XIX fue también el nacimiento de varios filósofos que compartieron un rasgo común: el rechazo al idealismo. Entre ellos se encontraban, además del propio Marcel, autores como Jaspers, Heidegger, u Ortega. De una u otra manera todos ellos conocieron los cambios que experimentó el mundo en muy poco tiempo, lo que dio lugar a que las vías de reflexión se multiplicaran a través de distintas ramas.

Jeanne Parain-Vial, discípula de este autor, consideraba que la obra de su predecesor consistió en fundamentar sus dos preocupaciones básicas: *la de la experiencia real, (concreta), y la de lo universal, o en otros términos, la de los seres singulares y únicos y la del ser.*³² Estas preocupaciones, basadas como estamos viendo, en su propia experiencia, son las que le llevarán a hablar de un *mundo roto* (OS-I, 27-44).

Una de las claves para poder comprender mejor esto último se encuentra en una de las respuestas que Marcel ofreció al ser entrevistado por quien también había sido su discípulo y era en el momento del encuentro profesor en la Sorbona, Pierre Boutang. Para el que fuera su maestro, no era posible obviar la influencia de los acontecimientos de su infancia en su vida de adulto. La tan temprana muerte de su madre sería la primera de tantas otras ausencias que Marcel sufrió, aunque paradójicamente nunca dejó de sentir la presencia de los seres a los que había amado. Años después del fallecimiento de Laura Meyer, Marcel recordaba que en torno a los ocho años, paseando por el parque Monceau, fue consciente de lo que suponía esa pérdida, lo que vino a reforzar una decisión

³² PARAIN VIAL, J., *Gabriel Marcel*. Fontanella. Barcelona, 1969, pág., 8. (Traducción de Enrique Molina Campos).

que había tomado un par de años antes: ser explorador. En este caso, decidió que en el futuro se dedicaría a indagar qué sucede con aquellos seres a los que estamos unidos por fuertes lazos afectivos y que ya no se encuentran entre nosotros.

También hubo en su vida otros acontecimientos agradables, como el profundo y sincero amor que siempre le demostró su tía Marguerite, los fuertes lazos que unían a Gabriel Marcel y a Jacqueline Boegner, su conversión al catolicismo, la adopción del pequeño Jean Marie que desde un principio fue como el hijo propio del matrimonio o las fructíferas reuniones de la calle Tournon, conocidas como los *Vendredi*, en las que estudiantes de la Sorbona, participaban siguiendo el método socrático que tanto admiraba Marcel. Estos encuentros, derivados de la hospitalidad del matrimonio Marcel-Boegner, tuvieron lugar desde 1933 a 1939. Aunque se vieron interrumpidas por el estallido de la II Guerra Mundial, esto no supuso ningún impedimento para que se reanudaran de nuevo en 1944. En estos encuentros estaban quienes también alcanzarían notoriedad, como fue el caso de J.P. Sartre, N. Berdiáev o G. Fessard, J. Parain-Vial, y P. Ricoeur, (estos dos últimos se convertirían en sus dos discípulos más destacados), así como M. Picard o P. Boutang. Todos ellos siguieron ligados a su maestro incluso años después de su fallecimiento.

Desde fuera, los acontecimientos que influirían en Marcel fueron ambas guerras mundiales. Como ya sabemos, fue testigo de una Europa en concreto y de un mundo en general que se había destrozado a sí mismo en un corto período de tiempo. En el caso del primero de estos dos conflictos, la experiencia en la Cruz Roja supuso el giro definitivo en su pensamiento y en su vida. En el caso de la II Guerra Mundial, de todos es más que conocida la angustia y oscuridad que llegó tras el final. Las atrocidades cometidas tanto dentro como fuera de los campos de concentración se manifestaron como la capacidad más terrorífica de anular cualquier atisbo de humanidad. Podemos recordar las escalofriantes prácticas que se cometieron entonces y que años más tarde harían

que el germen de esta disciplina tan importante como es la Bioética comenzara a tomar forma. Es lo que Marcel denominó un *mundo roto*, un mundo vacío y fragmentado. Partiendo de esta idea haremos una breve aproximación a algunos conceptos fundamentales en el pensamiento de Gabriel Marcel.

El primero de ellos es el que nuestro autor denominó *desorbitación de la idea de función* (PMO,23). El segundo y tercero fueron acuñados por Marcel como el mal uso de las técnicas, es decir, *técnicas de envilecimiento* (HH, 44), así como *sabiduría trágica* (SET, 6) La raíz de ello se encuentra en la pérdida del sentido de sacralidad de la vida humana. Finalizaremos esta parte con la aportación de este autor sobre la distinción entre *problema y misterio* (ST, 109) y *el hombre que se ha convertido en un problema para el hombre* (HP, 9).

El nacimiento de un niño, la vida en sí misma, la muerte o el sufrimiento, han sido vistos desde la perspectiva del asombro y la humildad. Pero parece que ahora los individuos quedan deslumbrados por la potencia de las técnicas e inevitablemente incurren en una actitud de orgullo. Crean una especie de caparazón, cada vez más duro, que los va aprisionando. Esa capa hace que el ser humano se vaya atrofiando mientras que las categorías con las que se valoran el mundo también se ven cada vez más limitadas y restringidas. Se desintegran los lazos familiares y comunitarios, se pierde el horizonte de sacralidad de la vida humana y también el sentimiento de plenitud y de trascendencia. A esto también contribuye la interpretación incorrecta de la llamada “muerte de Dios”, anunciada por Nietzsche. Parece que a raíz de esa “muerte”, todo está permitido.

La situación que atraviesa la humanidad es en realidad desoladora. El ser humano ha perdido la fe, se ha desorientado. Ahora, un individuo ve a otro bajo el prisma de la producción, trata a otros como sujetos ligados a las funciones biológicas, psicológicas y sociales de las que no es posible escapar. Es lo que él mismo denominó *desorbitación de la idea de función*.

El propio Marcel ofreció ejemplo de todo esto cuando habló del empleado que está a la entrada del metro cancelando billetes o abriendo las puertas. Esta forma de actuar mecánicamente también se da en las clínicas médicas donde el paciente es tratado como un objeto al que se le practican una serie de ajustes para que siga funcionando, y donde la muerte es vista como un error de funcionamiento de la maquinaria que es el cuerpo humano; se comportan así la enfermera, el operario, el dependiente..., cuya jornada se desarrolla a lo largo de determinadas horas. Cumplen sus funciones dentro de un horario concreto, que al finalizar sólo le queda volver a casa para al día siguiente repetir lo mismo que el día anterior.

Su empeño en advertir lo triste de todo esto le llevó a adelantarse en algunos años a las protestas de quienes también comparten la idea de que si el ser humano es visto bajo el prisma de esas funciones, entonces no habrá problema en no asistir a los ancianos, enfermos, moribundos o discapacitados porque no tienen nada que ofrecer a la humanidad, porque no son productivos. Son aquellos de los que nadie se ocupa, a los que se les pone a la cola porque son máquinas en desuso que molestan. Esta es indudablemente la imagen de una sociedad en la que sólo tiene cabida la desesperación, el pesimismo y la oscuridad.

“notemos, además, que una representación instrumentalista del ser humano conlleva inevitablemente, a la larga, consecuencias extremas tales como la supresión pura y simple de los enfermos y los incurables; ya no *sirven para nada*, y por ello ya sólo hay que ponerlos a la cola: ¿para qué tomarse la molestia de mantener y alimentar máquinas en desuso?” (HV, 138).

Pero no es sólo que los seres humanos se midan por su capacidad de producción y por las funciones que han de cumplir. Muchas de sus posibilidades se ven ignoradas debido a la fascinación de la capacidad aparentemente ilimitada de las técnicas. Los individuos creen que puede controlar la naturaleza, la vida y hasta la propia muerte. Con las técnicas parece que, sin duda alguna, todo aquello que quedaba fuera del alcance de la humanidad ahora se controlará y someterá. Aunque es obvio que se han producido avances positivos, también se han hecho

patentes situaciones tan terribles como el miedo a la bomba atómica, la destrucción de los ecosistemas o que podamos provocar nuestra propia desaparición del universo.

La advertencia que lanzaba Marcel se centraba en el mal uso de esas técnicas, que denominó *técnicas de envilecimiento*. A su juicio, lo que se persigue con ellas es humillar y degradar al sujeto, despojarlo de toda capacidad de respuesta. Aunque la persona puede ser educada y formada, esa figura acaba por desvanecerse. Va ganando terreno la masa, de la que sólo cabe el *amaestramiento* (HH, 23). El “tú” ahora se ve desplazado por el individuo anónimo, es ese “alguien” con el que se coincide en el metro, el ascensor o el pasillo de un hotel.

Pero inevitablemente los individuos en esta sociedad se ven abocados a la desesperación, porque no obtienen los resultados esperados, porque no pueden dominar estas cuestiones. Ahora la sensación es la de una angustia terrible ante situaciones que no sabemos cómo abordar, que son inabarcables y que por mucho que se exploren, nunca se vencen. No hay nada a lo que acogerse. Los propios hombres han anulado la sabiduría de los antepasados, que se convierte en una *sabiduría trágica*. Parece que esa sabiduría tan necesaria de quienes nos han precedido deja de tener lugar o razón de ser, no tiene sentido alguno.

Lo que late en el fondo de todo esto es la pérdida de lo sagrado. Para nuestro autor, la vida ya no es vista como un sacrificio, en el sentido literal de la palabra, es decir, “acto sagrado”, sino que es la suma continua de los días que pasan sin más hasta que llega el momento de la muerte. Para Gabriel Marcel todo esto se resume en que el ser humano ha perdido de vista su sentido de ser, ya no le inquieta la exigencia ontológica:

“en un mundo así, la exigencia ontológica, la exigencia de ser, se ha extenuado en la medida precisa en que por una parte, la personalidad se fracciona y por otra, triunfa la categoría de lo

enteramente natural, y donde se atrofian, por consiguiente, lo que habría que llamar quizá las potencias del asombro” (PMO, 29).

De este modo, el mundo que aparece ahora es un mundo vacío, donde el propio ser humano contempla al que había sido su prójimo como un extraño. Acaba convirtiéndose tanto para sí mismo como para los demás en un “hombre problemático” que no puede dar forma a su propia identidad y que casi no es capaz de responder a la pregunta de “¿quién soy yo?” La propia sabiduría de la humanidad, que ha ido pasando de generación en generación se ve ahora desplazada de forma irremediable. No tiene cabida lo que nuestros mayores puedan transmitirnos porque son palabras huecas, vacías.

Otra de las claves es la distinción entre *problema* y *misterio*. Consideramos importante recordar, como lo hizo el propio Marcel, que aquí el término no es empleado con el mismo significado que se le da desde la Teología, ni es como el de las novelas de este género ni tampoco se entiende tal y como sucede en el ámbito de la ciencia. No es una laguna de conocimiento sino que por el contrario es plenitud, aunque el lenguaje humano no sea capaz de expresarlo. Forman parte del misterio desde la perspectiva marceliana el nacimiento de un niño, la vida en sí misma, la propia muerte, así como el dolor o el sufrimiento, la esperanza, la amistad, la presencia, el amor.

El misterio es aquello que nos rodea y sobrepasa al mismo tiempo, lo que no puede ser considerado como objeto y que tampoco puede ser tangible. Sin embargo, formamos parte de él. Es así mismo lo que escapa al dominio de las técnicas. No hay obviamente, impedimento alguno para degradar el misterio en problema pero, nos advierte el autor parisino, no se obtendrán los resultados esperados.

Por su parte el problema sí puede contar con las técnicas para ser resuelto. Al problema corresponde aquello que se puede medir, pesar, calcular o

cuantificar. Es a lo que tiene solución, una solución que además supone un bien para toda la humanidad. Así es como lo reflejó en sus escritos en 1932:

“Distinción de lo misterioso y lo problemático. El problema es algo que se encuentra, algo que interrumpe el camino. Está en su totalidad ante mí. Por el contrario, el misterio es algo en lo que me estoy comprometido y cuya esencia, por consiguiente, no se encuentra en su totalidad ante mí. Es como si en ese registro la distinción del en mí y ante mí perdiese su significación” (ST, 93).

Podemos preguntarnos entonces de qué modo afrontó Marcel estas cuestiones. ¿Propuso alguna vía que pudiera servir en mayor o menos medida de solución a la situación tan difícil que vive el ser humano en la actualidad? ¿Ofreció alguna propuesta?

En primer lugar, por sus experiencias personales podría ser considerado como testimonio de lo trágico, del dolor y del sufrimiento que muchas veces se da en la vida de los seres humanos. Sin embargo, también puede ser visto como alguien que ofreció personalmente el testimonio de que a pesar de todo, era posible lograr una vida plena. Gabriel Marcel supo hacer de esas situaciones tan difíciles la luz que iluminó no sólo su camino sino también el de muchos otros seres. De su extensa y fructífera vida, siempre se identificó con la bella imagen del ser humano como *Homo Viator*. Muy próximo a su fallecimiento, reconocía que para él, ese itinerario que llamamos vida, había estado marcado por momentos difíciles y oscuros, donde la ansiedad le hizo estar muy cerca de la desesperación. Pero a pesar de ello nunca sucumbió y afirmó que se despediría en el momento de su muerte dando gracias por la plenitud que siempre había estado presente.

3.4.1.- *Filosofía concreta*

La labor de Gabriel Marcel se inició reflexionando acerca de cuestiones ligadas al idealismo, aunque, a raíz de la intensa experiencia en Cruz Roja durante la I Guerra Mundial, acabó por renunciar a seguir esta corriente. Sin

embargo, ello no significó que se propusiera construir ningún sistema filosófico nuevo, ni obtener respuestas definitivas. Nunca habló de “su filosofía”. Para él su tarea no era la de dar forma a un sistema denominado “marcelismo”. Tampoco quiso que su pensamiento fuera identificado con el existencialismo. Nunca gustó de los *-ismos* porque entendía que acababan por desnaturalizar la reflexión

Tampoco se sintió cómodo con las etiquetas. Consideraba que eran peligrosas, porque era como lanzar vitriolo a los ojos de una persona, que de este modo, quedaría desorientada. Las etiquetas sirven según Marcel para poco más que para descalificar a quien se le imponen. Sólo admitió la denominación de “filósofo neo-socrático”, acuñada por Joseph Chenn. Sin embargo la que acabaría por imponerse muy a su pesar, sería la de quien una vez fue su discípulo, Jean Paul Sartre, quien lo vio como “existencialista cristiano”. Este último, en el Congreso Internacional de Roma, en 1946, expuso su conferencia *L'existentialisme est-il un humanisme?*, donde recogió la visión sobre dos formas de existencialismo. Jean Paul Sartre encarnaba, según su propia opinión, el existencialismo “correcto”, el ateo, en el que se encontraba también a su juicio, Martin Heidegger. Por el contrario, tanto Marcel como Jaspers pertenecían a lo que él tildaba como “existencialismo cristiano”. Esta etiqueta de “existencialista cristiano” que impuso Sartre a Marcel supuso para este último el origen de graves malentendidos e hizo que en no pocas ocasiones fuera señalado despectivamente por aquellos que veían connotaciones negativas en la etiqueta de “cristiano”. Curiosamente, la primera vez que Marcel visitó a Heidegger, en 1946, le preguntó si aceptaría que alguien lo considerara “existencialista ateo”, a lo que Heidegger respondió según Marcel que él no era ateo, aunque su pensamiento estaba suspendido entre un teísmo y al mismo tiempo un ateísmo.

Ya antes de la guerra tenía claro que deseaba dar forma a una obra como el *Ensayo* de Hamelin, pero sin seguir el patrón de sistematicidad de dicha obra. Esta fue la línea que, al igual que en otras ocasiones, mantuvo a pesar del

paso del tiempo. Por ello, cuando la Universidad de Aberdeen le propuso impartir las Gifford Lectures en el curso de 1949-1950, Marcel hubo de hacer frente a aquello que desde un principio había decidido no llevar a cabo nunca: una sistematización de su pensamiento. Esta propuesta le hizo ver que era como una llamada, y para él, siempre que alguien o algo lo interpelaba desde las mismas exigencias que proponía, debía responder dando de sí todo lo que pudiera y esforzándose hasta donde le fuera posible. En vista de esta situación, aceptó la invitación porque la petición que le llegaba no exigía ningún cambio en sus reflexiones. Marcel sintió que el interés estaba en que lo que se le pedía era que siguiera siendo él mismo.

Consideró necesario separarse de la pauta que había marcado la historia de la filosofía que consistía en volver una y otra vez sobre los mismos temas. El error durante mucho tiempo había sido limitarse a estudiar los problemas desde el punto de vista de la historia. Esto no significaba que la filosofía debiera negar la importancia de la historia o de la ciencia, pero sí era necesario ser como el compositor que posee conocimientos de armonía sin ser esclavo de dicho conocimiento. La advertencia de Gabriel Marcel fue más allá al referirse específicamente a una clase de filósofo: el que cede ante el sabio. El motivo es que en este caso, se hacía un uso inadecuado de paradojas y teoremas, lo que en realidad se debía a un complejo de inferioridad que sufren muchos filósofos frente al progreso de las ciencias particulares.

Ante esta situación, la filosofía debía recuperar sus raíces de amor a la sabiduría y no ser una doctrina a memorizar o un intento vano de querer encapsular el universo en una serie de fórmulas. Pensaba que *el Filósofo, con mayúscula, no es más que un ídolo* (HH, 200), y que por regla general, la única posibilidad es ser profesor de filosofía. La cuestión que le preocupaba era que no se impartía una materia sino que más bien el profesor acababa actuando como el comerciante que quiere vender su producto. Esto suponía un peligro para esta

figura, puesto que quedaría alejado de lo real, estaría también expuesto al peligro de abstracción. Para evitar esto debería saber, como sabe el arquitecto o el médico de las dificultades humanas cotidianas.

¿Cuál fue entonces la visión que Marcel tenía sobre la filosofía? Su aspiración fue la recorrer sendas que anteriormente otros habían rastreado. No aceptó la visión de una filosofía con terminología propia y cerrada a los legos. Su postura fue la de reflexionar desde lo que él mismo denominó una filosofía con una característica determinada: una filosofía concreta. Consideraba que ya había existido tiempo atrás, pero ante cualquier amago de que floreciera, se había visto eclipsada, acabando por derivar en otras ramas como por ejemplo la escolástica. Había que desprenderse de la idea de llevar a cabo esa tarea bajo el lema de *hic et nunc*, porque quienes lo hacen así son *víctimas de lo real* (OS-II, 72), nunca se adaptarán por completo al hecho de existir. El filósofo auténtico será consciente de que su existencia siempre va ligada al asombro. Es necesaria recuperar esta capacidad porque:

“solamente el espíritu acostumbrado, o para ser más exacto, instalado en lo cotidiano, o bien no lo resiste más, o bien encuentra los medios para borrar su recuerdo; todo lo contrario del espíritu metafísico, que jamás se resigna del todo a lo cotidiano y lo juzga como un sueño. Aquí hay algo más que una diferencia: una oposición absoluta a la forma de evaluar” (OS II, 73).

Para aclarar mejor su postura, Marcel sostuvo que no admitiría como verdadera filosofía aquella que no mostrara la *mordedura de lo real* (Íbid.). De este modo evitaba que también la filosofía se viera limitada a determinadas funciones. Pensadores como Kierkegaard y más en concreto Schopenhauer o Nietzsche habían logrado que su labor no se viera restringida a la de especialistas. Con estos elementos puede decir que esa filosofía concreta no puede existir:

“sin una tensión continuamente renovada y propiamente creadora entre el Yo y las profundidades del ser en el cual y por el cual todavía somos; todavía más, sin una reflexión lo más estricta y rigurosa posible sobre la experiencia más intensamente vivida” (Íbid.).

La cuestión que le servirá como punto de partida es que, a diferencia del idealismo y el cartesianismo, su filosofía concreta sí podía responder a *¿qué soy yo, que me pregunto por el ser?* (PMO, 33). Uno de los motivos era que para el idealismo únicamente tendría cabida aquello que es verificable, de manera que sería real lo que se pudiera comprobar, contrastar y demostrar. Aquí lo importante es hacer hincapié en la inteligibilidad de lo real, y construir sistemas que finalmente acabarían por encerrarlo todo en conceptos. Pero con ello se ignoraba *la experiencia humana íntegra tomada en su vida palpitante y trágica.* (PMO, 32) Este era el gran error: ignorar lo personal bajo todas sus formas, olvidar *lo trágico*, *negar lo trascendente*, *pretender reducirlo a expresiones caricaturescas desconocedoras de sus caracteres esenciales.* (Íbid.) Para Marcel todas y más en concreto, las *más altas experiencias humanas* escapan a la verificación y por ello, el idealismo las rechazaba. Esto no dejaba de ser un *acto arbitrario, dictatorial*, que acabaría por *reducir al silencio la exigencia ontológica.* Porque *sólo mediante una ficción el idealismo, en su forma tradicional, intenta mantener al margen del ser una conciencia que lo afirme o que lo niegue.* (Íbid). Ante esta situación, Marcel sostenía que: *si la negación de la existencia es un decreto, nosotros optamos, en consecuencia, por el decreto contrario, y no vacilaremos en declarar que según nosotros la existencia es indudable* (DM, 312).

Mediante esta afirmación, cumplía con otra de sus propuestas como filosofía concreta: partir de un indubitable que no sea lógico ni racional sino existencial, porque la existencia ha de estar en los orígenes, no puede hallarse en ningún otro lugar. Con ello da un nuevo paso que le llevará a hacer frente a la otra corriente filosófica con la que tampoco estaba de acuerdo: el racionalismo cartesiano. ¿Por qué? Ante a la cuestión que ha aparecido antes de *¿quién soy yo, que me pregunto sobre el ser?*, y también *¿cómo puedo estar seguro de que soy?* (PMO, 33), el *cogito* de Descartes no puede aportar aquí ningún apoyo. Para Marcel, lo indubitable que propuso su predecesor fue un *sujeto epistemológico como órgano de conocimiento objetivo* (Íbid.). Pero sigue sin dar respuesta a la

cuestión del *yo soy*, ya que en realidad es *un todo indivisible*. (PMO, 34). Lo que se ha hecho aquí ha sido separar el *yo soy* del “problema” ontológico. La solución estriba, pues, en considerarlos conjuntamente, es decir, asumir que plantear el problema ontológico es lo mismo que *interrogarse por la totalidad del ser y por mí mismo en cuanto totalidad*. (Íbid.). Es esa exigencia ontológica la que Marcel quiere recuperar con urgencia, porque con el triunfo del racionalismo y del idealismo, aparece la problemática del ser. En realidad no es el problema del ser, sino el uso inadecuado del lenguaje, ya que en lugar de ello, se debería hablar de misterio del ser.

3.4.2.- *Cuerpo objeto y cuerpo sujeto*

En todo lo que acabamos de ver se cumple la observación que el propio Gabriel Marcel hizo sobre el carácter itinerante de su filosofía. Las sendas por las que se fue desplazando le llevarían finalmente a tomar la reflexión de la corporalidad, de la existencia encarnada, como el punto de apoyo para poder dar forma a sus observaciones sobre la existencia.

Si Descartes halló un indubitable, *pienso, luego existo*, para Marcel será otro: *siento, luego existo*. ¿Qué es lo que le permite hacer esta afirmación? Son tres los elementos que sirven de respuesta: encarnación, corporalidad y sensación. La nuestra es una existencia encarnada en un cuerpo que siente. La clave para acceder a la existencia es nuestra corporalidad. Con ello presenta una de las reflexiones más originales al decir que la existencia no puede dejar de ser un indubitable porque está ligada a un cuerpo, un cuerpo encarnado: *la encarnación -dato central de la metafísica. La encarnación, situación de un ser que aparece como ligado a un cuerpo* (ST, 13). A partir de aquí, logra dar con el indubitable que supone el fundamento seguro y estable de su filosofía concreta: la existencia encarnada.

Pero, ¿qué implica que nuestro cuerpo es un cuerpo que siente?, ¿qué significa esa sensación?, ¿qué características posee? En primer lugar hay que decir que para Marcel, la sensación no se entiende como un mensaje que nos llega y hemos de descifrar, sino que por el contrario es algo inmediato, *primordial* e irreductible, directo, sin necesidad de intermediarios. No es posible instrumentalizarla. Tampoco es algo pasivo, no es como la cera que queda marcada después de aplicar un sello sino que el sentir es recibir de forma activa. La sensación es para Marcel acoger, igual que se acoge en el acto de hospitalidad. Sensación y hospitalidad son en este caso sinónimos porque de lo que se trata no es de rellenar un hueco vacío sin más, sino de recibir, acoger, e incluso hacer participar al otro en la plenitud. La sensación es en realidad aquello que evita que seamos simples objetos, ya que nos permite ser conscientes de que existimos.

Desde esta perspectiva el ser humano no queda reducido a un sujeto aislado sino que toma conciencia y se relaciona con los demás a través de su cuerpo. Parece que si puedo sentir es porque mi cuerpo es físico, material, tangible y por ello puede ser visto como un objeto. La sensación queda como algo propio de un sujeto que se halla en unas coordenadas espacio-temporales determinadas, pudiéndose reducir a un mensaje. Pero, ¿realmente podemos considerar que no somos simples objetos? La sensación, ¿no es más bien un mensaje que se ha de descifrar? Con estas cuestiones aparece una reflexión importante para Marcel, porque si la nuestra es una existencia encarnada en un cuerpo y somos conscientes de ella mediante la sensación, ¿está superando ver el cuerpo como un objeto para situarlo como sujeto?, es decir, ¿tengo un cuerpo o soy un cuerpo? Vamos a ver las consecuencias que pueden aparecer si consideramos que tenemos un cuerpo. En primer lugar, si la sensación es un mensaje, es necesario traducirlo, pero a su vez, esto requiere de algo que lo interprete, y así sucesivamente, lo cual lleva a un regreso al infinito.

En segundo lugar, tener implica una relación de posesión, de modo que en el ámbito del tener, el cuerpo es entendido como cuerpo-objeto. Señala en una anotación de la última parte de su diario, *Présence et Immortalité* (PI, 109), que decir *mi cuerpo es una cosa*, es como decir que es algo más entre otras cosas, y por lo tanto está condenado a sufrir el mismo destino que el resto de los objetos, más en concreto el de los instrumentos. Por esa razón también necesitará ajustes y reajustes, restauraciones como las de las obras de arte con el paso del tiempo....

Si disponemos del cuerpo como de un objeto, sucede como cuando se tiene un animal doméstico. Dependerá de mí para vivir, para alimentarse y por lo mismo deberá responder a mis llamadas o a mis órdenes. En estos casos hay una relación profunda y desarrollada, no es algo pasajero o temporal. De ahí que considere que ha de cumplir con lo que yo quiero hacer de él. Cabe hacer cualquier cosa, como mutilarlo, adelgazarlo, engordarlo, venderlo, cuidarlo u olvidarlo. Desde esta perspectiva, queda despojado de todo atisbo de dignidad.

Pero también podemos vernos privados de ese control y pasar a estar sujetos a la biología, a la física o a la psicología. Es decir, mi cuerpo o el cuerpo de cualquier otro pueden cumplir las mismas funciones. Esas funciones pueden ser perfectamente catalogadas con el auxilio de disciplinas científicas como la anatomía, la biología, la fisiología, etc. Puedo ser objeto de investigación científica o estar sometido a una serie de técnicas que van desde la higiene hasta la cirugía.

Esta última también fue otra cuestión que preocupó a Marcel. ¿Cuáles podrían ser las consecuencias que tendría la relación entre el cuerpo visto como objeto y las técnicas? Estas últimas son las que sirven de ayuda al hombre en su vida cotidiana, facilitan sus tareas y su trabajo, y aquí el cuerpo es como una prolongación de lo que pueden aportar las técnicas. El peligro radica cuando se

hace un mal uso de las mismas. En una sociedad así, la atención está tan focalizada en la función que se produce una desorbitación de la misma, que lleva irremediablemente a ver a los sujetos como simples máquinas obligadas a un determinado rendimiento.

Marcel respondió a estos riesgos de “tener un cuerpo”, afirmando que la cuestión no es la de tener sino la de “ser un cuerpo”, es decir, ser cuerpo-sujeto. El ser humano cuenta con la capacidad de romper los límites del cuerpo-objeto, puede rechazar ser asimilado a un objeto y por ello puede reclamar aquello que soy, lo que somos: cuerpo-sujeto. Ahora ya no soy un cuerpo junto a otros, no soy el cuerpo que los demás ven o tocan. Es precisamente la capacidad de sentir la que hace que se pueda superar ser reducido a un cuerpo-objeto. Y aunque a nivel biológico y anatómico, todos estemos constituidos de la misma manera, de modo que el dolor es común a todos como especie, ahora no es una función, sino pasa a ser algo propio, singular e intransferible.

Otro motivo que hace que se evite ver al cuerpo como objeto es lo que este autor definió como *intimidación* (DM, 305), aquella que se encuentra en la palabra *mío*. Esto hace que *mi cuerpo* no sea algo conceptualizable y por lo tanto que hay algo indefinible en la existencia. Decir *mi cuerpo* es superar la materialidad a la que puede quedar expuesto y con ello evita ser reducido a una serie de propiedades objetivas, por lo que *el mundo no existe para mí sino mientras lo pienso, mientras lo aprehendo como enlazado conmigo por el mismo hilo que me une a mi cuerpo* (Íbid).

Aunque como él mismo señaló su filosofía se iba desarrollando siguiendo el movimiento de una espiral, es patente su profundización en las cuestiones que le inquietaban. Como señala Julia Urabayen, con el estudio de la corporalidad del ser humano, Marcel distingue claramente dos ámbitos. A uno corresponde lo primario, inmediato, aquello que no es posible mediatizar y que

mantiene siempre su carácter prioritario. Hay un segundo ámbito en el que se halla lo mediado, que sí es objetivable y de él se pueden decir una serie de características. Esto fue:

“uno de los primeros descubrimientos de Marcel, surgido con la noción de participación y ahondando con las nociones de existencia, cuerpo-sujeto, cuerpo-objeto y sensación como inmediato no mediatizable. Estas distinciones se consolidaron en la más englobante y más conocida de todas: el misterio y el problema.”³³

Llegados a este punto podemos pasar a abordar por una parte la cuestión del misterio y del problema y a continuación la reflexión segunda.

3.4.3.- *Problema y misterio*

La dedicación y el esfuerzo de reflexión de Marcel se centraron en cuestiones concretas que lo llevaron a desligarse definitivamente del idealismo. Esa situación se vio confirmada cuando dirigió su atención a la existencia, algo indubitable por su condición encarnada, fuera de toda posibilidad de conceptualización o definición. Pero es necesario aquí aclarar un punto importante. Hay una tensión continua porque la existencia no es lo mismo que el ser y al mismo tiempo no se pueden separar. La razón de esto se encuentra en que la existencia no se aleja del ser porque participa del mismo, cuenta con una serie de elementos que se traducen en aproximaciones al ser. Pero además de todo esto, Marcel también habló del ser como misterio. ¿Significa esto que el ser es inalcanzable y desconocido? Como veremos a continuación, a pesar de que entendemos por misterio algo enigmático y velado, en este caso es totalmente al contrario.

El primer paso para poder reconocer el misterio del ser es el recogimiento, no como aislamiento ni como desdoblamiento objetivo, sino que

³³ URABAYEN, J., *El pensamiento antropológico de Gabriel Marcel: un canto al ser humano*. EUNSA, Navarra, 2001, pág., 77.

por el contrario, es salir de uno mismo. En definitiva es un acto de transformación, de transmutación y de creación. También lo definió como la necesidad de acallar el ruido de fondo que hay en nosotros. El recogimiento del que nos habla Marcel da pie a un silencio en el que al no haber estorbo alguno es posible recomponer las piezas con las que se está trabajando. No es algo abstracto ni requiere pasar largos períodos alejados del resto de las personas porque es algo común a todos. Esa capacidad lleva a que cada ser humano contenga a su vez toda la humanidad en sí mismo. El recogimiento es también un encuentro, un nexo universal.

En *Posición y aproximaciones concretas al misterio ontológico* Marcel ya hablaba del *recogimiento* (PMO, 44). Afirmó que es lo que permite que se pueda dar el misterio ontológico porque quien se recoge es un ser que va más allá de la forma de vida biológica y pasiva que es aquella que no se controla. Y añade que en el seno del recogimiento se adquiere el estado para poder tomar posición ante la propia vida. Lo que ahí se descubre es que yo *no soy mi vida*. Entre el ser y mi vida hay una distancia insuperable. Pero no se descubre nada que no se supiera, sino que por el contrario lo que se hace es recuperar. Así pues, ¿a qué conduce ese recogimiento reconstructivo? Podría decirse que literalmente es re-encontrarse con uno mismo, recobrase como unidad. Otra posibilidad es ese silencio que da lugar a que se pueda ver con claridad el misterio del ser. Se desvela entonces algo inconmensurable, cuya magnitud e intensidad nos estremece cuando somos plenamente conscientes. Es algo nuestro, particular, cada uno poseemos una y al mismo tiempo está muy por encima de nosotros: la vida.

A través de todo esto, Marcel va dando soporte a otra de sus tesis fundamentales: el ser es lo que está desde el origen y los hombres participan de él a través de la existencia encarnada. Este es uno de los rasgos fundamentales de la reflexión marceliana: partir de una filosofía concreta para recuperar el ser, la exigencia ontológica del ser que ha sido desplazada con una fuerza inusitada por

el tener. ¿Qué papel juega aquí el misterio? El misterio abre una nueva vía que permite ver más allá del mundo que nos rodea, nos ofrece la posibilidad de mirar hacia esferas más elevadas, nos hace comprender lo cerca que estamos de lo eterno.

La cuestión del misterio apareció por primera vez en una de sus obras de teatro, *El iconoclasta*. Poco después lo desarrollará con más profundidad con motivo de la comunicación que debía presentar para la Sociedad Filosófica de Marsella en 1932. El planteamiento que ahí hacía sobre las aproximaciones concretas al misterio ontológico sería el título de la ponencia y así se publicó más tarde. El misterio es muchas veces interpretado como un problema con el rótulo de vía sin salida. Por el contrario, el problema es lo que aparece en medio del camino, mientras que el misterio nos sobrepasa.

Pero en muchas ocasiones lo que sucede es que aquello que es visto como un problema metafísico es en realidad un misterio degradado. El ejemplo nos lo ofrece el propio autor cuando nos dice que el mal, el sufrimiento o el dolor son vistos como un error de funcionamiento del universo considerado como una maquinaria. Sin embargo todo esto pertenece al ámbito del misterio, que es un orden que no puede ser reducido a objeto ni sistema, sino que nos sobrepasa y al mismo tiempo nos rodea. Frente al misterio se encuentra el problema, que en este caso es presentado como aquello ante lo que me encuentro, es lo que puedo delimitar y reducir. En este caso sabemos que algo es un problema porque puede obtenerse una respuesta aplicando para ello la técnica correspondiente. El problema entonces es aquello que está ante nosotros, a lo que se le puede dar una solución. Se puede manejar, manipular, controlar, delimitar, y lo que es más importante y definitivamente lo diferencia del misterio, es que es comprensible.

También señaló que el misterio no ha de ser entendido como en el sentido de las novelas de este género. En este caso, quien las escribe nos está

indicando que en un momento determinado de la obra resolverá la incógnita y dará respuesta a todos los interrogantes. El autor de esas novelas será quien proceda por nosotros siguiendo una elucidación de un tema que en principio parecía oscuro. Marcel tampoco entendió el misterio como en Teología o en la ciencia. El misterio no es lo que desconocemos sino aquello que forma parte de nuestras vidas, es como el aire que respiramos, nos rodea pero no podemos asirlo, no es tangible ni visible. Es en lo que estoy situado, aquello que no podrá ser ni objeto ni sistema sino un pensamiento que nos sobrepasa, al mismo tiempo que nos envuelve y sin que podamos tampoco identificarnos con él.

El misterio encaja en dos ámbitos. Uno de ellos es el de lo meta-técnico, del que Marcel dice: *¿qué entender por esto sino la esfera inquebrantable a la que jamás tendrán acceso las técnicas?* (HH, 22) El otro es el de lo meta-problemático. A este corresponde lo que está más allá del problema, lo que queda fuera de ese orden. Es con lo que estoy comprometido y por ello sólo es posible pensar como una *esfera, en la que la diferencia entre lo que está en mí y lo que está frente a mí pierde su significado y su valor inicial* (OS-I, 190).

No hay nada que obligue a que esto sea de este modo. Es posible tanto desde la lógica como desde la psicología tal como señala Marcel, degradar el misterio para convertirlo en problema, aunque no se lograrán los resultados esperados. El ejemplo más evidente de esto último es el de la enfermedad o el dolor. Una sociedad que sólo vive de cara a la ciencia y a la técnica considerará en un momento dado el dolor como un mal funcionamiento de una pieza del engranaje de esta maquinaria a la que se denomina cuerpo. En *Los hombres contra lo humano* (HH, 135), dirá que en el caso del médico, la enfermedad y la muerte serán vistas como algo que hay que combatir. Al considerarlas separadas de su vertiente metafísica, se convertirán en un problema, en un error en el funcionamiento del cuerpo humano. Por ello, si la enfermedad es un problema y el cuerpo es un objeto, entonces el malestar o el dolor serán simples desajustes de la

maquinaria. Pero desde esta perspectiva, sucede aquello de lo que ya habló en su momento Viktor Frankl: el paciente en la mesa de quirófano es visto como una maquinaria a la que hay que hacer unos ajustes como se hace a un coche que entra en un taller de reparaciones. Por su parte, Marcel advirtió en *Homo Viator* (HV, 138), que si al ser humano sólo se le considera desde el punto de vista del rendimiento que puede ofrecer a la sociedad en la que vive, entonces no habrá problema alguno en suprimir directamente la vida de quienes por causa de la enfermedad no pueden seguir rindiendo porque no sirven para nada. ¿Significa esto que Marcel o nosotros estamos a favor del sufrimiento gratuito sin más, de que hay que soportar el dolor porque se padece sin poder decir nada? Obviamente no, pero vista bajo la luz del misterio, la enfermedad y la muerte ofrecen una perspectiva singular. Para Marcel, el sufrimiento no es culpa de la persona ni se puede aceptar que es el precio que ha de pagar por haber cometido una falta. Corresponde más bien a lo *insondable* (ST, 133), algo a lo que no cabe dar una respuesta como sucede antes otros interrogantes. Es una forma de participar en un *misterio universal* (ST, 133), que ha de ser *comprendido como fraternidad, como lazo metafísico* (Íbid.).

El misterio era para el propio Marcel iluminador. Esa luz es la que actúa como la luz del sol que hace que las plantas crezcan. De ese misterio no se obtiene ningún conocimiento directo, pero contamos con algo que nos abre la vía que nos lleva a ver aquello que buscamos. Podemos comprender esto un poco mejor al saber que Marcel define al ser como un foco, vemos la luz, pero nos es imposible ver de dónde sale. Lo mismo nos sucede si queremos ver el sol. Nos es imposible. Conocemos muy bien el calor de sus rayos y los beneficios de su luz, pero no podemos mirarlo directamente, no podemos saber cómo es. Así pues, el misterio y el ser no pueden ser conocidos, sino que sólo es posible saber cuáles son las vías de acceso al ser, que como veremos más adelante, fueron las denominadas aproximaciones concretas al misterio ontológico.

3.4.4.- Reflexión segunda

Consciente de que su postura ofrecía posibilidades que hasta entonces no habían sido propuestas, Marcel las reunió bajo el rótulo de *intuición reflexiva*, aunque posteriormente pasaría a ser *reflexión segunda o a la segunda potencia* (OS-I, 79) Dicha intuición fue considerada por el autor como intuición ciega porque no admite una reflexión directa ni requiere de intermediarios. Su importancia radica en que es ella la que lleva al reconocimiento de la participación del pensamiento en el ser, señalando inequívocamente el acceso al misterio del ser. Posteriormente, advirtió que tanto intuición reflexiva como recogimiento podían resultar un tanto confusos, de manera que consideró que lo mejor era hablar de reflexión segunda o a la segunda potencia.

Vamos a ver entonces en qué consiste esta reflexión. Como acabamos de ver, el misterio del ser es una plenitud, de modo que el lenguaje no puede expresarlo. Pero no por ello hay que abandonarlo. Marcel buscó la vía que le permitiera reflexionar sobre él pero sin objetivarlo, sin cosificarlo, sin reducirlo a una serie de conceptos que acabaran por desnaturalizarlo. Esto le llevó a diferenciar dos formas de reflexión, una primera y otra segunda. Esta reflexión primera es la que disuelve la unidad que tiene delante, separa y diluye. No significa que posea un carácter negativo, sino que se encarga de analizar la vida desde lo objetivo. La realidad así es vista a través de lo universalizable y mediante conceptos abstractos. Es la reflexión con la que cuenta la vida cotidiana o el conocimiento científico, ya que en ambos casos los conceptos y las categorías generalizadoras son los elementos clave para conocer la realidad. No se opone a esta forma de reflexión, sino que percibe claramente que no se puede aplicar a otros ámbitos. Es decir, vuelve a aparecer el rechazo a querer que todo quede bajo el aspecto de lo objetivo. No está en contra del concepto sino del mal uso al que conduce el conceptualismo.

El siguiente paso es hablar de la otra forma de conocimiento que es la reflexión segunda o la segunda potencia tal y como él mismo la denominó. Partiendo de la primera, recompone aquellos elementos disueltos. Es una reflexión recuperadora, de reconquista. Esto es lo que principalmente diferencia a ambas. La importancia de la reflexión segunda es evidente para Marcel al hablar de la cuestión del cuerpo:

“Observemos enseguida que en ninguna parte aparece más claramente lo que he llamado la reflexión segunda, esto es, de la reflexión recuperadora. En efecto, la reflexión primaria, por el contrario, es la encargada de romper el lazo frágil al que se refiere la palabra *mío*”(OS-I, 92).

De ahí que mi cuerpo quede asimilado a otros tantos, sea despojado de cualquier identidad propia y sólo se resalten del mismo las funciones que puede cumplir. El cuerpo, no *mi cuerpo*, todo cuerpo, está sometido a las mismas leyes biológicas, fisiológicas o de la física, y ha de llegar al punto de destrucción al que se ven sometidos todos sin excepción. Queda despojado de cualquier privilegio que se le quisiera otorgar, nos recuerda que como cuerpo, hay muchos otros más. Es la reflexión segunda la que, sin abandonar esto que acabamos de presentar, da un paso más y reconstruye lo que hizo la primera. En eso consiste esa capacidad recuperadora. Aquello que retoma es lo que la reflexión primera había perdido: la intuición, la experiencia del ser, el misterio del ser. Así la filosofía concreta va unida a la reflexión segunda cuya tarea consiste en el intento de volver a restaurar lo concreto superando lo que queda inconexo en el pensamiento abstracto.

3.5.- La vida humana: plenitud, don y consagración

Quienes conocían a Gabriel Marcel lo definían como una persona sensible, amable, en muchas ocasiones impresionable, acuciado por la angustia y

la ansiedad de los acontecimientos. Rodeado de mucha gente, paradójicamente conoció el peso de la soledad y de las dificultades que le sobrevenían con las intensas crisis de fe que atravesó a pesar de ser un firme creyente. Como él mismo indicó, la cuestión de la muerte y el dolor aparecían constantemente en sus obras porque es necesario tenerlas siempre presentes, y porque más en concreto, el filósofo no puede abandonar estas reflexiones. Él mismo fue al mismo tiempo testigo y testimonio vivo.

A pesar de la pérdida y del riesgo de caer él mismo en el sombrío peligro del vacío existencial, Marcel ofreció desde la filosofía elementos que a nuestro juicio son un valioso legado al que acudir en momentos trágicos. Adelantándose a su tiempo, advirtió de los cambios que sufriría la sociedad tras la II Guerra Mundial. Por ello exploró las piezas para reconstruir ese mundo roto del que habló en varias ocasiones.

El ser humano es también un *Homo Viator*. Esta condición le lleva a enfrentarse a momentos de oscuridad y angustia. A ello cabe sumar que los descubrimientos han sido elevados a categorías tan altas que en lugar de apoyar y colaborar en situaciones de dolor y sufrimiento, más bien acaban por eliminar todo intento de reflexionar e iluminar en la medida de lo posible nuestra condición de seres también finitos, sufrientes y mortales.

El dolor por la muerte de un ser querido es terrible, y muchas veces casi insuperable. Sin embargo existe algo capaz de trascenderla: el amor. La vida es algo tan grande y dotada al mismo tiempo de tal grandeza que la muerte no puede eclipsarla. Cuando alguien sufre, me llama o yo llamo a alguien para que me apoye y alivie en la medida de lo posible el sufrimiento que estoy viviendo. Si hay una respuesta a esa llamada, es posible crear incluso en momentos de inquietud, de inseguridad, de pérdida y de desolación. Como afirmó el propio Marcel, el ser humano posee la capacidad, terrible y al mismo tiempo innegable,

de renunciar a toda esperanza, a cualquier atisbo de luz y de consuelo. Pero ello no impide que al responder a la llamada, ésta adquiera forma la presencia, la disponibilidad y la intersubjetividad. Vamos a ver a continuación con más detalle de qué manera en qué consiste todo esto

3.5.1.- El misterio del sufrimiento y la enfermedad

Gabriel Marcel reflexionó sobre la desesperación y la angustia en la civilización industrial. También le preocuparon cuestiones como el dolor, el sufrimiento, la enfermedad y la pérdida, de todo aquello que compone el aspecto trágico de la vida humana. En muchas ocasiones habló desde su propia experiencia y la conclusión a la que siempre llegó fue la misma: de estas y otras situaciones trágicas y oscuras e incluso carentes de sentido se logra una sabiduría que abre la vía que conduce a un entendimiento, aunque no siempre va ligado a lo racional.

Cualquier persona ha vivido experiencias ligadas al dolor que han hecho que se pregunte por qué sucede esto. A pesar de los infinitos intentos, parece que hasta ahora no se ha conseguido dar con una respuesta racional y satisfactoria. El dolor y el sufrimiento forman parte de la existencia del ser humano y es casi inevitable que en algún momento debamos a enfrentarnos a ellos.

La cuestión de por qué existe el mal en el mundo y cómo poder solucionarlo ha acompañado a la humanidad prácticamente desde sus inicios. En una ocasión, un estudiante preguntó a Gabriel Marcel qué pensaba sobre el mal. Respondió que lo primero que se debía hacer desde su punto de vista era abandonar su papel de conferenciante en el aula de cualquier universidad porque ahí no se puede conocer directamente el sufrimiento. Se trata de descender de la tarima desde la que se habla a un auditorio compuesto por personas a las que poco

o incluso nada se conoce para situarse en la vida cotidiana. Es necesario estar junto a aquellos que están atravesando una situación de enfermedad, de duelo, de dolor o de pérdida. Entonces, y a partir de ahí, será posible construir un discurso en el que se puede comprobar si realmente no es un mero conjunto de palabras sino que más bien cuenta con un contenido sólido.

Para Marcel el mal era como una amenaza que siempre está presente y al mismo tiempo nos sobrepasa porque no sabemos si se va a materializar en el siguiente instante. ¿En qué consiste eso? ¿Es una amenaza que se puede dar verbalmente y que llega de terceras personas?, ¿o hay algo más allá que hace que realmente adquiera una forma que justifique la angustia y el malestar? No se habla aquí del tipo de amenaza que asociamos a las palabras proferidas por alguien en un momento dado, sino que más bien es aquella que, independientemente de si se da o no de forma determinada, provoca que en cualquier caso nuestra integridad, tanto física como biológica, anímica o espiritual pueda sufrir algún daño, se vea reducida o lesionada. Esta amenaza supone una pérdida de control sobre los acontecimientos externos o sobre nuestros propios actos. La confusión toma entonces las riendas porque nos sentimos desorientados, no sabemos en qué momento se producirá aquello a lo que tanto tememos. La imagen que pone como ejemplo es el de un joven a quien repentinamente se le despierta una enfermedad que no tiene solución y cuyo desenlace es su muerte. Lo trágico no es sólo que no se pueda obtener una solución rápida, sino que se derrumba la seguridad con la que hasta entonces fluía su vida. Sucede que:

“lo que sigue faltando es una respuesta, cualquiera que sea, a la enloquecedora pregunta: ¿por qué? ¿Cómo puedo comprender que tantas promesas como me parecía que me habían sido hechas se vean de pronto reducidas a nada?” (FTC, 183).

En una situación como esta es evidente que resulta casi imposible encontrar un sentido a la muerte. ¿Nos hemos de resignar a pasar un duelo sin más? ¿Queda algo más que la impotencia y la angustia? Frente a las catástrofes y

tragedias que acontecen casi a diario parece que sólo podemos sentirnos desanimados o volver la cara, anestesiar nuestros sentimientos como decía Marcel, pensar que es cuestión de tiempo encontrar una técnica que se imponga y obtenga la victoria definitiva. A pesar de que no es lo corriente, el sufrimiento, la enfermedad o la muerte pueden ser experiencias que nos ofrezcan una posibilidad con la que no contábamos. Podemos encontrar un sentido en ello, podemos hallar el poder creador que subyace aunque en un primer momento no se vea. Ese potencial de creatividad fue considerado como la otra cara del sufrimiento y la enfermedad. Esa capacidad de creación no es sinónimo de producción. Se puede producir sin que haya creación, y también, podemos por lo mismo crear sin que quede ningún objeto tangible que sirva de testimonio de esa creación. ¿Cómo es esto posible? Reconociendo la presencia del misterio en esto que aquí vemos.

No todo se reduce a lo visible y demostrable. Existen formas de crear cuyo resultado se encuentra en aquellas personas que alguna vez hemos tenido la fortuna de conocer. Son seres que crean a partir de la bondad y el amor. De ellos surge una contribución para toda la humanidad que hace que la aventura de vivir, con sus riesgos y beneficios tenga un sentido. Esto no quiere decir que la enfermedad por ejemplo sea una ventaja, ni que haya que idealizar el momento de la muerte. Aunque no nos conceden momentos agradables, sí nos ofrecen la posibilidad de ver el mundo desde otra perspectiva. Podemos ver una dimensión nueva, quizá hasta desconocida, del entorno en el que se desarrolla nuestra existencia. ¿De qué modo acontece esto? A través del misterio. Al verlo así nos encontramos ante algo insondable, algo de una magnitud tan grande que nos abre las puertas a la participación en un misterio universal

También el sufrimiento adquiere otra perspectiva si es visto desde el ámbito del misterio y no del problema. Marcel habla del caso de una persona que padece una enfermedad que la mantiene postrada en cama durante años y que sólo espera que llegue la muerte como fin de sus sufrimientos. Movidio por la mejor

voluntad de ayudar al paciente, un sacerdote le sugiere que asuma como consuelo la idea de que Dios le ha enviado esta prueba para poder alcanzar la dicha celestial. Es obvio que poco puede consolar al paciente y que más bien le llevaría a rebelarse y negarse a seguir adelante. La respuesta podría ser de la siguiente manera:

“Usted sólo puede manifestarse de ese modo porque no es capaz de imaginar mi sufrimiento, porque no es suyo; así pues, no tendría derecho a pronunciar esas palabras a menos que sufra como yo, que sufra conmigo...” (OS-II, 184).

El sufrimiento, además de formar parte del misterio también puede ser una prueba según Marcel. Es algo de lo que no se puede obtener ningún beneficio ni tampoco tiene sentido padecer cuando es posible aliviarlo. Cuando nos encontramos en una situación en la que de forma irremediable se ha de sufrir, podemos, evidentemente, rebelarnos y negarnos, protestar y hundirnos. No hay nada que pueda obligarme a ver el sentido de mi padecimiento, ya que como igualmente dirá Viktor Frankl, el sentido o la ausencia del mismo, no es algo que se pueda constatar ni demostrar. Cuento con la posibilidad de dar paso al endurecimiento y al rechazo, de llevar a límites insospechados la capacidad casi infinita del ser humano de destruirse, de aniquilarse, de anularse. Pero dejarse vencer significa que el sufrimiento se convertirá en el centro de nuestra vida. Se hará algo permanentemente sin sentido, arrastrando incluso a quienes están con nosotros. En esos momentos hay una alternativa, ya que es posible, *puedo transmutar este mal, no sólo en un bien, sino en un principio susceptible de irradiar amor, esperanza y caridad* (DH, 142).

Al dar este paso, se opta por actuar de forma libre y voluntaria, la elección es la de abrirse a los demás y se cortan por ello las raíces de la angustia y de la asfixia. Es al propio sujeto y sólo a él a quien le corresponde dar con un sentido a su sufrimiento.

Vemos, pues, cómo aquí adquiere sentido el significado de prueba. Aunque es posible negarse, se puede ver qué es lo que permite crear en esa situación, como por ejemplo cuando en una situación en la que no tiene sentido mantener la esperanza, quien se encuentra inmerso en un acontecimiento tal, mantiene viva esa llama contra todo pronóstico. Es posible que el enfermo y más en concreto el incurable, se entregue y confíe de lleno en el médico y hasta en algún momento determinado viva la enfermedad como camino y no como obstáculo. Esa capacidad está siempre presente, y no sólo se da en situaciones extremas. Por ello, no hemos de esperar a llegar a una situación de sufrimiento para crear, sino que lo hemos de hacer diariamente, como si tuviéramos ante nosotros no la amenaza de la muerte, sino la ventaja de la eternidad por delante

3.5.2.- *Amor y muerte*

El signo de la muerte bajo el cual consideraba que se había desarrollado su vida, fue el motivo del enfrentamiento entre Gabriel Marcel y Léon Brunschvicg en el Congreso de Descartes de 1937, cuando reprochó duramente a Marcel que se preocupaba egoístamente por su propia muerte más que por la de cualquier otra persona. Marcel respondió sin vacilar lo más mínimo que lo que importaba en realidad no era su propia muerte ni la de quien le estaba hablando en ese momento, sino la de aquellos a quienes amamos. Los lazos de ternura y amor, de comprensión y compasión que nos unen en muchas ocasiones a los que nos rodean, hace que su desaparición sea percibida como una lesión personal. Ante el abismo que aparece cuando un ser querido muere, se siente una conmoción diferente a la que me produce mi propio *deber morir*.

Sin embargo, si miramos a nuestro alrededor parece que la muerte es sólo la que aparece en la esquela del periódico que anuncia que un individuo ha fallecido. Es ese “alguien” que entra a partir de ese momento en la lista de las personas a las que, desde entonces ya no podré dirigirme para preguntar algo. Es

obvio que la muerte es el fin, el cese definitivo de las constantes biológicas, de la actividad cerebral, la desaparición irreversible de nuestro cuerpo. La muerte se reduce al fenómeno que se puede describir desde el punto de vista de la ciencia, de modo que parece que sólo es posible nacer, y transcurrido un período más o menos largo, morir.

Nos recuerda esto la visión del cuerpo como cuerpo-objeto que hemos abordado líneas más arriba. Si recordamos, Marcel diferenciaba entre tener o ser un cuerpo. Si tengo un cuerpo estoy inevitablemente ligado a un objeto que cumple unas funciones, y por lo tanto la muerte es el fin de las mismas, por lo que no debería sentir temor ni angustia. Estamos entonces muy cerca de caer en el peligro de que las técnicas intervengan y hagan de la muerte un simple trance que queda bajo su control. Este es uno de los males que amenazan a nuestra sociedad en nuestros días: no saber encarar la muerte día a día, y cuanto menos en los hospitales. Cuando las técnicas no logran vencer ese horror llamado muerte, cuando el personal sanitario se niega a aceptar que la muerte está próxima, es cuando verdaderamente se produce el fracaso que es que lleva a morir en la más absoluta y sobrecogedora soledad.

Julián Marías, uno de los filósofos españoles a quien Marcel conocía (OS-I, 83), planteó de una manera clara y directa la situación en que cada vez se encuentran más personas que afirman sin lugar a dudas que con la muerte termina todo y que la vida se reduce a lo físico. Su asombro hace acto de presencia en sus reflexiones cuando ve la normalidad con que grandes masas de hombres asumen sin la menor molestia ni inquietud que somos mortales. Se asume que la muerte es la aniquilación total del cuerpo, el fin definitivo de todo proyecto o acontecimiento. A juicio de Marías es justamente esa seguridad de que no hay vuelta atrás lo que hace que el ser humano se instale en una actitud que le resulta muy cómoda. Se cierra toda vía que admita la idea de inmortalidad. La mejor manera de atajar cualquier indicio de angustia o inquietud ante la muerte es

asfixiándola, porque a estos seres *la posibilidad o la esperanza de la inmortalidad les estorba, les perturba como una enojosa amenaza a su seguridad.*³⁴

En todos estos casos lo que sucede es que se ha perdido definitivamente el sentido de lo sagrado. Como muy acertadamente señala Marcel, parece que la humanidad ha conseguido lo que ansiaba: liberarse del yugo de creer en Dios así como de la posibilidad de superar el abismo de la muerte con la esperanza de un reencuentro con quienes partieron antes. Pero el resultado no es nada positivo. Podemos ver a nuestro alrededor que no han desaparecido las crisis, ni las visitas a los terapeutas, etc...

Aunque en otras ocasiones sí coincidieron, la perspectiva sobre la muerte no era la misma para Martin Heidegger que para Gabriel Marcel. A su juicio, fenomenólogos como el propio Heidegger, Sartre o en el caso de un poeta como Rainer Maria Rilke, se preocuparon por poder comprender la relación estrecha que nos liga a nuestra propia muerte, a mi propia muerte. Para ello había partido de un tema de los *Cuadernos de Malte Laurid Brigge* de Rilke. Con esto creyó poder definir sin vuelta atrás la condición del ser humano, finito y temporal, ligado a su propia muerte. La crítica de Marcel hacia Heidegger se encontraba en que definía al ser humano como un *ser-para-la-muerte*. Aunque en la lengua alemana la partícula *zu*, indica para o hacia, en otras lenguas, como la francesa o la española, no posee el mismo significado. La consecuencia es que las palabras del maestro alemán en otra lengua diferente a la original puedan tener un sentido muy diferente. *Hacia* implica movimiento y *para* indica una finalidad. Así, parece que el ser humano es un ser cuya única finalidad es la de la muerte.

Marcel no compartía la visión de Heidegger porque con ella desaparece el centro de la cuestión: el ser amado que desaparece. De ser así se destruyen experiencias propias del ser humano como el amor, la creación o la

³⁴ MARÍAS, J., *La felicidad humana*. Alianza Editorial. Madrid, 1987, pág., 320.

contemplación. Pero no podemos dejar de sentir que existimos. Aunque nuestra existencia, como la de cualquier otra persona, se encuentre bajo la amenaza de ser destruida, nuestra existencia no puede estar condicionada por la angustia ante la posibilidad, además real, de que algo o alguien me destruya. Nuestro existir en el mundo nos hace ser algo grande, pero al mismo tiempo frágiles. Cualquiera de nosotros estamos ligados a innumerables peligros, aunque estamos dotados de una capacidad de recuperación casi infinita. Este doble carácter propio del ser humano desde la perspectiva marceliana nos hace inconfundiblemente ser como bocetos. Así es como define también a la humanidad Gabriel Marcel. Un boceto es algo que no está terminado, que contiene las líneas principales pero que todavía puede ser más perfeccionado. Lo que puede ser en un futuro está contenido ahí. Como proyecto, el boceto encierra casi infinitas posibilidades de ser, de desarrollarse, de manifestar aquello que posee en sí mismo.

¿Es posible entonces no vernos como simples seres para la muerte? ¿Podemos de alguna manera lograr una respuesta al dolor y a la angustia ante la muerte? ¿Es posible que la pérdida de aquellos a quienes amamos no sea tal sino que en realidad se pueda trascender los límites de ese trance al que todos hemos de llegar? ¿Queda algo a salvo de la destrucción y la aniquilación que siguen al óbito?

El núcleo de esta cuestión se encontraba en el conflicto entre el amor y la muerte. La certeza inquebrantable para el autor parisino era que un mundo vacío de amor era un mundo condenado a las garras de la muerte, donde todo está perdido de antemano. Pero allí donde persiste el amor, no sólo no es absorbido por la muerte sino que logra triunfar sobre aquello que de otra manera se hubiera degradado. La muerte es entonces vencida por el amor.

La respuesta a todo ello que nos ofrece Gabriel Marcel está en el amor. El amor es lo que hace que se pueda superar el abismo de la muerte, de

manera que la persona no queda reducida a una imagen o prisionera de los recuerdos que de ella poseemos, sino que logramos que alcance la inmortalidad por el amor. Esta es otra forma de fidelidad creadora. No se puede decir que se ha perdido al ser querido, porque lo que se pierden son los objetos, y al decir esto, se reduce a la persona a un objeto, se le despoja de todo lo que la hace un ser humano.

Ese amor del que nos habla Marcel no hace referencia al término que desgraciadamente ha sido tan mal empleado que ha acabado perdiendo su significado más profundo. Siguiendo a un psiquiatra ginebrino, el Dr. Stocker, Marcel habla por una parte de amor oblativo-amor heterocéntrico y por otra de amor posesivo (HV, 308). De ahí que afirme que lo que realmente nos importa, aunque parezca lo contrario, es la muerte del ser amado. No es que rechace el sobrecogimiento que nos puede invadir al pensar en la propia. Es obvio que si reflexiono sobre mi propia muerte me angustio, me sobrecoge y me sobrepasa. En este caso puedo negarme frente a ella. Es posible para nuestro autor alcanzar la capacidad de “anestesiarnos” frente al dolor que puede provocarnos ser conscientes de nuestra propia muerte. Pero en el caso del ser amado nos resulta imposible decir que no nos impacta su muerte. El dolor por la muerte del ser amado está siempre presente, y aunque el duelo permite en cierto modo aliviar ese dolor, la pena no desaparece por completo. De ahí que Marcel proponga que el dolor por la muerte del ser amado viene por ese amor que se le ha profesado, por ese amor oblativo y no posesivo.

El propio autor recurre a sus obras de teatro para diferenciarlos. En *La capilla ardiente*, el amor posesivo de una madre hace que considere que la que debía haber sido la esposa de su hijo ahora fallecido no puede volver a rehacer su vida sentimental por respeto a la memoria del difunto. A su juicio, erróneamente diríamos, lo considera una falta de respeto a la memoria del desaparecido, cuando en realidad lo que sucede es que el amor que siente por su hijo es posesivo y

arrastra a los demás a que paguen sus consecuencias. No acontece lo mismo en el caso de *El dardo* y *El signo de la cruz*, donde los protagonistas se convierten respectivamente en ejemplos de amor oblativo. Este amor además logra evitar que la persona pase de un *tú* a un *él*. El amor posesivo convierte a la persona amada en un objeto, y el control que se ejerce sobre ella hace que la relación se convierta en algo superfluo. En cambio, el amor oblativo hace que se produzca el encuentro entre dos seres que entienden y sienten que se elevan por encima de esa posesión y el otro sigue siendo un *tú*, incluso si ha traspasado el abismo de la muerte.

Aparece aquí otro de los conceptos de los que hemos dicho que hablaríamos más adelante: la presencia. Alguien o algo que está presente no sólo lo está de forma física, no es una presencia únicamente tangible, no es presencia entendida como lo que es palpable. Puedo estar con una persona a una distancia próxima y sentir al mismo tiempo que alguien que está miles de kilómetros está mucho más cerca. Esta persona junto a la que estoy no tiene problemas para entenderme, pero siento que cuando le hablo sólo hay transmisión de palabras y no comunión. Por el contrario se hace reveladora la presencia de quien acoge mis palabras, quien me hace no sentirme extranjero para conmigo mismo sino que hace que me sienta pleno gracias a que está ahí. Por ello, la persona que ha fallecido puede de alguna manera seguir estando presente, es posible que esa presencia sea real. De este modo, Marcel nos habla de otra forma de presencia, una manera a la que no estamos acostumbrados. Esto sucede gracias al amor oblativo, heterocéntrico, no egoísta ni posesivo, es un amor que se extiende más allá de lo que habitualmente designa la palabra amor para aplicarla también a la amistad, a la *philia*, a la reciprocidad, de modo que cada uno se convierte en un centro para el otro y no en un simple elemento aislado que hay junto a mí sin más. Esa presencia no es subjetiva sino más bien intersubjetiva. Aquí define Marcel *intersubjetividad* como apertura, como el hecho de estar unido, de formar parte de la luz. De esta manera se supera el riesgo de acabar reduciendo a la persona a una simple imagen. En palabras del autor parisino:

“Cuando se dice *depende de nosotros que nuestros muertos vivan en nosotros* se alude una vez más a la idea como reducción o como imagen. Se admite que el objeto ha desaparecido, pero que subsiste en él un simulacro que está en nuestro poder conservar, en el sentido más familiar del término, igual que una asistenta conserva limpio un apartamento o un mobiliario. Está muy claro que este cuidado no presenta ningún valor ontológico” (OS-I, 82).

Por ello tampoco la persona que ha fallecido es algo que se queda en el pasado, sino que ha sido alguien que un principio tenía un futuro en potencia, alguien que despertaba algo en los que lo rodeaban. Late en el fondo la cuestión clave de la respuesta a la pregunta que durante generaciones el ser humano se ha planteado sin que hasta ahora haya obtenido ninguna respuesta determinante. Marcel se interroga directamente por la relación entre los vivos y los muertos, pero no es una pregunta sin más, no es la cuestión tanta veces planteada, sino cuál es la relación estable y verdadera que podemos entablar, con independencia de cómo se concibe dado el caso, *eso que llamamos confusa y vagamente la supervivencia* (OS-II, 159):

“El término *sobrevivir* no toma un sentido más real que allí donde se trata de mis prójimos o de aquellos que mantienen conmigo una relación como aquella, por ejemplo, que me une a mis maestros, mis alumnos, o aquellos que participan en un mismo esfuerzo creador en un dominio determinado” (HV, 303).

Es en definitiva ese amor el que hace que aunque la persona no esté físicamente junto a nosotros, nos *sobreviva*. ¿Cómo es posible que si ya ha fallecido, no seamos nosotros quienes le sobrevivamos? Por lo general entendemos que somos los que estamos vivos los que sobrevivimos a los que han muerto, pero para Marcel es al revés. Un ejemplo que nos ofrece el autor es el de las figuras tan importantes para la humanidad como son por ejemplo Vivaldi o Mozart. Es evidente que hace un tiempo, siglos podemos decir, que murieron y que de sus cuerpos no queda prácticamente más que los huesos, y en concreto en el caso de Mozart no sabemos con exactitud dónde yacen sus restos. Pero las preciosas composiciones que nos han legado hacen que nos *sobrevivan*. Ellos, que ya han muerto y nosotros, que también hemos de morir, también *sobreviviremos* a

quienes sigan vivos entonces. De esta manera nos aclara un poco más esta cuestión:

“(…) ¿cómo puede establecerse una relación estable y verdadera entre los muertos y los vivos? Me explico: cualquiera que sea la opinión que pudiéramos tener sobre eso que llamamos confusa y vagamente la supervivencia, lo cierto es que el muerto que hemos conocido y amado sigue siendo para nosotros un ser; él no se reduce en nosotros a una simple “idea”, sino que permanece unido a nuestra realidad personal; como mínimo, continúa viviendo en nosotros, a pesar de que nos resulte imposible, en el rudimentario estado de nuestra psicología y nuestra metafísica, definir claramente qué significa esta simbiosis” (OS-II, 159).

La persona que hemos conocido y que ha fallecido no se encuentra físicamente entre nosotros. Pero si hemos estado ligados de alguna manera, fraternal o emotiva a ella, sigue junto a nosotros. No se concibe reducirla a una simple imagen, sigue junto a nosotros. Aunque no seamos capaces ni podamos determinar de qué manera es posible que sigamos ligados al ser querido que ha muerto.

Marcel señala el peligro de encasillar a la persona fallecida en recuerdos o en la imagen capturada por una cámara de fotografía o la que yo puedo guardar en mi mente. El ser amado para Marcel no se puede reducir a una imagen porque acaba siendo una cosa. Lo que en verdad hace que esa imagen siga viva y no quede reducida a simple materia, a simple conjunto de partículas que forman juntas el color y el papel en que se revela esa imagen es el amor. Así pues, la persona puede haber fallecido, pero el amor que le profesó, el amor que nos ha unido en vida, supera los límites de la muerte. La muerte puede destruir el cuerpo físico pero no lo que he vivido y lo que me ha unido a la persona que no está.

Quizá por ello Marcel tiene como él mismo señala la certeza incoercible, certeza que personalmente comparto, de que se reencontrará con la gente a la que ha amado, a los que he amado y me han amado, a quienes en mi vida por mucho o poco tiempo han sido compañeros de camino. Espero pues

reencontrarme con los seres queridos que partan antes que yo, a los que ya han iniciado el viaje de vuelta como dice la psiquiatra suiza Elisabeth Kübler-Ross. Es cierto que el dolor por la muerte de aquellos a los que amamos es indescriptible. Quien más y quien menos ha sufrido alguna vez el asalto repentino de la nostalgia, a veces teñida de dolor, por quien ya ha fallecido. Echamos de menos a aquellos que muchas veces han sido un regalo en nuestras vidas. Pero si son ciertas las palabras de Marcel, no está todo perdido, ya que:

“tengo la certeza incoercible - algunos la llamarían mística- de que si debo encontrarme más allá del abismo de la muerte con los seres a los que realmente he amado, es decir, aquellos que han estado unidos de la manera intersubjetiva más íntima que existe a lo que yo soy, los reconoceré instantáneamente, como bajo la luz de un relámpago, y será como si no hubiera habido separación.” (OS-I, 171).

3.5.3.- *La vida humana es más que el tiempo vivido*

Ante la pregunta de quién soy yo, no puedo responder objetivamente ni tampoco puedo esperar a que nadie desde fuera proporcione una respuesta válida a esta cuestión porque mi vida, como la de cualquier otra persona es inaprehensible. Puedo ofrecer pinceladas de mi biografía, recomponer los momentos más brillantes así como los más oscuros, pero, ninguna vida, ni la propia ni de la de ningún otro ser humano es narrable. Así es como comienza *En chemin, vers quel évéil?*, advirtiéndome Marcel que lo que sigue a continuación no es su vida. Lo que sorprende es que precisamente esta es una obra con carácter autobiográfico.

Igualmente, dos de sus discípulos, Pierre Boutang y Paul Ricoeur entrevistaron a quien una vez fue su maestro. A través del intercambio de preguntas y respuestas, Marcel fue desgranando aspectos de su propia vida, ligados a su labor filosófica y de dramaturgo. Cuando tiempo atrás se le propuso redactar su autobiografía para otra obra, reconoció que ya en ese momento hubo de enfrentarse a un gran esfuerzo porque le daba la sensación de que aquello que se ofrecía al lector era un repertorio cronológico de su vida. Sentía que se le

escapaba poder incluir un elemento determinado, que era el de lo poético. A su juicio, donde realmente se hallaban este elemento era en sus obras de teatro, entre otras razones porque en ellas se ven reflejados muchos rasgos de su propia vida.

¿Realmente la vida no es narrable? Si es así, ¿qué contienen los libros que recogen su biografía? Marcel no niega que podamos hablar de nuestra vida.

Al inicio de *En chemin, vers quel éveil?*³⁵, una reflexión profunda y clara que invita al lector a sentir del mismo modo a como lo hace el autor cuando dice que, puedo tratar *mi vida* como una serie de acontecimientos que se dan en un intervalo de tiempo determinado, que va desde mi nacimiento hasta el momento de mi muerte. Es decir, hay un sentido en el que se puede decir que toda vida se puede contar, pero si profundizamos un poco más, sucede todo lo contrario. ¿Cómo superar esta contradicción? La respuesta radica en que la palabra “vida” es ambigua. Por un lado puede referirse simplemente a una serie de acontecimientos que han tenido lugar a lo largo de un período determinado de tiempo. Puedo empezar por el día en que nací, en qué lugar, señalar quienes son mis padres, en qué colegio estudié, en que universidad cursé mi carrera, etc. Pero estos son datos que se dan por ejemplo a una persona que está haciendo una encuesta, datos que plasmamos en una instancia para una institución o para un curriculum. Los datos recogidos en una anamnesis médica hablan de la edad, peso y estatura del paciente, de los síntomas o de la evolución de una enfermedad, de las fechas en que se llevaron a cabo las intervenciones, las evoluciones favorables o no del postoperatorio. Hablar de este modo es hablar de una persona cualquiera, como de una persona entre otras, o puede que no, porque si esa es nuestra historia médica, no nos podemos ver limitados a unas cuantas hojas archivadas en las estanterías de una clínica.

³⁵ MARCEL, G., *En chemin, vers quel éveil?* Gallimard. París, 1971, pág., 15.

Desgraciadamente esto es hoy en día lo más habitual. Lo que acabará por imponerse es que seremos vistos como el contenido de una hoja con una serie de datos. Sin embargo si nos fijamos un poco en esto, parece que es fácil no claudicar ante esta perspectiva. Es cierto que todos podemos hablar de unos datos concretos de nuestra vida, pero es obvio que no queremos ser reducidos a ellos. Este es el motivo por el que dice que la vida no se puede contar sin más. Vamos a ver con un poco más de profundidad esta cuestión. Al reflexionar sobre ella, mi vida parece algo que se puede narrar. Pero ese contar implica necesariamente desarrollar. No obstante, es imposible desarrollar día a día toda una vida o incluso parte de ella. De ahí que narrar no puede ser otra cosa que resumir, pero resumir es al contrario que narrar, es esquematizar, simplificar. Es cierto que mi vida ha acontecido hasta ahora sin ninguna ruptura, pero si quiero abordarla, evidentemente ante lo que me encuentro es ante retazos importantes y destacados, aquello que en un momento me impresionó más, lo que mejor recuerdo o lo que está más presente. Para poder comprender mejor esto, Marcel recurrió a varios ejemplos. El primero es el del viaje. Mientras se está en marcha, no es posible hacer una narración completa porque no hemos vuelto al punto de partida, el viaje no está concluido. Con nuestro retorno sí podremos entonces relatar el periplo. Para ello acudiremos a las primeras experiencias vividas en ese período. Éstas son las que influirán en el resto de la vivencia sobre la que se habla. No podemos narrar el viaje hasta el final.

Otro ejemplo del que nos habla aquí Marcel es que es posible llevar un diario en el que se anote concienzudamente todo lo que acontece a nuestro alrededor. Si queremos saber qué pasó un día, sólo tenemos que releer lo que escribimos entonces. Pero realmente el conjunto de mi vida no está ahí, ese diario no deja de ser un objeto. Las palabras contenidas en el mismo no pueden recoger la diversidad de matices presentes en el día a día. El último ejemplo no es respecto a la vida en primera persona sino sobre la de terceros. Es la experiencia de una visita a una pinacoteca. Vemos una serie de lienzos de un autor, pero esto es una

parte de su vida, no podemos decir que en ellas está literalmente contenida la vida del artista.

Esto nos lleva a que aquello de lo que hablo es de mi pasado, de algo que queda atrás en el tiempo. Lo que sucede entonces es que lo que he vivido ya no me pertenece. Es obvio que puedo hacer un recuento de mis días y de mis noches, pero de nuevo nos encontramos con que es una visión limitada y reducida de mi vida. Por ello, nos dice Marcel, hemos de abandonar sin dudar ni un segundo la visión de que el ser humano es como un depósito que acumula lo que ha vivido, porque:

“precisamente en la misteriosa esencia de la vida hay algo que en ningún caso y de ninguna forma puede compararse a un archivo, y los momentos fulgurantes en que nuestro pasado revive en parcelas irradiadas son justamente aquellos en los que algo nos libra bruscamente de esas imágenes para bibliotecario” (OS-I, 152).

De nuevo insiste Marcel cuando nos dice que la vida humana no se puede reducir a las imágenes que percibimos, porque la realidad que nos rodea es inconmensurable. Si veo la catedral de Chartres, puedo observar detalles, paredes, etc., pero no puedo tener una visión de conjunto y completa al mismo tiempo (PI, 46). Es cierto que cuando estamos cansados, las vemos pasar ante nosotros como si estuviéramos en la orilla de un río viendo cómo fluye el agua. Pero como ya se ha dicho, la vida no se reduce a ese montón de imágenes sino que posee algo que la hace mucho más rica. Esto es, nuestras experiencias, nuestras vivencias internas, lo que vivimos cada uno desde nuestra propia perspectiva supera cualquier tipo de limitación como puedan ser las de la psicología o las de las ciencias positivas, ya que como señala este autor, las vivencias internas no pueden ser filmadas ni medidas ni pesadas ni catalogadas en función de ningún parámetro. La vida no es narrable porque no sólo es el intervalo de tiempo que se extiende desde la fecha de nacimiento hasta la del fallecimiento. La vida es algo que no se deja reducir, que no se puede aprehender. Tampoco podemos narrarla por mucho que la conozcamos. Y a pesar de ello es algo grande, es manifiesto el

asombro que sentimos ante ella. Ese asombro, esa sensación de que es algo inmenso y que nos sobrepasa, estando al mismo tiempo en nosotros, es, una vez más, un claro ejemplo de que es misterio.

Para Gabriel Marcel la vida también puede ser algo más. Cuando somos conscientes de este maravilloso don, surge un sentimiento de consagración entendida como creatividad, que a su vez deriva en la sensación inigualable de plenitud. En nuestras manos está hacer de nuestra vida un sacrificio en el sentido literal de la palabra: una obra sagrada. Esta consagración es aquí sinónimo de sacrificio pero no en el sentido de sufrimiento tal y como se entiende hoy. Estamos invitados a hacer algo sagrado, sin perder de vista que esa obra que voy a llevar a cabo no será con vistas a ser ensalzada y alabada por los demás. Se podría decir que esto es totalmente subjetivo, que no hay nada que nos diga qué hemos de hacer y que además lo que hagamos sirve para poco porque desaparecerá con nuestra muerte. Este es el punto más importante de esta cuestión que aquí abordamos. Si consideramos la muerte como un absoluto, entonces es evidente que estamos limitados a los años que vivamos. Pero si entendemos que la vida y aquello que hacemos a cada momento, que es algo que está más allá de lo meramente tangible, entonces podemos entender que somos de alguna manera inmortales, porque aunque físicamente desaparecemos, lo que verdaderamente somos no lo puede destruir la muerte. Aunque una parte de nosotros que se encuentre siempre bajo la amenaza de la desaparición y de la destrucción, hay otra realidad que perdura, que ni tan siquiera la muerte puede destruir.

3.5.4.- El sentido de la vida como proyecto abierto

Además de que la vida humana no es narrable y que es posible superar el límite de nuestras vidas finitas al hacer de ellas un sacrificio entendido como algo sagrado, la vida posee otro rasgo. En un mundo en el que las técnicas van ganando terreno y las únicas posibles respuestas parecen ser las de las ciencias,

sin embargo la humanidad se encuentra en no pocas ocasiones con que no es capaz de dar una respuesta a la interrogación del sentido de la vida. El sentido de la existencia de cada ser humano fue otra de las cuestiones que Marcel abordó en sus obras. Vamos a ver entonces cómo lo planteó.

En ocasiones podemos ver nuestra vida desde una perspectiva tal que nos parezca ajena, extraña, como si fuera la de otro. Igualmente podemos sentir tristeza al hacer el recuento de los hechos más importantes y ver que son escasos, que son como islotes separados en el tiempo. Por esto hay quienes no celebran la vida, sino que cada día que pasa sienten que lo que les queda por vivir es poco importante. De ahí que la vida se vaya atrofiando, *cadaverizándose* (PI, 36). Cuando no hay cuidado ni interés por la vida, ésta se reduce a la acumulación de una serie de tareas cumplidas o bien a una simple novela. La sensación que se instala en estos casos es la de inutilidad, de que la existencia es absurda y está vacía. Cabe esperar poco si valoramos nuestra vida como un río que fluye y que desemboca en un final irreversible.

Líneas más arriba habíamos dicho que Marcel conocía la obra de Julián Marías. En *El misterio del ser*, su autor recoge una reflexión de Marías sobre la cuestión de la vida y del sentido de la misma (OS-I, 83). Señala el filósofo parisino que para el pensador español, el verbo vivir es diferente cuando se habla de un animal a cuando se hace sobre una persona. En el primer caso posee un sentido definido. No puede dar lugar a dudas, ya que al emplear la palabra vivir se hace referencia al uso de un órgano o a las funciones que cumple en su entorno. Pero en el caso del ser humano no sucede lo mismo, ya que a su juicio, aunque biológicamente también estamos sujetos a unas funciones, no podemos vernos reducidos a las mismas. En el caso de una persona que se encuentra encerrada, aunque reciba alimentos, respire, beba, duerma..., no se puede decir que su existencia sea una vida.

La vida puede ser vista desde el prisma de las ciencias, de la biología o de la psicología e incluso la sociología. Es la advertencia que tanto Marcel como Viktor Frankl plantean en sus obras. El primero de ellos advierte de la funcionalización del ser humano y el segundo reflexiona sobre la visión reduccionista del psicologismo, el biologicismo y el sociologismo. Esto hace que el ser humano se encuentre en muchas ocasiones ante una situación en la que siente que su vida no tiene sentido. Más allá del intenso régimen de competición en el que se encuentran sumidos muchos seres humanos, no hay nada que haga que la vida sea algo que merezca la pena. Marcel se refirió a esto como el *taedium vitae*, el aburrimiento y la falta de ganas de vivir. Es la ruptura de la unión del ser humano con el ser en su plenitud. Por ello, en muchas ocasiones nos encontremos sumidos en un estado constante de competitividad, donde lo importante es acumular éxitos, títulos académicos, cargos, posesiones y fortuna en el menor tiempo posible. Lo que ahí no se ve pero no por ello deja de acontecer es que la persona se aleja, se separa del elemento sagrado de la vida, de manera que los seres están sin más, unos junto a los otros.

Para Marcel, nuestras vidas no están aisladas sino que necesitamos de los otros y los demás también necesitan de nosotros. Nuestros méritos no son exclusivamente nuestros ni hemos de llevar a cabo nuestras tareas solos. No todo está definitivamente perdido, y mi vida, la vida de cualquier persona adquiere sentido, alcanza la plenitud cuando asumo y soy consciente de que hay algo más allá de las tareas a cumplir. Hay aquí otro elemento importante: la *intersubjetividad* (OS-I, 165). Gracias a ella no somos simples pasajeros en un vagón de metro, usuarios anónimos de una línea de ferrocarril, o, añadimos nosotros, consumidores que hacen cola en una cadena de alimentación, o pacientes que ocupan una cama. Más en concreto, hay una partícula clave que aclara esto: *con*. Cualquiera de las situaciones que acabamos de ver experimenta un giro gracias a esa partícula. De esta manera es como:

“puede crearse entre ellos un compañerismo verdaderamente real, como lo hay por ejemplo entre los combatientes de un ejército, y quizá mayor aún en los campos de prisioneros y deportados, situaciones en que la desgracia viene a ser la base gracias a la cual se crean tales relaciones” (OS-I, 166).

La vida humana posee algo que la diferencia, ya que toda vida apunta a lo más alto, pudiendo esto ser un ser amado, una ocupación como la caza o el juego o también una búsqueda o una creación. Cuando nos preguntamos tal y como lo hace uno de los personajes en una de sus obras: *¿de qué vivo yo?*, la respuesta no se puede limitar a la finalidad que domina cualquier existencia, sino que ha de ser el impulso que haga que la vida no se detenga, *porque de sobra sabemos que hay seres desesperados que sucumben y se consumen como lámparas de aceite.* (OS-I, 84).

Con esto vemos otra de las varias maneras con que Marcel hablaba del concepto de intersubjetividad. Acabamos de ver también cuestiones más generales relacionadas con la visión sobre la existencia humana, como son el sufrimiento y la enfermedad, que la vida es más que el tiempo vivido o el sentido de la vida como proyecto abierto. A continuación conoceremos otros elementos que forman parte también de nuestras vidas según Marcel. En este caso serán factores que no siempre tenemos en cuenta, pero que gracias a la peculiar visión de nuestro autor, nuestras vidas adquieren un matiz diferente.

3.5.5.- *Fidelidad creadora*

Las primeras indagaciones de Marcel sobre la fidelidad se encuentran en la segunda parte de su *Diario Metafísico* publicado bajo el título de *Ser y Tener*. Esta reflexión viene dada por el planteamiento que había ejercido de hilo conductor en la primera parte del *Diario*. Al igual que sucedía con la encarnación, la fidelidad tampoco era considerada por Marcel desde un punto de vista religioso, ya que más bien está ligada a un *tú*, al compromiso. En *Posición y aproximaciones concretas al misterio ontológico*, la define como lo contrario a un

conformismo inerte y al mismo tiempo como una presencia. Es una lucha inagotable contra aquellas fuerzas que hacen que nuestro interior se disperse y acabemos cayendo en la *escleroris de la rutina* (PMO, 65) Más concretamente nos dice Marcel que:

“Por otra parte, cuando asumo un compromiso, planteo en principio que este compromiso no será cuestionado; está claro que esta voluntad activa de no cuestionamiento interviene como factor esencial en la determinación de lo que será. Aquí aparece en su forma elemental lo que yo llamo fidelidad creadora” (OS-II, 172).

Esto se logra cuando somos conscientes de que todos y cada uno de nosotros no somos los dueños sino los depositarios de unos dones. ¿Qué hacemos con ellos? En nuestras manos está el emplearlos o no. Si hacemos uso de ellos, le damos sentido a la palabra que acompaña a la fidelidad: creación. El término “creador” *apunta a la colaboración activa que se le ha dado a cada ser libre para aportar algo a la obra universal que se lleva a cabo en nuestro mundo y sin duda infinitamente más allá*” (HV, 100).

Quizá el rasgo más destacado es que es una lucha activa y no un mantenerse fiel a un principio, una ideología o una doctrina del tipo que sea porque todo esto no son sino distintas formas de idolatría. Si además me mantengo fiel a algo o alguien en quien no creo, incurro en una traición a mí mismo. Por ello la fidelidad implica esa lucha que no puede parar. No podemos olvidar que siempre nos encontramos ante la posibilidad de ceder a la presión de las fuerzas que provocan la dispersión interior. La vía para evitar esta situación y permanecer en el horizonte del misterio del ser y seguir participando del mismo es la fidelidad.

La fidelidad va unida a un tú así como al compromiso. Cuando afirmo de una persona que es un amigo fiel, a juicio de Marcel significa que en primer lugar es alguien que no falla. Puedo decir sin dudarle un momento que resiste las pruebas de las circunstancias, es alguien que no vacila y que sé que siempre está

presente en la adversidad. Respecto al compromiso, un ejemplo muy cercano es de cualquier persona que en un momento dado se compromete a visitar a alguien que está ingresado en un hospital y cuyo pronóstico no es nada favorable. Quizá porque sabe que a esa persona no le queda mucho tiempo de vida le promete a ella y se compromete así mismo a visitarla de nuevo. Sin embargo, llegado el momento no acude tal y como había dicho que lo haría. Por regla general consideramos que está faltando a esa promesa y que su comportamiento es reprochable.

No deja de ser cierto, afirma el autor, que de alguna manera se está faltando a la palabra dada, pero a pesar de ello sigue habiendo algo que queda fuera de esa falta. Como seres humanos, no podemos desligarnos de la posibilidad de equivocarnos, de encontrarnos frente a circunstancias con las que no contábamos cuando hicimos una promesa y que ahora nos impiden cumplir lo pactado. Parece entonces que la fidelidad no puede quedar a salvo porque siempre cabe la posibilidad de la traición ¿Significa esto que no podemos comprometernos con nadie? ¿Es ese compromiso sólo para mí? ¿Qué es lo que hace que a pesar de esa posibilidad de traición la fidelidad no se vea destruida? Marcel anota en la reflexión del 7 de Octubre de 1932 en *Ser y Tener* estas palabras: *Idea de una fidelidad creadora, de una fidelidad que no se salvaguarda sino creando* (ST,89).

A pesar de los obstáculos que pueden aparecer y con los que no contaba en el momento de comprometerme, la fidelidad puede quedar a salvo. El motivo se encuentra en el momento en que adquirimos un compromiso o hacemos una promesa. Hay ahí una fuerza, una disposición, algo como el amor, que es tan grande que me lleva a estar seguro de que no hay obstáculo que me impida llevar a cabo aquello que nos hemos propuesto. Por ello, cuando yo prometo a determinada persona que haré tal o cual cosa o que volveré pronto al hospital para verla, no estoy afirmando que mi estado de ánimo no va a cambiar y que estoy seguro de que las circunstancias más adelante serán igual que las de ahora. Es la

espontaneidad, el motivo que impulsó a acordar algo lo que permanece inmutable. De ahí que lo que me llevó en un momento a comprometerme no desaparece a pesar de los cambios o las fluctuaciones porque es una manera de afirmar la propia identidad, de afirmar el Ser. En realidad lo importante de toda promesa o de todo compromiso es que hay algo que me hace afirmar que actuaré, aunque sé que todo es variable, que no hay nada fijo y que las circunstancias no son inamovibles.

Igualmente, la fidelidad auténtica no obliga ni depende de la voluntad sino que más bien surge de manera espontánea. En una de las conferencias que componen *Homo Viator* y que lleva por título *Obediencia y fidelidad*³⁶ nos dice que mientras la obediencia sí es exigible, no sucede lo mismo con la fidelidad que ha de ser merecida. No puedo imponer a nadie que sea fiel, que responda a mi llamada ni que me preste atención, porque lo más que puedo hacer es pensar que no me ha oído. No obstante hay un entorno en el que no cambia. Ese ámbito es el de Ser. Ahí es posible hablar de una fidelidad incondicional.

La fidelidad no es a una idea o a una moda pasajera y temporal, sino que se es fiel a una persona, incluso si ya ha fallecido. ¿Qué tipo de fidelidad es esta? En este caso es una fidelidad ligada a la muerte. La muerte borra la presencia física de la persona, pero no lo que nos ha unido, lo que hemos vivido, lo que, como dice Viktor Frankl, aquello que hemos vivido, sufrido y amado e incluso perdido. Como ya hemos señalado en otras ocasiones, las experiencias propias de Marcel le llevaron muchas veces a poder construir una filosofía concreta teniendo como punto de partida las vivencias cotidianas. A pesar de las oscuras y difíciles crisis de fe que atravesó, en *De la negación a la invocación* (OS-II, 158), Marcel advirtió que al centrarse en la reflexión sobre la fidelidad,

³⁶ Esta conferencia fue redactada en 1942, pero la censura de Vichy no permitió a su autor publicarla en ese momento. MARCEL, G., "Obediencia y fidelidad" en *Homo viator*. Prolegómenos para una metafísica de la esperanza. Ediciones Sígueme. Salamanca, 2005., pág., 137.

vio con claridad cómo vivía su fe, lo que al mismo tiempo le llevó a ver con precisión que va unida al *tú*. Todo esto se puede apreciar mejor en una de sus conocidas obras de teatro, *Líconoclaste*, que a nuestro juicio, pasó desafortunadamente tan desapercibida que ni tan siquiera llegó a representarse.

En esta obra, Jacques de Lorme y Abel Renaudier son íntimos amigos y aman a la misma mujer, Viviane, a pesar de que es la esposa del primero de ambos y ha fallecido. Abel nunca dijo nada a Jacques sobre sus sentimientos por Viviane, pero cuando el viudo decide rehacer de nuevo su vida, Abel cree que el matrimonio de su amigo había sido una farsa y que al casarse de nuevo iba a cometer una injusticia contra la primera esposa. Por ello urde un plan en el que hace sospechar a su amigo de la fidelidad de Viviane de manera que se sienta culpable por tener una imagen perfecta de una persona que en vida no lo fue. Sin embargo, dará marcha atrás cuando vea que Jacques había decidido volver a contraer matrimonio por petición de la propia fallecida, quien desde la dimensión en que se encuentra, hace llegar sus deseos de felicidad y bienestar tanto para el que fue su esposo como para los dos hijos pequeños que el matrimonio tenía en común. A raíz de esta situación, Abel cae en la cuenta de que ha manipulado a su amigo y ha enturbiado la imagen de Viviane al creer que la idea de fidelidad era la que había concebido desde su propio prisma. Lo que en realidad había sucedido no era una traición por parte de Jacques sino que realmente se mantenía fiel a la madre de sus hijos. Abel es consciente de que no puede interpretar desde su punto de vista qué es fidelidad o qué es traición. Pero Jacques, que confía en las palabras de su amigo, se derrumba y cree que lo que ha sucedido no ha sido una comunicación con su esposa fallecida, sino que se ha dejado llevar por el egoísmo de querer casarse de nuevo. La sensación de culpa invade a Jacques, quien obviamente siente que ha faltado a mantenerse fiel a la memoria de Viviane. Sin embargo, es Abel quien ve claramente que no es así. En vida amó a una persona, que fue su esposa y que ahora está muerta, pero a la que no ha olvidado. Se mantiene fiel porque la recuerda, porque no ha renunciado a los lazos profundos y

sinceros, al afecto que en vida los unió. Por ello Abel intenta por todos los medios que Jacques recupere la confianza en el mensaje recibido por Viviane, y para ello habla de misterio a Jacques (OS-II, 161):

Jacques.- No puede haber descanso para mí si no sé que me escucha.

Abel.- No Jacques, si es verdad, incluso que Viviane te ha hablado, no es de esa angustiosa entrevista ni de ese incierto diálogo de donde sacarás la firmeza que tu corazón necesita.

Jacques.- Ver, oír, tocar.

Abel.- Tentación donde lo más puro de ti no se deja engañar. ¡Anda! No te sentirás satisfecho durante mucho tiempo en un mundo donde el misterio no existe. El hombre está hecho así.

Jacques.- ¿Qué sabes tú del hombre?

Abel.- Créeme, el conocimiento proscribire en el infinito todo lo que cree rodear. Quizá sólo el misterio une. Sin el misterio la vida sería irrespirable...

Citamos este diálogo porque es el ejemplo claro de que el misterio, la fidelidad así como la muerte no son separables. Vemos así una vez más cómo los elementos que componen el enorme lienzo con el que se puede plasmar la obra de Marcel adquiere forma con otra combinación posible. No son elementos aislados sino que unos necesitan de los otros. La muerte no es vista como problema porque se es fiel al ser amado, lo que la convierte en misterio, de modo que podemos superar la barrera del tiempo. La fidelidad entonces hace frente a la ausencia, esa ausencia que en muchas ocasiones denominamos muerte. Para este autor, si hay un tú, puedo evitar el peligro de ver la muerte como un simple final.

3.5.6- Presencia, disponibilidad y encuentro

Como acabamos de ver, la fidelidad logra en cierta manera superar la barrera a la que hemos de enfrentarnos con la muerte de alguien a quien queremos. En muchas ocasiones se nos dice que la persona continúa de alguna manera viva si la recordamos. Para Marcel esto es una forma de reducir al ser

amado a una simple imagen. ¿De qué manera es posible superar esta situación? La respuesta se encuentra una vez más en la fidelidad creadora, pero en este caso unida a otro elemento: la presencia. Nos dice el autor que:

“una presencia es una realidad, un cierto influjo; depende de nosotros permanecer o no permeables a este influjo, pero no, a decir verdad, suscitarlo. La fidelidad creadora consiste en mantenerse activamente en estado de permeabilidad; y aquí vemos operarse una especie de intercambio misterioso entre el acto libre y el don por el cual es correspondida” (PMO, 68).

El influjo del que nos habla aquí no es a nivel físico, tangible o palpable, ya que habla desde el ámbito del misterio, de lo que es meta-problemático. Por ello el ser y la presencia son lo mismo. Un ser me es dado como presente, lo que significa que hay entre ambos algo que nos une, que hace que esté en mí y al mismo tiempo ante mí, al mismo tiempo que no puedo verlo como un objeto. De este modo los seres con los que estoy, cualquier ser con el que me cruzo o encuentro no es nunca un problema ni un objeto. *Esse es coesse*. Cualquiera está siempre *con-migo*, aunque esté lejos o a pesar de que no lo pueda tocar, ver u oír. Por esta razón y gracias a la fidelidad que ahora es absoluta, puedo afirmar, repetimos, que ese ser está conmigo.

No obstante, no podemos decir de todos los seres con los que estamos que siempre nos sean presentes. En situaciones como pueden ser la enfermedad o el sufrimiento, algunos de ellos desaparecen, guardan silencio o se mantienen al margen. Por el contrario, otros se revelan como verdaderamente presentes, es decir, disponibles. Así es como aparece definida la presencia en *Homo viator*:

“Presencia significa algo más y algo diferente al simple hecho de estar ahí; en rigor, no se puede decir de un objeto que está presente. Digamos que la presencia se insinúa siempre por una experiencia, a la vez irreductible y confusa, que es el sentimiento mismo de existir, de estar en el mundo” (HV, 27).

Hasta la enfermedad puede ser presencia. ¿De qué manera es esto posible? Nos recuerda que cuando hablaba del cuerpo había dos posibilidades. Una era la del cuerpo-objeto y otra la del cuerpo-sujeto. En el caso del cuerpo-

objeto, ligado al tener, la enfermedad es un fallo técnico. Para la persona es también una forma de estar en el mundo. Ya no es un hecho objetivo, que puede componerse siguiendo las indicaciones de los libros de medicina, sino que es una manera de hacer visible nuestra capacidad de creación y encuentro. Ante la enfermedad puedo llamar a otra persona para que acuda, me auxilie o me ayude. Ahí es donde se hace también presencia. Aunque el resultado no sea siempre una victoria, puedo transformar cómo voy a llegar a ese desenlace. Vista así, la enfermedad no es sólo un hecho objetivo, sino que nos vuelve a recordar que es también misterio.

Siguiendo esta línea, en el transcurso de una enfermedad podemos estar ante otra persona que nos escucha y acompaña en un momento en el que el sufrimiento se hace patente en nuestras vidas. Cuando sabemos que podemos pedir auxilio o simplemente ser escuchados, nos encontramos ante alguien que está presente. Nuestro autor define esa presencia como *algo que se revela inmediata e irrecusablemente en una mirada, en una sonrisa, en un acento, en un apretón de manos* (PMO, 72); es igualmente lo que aparece expresado en una nota a pie de página: *aquello que se patentiza de manera luminosa en el ser disponible* (Íbid.). La persona está presente y disponible al mismo tiempo. Presencia y disponibilidad van unidas, de manera que, en lugar de ser visto como un simple objeto, soy un sujeto atendido por otro sujeto. Cuando la persona no está disponible, yo no soy una presencia sino más bien un objeto. Esto lleva a la desesperación, a la angustia, a la traición. No espero que los demás resuelvan mis problemas ni se hagan cargo de mí y yo olvide asumir mis responsabilidades. Se trata más bien de sentir que alguien está conmigo o que hago sentir a otro que nos encontramos recorriendo el mismo camino y no somos extraños.

La indisponibilidad, el estar prisionero de uno mismo como lo define Marcel es la raíz del pesimismo. Por el contrario, la persona disponible es la que más interiormente está dedicada y orientada a lo sagrado. Quienes se encuentran

en este estado están protegidos *contra la desesperación y contra el suicidio* (PMO, 77). ¿De qué manera es esto posible? Falta otro elemento con el que se aclara esta cuestión: el encuentro. El recogimiento supone superar los límites que nos impone muchas veces lo que nos rodea y ver que por encima de todo podemos alcanzar la plenitud en nuestras vidas. Si no se da el recogimiento no hay posibilidad de ser conscientes del peso ontológico, de la grandeza de la vida. Marcel reconoce que siempre se da la posibilidad de que se niegue esa exigencia ontológica, por lo que el ser y la vida no coinciden, de manera que se pierde ese horizonte de plenitud. Aparece entonces la desesperación con todas las consecuencias que de ella se derivan. Cuando hemos superado esas barreras, estamos capacitados para ver que junto a nosotros, hay otros seres a los que tampoco se les puede reducir a la condición simple de “otros”.

Desde esta última perspectiva, todos somos iguales, cumplimos las mismas funciones y estamos destinados al mismo final. La vida vista así queda limitada a esas descripciones que se pueden hacer de cualquier ser humano. Es posible superar estas restricciones porque el ser es mucho más. Aparece pues la posibilidad de intervenir, de crear, de manifestar esa transformación que suponía el recogimiento. Mi vida, como la de cualquier otro ser, es una vocación, una llamada, y sólo de cada uno de nosotros depende si hay respuesta y cómo será. Pero para poder responder, para poder crear, necesitamos de los demás, porque las aportaciones no son exclusivamente propias. Nos movemos en un terreno en el que dejamos atrás lo objetivo. No me cruzo con otros individuos sino que lo que se produce a partir de ese momento es un *encuentro*.

Gracias a esos encuentros, una vez más se supera el nivel de los objetos. Pasamos de ser simples cuerpos ocupando un espacio, a ser personas capaces de abrirnos a los demás y de asumir nuestra capacidad creativa. ¿Qué posibilidades nos ofrece esto? Ir más allá del objeto, reparar en nuestra propia presencia y en la del otro, ya que además tanto una como la otra son inseparables.

Porque la presencia es otra forma de plenitud, de ser conscientes una vez más de lo que es el misterio. Gracias a la presencia, el otro deja de ser objeto. Esto último es lo que puedo mover, desplazar, tomar o dejar donde está. Pero la presencia es algo mucho más grande.

Marcel vuelve a hablar aquí de la hospitalidad. En este caso va unida a la presencia que también posee el carácter de misterio, como sucede con la presencia de un niño que duerme junto a un adulto. En esta situación el pequeño es lo más frágil y desarmado que está ante la otra persona. Pero por la misma razón que es tan vulnerable y aparece tan indefenso, es al mismo tiempo “sagrado”, “invulnerable”. No reconocer esto es la manifestación más irrefutable de cualquier forma de barbarie. Por ello, cuando se es capaz de reconocer esa fragilidad, se asientan las raíces de una *metafísica de la hospitalidad*. (OS-I, 194).

“El huésped, en todas las civilizaciones de un tipo determinado, y no necesariamente cristiano, siempre se ha considerado tanto más sagrado cuanto más débil y desprotegido. Me he referido a determinadas civilizaciones: aquellas que no están bajo el dominio de las ideas de eficacia y rendimiento. (...) En la medida en que las ideas de eficacia y rendimiento se tornan primordiales, se hace incomprensible e incluso parece absurda la actitud reverencial hacia el huésped, el herido, el enfermo; y sabemos perfectamente cómo toma forma actualmente en la práctica esa sensación de absurdo” (Íbid.).

Contrariamente a la hospitalidad, la indisponibilidad supone no ser capaz de responder a las llamadas de la vida y de los demás. Cuando se está ante un ser indisponible la sensación que aparece es la de no existir, la de ser rechazado. Por el contrario, la disponibilidad no significa en absoluto resolver los problemas de los más necesitados ni cargar con las situaciones difíciles de los otros. Tampoco posee para Marcel el mismo significado que se le da cuando hablamos de un local que está disponible, ya que dicha disponibilidad es más bien una actitud y una aptitud. Si la persona está atenta, será capaz de responder a la llamada que le lance la vida, y si responde, entonces está disponible. Es el único ser capaz de posicionarse frente a su vida y a la vida misma, de modo que no es sin más un ser vivo, sino que hace que se pueda afirmar sin lugar a dudas que la

persona es vocación. Así, el ser disponible es aquel que es capaz de estar plenamente, con todos los sentidos, sin ninguna condición, junto a mí en los momentos en que lo necesito. Y también al contrario, soy una persona disponible cuando asumo que quien está junto a mí necesita en ese momento de mi ayuda, de mi colaboración o de que le transmita la seguridad de que estaré ahí, de que seré una presencia y no un objeto como acontece en el caso de la indisponibilidad.

3.6.- El lugar de la esperanza en la era de la técnica

3.6.1.- El giro antropológico en la filosofía de Gabriel Marcel

Entre lo muchos sucesos que marcaron la primera mitad del siglo XX, de entre ellos hubo una serie de hechos que décadas más tarde, al ser conocidos por la opinión pública, dieron pie a la urgente necesidad de sentar las bases de la disciplina que conocemos como Bioética. Nos referimos a prácticas como los atroces experimentos que se llevaron a cabo entre las décadas de 1930 a 1970, como fueron el caso de Tuskegee, del *Jewish Hospital* o el de la Escuela Estatal de Willowbrook, a lo que cabe añadir las crueles e inhumanas pruebas que se produjeron en los campos de concentración nazi.

Al inicio de la II Guerra Mundial Gabriel Marcel tenía cincuenta años. El tiempo que había vivido hasta entonces era la suma de sus propias experiencias en un mundo que, a una velocidad en ocasiones abrumadora, cree superar aspectos del pasado que le hacen ser en no pocas ocasiones soberbio. ¿Qué vivencias marcaron la biografía de este autor en esos años? ¿A qué dificultades hubo de enfrentarse? ¿Qué le hizo sentir que la esperanza y el sentido seguían presentes en su vida? ¿De qué manera se reflejó todo esto en sus obras?

En estos años la pérdida de quienes más importancia tenían siguió marcando su existencia. Al inicio de esta segunda contienda falleció Tía Marguerite, lo que supuso enfrentarse de nuevo al dolor por la muerte de alguien que había jugado tan destacado papel en su vida. Marcel reflexionó sobre los últimos años de la persona que había sido su guía y que había adoptado fielmente el papel de madre aunque en ocasiones sofocara al pequeño Marcel. Él mismo reflexionará sobre el dolor que hubiese sufrido su tía si hubiera vivido para ser testigo de la ocupación de su amada Francia y los riesgos que habrían estado presentes como mujer judía.

A la muerte de su tía, Gabriel Marcel y su esposa se encontraron con una gran biblioteca y un destacado mobiliario, por lo que se plantearon adquirir una casa en París. Sin embargo, las circunstancias los llevarían a comprar un castillo en Le Peuch. Pero la mudanza no pudo llevarse a cabo porque las tropas de Hitler invadirían en pocos días París. Por ello huyeron enfrentándose a una angustiada carrera contra el tiempo. Podemos imaginar la inquietud en esos momentos al tener que recorrer en 6 horas treinta kilómetros para lograr llegar a un destino algo más seguro.

Durante dos meses estuvieron en el castillo y aunque contaban con dinero, las provisiones se agotaron en poco tiempo. A pesar de ello, el matrimonio Marcel-Boegner, que ya antes de la guerra acogía en su casa a refugiados, continuó ayudando. Y de nuevo hicieron frente a otra dificultad no exenta de dolor. Habiendo comprado una casa nueva en julio de 1941, la posible felicidad de este acontecimiento se vio empañada por la confirmación de Jacqueline a su esposo de que había de someterse a una intervención quirúrgica. Eran los primeros síntomas de una enfermedad que, a pesar de remitir durante un tiempo, provocaría seis años más tarde el fallecimiento de Jacqueline. No obstante, en ese período un rayo de luz iluminó sus vidas, y en 1943, su hijo Jean-Marie contraería matrimonio con una sobrina de Jacqueline, Anne Boegner. Así, la felicidad fue

inmensa, pues las raíces del misterio familiar hacían acto de presencia una vez más.

Si recordamos, la experiencia de Marcel en la Cruz Roja francesa en el primer conflicto bélico provocó un importante giro en el pensamiento de este autor, ya que abandonó el idealismo para centrarse en una filosofía concreta. Pero, ¿cómo influyeron en su pensamiento estos nuevos acontecimientos? ¿Se puede detectar alguna ruptura o cambio en sus escritos? ¿Qué motivaciones movieron a Marcel a seguir reflexionando?

Marcel no buscó formar una nueva escuela de filosofía, ni aspiraba a lograr numerosos seguidores ni tampoco a dar respuestas definitivas. Por ello, profundizando en sus obras, en los dramas así como en las numerosas conferencias que impartió en todo el mundo en estos años es más que evidente cómo los acontecimientos se reflejaron en el paso que dio en sus años de madurez. Sin abandonar la línea de pensamiento con la que inició su andadura cuando era prácticamente un joven y casi desconocido filósofo y dramaturgo, preocupado por cuestiones más de corte metafísico, sus pensamientos adquieren en esta etapa un calado más antropológico. De ahí que las vías por las que ahora transita su pensamiento itinerante sean la necesidad urgente de compartir su visión desde *la lucidez alarmada y el repudio de la desesperanza* (HH,11), tal como lo describió Paul Ricoeur en el prefacio que escribió para de una de las obras de su maestro (Íbid.)

En lo que respecta a sus obras, las inquietudes que habían asaltado a un joven Marcel hacía casi treinta años, seguían para él igual de presentes y no descartaba que siguieran afectando a toda la humanidad en el futuro. El ser humano, desde sus orígenes se ha planteado interrogantes ligados a su naturaleza o su destino, aunque siempre ha obtenido respuestas que le han dado la seguridad que buscaba. Pero de un tiempo a esta parte esas inquietudes han ido

desapareciendo, y sólo son unos pocos los que todavía se ven asaltados por la acuciante sed de responder a estas reflexiones. Poco a poco, muchos seres se han ido deslizando por la pendiente cómoda de la alienación, sintiéndose cada vez más extraños consigo mismos y con su propia naturaleza. El ejemplo más claro es el que presentó otro filósofo contemporáneo de Marcel, Hans Zehrer: *el hombre de la barraca* (HO, 19). Para este autor, el hombre al que así describe, no destaca por nada ni se diferencia de otros prácticamente en ningún aspecto. Cuando se pregunta por el sentido de su vida y quién es él mismo, recibe como respuesta un vacío absoluto. Para Marcel este hombre puede ser cualquiera de aquellos que trabajan ocho horas diarias, que regresan a casa a descansar para mañana volver a repetir los mismos pasos y sufrir mecánicamente el tedio dominical. Es un hombre que no puede obtener respuesta alguna a cuestiones sobre el sentido de su vida, de quién es, de qué hace. La rutina ocupa todo su tiempo y no hay nada ni nadie que pueda ofrecer alguna alternativa. Una nube oscura se cierne sobre este ser, que siente como un pesado yugo del que no se puede deshacer la terrible angustia del vacío, consecuencia del nihilismo que lo ha invadido todo. Era como el nihilismo del que también habló Viktor Frankl, aquel que había despojado al ser humano de su dignidad, desterrando cualquier forma de sentido en la vida del ser humano.

Marcel consideró el inicio de esta situación en el período de la Filosofía de las Luces. A su juicio, esta corriente proclamaba tanto el individualismo como la desvinculación de la humanidad del sentimiento de religiosidad. Junto a la Revolución Industrial, el proceso se agudizaría de tal manera que desembocaría tiempo después en una sociedad en la que quienes formaban parte de ella serían individuos aislados, ensimismados y sujetos a su propia capacidad de producción así como a funciones específicas y determinadas, de las que además resultaría casi imposible desligarse.

Pero donde definitivamente se puede ver cómo el ser humano se ha convertido para sí mismo en una pregunta sin respuesta es en la intención que

contenían las palabras de Nietzsche al hablar sobre la llamada *muerte de Dios*. El sentido trágico, el *terror sagrado* al que se refiere Marcel es palpable cuando leemos que ha sido la propia humanidad quien ha cometido dicho asesinato. La advertencia que lanza Nietzsche es que no se pone impedimento alguno al nihilismo si no se hace nada por superar dicha muerte. Sin embargo, a pesar de que la voluntad de poder es la posibilidad de evitar las consecuencias de ese nihilismo, a lo que se le ha dado más importancia ha sido a la citada muerte de Dios. Por ello, el ser humano se ve abocado a una pérdida del sentido.

Ya en el siglo XX, un conflicto sin armas pero no por ello menos peligroso se proyectó como otra forma de terror: la Guerra Fría. Inevitablemente pues, sometido al dominio de la tecnocracia, el ser humano se revela como un esclavo y entiende la muerte no ya como parte del misterio sino como el fatal y trágico desenlace de un simple aparato.

Más concretamente lo que sucede es que se ha dado un paso que nos acerca cada vez más a lo abstracto, a lo que se puede plasmar en una simple ficha y provoca la desaparición de la identidad propia de cualquier individuo. La manifestación más clara de todo esto se encontraba según Marcel en la burocracia, y más en concreto en el uso que de ella se hizo bajo la ocupación alemana. Allí, todo individuo era convertido en una simple ficha *que será recogida por el órgano central y cuyos componentes determinarán la suerte que ulteriormente le será deparada al individuo* (HH,136). Quizá lo más escalofriante es que estas fichas sirvieron para tomar decisiones sobre el destino del sujeto, sin tener en cuenta los lazos y los vínculos familiares. En estas fichas desaparece todo testimonio de la biografía de la persona, sus vivencias, sus experiencias, sus alegrías y expectativas. Aunque aparentemente el sistema burocrático en una sociedad es el reflejo del orden que prevalece en ella, lo que realmente acontece es que todos están atrapados en una red. Así:

“basta con pensar en el número de impresos que cada uno está obligado a cumplimentar para la hacienda pública, los seguros, las ayudas compensatorias, etc., para reconocer que estamos literalmente reclutados como burócratas auxiliares” (ibid.).

A esa pérdida de identidad provocada por la burocratización de las sociedades cabe añadir la condena de los seres humanos a ser vistos bajo una serie de funciones. En este caso, como en el de las técnicas, Marcel no se oponía a las funciones propias de cada uno de nosotros. Está totalmente de acuerdo siempre y cuando haya un elemento esencial: la nobleza del hombre. Es ella la que hace que si hay un esfuerzo por cumplir lo mejor posible con esas funciones se evite ser una simple máquina.

Junto a todo esto veremos que otros de los temas que más le preocuparon fueron la desorbitación de la idea de función, del uso no siempre correcto de las técnicas, de lo que denominó por una parte técnicas de envilecimiento y por otra el espíritu de abstracción así como también el peligro de la pérdida de vocación en la práctica médica que desembocaría en una lamentable deshumanización. También dedicó en este tiempo un esfuerzo para reflexionar sobre el desplazamiento y la decadencia de la sabiduría en la convulsa primera mitad del siglo XX. No obstante, manteniendo su inclinación a no caer en lo catastrófico, brindó la oportunidad de ver una luz en el tiempo abierto de la esperanza. El final de su vida estuvo marcado por uno de los rasgos que más lo caracterizaron: la lucha activa para que la voz del filósofo “iluminara” como un faro a cualquier *homo viator*, a cualquiera de aquellos que recorren este camino que es la vida y que con frecuencia han de hacer frente a la oscuridad.

3.6.2.- *El ser humano como conjunto de funciones*

En las primeras líneas de *Posición y aproximaciones concretas al misterio ontológico*, Gabriel Marcel ya hizo mención sobre la falta de sentido en las vidas de gran parte de la humanidad. Esta conferencia fue preparada y

expuesta en 1932. El autor abordó entre otras cuestiones, la peligrosa situación que supone la pérdida del aspecto sagrado que posee la vida en sí misma. El propio ser humano se desvaloriza, confunde su *ser* con su *tener* y acaba por perder el sentido ontológico, del sentido del ser.

Con la Ilustración, seguida de la llamada Revolución Industrial se abría una nueva etapa que acabaría desembocando en un nuevo siglo en el que desafortunadamente todo se ve reducido a unas categorías que se pueden manipular y controlar, inclusive la muerte, el dolor, el sufrimiento o la enfermedad. Este es un mundo que se fragmenta, un mundo en el que se degrada el concepto de sagrado que envuelve la vida.

¿Cómo se ha llegado a esto? ¿Puede detectarse algún motivo en concreto? ¿Por qué el hombre acalla esa voz? La respuesta a estas cuestiones se encuentra en lo que él mismo denominó *desorbitación de la idea de función* (PMO, 23). Definió esta idea como la perspectiva bajo la cual cualquier individuo se ve condenado a ser un simple conjunto de funciones. Cualquiera de las actividades lleva a cabo el ser humano, como son el sueño, el descanso o la comida, están reguladas y controladas, de manera que se eviten el desorden, el caos, la ruptura... Quizá lo más atroz es que incluso la muerte aparece aquí, desde un punto de vista objetivo y funcional, como la puesta fuera de uso, como lo inutilizable, como el desecho puro (PMO, 26).

No es de extrañar que el individuo sea sometido a revisiones médicas cada cierto período de tiempo, y en el caso de que surja algún fallo, se reparará en la clínica, que será vista como un taller. Este es entonces un mundo funcionalizado, un mundo vacío, donde los individuos se sienten cada vez más alejados los unos de los otros, donde la mayor parte de las veces son considerados como simples especímenes. A esa idea de función Marcel le añade la de rendimiento. El ser humano es visto como un haz de funciones, como una

máquina, de modo que sólo cabe exigirle un rendimiento, perdiendo así cualquier atisbo de dignidad.

Otra consecuencia es que si toda actividad queda reducida a simple función, entonces se disipa la posibilidad de que sea una actividad creadora. Cumplir una labor puede poseer un sentido positivo si se lleva a cabo desde la perspectiva de la creación. Pero, ¿hemos de colaborar con obras destacadas, importantes y que hagan que nuestro nombre pase a la posteridad? Obviamente no. Crear no es hacerlo de cara al exterior ni consiste en producir sin más. Es evidente que cabe la posibilidad de producir sin crear y también al contrario, se puede crear sin que medie producción alguna, es decir, sin que quede al final nada que sirva de testimonio de nuestra creación y/o producción. Por ello es posible ver que quien lleva a cabo una tarea, con independencia de si es simple o compleja, conocida o anónima, siente que no hay nada con lo que se pueda identificar. Podemos poner como ejemplos el cartero que ha echado tantas cartas, el conductor que ha recorrido determinados kilómetros, el profesor que ha impartido las correspondientes horas lectivas o el personal sanitario que acaba su jornada. Todo queda reducido a las obligaciones que se contrajeron con la firma del contrato, del número final de personas atendidas o de tareas finalizadas. Marcel habla de un caso concreto:

“citemos, por ejemplo, a la enfermera que trabaja para el Estado, que funciona tantas horas al día, como un ascensor, y que cuando termina su turno no duda en abandonar a su enfermo con el pretexto de que no le debe cinco minutos más al Estado-patrón. Es funcionaria hasta la médula. No ha descubierto que en el hecho de cuidar a un enfermo hay algo que va más allá de toda función definible como tal” (OS-I, 229)

Entendemos por qué en el caso concreto que estamos abordando en estas páginas los profesionales de la práctica sanitaria se sienten apesadumbrados en muchas ocasiones. El rendimiento exigido a través de las funciones hace que sólo se hable de extracciones, goteros, análisis, sedantes, intervenciones, “pacientes terminales”, planillas y guardias agotadoras. Del angustioso “no hay

nada que hacer” en la consulta se pasa a la planta del hospital a la espera de que las funciones biológicas y físicas definitivamente se apaguen. No hay tiempo para atender a las necesidades espirituales o emocionales, porque es algo innecesario y no es nada productivo. Por su parte, el cuidador se ve aislado y desorientado porque cumple mecánicamente las tareas que le corresponden según su papel. Cuando aparece en su interior la necesidad de ver un sentido a todo lo que le sucede, no lo consigue, surge el sentimiento de culpa, debido a que está sujeto al rendimiento que se espera de en estas circunstancias. No hay creatividad, ni lugar para la vocación, porque lo importante es que se pueda hacer inventariable el rendimiento y el producto final obtenido. No se contribuye a aportar algo a la comunidad o a la sociedad, sino que *sólo* tiene cabida la idea de servir para algo.

¿Qué decir del propio paciente? Tal y como advierte el mismo Marcel en su obra *Los hombres contra lo humano*, si cualquier ser humano es visto bajo esa perspectiva, entonces hay que separarlo del resto cuando enferma y está por debajo del nivel de rendimiento. El sufrimiento, el dolor y la muerte son simples errores de funcionamiento de la maquinaria del cuerpo humano. No tiene sentido esperar una posible mejoría porque:

“cae por debajo de los gastos de mantenimiento y cuando ya no “vale” la reparación (es decir, el hospital) porque sería demasiado onerosa para el resultado que cabe esperar, es estrictamente lógico suprimirlo, como se envía a la chatarra un aparato o un automóvil en desuso, dispuestos a recuperar algunos elementos que aún pueden ser utilizados (...)” (HH, 137).

Nos unimos a este autor cuando advierte que existe un gran riesgo en considerar legítima la eutanasia cuando hay una enfermedad incurable. Es una postura cómoda, como una pendiente por la que dejarse caer porque parece que ahorra esfuerzos y sufrimientos innecesarios y más bien proporciona comodidad para todos los implicados. Porque:

“si esa conciencia se debilita, se abre el camino para los más terribles abusos. Así pues, hemos de confesar que estamos en presencia de cierto absoluto que debemos reconocer, por fuerte que sea la tentación de rechazarlo” (OS-I, 327).

Como veremos en páginas más adelante, la Dra. Kübler-Ross advertía que antes de desconectar a un paciente, hay que valorar su dolor físico, ser conscientes de que también hay sufrimiento psicológico y espiritual. Aunque es inevitable que la persona muera, no se le puede dar la espalda ni evitar su mirada. Como ella misma señalaba, hay que aliviar hasta donde sea posible ese dolor y luego abordar las otras necesidades que tiene el paciente como los asuntos pendientes que le quedan por resolver, escuchar y comprender que la mayor parte de las veces, el paciente que pide morir no necesita que se acceda gratuitamente a su petición, sino que más bien se le apoye hasta el último momento, que se le escuche activamente. Como Cicely Saunders también nos hizo saber mediante su intensa práctica, el paciente se abre al sosiego al saber que hay alguien a quien puede confesar sin temor alguno que tiene miedo del dolor o de perder el control. Es transmitirle que es natural que se preocupe porque su muerte está próxima, pero que nadie está esperando a que lo haga para tener una cama libre en el hospital o para que suponga un gasto menos para el conjunto de la sociedad. En nuestras manos está ver más allá del prisma de las funciones y mantener, por el contrario, ese carácter sagrado que es inherente a todo ser humano.

3.6.3.- Técnicas de envilecimiento

Como estamos viendo en esta parte, Marcel reflexionó sobre la situación de una humanidad que olvida con suma facilidad. Si tres cuartos de siglo atrás Nietzsche había anunciado la fatídica *muerte de Dios*, ahora se le puede añadir otra situación no menos temible: *el hombre agoniza* (HH, 27). ¿Qué quiere decir Marcel con esto? Podríamos pensar en los innumerables anuncios de la destrucción del planeta o en la infinitud de veces que se ha anunciado el fin toda la humanidad. Pero en realidad, Gabriel Marcel se refería a que lo trágico es la visión cada vez más degradada de la vida. A su juicio, el ser humano se separa cada vez más de la naturaleza, del entorno en el que se manifiesta la vida en toda su grandeza para intentar manipularla y controlarla. De ahí que se busque con

ahínco predecir fenómenos y someterlos a voluntad. Cuando no se logra, se piensa que la naturaleza responde injustamente con la furia que hemos visto muchas veces en catástrofes en cualquier parte del mundo.

Pero no es sólo con respecto a la naturaleza donde quiere desarrollar su dominio. El ser humano aspira a controlar otros ámbitos con vistas a lograr mejoras, avances y descubrimientos que redunden en un mayor bienestar de la humanidad. Pero, ¿realmente es así? Podemos pensar por un momento en la sociedad en la que vivimos actualmente. Contamos con posibilidades que hace escasos años eran prácticamente utopías. Las comunicaciones han logrado abrir cauces inimaginables. La aplicación de los nuevos descubrimientos en medicina es quizá el más claro ejemplo de los pasos agigantados que se están dando ante nuestros ojos. Las técnicas que para una generación son sorprendentes, para la siguiente quedan casi obsoletas. ¿Qué pensaría Gabriel Marcel de las posibilidades que nos ofrecen hoy en día? ¿Estaría más bien en contra de toda técnica? ¿Desaprobaría sin más los avances y los logros que se han conseguido?

A nuestro juicio, haciendo una rápida recomposición de su personalidad, si pudiera ver todo lo que se ha progresado desde que falleció, admiraría el desarrollo que la humanidad ha logrado. Si su carácter le hizo ser una persona comunicativa, abierta y espontánea, que recibía a quien quisiera acudir a su casa a la calle Vernont, no estaríamos muy equivocados al pensar que las nuevas vías de comunicación serían para él una fuente de nuevas investigaciones e indagaciones, además de inestimables oportunidades para intercambiar impresiones, opiniones y mantener conversaciones fructíferas. Nos encontramos así con el núcleo de la cuestión que estamos abordando. No se opuso nunca al uso de las técnicas. Jamás presentó un discurso catastrofista, frío o de miedo. Tampoco apoyó una vuelta a los años más lejanos de la historia de la humanidad ni pretendió lanzar un discurso sino que más bien es al contrario. En su opinión, la técnica posee por sí misma un aspecto positivo, *es buena, por cuanto introduce un*

principio de inteligibilidad en el desorden aparente de las cosas (HH, 53). Esto es, en principio no debería haber ningún problema, quizá más bien debería ser todo lo contrario. Pero, ¿qué visión tenía sobre las técnicas? ¿Por qué habló de “técnicas de envilecimiento”?

En *Observaciones sobre la irreligión contemporánea*³⁷, conferencia pronunciada en 1930 en la Federación de Asociaciones de Estudiantes Cristianos, Marcel consideraba que cualquier disciplina que buscara el dominio de un objeto, no necesariamente material, como ocurre con la historia o la psicología es una técnica. Las técnicas poseen una vertiente positiva, pero pierden este aspecto cuando son vistas como aquello que definitivamente logrará vencer circunstancias difíciles o que pueden suponer un gran peligro para la humanidad. Los fenómenos de la naturaleza, determinadas enfermedades o la propia muerte son los principales objetivos a superar y derrotar.

Para Marcel la cuestión radica en que a la par que las vidas van adquiriendo más importancia en el día a día, más vacías se van tornando, al mismo tiempo que van adquiriendo la forma peligrosa de la degradación. ¿De qué manera se puede degradar a otros si la técnica contribuye a avanzar, a mejorar, a superar desventajas? Podría decirse que:

“una práctica juzgada monstruosamente inhumana con todo derecho, como la eliminación metódica de los incurables, aparece desde este punto de vista como algo que responde a una lógica no sólo rigurosa sino irrefutable” (HH, 78).

³⁷ MARCEL, G., *Ser y Tener*. Caparrós Editores. Madrid. 2003, pág., 143. (Traducción de Ana M^a. Sánchez).

3.6.4.- *La tragedia de una sabiduría en decadencia*

El 29 de abril de 1964 Gabriel Marcel pronunció una conferencia³⁸ en el Ateneo de Madrid. Más que dirigirse al auditorio, quiso llevar a cabo una meditación acerca de la sabiduría frente a las técnicas. Así, la cuestión con que arrancó era si el sabio sería sustituido por el “experto”. Marcel abordó la cuestión de la desorbitación de la idea de función que lleva a desplazar a un segundo plano a los sabios.

¿Cómo se llega a esto? Los depositarios de los conocimientos tradicionales pasan a ser vistos como algo caduco y fuera de lugar. De ahí que en esta situación él mismo la calificara como *sabiduría trágica* (PST, 15). ¿Por qué trágica? Insiste en denominarla así porque hay una serie de peligros y amenazas constantes sobre esa sabiduría ancestral, esa sabiduría que hasta hace un tiempo no conocía el abuso de la técnica. Ve claramente que no se puede depositar una confianza ciega en las técnicas. El futuro no está asegurado ni libre de peligro alguno si no se tiene claro que ha de haber un límite en la aplicación de las mismas.

Critica al antropocentrismo y plantea la vuelta a una sabiduría ligada a la humildad, que hace frente a la aspiración a un bienestar absoluto. De nuevo podemos recordar aquí la advertencia que hacía Marcel al hablar del peligro del tener frente al ser. Cuando se pierde el sentido del ser, se deja ir la herencia de la humanidad en pos de los logros materiales que se pueden obtener con rapidez. La enfermedad y la muerte han sido vistas por nuestros antepasados como aspectos ligados firmemente a la vida, los ciclos que marcan el ritmo y el tiempo de la humanidad generación tras generación. Pero la civilización industrial que impera de un tiempo a esta parte incurre en la *hybris*, en el orgullo de creer que a partir de

³⁸ MARCEL, G., *La sabiduría en la edad de la técnica*. Editora Nacional. Madrid, 1965. (Traducción de Beatriz Guido).

ahora puede tener todo bajo su control. Es el error de creer que lo que pertenecía al misterio se puede resolver convirtiéndolo en problema. La sabiduría de la que nos habla Marcel es trágica porque asume sin ninguna desesperación que el sufrimiento, el dolor, la enfermedad o la muerte no desaparecerán nunca de las vidas de los hombres, porque sigue siendo necesario acudir a la trascendencia para encontrar el alivio tan necesario en estas ocasiones. De ahí que también aparezca la frustración y la desesperación en que incurren muchos seres humanos cuando la técnica no puede evitar lo que sigue siendo parte del misterio.

3.6.5. Pérdida de vocación y deshumanización de la medicina

La visión que nos ha ofrecido hasta ahora parece la de un mundo condenado al sinsentido y a la ruptura. Ahora, la sabiduría que es transmitida de generación en generación se ve desplazada por el uso de unas técnicas que parecen ser la respuesta definitiva y absoluta al bienestar siempre ansiado, pero que finalmente no llega y desemboca en la desesperación y la indisponibilidad. Parece que la única salida es asumir que vivimos en un mundo roto, en el que se deshacen los lazos familiares y el tejido de las comunidades, en el que la humanidad es capaz de llegar a extremos tan fatídicos en los que se manipula, destruye y humilla a otros congéneres sin ningún remordimiento, en el que lo único que cuenta es lo productivo que un ser humano pueda ser, ligado a determinadas funciones, y que el dolor y el sufrimiento sean vistos como errores de comportamiento que se solucionan con una terapia y donde definitivamente el sentido de la trascendencia o del misterio que nos rodea queda oculto.

Podemos plantearnos entonces de qué manera puede verse afectada la práctica de la medicina y en concreto la asistencia a aquellos pacientes que están próximos a cerrar el último capítulo de sus vidas. ¿Es imprescindible que la técnica esté siempre presente en el ámbito sanitario? ¿Qué se puede hacer cuando el uso de las mismas no consigue los resultados esperados? ¿Realmente está todo

resuelto gracias a ellas o es mejor limitarlas? Vamos a intentar dar respuesta a estas cuestiones en las siguientes líneas.

Karl Jaspers, médico psiquiatra y filósofo, describió claramente en su obra *La práctica médica en la era tecnológica*³⁹ las dificultades a las que podría enfrentarse cualquier médico a lo largo de su vida profesional. Básicamente hacen referencia a la impotencia a la que muchas veces han de hacer frente. Cuando el médico asiste continuamente a enfermos a los que no puede evitar que sufran o que mueran acaba escudándose en la actitud fría y distante de que “no se puede hacer nada más.” La amenaza de la deshumanización planea en el día a día de la consulta y quizá por ello, consciente de que su capacidad ha de hacer frente a determinadas limitaciones, sucumbe a la tentación del escepticismo. Se ve vencido por la carga del sufrimiento que no puede aliviar y se convierte en un escéptico, o en un naturalista donde sólo ve la naturaleza llena de errores incomprensibles o en un incrédulo que sólo presencia situaciones tristes en las que la divinidad parece haberse olvidado de la humanidad.

Los descubrimientos y los avances en diagnósticos y terapias son cada vez más exitosos y gracias a la formación y a su esfuerzo, el médico logra que muchos pacientes sigan viviendo cuando en otro tiempo hubiese sido lo contrario. Pero aun así, otros acaban muriendo. Se puede ayudar a los enfermos mentales pero no es posible eliminar por completo su trastorno. Hay otros motivos que pueden entorpecer la asistencia humanizada en el ámbito clínico, como sucede con los cambios que se han ido produciendo desde que se cuenta con nuevos medios de investigación. Los procedimientos se multiplican, la medicina se fragmenta cada vez con más frecuencia en consultas de especialistas, atiende a través de diversas vías como son la medicina primaria, la familiar, centros de

³⁹ JASPERS, J., *La práctica médica en la era tecnológica*. Gedisa. Barcelona, 2003. (Traducción de María Antonia Gregor).

salud, mutuas, clínicas privadas...,etc, y los médicos acaban convirtiéndose en especialistas, en técnicos.

Sin embargo, no todo es tan trágico, y el propio Jaspers da la respuesta a estas posibilidades que en ocasiones se instalan en la realidad. La forma de superar esto se encuentra, recordemos, en que el propio autor fue médico, en la mirada del médico como ser humano que no deja de ser, *en la energía de su esperanza, su pasión a pesar de todo y de la que se puede decir: que aun junto a la tumba sigue enarbolando la esperanza.*⁴⁰

Continúa en estas líneas destacando las herramientas con que cuenta el facultativo médico para hacer frente al peso de lo que sabe sobre el paciente para evitar sentirse superior frente a la fragilidad de quien le consulta en un momento de sufrimiento. Esa herramienta es ser consciente de su propia caducidad y límites, es desarrollar su labor en el marco de una asistencia a otro ser humano donde *todo acto de amor, la mera bondad tiene un peso insustituible* (Íbid).

En un lúcido artículo que llevaba por título *Remarques sur la dépersonnalisation de la médecine*,⁴¹ Gabriel Marcel hablará de la consecuencia que se deriva cuando dos de los elementos de su pensamiento tales como la cuestión de la funcionarización y la burocratización se dan en la práctica médica. El resultado será lo que él mismo denominó *despersonalización de la actividad médica* (RDM, 24).

Marcel tomó aquí como punto de partida la definición de la práctica médica de otro autor, Jean Rolin, quien la describió como el encuentro de dos hombres libres, bajo el signo de la confianza y la conciencia de que hay uno de

⁴⁰ JASPERS, K., *La práctica médica en la era tecnológica*. Gedisa. Barcelona, 2003, pág., 24. (Traducción de María Antonia Gregor).

⁴¹MARCEL, G., "Remarques sur la dépersonnalisation de la médecine" en *Qu'attendez-vous du médecin ?* Plon. Paris, 1953, págs., 17-28.

ellos que pide ayuda y seguridad en un momento de angustia mientras que el segundo debe responder siempre desde la simpatía y su propio corazón. Pero, como señala Marcel, en realidad la asistencia sanitaria no es así, sino que ha caído en el peligroso principio de regirse por el modelo de Seguridad Social.

Para poder comprender esto, Marcel pone como ejemplo la situación en la que nos encontramos cuando un técnico viene cada cierto período de tiempo para revisar la instalación eléctrica de la casa. Si es necesario, el empleado dará las indicaciones necesarias sobre las mejoras que se precisen. Aquí, de lo que se trata es de revisar un aparato para que cumpla las funciones para las que ha sido creado: satisfacer mis necesidades o facilitarme determinadas tareas, como por ejemplo poder cocinar, ducharme o comunicarme por teléfono. Pero el problema radica en que se ha trasladado esta visión al cuerpo humano, que es visto como una máquina que también ha de cumplir unas funciones. Cuando se estropea por ejemplo el teléfono o no tenemos luz, llamamos a un técnico, pedimos que venga alguien, una persona a la que posiblemente no conozcamos y no volvamos a ver. De este modo, si se acepta que no hay diferencia entre un aparato y un cuerpo, es inevitable que se acabe dando una despersonalización entre quien *verifica* y quien es *verificado*.

Esto último también está vinculado a otra cuestión que, si recordamos, se dio al comienzo de sus investigaciones. Gabriel Marcel dedicó un tiempo a reflexionar sobre la cuestión del cuerpo. Si “tengo” un cuerpo puedo ser visto como algo simplemente material o como un aparato. Pero si “mi cuerpo” es un aparato, acaba produciéndose un regreso al infinito, ya que en tanto que aparato, mi cuerpo es un instrumento que a su vez necesita de otro y así sucesivamente. Más en concreto, Marcel se aparta de esta concepción del cuerpo como máquina porque desde esta perspectiva se rompe con la unidad que es cualquier ser humano. Cualquiera de nosotros seguimos siendo nosotros con independencia de si una parte deja de funcionar o hay que extirpar otra. Vuelve así a aparecer de

nuevo la idea de que no tengo una finalidad biológica o psicológica o vital, no estamos sujetos a determinadas funciones. Para Marcel *mi cuerpo no se puede separar de ninguna manera de mi vida, y realmente ¿qué puede haber más misterioso que mi vida?* (RDM, 21). Hay un caso que puede ser considerado como la excepción y es el coma. En esta situación sí se puede hacer esa reducción porque en realidad no es ya *mi vida*, sino más bien casi *mi muerte*.

Para Marcel la medicina a la que está haciendo mención no puede olvidar en ningún momento que de lo que se trata es de *mi vida*. Porque lo que acaba sucediendo es que el paciente se encuentra yendo de un lado a otro o se ve sometido a una prueba seguida de otra, pero no puede confiar-se a quien lo está atendiendo, no puede haber una relación interpersonal. La enfermedad es una posibilidad más del ser humano de experimentar la vida, no un fallo en el funcionamiento de la maquinaria del cuerpo. Actuar de este modo conduce a una práctica médica despersonalizada, donde no hay responsabilidad alguna a asumir, porque la responsabilidad corresponde a las personas, no a los autómatas. ¿En qué consiste esa responsabilidad? ¿En exigir precisión y perfección al médico? ¿Que no cometa nunca ningún fallo? Nada de esto se encuentra en este artículo. La respuesta es un llamamiento urgente para recuperar un elemento clave:

“hemos de recordar siempre que el modo en que tratamos a los seres contribuye sin lugar a dudas a transformarlos, es decir, a elevarlos o bien a degradarlos. Pero justamente es el enfermo un ser, y sin duda también la enfermedad es en sí misma una forma de ser; no parece en modo alguno que sea reducible a un mal funcionamiento. Y lo que es del todo innegable es que en cualquier momento el enfermo puede tomar posición con respecto a su enfermedad” (RDM, 24).

No sirve de nada ser alarmista y estar constantemente bajo el signo del miedo, pero sí se puede reconocer la importancia de otro aspecto que se suma a lo que estamos viendo. No es sólo la burocratización, que puede resultar cómoda en muchas ocasiones, la funcionarización de la práctica médica o la despersonalización que se deriva de la falta de encuentro entre el personal sanitario y el paciente. Ese aspecto que aparece ahora es la vocación. Cuando el

personal sanitario es, parte de un engranaje mayor que no cuenta con algún tipo de vocación, se denominan a los pacientes por el número de habitación o por la dolencia que padecen. Son vistos como seres que entran y salen sin más de las consultas, de las sesiones de quimioterapia o que se agolpan en una sala de espera. No tiene sentido alguno demandar de los profesionales en este caso, por ejemplo, que muestren una amabilidad y un afecto forzados, no pueden estar sujetos a ningún protocolo que les obligue a mostrar siempre una sonrisa. Lo que queremos plantear es, como señala nuestro autor, que la vocación ha de estar siempre presente, que en muchas ocasiones no es posible curar, pero sí aliviar el sufrimiento con una mirada o un gesto amable.

Pero una vocación conlleva siempre riesgos que son inevitables y que no se pueden hacer desaparecer por el simple hecho de convertir la asistencia sanitaria en un rígido programa en el que todo esté calculado y medido con tiempo de antelación. Una medicina que se mueva en un entorno cuadrículado corta de raíz lo máspreciado que la caracteriza y que es el don de sí. Si esta capacidad se relega al ámbito de lo funcionalizable, entonces acabará irremediabilmente esclerotizada y lo que es más, como señala Marcel en las últimas líneas con que cierra esta colaboración, puede ser un proceso lejano, pero no por ello desaparecerá la amenaza de que se manifieste bajo la forma de un *proceso general de secularización o de desacralización del pensamiento humano*. (RDM, 28).

3.6.6.- *La esperanza es el tejido del que está hecha el alma*

Frente a estas y otras situaciones tan trágicas, como denomina el propio Marcel a la visión que tenía de la humanidad en el tiempo que vivió, queda una posibilidad, como sucedió según el mito cuando Pandora incumplió el mandato de no abrir la caja que contenía todos los males bajo la pena de condenar a toda la humanidad a sufrirlos. A pesar de ello, quedó en el fondo una forma de salvación: la esperanza.

Pero, ¿realmente podemos decir que siempre hay razones para esperar? ¿Tiene sentido mantener viva la esperanza cuando parece que no hay salida alguna? Es más, ante la angustia o cuando parece todo perdido, ¿tiene cabida la esperanza?, si es así, ¿qué papel puede desempeñar? Para responder a estas y otras cuestiones que irán surgiendo en esta parte nos acercaremos a la posición no sólo de Gabriel Marcel sino también a la de la Laín Entralgo. Si pudieran estar presentes ambos y nosotros ser espectadores silenciosos, ¿qué hubiéramos podido saber sobre la visión de la esperanza y la desesperación que sostenían cada uno de ellos? Sin lugar a dudas, la profundidad del pensamiento de Laín y la singular propuesta de Marcel suponen dos planteamientos que enriquecen enormemente este panorama.

Sabemos gracias a una de sus obras, *La espera y la esperanza. Historia y teoría del esperar humano*⁴² que para Laín la espera es el elemento fundamental y esencial de la existencia humana. Es tanto una disposición como una actividad primaria del ser humano. Incluso biológicamente somos seres que “esperamos”. Por ello, *en cuanto hábito biológico de nuestra existencia, la espera es el apetito de seguir viviendo humanamente.*⁴³ La espera vital es el deseo de seguir viviendo.

A su vez, la forma primaria de la espera humana es el proyecto, que implica en su caso la pregunta y la “fianza” desde el punto de vista metafísico. Esa “fianza” es definida por este autor como la *seguridad insegura de seguir siendo que corresponde a un ente cuyo ser es creado y contingente, inteligente y falible.*⁴⁴ El modo de la espera para hacerse concreta es el acto de aguardar. Además, se puede esperar de diversas maneras, dependiendo de la entrega del

⁴² LAÍN ENTRALGO, P., *La espera y la esperanza. Historia y teoría del esperar humano*. Revista de Occidente. Madrid, 1962.

⁴³ Op. Cit., pág., 570.

⁴⁴ Op. Cit., pág., 571.

esperante o del logro psicológico que pueda alcanzar la fianza en la que se basa la esperanza.

Laín Entralgo señala que en el primero de ambos casos, que corresponde al nivel de entrega del *esperante*, encontramos el modo de espera *inane, circunspectivo* o *auténtico o real*. El *inane* se presenta bajo el aspecto de la forma débil, superficial. En este caso, el individuo deja pasar las oportunidades hasta que le llega el momento de la muerte; en el *circunspectivo* se busca alcanzar un bien o evitar un mal, mientras que en el último de ellos, la espera *auténtica o real*, es la manera más auténtica y profunda, verdadera en todos los sentidos, porque de lo que se trata es de cumplir una “vocación personal”: *es auténtica o radical en este sentido, la espera que cuenta lúcidamente con la posibilidad del fracaso y de la muerte.*⁴⁵

En el segundo caso, que decía el autor dependía del alcance la de fianza en el terreno psicológico, aparece la *espera defiante*, donde lo que más destaca es la inseguridad. En función de la entrega, puede ser *disgusto, desesperación, angustia* y desesperanza. Por el contrario también hay una espera *confiante*, en la que se vive, contrariamente a la anterior, en confianza respecto a aquello que ha de llegar. Esta puede derivar en *esperanza trivializada, confirmativa* o *auténtica o genuina*. Es la última la que posee la capacidad de ser creadora, la que lleva al “ser”, superando incluso el que la obra creada carezca de valor alguno.

Hay, además, otra forma más de espera, que es igualmente auténtica cuando se expresa bajo la forma de la angustia y la desesperanza. Es la que Laín indica que se siente ante la muerte. ¿Qué hace que se sienta esa angustia? En este caso no es algo vago o indefinido, sino más bien al contrario: lo que nos angustia, cuando pensamos en la muerte, nos dice Laín, es no ser nada, es decir, dejar de ser

⁴⁵ Op. Cit., pág., 549.

aquello que somos, que llegue un momento en el que sepamos con absoluta seguridad que no vamos a poder seguir proyectando nada. Y quizá no sólo sea la idea innegable de que con la muerte definitivamente dejaremos de ser lo que ahora somos, sino que lo incómodo es no saber qué va a ser de nosotros cuando llegue el momento. Nos angustia no saber si vamos o no a seguir siendo. En palabras de Laín:

“Más que la nada, lo que angustia al hombre es no saber sobre su ser futuro. La angustia de la despersonalización y la angustia de la muerte son dos modos de un mismo fenómeno: la radical incertidumbre de la existencia acerca de la continuidad de *su ser*.”⁴⁶

Así pues, ¿qué lugar ocupa entonces aquí la esperanza? ¿Quién es el sujeto que espera? Y ¿qué espera? Una vez más señala el autor que la espera es un hábito constitutivo, en este caso, de la segunda naturaleza del ser humano, que hace que siempre esté presente *la necesidad vital de desear, de proyectar y de conquistar el futuro*.⁴⁷ Para Laín el sujeto que espera *es un ser finito, inteligente, que no se conforma con su propia finitud por lo tanto, “precario.”*⁴⁸ Y aquello que espera puede ser lograr los proyectos de ser a los que da forma gracias a su inteligencia; puede esperar con su cuerpo, es decir, aspirar desde su constitución biológica, a llegar a una inmortalidad segura; espera recuperando mediante su memoria aquello que ya forma parte del pasado para aplicarlo a lo que anhela.

Hemos dicho líneas más arriba que si pudiéramos, seríamos los testigos del intercambio de formas de entender la espera entre Laín Entralgo y Gabriel Marcel. Si para el primero la espera y la esperanza son dos formas propias de la naturaleza humana, y el sujeto que espera es un ente finito que siempre proyecta de cara al futuro, ¿cómo es en Gabriel Marcel? ¿Hay alguna diferencia entre ambos en esta cuestión? ¿En qué medida influyeron sus propias experiencias vitales en su visión sobre la esperanza?

⁴⁶ Op. Cit. pág., 561.

⁴⁷ Op. Cit., pág.,571.

⁴⁸ Op. Cit., pág. 585.

En primer lugar, son necesarias varias aclaraciones sobre la esperanza en Marcel. Una es que pertenece al ámbito del misterio porque si no, como ya sabemos, si se degrada un misterio, acaba por convertirse en un problema. En este caso a lo que lleva es a la desesperación, al reduccionismo y las posturas catastrofistas. La otra es el carácter profético. No anuncia las cosas como serán, sino que afirma que lo que está por llegar es como si lo pudiera ver, diríamos que *saca su autoridad de una visión encubierta y que le es dado considerar sin disfrutar de ella.* (HV, 65). Y sobre todo, y quizá la más importante, es que sea cual sea la situación, puede triunfar, como por ejemplo en el caso de la soledad, cuando está acompañada del amor.

Para evitar confusiones, una vez más, el autor indicó que no hablaba de la esperanza como virtud teologal, sino desde su propia reflexión filosófica concreta. Por ello, la esperanza pertenece al misterio, al mismo tiempo que requiere de un *nosotros*, porque si es algo que anhelo y deseo no se deja lugar para que ella se haga presencia. De ahí una de las frases quizá más preciosas de Marcel: *yo espero en ti para nosotros.*

En dos anotaciones que aparecen plasmadas en *Ser y Tener*, concretamente, en los días 15 y 17 de Marzo de 1931 (ST, 70-71), aborda su reflexión sobre la esperanza. Las pinceladas son rápidas y espontáneas, llegando a ser en algún momento incluso inconexas. En estas anotaciones queda patente la dificultad ante la que se encuentra para definir la esperanza. Para comenzar presenta dos ejemplos. El primero es el de esperar a que recupere la salud o se convierta alguna persona importante en nuestra vida y el segundo la invasión del propio país. Son experiencias que hacen que aparezca la sensación de que todo lo que nos rodea pierde su sentido y que no hay nada a lo que aferrarse, dando paso a la tentación de desesperar.

Pero a pesar de ello, Marcel sostiene que la esperanza va ligada a la salvación. Además, hay también una ligazón entre la esperanza y la afirmación de la eternidad o de algo que se podría considerar dentro del orden de la trascendencia. ¿Qué quiere decir esto último? Como ya sabemos, vivimos en un mundo sometido a las técnicas, al temor y al deseo. Pero la esperanza no es una técnica. ¿Cómo reconocerla entonces, qué es lo que hace que tenga tanta fuerza para poder sobreponerse y superar una situación trágica? Posiblemente esa capacidad radica en que no es una técnica ni un arma, más bien al contrario, *es el arma de los desarmados, o más exactamente, todo lo contrario de un arma, y es ahí donde reside, misteriosamente, su eficacia* (ST, 72).

De ahí que no pueda ser vista como un atajo que se toma cuando el camino está cortado y así logramos llegar a nuestro destino. Las desembocaduras de la esperanza no dan a un universo visible, desborda todo cálculo, no pertenece al ámbito de lo tangible sino más bien al de lo inverificable y al del misterio, al mismo tiempo que su naturaleza se compone del don y del mérito. No podemos dejar de citar una de las más bellas definiciones que ofrece en este fragmento sobre la esperanza: *el alma no existe sino gracias a la esperanza. La esperanza es quizás la materia de que está hecha nuestra alma* (ST, 76).

Será un par de años más tarde, en concreto en *Posición y aproximaciones concretas al misterio ontológico* cuando retomará esta reflexión. El punto que le sirve de encuentro en ambas obras es la cuestión de la desesperación, esto es, la sensación de no poder dar crédito a la realidad, de no poder responder a la situación a la que se ha de hacer frente. Ante ella, se piensa en que acabará ocurriendo lo peor, se acaba cayendo definitivamente en las trampas del derrotismo y el pesimismo.

En cuanto a la esperanza, nos dice aquí que es exactamente lo contrario a todo esto, es ella la que permite dar con ese crédito que se creía

perdido. La esperanza es afirmar con total seguridad que más allá de lo tangible, de lo material, de lo que se puede contar..., es un principio. Igualmente señala que pertenece al orden del misterio en Marcel, que me apoya, que está conmigo en aquello a lo que aspiro a conseguir. Cuando es una verdadera esperanza no dice *deseo*, sino *afirmo*.

El propio autor atravesó en más de una ocasión experiencias que lo llevaron a sentirse muy cerca del abismo de la indisponibilidad o de la negación más rotunda. Pero por cerca que llegara a estar, nunca desesperó. Aunque los momentos que él mismo estaba viviendo no eran precisamente los más sosegados, la presencia de la esperanza brilla sobre todo en una de las obras más conocidas y arriesgadas al mismo tiempo: *Homo viator. Prolegómenos para una metafísica de la esperanza*. La esperanza no aparece pues para dar la solución al problema ante los que nos encontramos, sino que surge en los momentos en los que la alternativa es la desesperación

Puedo esperar, *yo espero*, que una persona acuda a la hora que hemos acordado, lo cual supone encontrarse ante una situación que no tiene mayor importancia. Pero hay otros momentos en los que ese *yo espero* es sinónimo de salvación. ¿De qué quiero ser salvado? De la tiniebla que puede suponer como el propio autor nos dice, la enfermedad, un cautiverio, la separación por un tiempo más o menos prolongado, el exilio, etc. La esperanza, nos dice Marcel, nos enfrenta a lo que está fuera de nosotros, a aquello que no podemos controlar, a situaciones en las que no podemos intervenir. Y sin embargo, la esperanza tiene por sí misma una fuerza inimaginable. Pero, ¿para qué puedo contar con la esperanza?, ¿no resultaría más fácil y sería mejor adoptar una actitud optimista? Marcel no está de acuerdo con esto último. La esperanza no se puede asimilar nunca al optimismo, ya que el optimista piensa que las cosas se arreglarán por sí mismas. El discurso de una persona que opina de esta manera está vacío a juicio de Marcel, y en realidad, tanto el optimista como el pesimista acaban

desarrollando un discurso muy parecido. A esto cabe añadir que hemos de contar con la esperanza como aquello que una vez más nos salvará de la tentación de desesperar.

¿Qué se puede hacer entonces en momentos de angustia y desorientación? ¿Cómo podemos actuar cuando nos encontramos lanzados a la búsqueda de una respuesta que nos ayude a vencer la prueba que nos limita como si estuviéramos presos? Podemos pensar en esos momentos como aquellos que suponen una limitación, como algo que no deja alcanzar el sentido de nuestras vidas, que pone trabas a la sensación de plenitud que es posible percibir en otras circunstancias. Parece que está justificada la opción de desesperar, de la rebelión, de claudicar, de renunciar, de dejarse vencer. Y así es para Marcel. No se puede exigir a nadie a que mantenga la esperanza viva, a que espere sin decaer ni un segundo.

Advierte que la desesperanza es un peligro que puede surgir en cualquier momento. Desesperar es, según este autor, *deshacerse en presencia de...*(SE, 73), y deja los puntos suspensivos porque no logra dar con la palabra que se ajuste a lo que se refiere. Podemos imaginar que en esos puntos suspensivos cabe cualquier momento o situación que nos paraliza, que nos impide reaccionar como si nos encontráramos bajo el peso de una losa. Pero además la desesperanza presenta un peligro sutil y que muchas veces no se advierte porque resulta hipnótico, hechizante y fascinador, como la cabeza de la figura mitológica de Medusa. Marcel la califica de fascinación maléfica, porque nos hace sentirnos como atrapados en un callejón sin salida, porque acaba *congelando la vida del alma* (SE, 73). Esto se ve claramente en el caso de determinados usos de la técnica que acaban desembocando en la desesperanza y también en otros que veremos ahora como el exilio, el cautiverio o la enfermedad. En todos ellos hay algo en común: el temor y el deseo.

Nadie está a salvo de ese abismo. La amenaza de la desesperación y la renuncia a seguir adelante pueden atraparnos cuando menos lo imaginamos. La persona que sucumbe a la desesperación claudica, capitula, cae presa del peligro de renunciar a uno mismo, de abandonarse, de resbalar en el abismo más oscuro al dejarse vencer por la idea del fin. Ante una mala noticia, un cambio inesperado en la vida o un giro incómodo, la primera reacción puede ser la de la rebelión, la de creer que se puede evitar algo desagradable al decir que eso no nos corresponde. En este caso, por el acto de desesperación, niego que haya ninguna posibilidad de seguir adelante. Ni quien está conmigo ni yo poseemos valor alguno. Con la desesperación despojamos de toda dignidad a quienes están con nosotros, y hacemos que la oscuridad se interiorice y nos ciegue, es *como un maleficio, acción maléfica que toca lo que me contentaré con llamar la sustancia misma de mi vida* (HV, 54).

El deseo y el miedo son, a pesar de la aparente diferencia, complementarios a juicio de Marcel, mientras que por su parte, la desesperanza no tiene relación alguna con el miedo. Más bien consiste en quedarse inmovilizado y aceptarlo, experimentar cómo nos disuelve interiormente. De ahí que haya algo que indudablemente diferencie y separe del todo la esperanza y la desesperanza: cómo se vive el tiempo en cada caso. En el caso de la desesperanza es un tiempo cerrado, una eternidad vuelta contra sí misma, es la del infierno. La desesperanza es pues el infierno, y ese infierno es una vez más, la soledad. Aquí no se deja opción a la eternidad. El tiempo vivido en la desesperanza es un tiempo cerrado, donde desaparece toda posibilidad de comunicación, de ser ayudado por los amigos. Se crea un espejismo en el que todas las vivencias son borradas.

Para poder superar esto, Marcel opta por hacer hincapié en el tiempo abierto de la esperanza, en las posibilidades que ofrecen la intersubjetividad y el amor, la presencia del nosotros que da opción a desarrollar redes y lazos fuertes que impiden que nos rindamos. Ese tiempo abierto es el que permite que brote de

nuevo la amistad, hace que *la esperanza se revele como una melodía que suena de fondo en la memoria* (SE, 76).

Hay otro motivo por el que también puede hacer acto de presencia la desesperación: la soledad. Para él, tanto una como otra son idénticas. Cuántas veces una persona se encuentra después de toda una vida junto al ser amado que ha de afrontar su pérdida. Lo mismo sucede en los llamados centros de la tercera edad, en algunas plantas de cualquier hospital, en general en esta sociedad que muchas veces no está unida por la red informática sino que está más bien atrapada en la apariencia de la comunicación rápida pero vacía de contacto visual y de tacto personal.

Sin embargo, contamos con algo que actúa de puente hacia la esperanza y que es la paciencia. No podemos lograr enjar en unos cuantos minutos una mala noticia, una pérdida o un duelo, y lograr que se materialice esa esperanza que en la vida requiere de tiempo. Por duras que puedan parecer determinadas situaciones también pueden ser grandes lecciones porque nos obligan a dedicarnos tiempo y ser pacientes tanto con nosotros mismos como con los que nos rodean. Esa paciencia, tanto con uno mismo como con los demás es una prueba que abre la puerta a la confianza, y ayuda a hacer frente a la desesperación. Sin reclamar ser el centro de atención, necesitamos volvernos hacia nosotros porque eso nos ayuda de forma segura a hacer frente a algo que desconocemos, algo a lo que no estamos acostumbrados y que probablemente pocas veces hemos conocido.

Cuando nos enfrentamos a una prueba difícil, nos hallamos ante una situación externa a nosotros que no podemos controlar y que tampoco sabemos cuánto puede durar. Son los momentos en que hemos de ver cómo lo afrontamos y qué será de nosotros cuando termine esa situación. Por ejemplo, puedo padecer una enfermedad que haga que no pueda moverme, que dependa de otros, que no

pueda hacer mi vida como hasta ahora lo había hecho. Puedo desesperar, pero también puedo hacer frente y dejar que la esperanza esté presente. Esta es la actitud que no se espera del enfermo, del que sufre, del cautivo, del que está en duelo. Como señala Agustín Domingo, *lo importante es la firmeza de la esperanza, no su certeza*.⁴⁹ Y en palabras de Gabriel Marcel:

“La esperanza del enfermo, o del prisionero, o del exiliado, ¿no se reduce a fin de cuentas a una especie de rechazo orgánico a aceptar como definitiva una situación intolerable? Este rechazo mide lo que queda de vitalidad del sujeto, y ¿no se ratifica que si éste ha llegado a un cierto grado de desgaste o agotamiento se vuelve incapaz de mantener durante más tiempo la esperanza que lo sostenía incluso en fases anteriores de su prueba?” (SE, 47-48).

Con este apartado sobre la esperanza en Gabriel Marcel hemos llegado al final de la investigación sobre su pensamiento.

Nunca quiso crear una nueva escuela, ni movimiento o corriente filosófica, pero sí invitó a que aquellos que se identifican con la Filosofía tomaran parte en la tarea, por pequeña que fuera, de reconstruir ese *mundo roto* del que nos hablaba. Por su parte, para facilitar esa tarea, ofreció elementos como pueden ser recuperar el peso ontológico y recordar al mismo tiempo la diferencia entre problema y misterio.

Su reflexión abarcó diferentes perspectivas. Habló de una sociedad, no sólo la de su tiempo sino también de la actual, que se deja llevar por el esplendor de las técnicas y olvida la presencia, la intersubjetividad o la esperanza. Sin querer ser catastrofista, no abandonó su advertencia del peligro del mal uso de las técnicas, que daban lugar a lo que denominó *técnicas de envilecimiento*. Nunca dejó de advertir que la medicina avanzaba hacia una situación de rigidez, de burocratización y de funcionalización. En suma, de despersonalización y de deshumanización provocadas por la pérdida de la vocación.

⁴⁹ DOMINGO, A., “Ética y ancianidad: entre la tutela y el respeto”, en GAFO, J., (ED.), *Ética y ancianidad*. UPCO. Madrid, 1995, pág., 81.

Esto no es definitivo. Sabemos que la fragilidad y la vulnerabilidad siempre estarán presentes, pero que son muchos, muchísimos, los que son filosóficamente (y también a nivel personal, consideramos nosotros), esa llama que enciende a otra llama como Marcel recordaba que Platón decía (FTC, 20).

El siguiente capítulo lo hemos dedicado a una figura que también respondió a la llamada que le lanzaba la vida para que, entre otras tareas, buscara el sentido a pesar del sufrimiento, para que ofreciera un testimonio audaz y con coraje de cómo se puede decir “sí” a la vida siempre. Es la figura del doctor Viktor Frankl.

Capítulo 4

Palabra y sufrimiento en Viktor Emil Frankl

4.1.- Apunte biográfico

El matrimonio formado por Elsa y Gabriel Frankl fueron padres de tres hijos, Viktor, Walter y Stella. Como el propio Frankl recogió en una de sus obras, *Lo que no está escrito en mis libros*⁵⁰, casi nació en el Café Siller en Viena el 26 de Marzo de 1905. De sus progenitores siempre tuvo un emotivo recuerdo, acompañado de un profundo sentimiento de amor hacia ambos. Entre otros aspectos de su infancia, Viktor Frankl guardaba en la memoria que en torno a los tres años anunció decidido que quería ser médico, y que sobre los cuatro que:

“poco antes de dormir, me sobresalté sacudido por el convencimiento de que también yo iba a morir algún día. En ningún momento de mi vida me ha preocupado el temor ante la muerte, sino más bien una sola cosa: el interrogante acerca de si la finitud de la vida no anulaba su sentido.” (LEL, 17).

Halló la solución tiempo después de reflexionar, llegando a la conclusión de que la finitud de la existencia no puede anular el sentido debido a una simple razón. A su juicio, en el pasado no se puede perder nada de forma irre recuperable, sino más bien todo se encuentra preservado y resguardado de la finitud. Aquello que hemos creado y lo que hemos llevado a cabo, lo que hemos vivido, todas nuestras vivencias, quedan salvadas al ser pasado y ya nada ni nadie las puede hacer desaparecer del mundo. Años más tarde se tomaba el café del desayuno en la cama y permanecía un rato acostado pensando en el sentido de la vida, tanto a nivel general como en concreto para él mismo.

⁵⁰ FRANKL, V., *Lo que no está escrito en mis libros. Memorias*. San Pablo, Argentina, 2003. (Traducción de Ingrid Ostrowski).

Otro recuerdo entrañable y especial de su niñez es el de un día soleado de vacaciones en Hainfeld. Tendría unos cinco años y aunque acababa de despertar todavía permanecía con los ojos cerrados. En ese momento sintió un agradable sentimiento de protección, de amparo y felicidad. Al abrir los ojos estaba su padre, inclinado hacia él y sonriendo. La música también ocupó un lugar importante en su vida. Llegó a componer una elegía que fue interpretada por una orquesta en un concierto público y un tango que fue empleado por un programa de televisión. De la I Guerra Mundial recuerda que la difícil situación económica hizo entre otras cosas que en lugar de veranear donde lo habían hecho siempre, fueran al pueblo de su padre, Pohrlitz, donde:

“nosotros, los niños íbamos a las granjas a pedir pan y al campo a robar maíz. En Viena debía hacer cola a las tres de la mañana para conseguir patatas en el mercado hasta que a las siete y media me relevaba mi madre para que yo pudiera ir a la escuela” (LEL, 35-36).

Cuando acabó sus estudios de secundaria, decidió que definitivamente su vocación era la medicina psiquiátrica. Una de las razones era que se consideraba capaz de detectar a primera vista las debilidades de una persona así como las capacidades con las que contaba para superarlas. Poseía la seguridad absoluta de que en toda situación de dificultad se podía rastrear y dar con un sentido incluso a pesar de tratarse de momentos de sufrimiento. Por ello afirmaba que no existía situación alguna que no llevara consigo la posibilidad de lograr dar con un sentido.

En 1929 su pensamiento había tomado más forma y para entonces dio paso a la diferenciación entre los tres grupos de valores, esto es, tres formas de encontrarle un sentido a la vida hasta el último momento. Estas tres posibilidades eran o bien una acción que realizamos, bien una obra que creamos o bien un encuentro así como el amor. Pero:

“aun cuando somos confrontados con un destino imposible de cambiar, (digamos una enfermedad incurable o un carcinoma inoperable), podemos lograr el reconocimiento de un sentido de la vida

dando testimonio de la capacidad más humana posible: la capacidad de transfigurar el sufrimiento en un logro humano” (LEL, 54).

Al concluir sus estudios de medicina en 1930 se ocupó desde ese año hasta 1936 de formarse en la especialidad en psiquiatría y neurología. En 1931 se encontraba junto a un destacado neurólogo, Joseph Gerstmann en el Maria Theresien-Schlössel y luego en 1937 en el hospital psiquiátrico de Steinhof. Allí entró en contacto con pacientes ingresados, en su mayoría mujeres, con altos riesgos de suicidio. Calculó que a razón de dos o tres personas por día, durante cuatro años, atendió en su consulta cerca de 3.000 pacientes.

No obstante, a pesar del gran esfuerzo que le exigía su formación y su labor como médico especialista y su incansable tarea como conferenciante, apareció de nuevo el sentimiento de vacío existencial que lo había atosigado años atrás. Tampoco las circunstancias del momento ayudaban. Comenzó a desligarse del socialismo a partir de 1927, por lo que quedó aislado y desarraigado de lo que le rodeaba.

En Marzo de 1938 Frankl contaba con 33 años de edad y la entrada de los nacionalsocialistas en Austria provocó que se enfrentara a una etapa de dificultades. Alfred Längle, su discípulo y colaborador durante unos años, señala que por su condición de judío se vio desacreditado y limitado por unas autoridades que no prohibieron abiertamente su actividad, pero que poco a poco: *lo sometieron a innumerables humillaciones, degradaciones y suplicios, a la mayor pérdida que puede padecer un ser humano, y le llevaron reiteradas veces hasta los umbrales de una muerte escalofriante.* (VFB, 69).

En este tiempo, consciente de que bajo el nuevo régimen no iba a poder continuar con sus proyectos, se planteó emigrar a Estados Unidos. Pero las circunstancias del momento hicieron que permaneciera en Viena. En 1940 le ofrecieron la dirección del Departamento de Neurología del Hospital judío

Rothschild. Esto supuso tanto sustento económico como la posibilidad de mantener hasta cierto punto alejado el fantasma de la deportación.

Se exigía a sí mismo aquello que siempre reclamaba de los demás. Sería precisamente la etapa de los nacionalsocialistas en Austria cuando la vida de Frankl dio un giro inesperado que lo llevaría a descubrir que contrariamente a lo que le había estado sucediendo hasta entonces, su sufrimiento sí estaba dotado de un “para qué”. En vista de las dificultades del momento, quiso pedir el visado para marchar a EE.UU, pero parecía que una “mano invisible” impidiera que llegaran los papeles porque aunque no lo supiera en ese momento, su destino estaba escrito en la ciudad donde siempre había vivido.

Tener la oportunidad de obtener el visado suponía salvar con toda seguridad su vida. Pero suponía que debía hacerlo solo. Posiblemente el ejemplo más manifiesto de la unión del hijo con sus progenitores fue que Frankl decidió quedarse con ellos durante la época nazi para protegerlos en la medida que le fuera posible. Además había conocido a Tilly Grosser una joven enfermera, 15 años más joven que él, con la que acabaría casándose. Fue el último matrimonio del registro civil judío de Viena. Tras ellos llegó la prohibición de casarse para todas las parejas judías.

La prueba que mejor muestra estos lazos afectivos y la entereza de Frankl fue la que hubo de atravesar ya como prisionero de los campos de concentración. Viktor Frankl contaba con 38 años cuando finalmente fue conducido junto a su esposa, Tilly, su padre y su madre al primero de los cuatro campos en los que estuvo internado.

Tilly y Viktor Frankl lograron estar durante 25 meses juntos en Theresienstadt, debido a que ella tenía un resguardo de deportación gracias a su

trabajo en una fábrica de municiones. Esto le permitió ir con su esposo, sin levantar sospechas, a Auschwitz.

La experiencia de estar internado en estos lugares no mermó la voluntad de sentido de Frankl. Estando en Theresienstadt, aprovechó el tiempo para acudir a la biblioteca que allí había, centrándose sobre todo en autores como santo Tomás de Aquino, san Agustín e Immanuel Kant. En 1944 Viktor Frankl fue trasladado a Auschwitz. A pesar de que él se oponía porque en el primer campo hubiera estado más segura, su esposa logró acompañarlo gracias a un resguardo de deportación que le permitió entrar a trabajar en una fábrica de municiones. En este segundo campo de concentración fueron definitivamente separados. Debido a la política que se seguía, Tilly fue obligada a perder al primer hijo de la pareja.

Viktor Frankl sería trasladado hasta en cuatro ocasiones a distintos campos de concentración. En varias ocasiones estuvo muy próximo a la muerte, como aquella vez en la que Mengele decidía quien iba a las cámaras de gas y quien volvía a los barracones. Observó que enviaba a la cámara de gas a los que estaban más débiles, de modo que Frankl cogió aire como pudo, aparentando un aspecto un poco mejor que otros. Nunca supo seguro si él estaba en el grupo de los que debían ir a las cámaras, pero logró salvar de nuevo la vida.

Tilly no volvería junto a Frankl al hogar que habían empezado a formar. Parece ser que la debilidad causada por el hambre y las penurias hicieron que muriera aplastada por la multitud que se agolpaba a las puertas a la espera de poder poner fin a esa pesadilla.

El 27 de Abril de 1945 las tropas americanas liberaron a los prisioneros del campo de trabajo de Türkheim. Poco después, las mismas tropas lo destinaron como médico de dicho campo. No volvería hasta Agosto de ese mismo

año a Viena. Lo hizo en uno de los primeros camiones todavía ilegales que pasaban por Exelberg y llegaban hasta su ciudad natal.

A pesar de la ansiada liberación, el regreso a casa no fue como lo imaginaba. Allí supo de la muerte de su madre en las cámaras de gas de Auschwitz y de la de su hermano así como la ejecución a guillotina de uno de sus mejores amigos, Humbert Gsur, a quien dedicaría en 1947 el libro *El análisis existencial y los problemas de la época*.

El propio Frankl se vio muy próximo a la tentación de suicidio a pesar de la fortaleza de su carácter. Los amigos más cercanos lo apoyaron, le brindaron consuelo incondicionalmente. El entonces abogado y más tarde vicescanciller de Austria, Bruno Pitterman hizo que firmara un documento en blanco que luego cumplimentó. Era la solicitud del cargo de médico jefe en el departamento neurológico del Hospital Policlínico de Viena. Viktor Frankl ocuparía este cargo durante 25 años.

Cuando habló en una ocasión con su amigo y psiquiatra Paul Polak, expresó entre lágrimas cómo se sentía ante los acontecimientos que acababa de vivir. Consideraba que debía haber alguna razón, algún sentido en lo que había experimentado. Sentía como si se esperara algo más de él, como si el destino lo hubiese elegido para algo. Descubrió entonces que contaba con una herramienta que le podía ayudar a superar el dolor, la depresión y la debilidad. Tenía que escribir y compartir, dar a conocer de qué modo había demostrado su teoría a través de una de las prácticas más aterradoras en ese momento.

Así, en los dos años siguientes dio forma a lo que sería su desarrollo científico definitivo. En nueve días dictó el libro sobre el campo de concentración, que en español fue titulado *El hombre en busca de sentido*. Para poder dictar *Cura de almas médica*, necesitó de tres mecanógrafos que se iban turnando. La primera

vez que redactó este libro lo había hecho como esbozo para plasmar su pensamiento ante la posibilidad de ser deportado. Ahora lo volvía a redactar bajo la presión y el peso del sufrimiento tras haber sido liberado como prisionero de varios campos de concentración.

El 28 de Diciembre de 1946, Frankl pronunció una conferencia en el encuentro franco-austríaco de escuelas superiores en St. Christoph, Alberg. Poco tiempo después se convertiría en el primer austríaco a quien las fuerzas de ocupación permitirían viajar al extranjero para pronunciar una conferencia en el congreso de Zurich. En 1949 obtuvo un segundo doctorado, en este caso en filosofía con especialización en psicología. En su disertación, presentó el libro que lo convertía de nuevo en doctor, *La presencia ignorada de Dios*.

La vida de Viktor Frankl experimentó un giro inesperado pero que suponía una nueva luz en su existencia. Un día de 1946 una joven enfermera había sido enviada a su departamento de neurología del Hospital Policlínico de Viena para recoger una camilla. Al año siguiente, esa misma enfermera, Eleanor Katharina Schwindt se convertiría en su esposa. Un año más tarde la vida sonreía a ambos con el nacimiento de su hija Gabriele Frankl.

La gran labor que este psiquiatra vienés estaba llevando a cabo le permitió visitar a personalidades reconocidas como Heidegger o Jaspers. Aunque reconocía que había leído pero profundizado poco en las obras de estos autores, siempre se sintió orgulloso de que la vida le hubiese brindado esa oportunidad. Aunque en otras ocasiones no los conociera en persona, sí se refería directamente a ellos en determinados momentos. Un ejemplo es que aunque no se sintiera identificado con la corriente filosófica del existencialismo:

“el filósofo existencialista francés que más admiraba Frankl era Gabriel Marcel. Por ello consideraba un reconocimiento extraordinario que Marcel tuviera a bien escribir un prólogo para su libro sobre el campo de concentración” (VFB, 105).

En los años siguientes, Frankl escribió 31 libros y más de 400 artículos. Sus obras han sido traducidas a 24 idiomas. Ya en 1995 habían aparecido 131 libros sobre logoterapia de otros autores, se habían hecho 151 tesis doctorales sobre Frankl y se habían publicado más de 1300 artículos.

Las obras centrales de este autor se desarrollaron concretamente entre 1945 y 1946. A partir de 1970 descendió el número de publicaciones aunque mantuvo el ritmo de las conferencias y ponencias. En esa década recibió el primero de una larga lista de doctorados *honoris causa*. El primero de ellos le fue otorgado el 7 de Enero de 1970 por la facultad de Ciencias Jurídicas de California. En 1980 contaba con tres doctorados *honoris causa*. En los 10 años posteriores recibiría un total de 25 más.

Son casi innumerables las visitas que realizó a otras universidades, las conferencias que dictó y las entrevistas que concedió. Tanto Elly como Viktor Frankl hicieron durante muchos años enormes esfuerzos para plasmar la obra de Frankl. Como él mismo reconocía, hubo de renunciar en numerosas ocasiones a practicar su deporte favorito, el alpinismo, para poder sacar adelante toda la monumental obra que producía año tras año.

Frankl también dedicó tiempo a otras actividades que como mínimo son curiosas, como eran por ejemplo su afición a diseñar monturas de gafas, coleccionar corbatas, el alpinismo y pilotar avionetas.

Al cumplir los 80 años, la salud de Frankl se resintió de forma importante. Cada vez pasaba más tiempo fuera de la ciudad y cerca de la naturaleza, donde se encontraba mucho mejor. Su corazón sufría de arritmias frecuentes, lo que acabó provocándole una generación maculada en la vista. Cerca del final de su vida, su vista sufrió un gran deterioro por lo que ya casi no podía ver ni leer. En el semestre del invierno de 1996-1997 Frankl daba las últimas

clases de su vida en su tierra natal, Viena. Para él fue la última aparición académica. Logró sin embargo una vez más cautivar al público con su oratoria.

En los últimos meses de vida su corazón empeoró tanto que los médicos le dijeron que o bien debía someterse a una arriesgada intervención quirúrgica, que no aseguraba que saliera bien, o podía fallecer en cualquier momento debido a una insuficiencia cardíaca. Frankl optó por lo primero. No volvió a despertar nunca más. El 2 de Septiembre de 1997 fallecía a la edad de 92 años. Fue enterrado según la costumbre judía en las siguientes 24 horas en la tumba del Cementerio Central de Viena junto a su familia. No quiso ser enterrado en la tumba de honor que le correspondía como ilustre ciudadano vienés.

Hoy en día es Elly Frankl quien continúa la labor de seguir manteniendo vivo el legado de su esposo, tarea que también comparten su hija Gabriele, psicóloga, su esposo, el doctor en Física y profesor Franz Vesely, su nieta Katya, y su nieto, Alexander Vesely, director de cine, quien tras dos años de duro esfuerzo ha acercado la figura de su abuelo a través de un emocionante trabajo cinematográfico llamado *Viktor & I*.

Al igual que en el caso de Gabriel Marcel y como veremos más adelante con la Dra. Kübler-Ross, las obras de Viktor Frankl se basaron siempre en sus propias experiencias. Todo lo que pudo aprender y descubrir lo plasmó en sus libros. No buscaba con ello obtener méritos por sus numerosas publicaciones, sino compartir sus conocimientos con quienes quisieran leer sus libros o asistir a las conferencias que impartía. Pasaremos a continuación a conocer algunas de sus aportaciones más importantes.

4.2.- Obras más destacadas

Tras el final de los campos de concentración, Viktor Frankl se encontraba, como los miles de prisioneros liberados, en una difícil situación. Quizá en su caso había algo que lo diferenciaría de muchos. Su dura experiencia no iba a quedar en unos años difíciles sólo para él, sino que sería un aprendizaje que la propia vida le había puesto delante y que atravesó con un sentido para dar a conocer a la humanidad las dos caras de la misma moneda: su propia capacidad para soportar situaciones cercanas a la barbarie pero también mostrar que siguió adelante y arrojó algo de luz en esos momentos de tiniebla.

No sólo habló de logoterapia y análisis existencial. Lo que también le impulsó a escribir era la urgente necesidad de evitar el reduccionismo tanto dentro como fuera de la psicoterapia. Como veremos, para este autor, es un gran peligro considerar al ser humano bajo la perspectiva de la biología, la sociología y la psicología. La figura que concibe es la de la persona con capacidad para lograr hallar un sentido a su vida, para decidir siempre a pesar de las dificultades, para no quedar limitado a un esquema simplista. También queda patente en muchas de sus páginas la importancia de la relación entre el médico y el paciente, de la necesidad de recuperar la vertiente humana en estos encuentros. El médico no sólo ha de curar el cuerpo, sino que también pueden desempeñar una labor *pastoral*, como la de los sacerdotes, pero aplicada a la medicina.

En 1946 aparecieron sus dos primeros libros, *Un psiquiatra en el campo de concentración*, publicado en varios países como *El hombre en busca de sentido*, y *Cura de almas médica*. Recordaba que había escogido el título del segundo porque sabía que resultaba provocativo. En él hablaba sobre el cuidado de las almas por parte de los médicos porque a ellos también les correspondía esta

tarea con independencia de sus creencias religiosas. El libro además le fue reconocido como tesis de habilitación en 1948. Cuando salió a la venta, la primera edición se agotó en tres días y la segunda en tres semanas.

En el caso de *El hombre en busca de sentido*, el libro que posiblemente sea más conocido entre todos los que redactó, y en el que narraba sus experiencias en los campos de concentración, no obtuvo el éxito que esperaba. Frankl quiso publicarlo con pseudónimo, y aunque los amigos le aconsejaron que pusiera su nombre, el libro ya estaba en la imprenta y no había tiempo de correcciones. Esta vez la venta fue lenta. Años más tarde, Gordon Allport, profesor de Psicología en la Universidad de Harvard le pidió permiso para que fuera traducido y publicado en inglés. Así, en 1959 fue publicado por Beacon Press en Boston con el título *From death camp to existentialism*. A partir de aquí se convirtió rápidamente en un gran éxito de ventas. *Logoterapia y análisis existencial* y *El hombre doliente* se han convertido en las principales.

Pero este éxito no le impidió seguir siendo la persona sencilla y sincera que siempre fue. Sus obras recogían sus enseñanzas con un contenido más específicamente académico, como por ejemplo *La psicoterapia en la práctica médica. Una introducción casuística para médicos, Teoría y terapia de las neurosis*, o *La voluntad de sentido*. En otros casos, se dirigía a un público más amplio y facilitaba la lectura de sus propuestas, como sucede por ejemplo con *El hombre en busca de sentido último*, así como *En el principio era el sentido* o *La psicoterapia al alcance de todos*.

No podemos olvidar la que hasta ahora es su única obra de teatro, *Sincronización en Birkenwald*, donde Frankl habla a través de los diálogos que mantienen Sócrates, Spinoza y Kant sobre la cuestión del sentido del sufrimiento a raíz de la muerte de una madre y otros prisioneros en un campo de concentración.

4.3.- Claves de comprensión

4.3.1- El uso curativo de la palabra en la Antigüedad Clásica

Antes de conocer la obra de Viktor Frankl queremos hacer una pequeña aproximación a una de las obras de Laín Entralgo, *La curación por la palabra en la Antigüedad clásica*.⁵¹ Como señaló el autor en estas páginas, el uso de la palabra con fines terapéuticos se da desde hace unos cuantos siglos. Tanto en la *Ilíada* como en la *Odisea* ya aparecen ejemplos de este uso. El recorrido comienza pues, con la época homérica, pasando por los hipocráticos para llegar a Aristóteles, con el que se detiene esta práctica.

Intentar dar una respuesta lógica y coherente al porqué de las enfermedades ha sido una constante en la humanidad. Como señala Laín, para los llamados “pueblos primitivos”, la enfermedad se puede producir por varios motivos, como son que el alma se escape del cuerpo del paciente, porque se introduzca de forma mágica un objeto en el cuerpo de un sujeto o porque un ser humano sea poseído por un espíritu maligno.

Por su parte, la realidad aparecerá para Homero, tal y como indica Laín, como mutable, caduca, regular y divinamente manipulada. Este es el marco en el que comienza a desarrollarse el pensamiento terapéutico del *epos*. ¿Qué significa esto último? El *epos* es definido en esta obra como el empleo de la palabra para curar enfermedades, bien como plegaria, bien como ensalmo mágico o bien como un decir sugestivo o placentero. Aquí, una vez más, la enfermedad aparece como algo cuyo origen es divino, y se puede manifestar de diversas

⁵¹ LAÍN ENTRALGO, P., *La curación por la palabra en la Antigüedad Clásica*. Anthropos. Barcelona, 1987.

maneras: de forma punitiva, traumática, ambiental o demoníaca. El pueblo griego, considera que la enfermedad proviene de la comunidad, y no solo de un individuo, como es el caso de Agamenón, amenazado por Apolo para que fracase su proyecto. El castigo no es sólo para Agamenón, sino que llegará a todo el pueblo. Se tardará todavía un tiempo en separar al individuo de la comunidad a la que pertenece, de modo que se ve claramente la noción de falta por parte de Agamenón que lleva a que todo el pueblo asuma el pecado como propio.

Ante la necesidad de curar, el pueblo griego contó con un arte bien definido: quirúrgico, farmacéutico, medicamentoso y dietético. Pero lo que a Laín Entralgo le interesó fue más bien centrarse en dos prácticas que no son tan conocidas: la catarsis y el ensalmo. La primera de ellas aparece recogida en la *Iliada*, cuando Homero narra cómo los soldados se bañan con vistas a purificarse y no como simple medida higiénica.

Mientras, en la *Odisea* aparecen unos versos donde se muestra el carácter mágico o *epodé*, aunque los ensalmos o conjuros con intención terapéutica que han de ser cantados para conseguir la curación del enfermo provienen posiblemente del paleolítico. Por ello dice Laín Entralgo que partiendo de los remotos orígenes de la cultura griega hasta llegar al período helenístico, la *epodé* mágica mantendrá su vigencia en la medicina popular de la Hélade, estando entre el conjuro y el ensalmo.

Volviendo a las dos obras homéricas, nos dice Laín que profundizando en su lectura, se detectan en sus páginas otros dos modos de emplear la expresión verbal para llegar a alcanzar la curación de alguien enfermo. La vía es la aplicación, el uso de la palabra como la plegaria, uso que se denomina la *impetración* no mágica de la salud y que se dirige a los dioses así como la conversación sugestiva y roborante con el enfermo. En este caso se ve perfectamente cómo la palabra se emplea en el *epos* homérico con tres intenciones

que se pueden determinar claramente: un uso *impetrativo* bajo la forma de la plegaria o *eukhé*, otro mágico, que es el ensalmo o *epodé* y otro psicológico, también “decir placentero” o *terpnos logos*, así como sugestivo, *thelkterios logos*.

El núcleo a tratar aquí es cómo fue variando el uso de la *epodé*. Nos dice Laín que es una fórmula verbal, de carácter mágico, que puede variar para ajustarse al caso de que se trate en cada momento, que se recita o se canta ante el enfermo para lograr su recuperación. Así, *epodé* significa conjuro, ensalmo, encantamiento o hechizo. Es conjuro cuando el rito se hace con una intención de coacción; ensalmo cuando es la intención impetrativa o suplicante. Pero llegará un momento en que se convertirá en razonamiento contra el error. En el *Cármides* de Platón aparece otro cambio destacado: la *epodé* es tanto un discurso hermoso como algo dotado de una capacidad como es la de producir *sophrosyne* o virtud del alma.

Platón se separa pues de los falsos “ensalmadores” o “encantadores”, y logra llevar el discurso más lejos todavía al transformar el discurso del médico en algo bello, en *kalós* esas palabras pronunciadas por quien tiene la capacidad de curar *desde el punto de vista de la acción terapéutica, el logos del médico será kalós cuando su contenido y su forma se hallen rectamente ordenados a la peculiaridad y a la situación del alma del paciente*⁵²

Para Laín hay un vínculo importante entre la *epodé* y la *kátharsis* en Platón, quien consideraba a esta última, al igual que el resto de los griegos, como limpieza, purificación de los objetos sucios. Pero también aparece en algunos escritos como la acción por la que se hacen desaparecer del cuerpo aquellas impurezas que provocan. También se encuentra en su pensamiento la forma de entender la *kátharsis* de forma tradicional, como purificación del alma lograda a

⁵² Op. Cit., pág., 142.

través de la vida teórica así como la posibilidad de aplicarla al terreno médico y psicológico.

Más concretamente, Platón definió la enfermedad como *ametría*, esto es, actuar de forma desordenada contaminando de esta manera algo que por sí mismo es puro: el alma. La *kátharsis tes psykés*, la purificación del alma consistirá en dotar verbalmente de orden a las creencias, los saberes, los sentimientos...,etc. Por lo tanto, en Platón, toda *epodé* es una *kathamós*.

¿De qué modo se consideró la enfermedad y el uso de la palabra con fines terapéuticos los hipocráticos? Con ellos se produce un cambio importante: la enfermedad deja de ser vista como consecuencia de algo desagradable, como por ejemplo un *daimon*, sino que es consecuencia de tres formas de desorden: de las potencias o *ametría*, de los humores o *dyskrasia*, y del flujo del pneuma o *dysrroia*. A partir de entonces la salud es vista como un equilibrio entre el interior del cuerpo y el cosmos. Cuando ese equilibrio se ve roto de forma violenta aparece la enfermedad. Desaparece pues la enfermedad vista como aquello causado por la posesión, el castigo, la contaminación o por culpa del paciente, ya que, la enfermedad puede ser *atykía*, es decir, algo que líneas más arriba hemos visto gracias a la profundidad de una de las obras de Martha Nussbaum cuando hablaba del papel de la fortuna en la vida de los seres humanos. Aquí esa *atykía* es *infortunio azaroso, incomprensible y exento de culpa*.⁵³

Otro de los cambios que se introdujeron en la asistencia al paciente gracias a la medicina hipocrática fue la búsqueda de sanar la enfermedad no ya como una operación mágica o de purificar al enfermo, sino que empezó a considerarse no ya como un “arte” o *tekne* sino como *tekne iatriké*. A simple vista, esto no parece tener ninguna importancia, pero en realidad sí la hay. Para los

⁵³ NUSSBAUM, M., *La fragilidad del bien: fortuna y ética en la tragedia y la filosofía griega*. Visor. Madrid, 1995, pág., 157. (Traducción de Antonio Ballesteros González).

griegos la *tekne* es un saber hacer y necesita que quien lo desempeña y aplica tenga dos capacidades: una es saber qué es lo que se está haciendo y otra es que sabe porqué actúa así. De este modo, el *teknites* de la medicina tiene que conocer qué son tanto el tratamiento como el diagnóstico y qué es el hombre, qué es la enfermedad y en qué consiste la solución. Pero lo que es seguro a juicio de Laín Entralgo es que hay una ausencia total en el *Corpus Hippocraticum* sobre la acción psicoterapéutica de la palabra así como poca definición tanto a nivel teórico como práctico de todo lo referente a la psicoterapia.

Esto es lo que sorprende a este autor, que quienes ejercieron la medicina hipocrática comenzó también como psicoterapeuta, pero abandonó. Y ello por dos razones. Una el rechazo de la *epodé* mágica para dar paso a la medicina fisiológica. El ejemplo está en la crítica que dirige el autor de *Sobre la enfermedad sagrada* a los ensalmadores, a los que ve como supersticiosos. Sin embargo, no fue capaz de ver algo que ya los sofistas del siglo V a.C., habían descubierto: que hay lo que se podrían considerar como *encantamientos verbales* no mágicos, que encierran las capacidad de modificar la realidad de quienes los escuchan y pueden ser por lo tanto aplicados con fines terapéuticos: *no es puro azar que el Corpus Hippocraticum no conozca el empleo metafórico o analógico del término epodé.*⁵⁴

Otro de los motivos sería que durante quinientos años el cuerpo fue percibido a través de los sentidos, doctrina fundamental para los hipocráticos. Pero este camino para reconocer la enfermedad ha llevado a reducir todo conocimiento acerca de la *physis* humana a la sensación del cuerpo. Sabiamente nos dice a este respecto Laín que la enfermedad es siempre cuerpo, pero no sólo cuerpo.

⁵⁴ LAÍN ENTRALGO, P., *La curación por la palabra en la Antigüedad Clásica*. Anthropos. Barcelona, 1987, pág., 192.

Con Aristóteles se llega a una etapa en la que el uso terapéutico de la palabra adquiere un nuevo significado. Ahora tendrá un uso catártico. Aquí la purificación que va asociada al término *kátharsis* no es la reordenación persuasiva del alma, sino más bien la purificación de la realidad humana que puede producirse gracias a ciertas palabras. Por ello plantea tres nuevos usos del *lógoi*: uno dialéctico o convincente, otro retórico o persuasivo y otro catártico, purativo o trágico. Será el segundo el que se halle ligado a una psicoterapia verbal, mientras que el último de estos tres tendrá para su creador una estrecha relación con la medicina. Es, en nuestro caso, esta la que más nos interesa. Desde Aristóteles pasamos a nuestros días, a Viktor Frankl, quien impulsó el uso de la palabra de un modo nuevo y original: la búsqueda de sentido en todas las áreas de la vida, y más en concreto ante el dolor y el sufrimiento.

4.3.2.- Antropologismo

Viktor Frankl llevó a cabo una apreciación respecto al paso que hizo que la antropología pasara a ser antropologismo. El motivo principal se encontraba en la actitud de ver al hombre como el centro de todo, absolutizarlo, aceptar una postura de *endiosamiento* (HD, 279). Sigmund Freud consideró que lo que estaba sucediendo era lo mismo que con el giro copernicano, que en su momento supuso un gran desengaño porque la Tierra dejaba de ser el centro del universo para pasar a ocupar ese lugar el Sol. La humanidad conoció entonces el gusto amargo del complejo de inferioridad que quiso superar otorgándose un valor supremo frente a todas las cosas. Tal y como señala nuestro autor:

“¿Cómo entender de otro modo que justamente en el momento de conocer que la tierra no ocupa el centro del universo, el hombre ocupe el puesto de Dios? Precisamente en aquella época el teocentrismo de la filosofía comenzó a degenerar en su antropocentrismo. La renuncia radical a la trascendencia -en la interpretación del sentido de la vida humana- se hizo explícita” (HD, 274).

Al sobrevalorarse a sí mismo, el hombre no es capaz de afrontar situaciones que forman parte de la vida, como la enfermedad, el error, el desamor,

la infecundidad..., y sucumbe a la desesperación. No es capaz de sacrificar nada, porque todo tiene un valor desmedido y porque al mismo tiempo se ha perdido el super sentido. Así,

“en lugar de fiarse de la profunda sabiduría del corazón, el espíritu *inconsciente*, es decir, no reflexivo y no intelectualizado, en lugar de confiar en esa emocionalidad (en sentido lato y profundo) y aceptar la provisionalidad y ocasionalidad de la vida, quiere aferrarse a la racionalidad” (HD, 280).

No quiere decirse con esto que se haya de olvidar la razón, sino que más bien hay que renunciar a endiosarla, a verla como un valor intocable. De lo contrario lo que acaba sucediendo es que la pérdida y el cambio son vistos como fracasos. Y lo mismo sucede con el progreso y la técnica. Cada nuevo conocimiento, cada avance y descubrimiento no se han dado siguiendo un fin concreto, sino que más bien se ha dado de manera forzada, aceleradamente. En esta carrera absurda el ser humano se pierde de vista a sí mismo, cae en el vacío de su existencia y siente que le fallan los puntos de apoyo que siempre había considerado como infalibles.

Por este motivo era importante para Viktor Frankl que la antropología tanto filosófica como médica y científica, reconocieran el error de situar en lo más alto al ser humano. Ese paso supondría un gran esfuerzo, ya que requeriría renunciar a la perspectiva imanentista en la que se movían para despejar el acceso que hasta entonces estaba cerrado a la trascendencia como esencia del ser humano. Tal y como habían indicado Scheler y otros autores, el hombre es un ser abierto al mundo, de manera que a diferencia del animal, no desarrolla su vida en un *entorno*, sino en un *mundo*, *irrumpe del medio ambiente al mundo y traspasa ese mundo trascendiendo al supermundo* (HD, 274). ¿Por qué resulta imprescindible que la antropología asuma ese carácter de trascendentalidad del ser humano? La razón es que si no cambia el rumbo, siempre estará sujeta a un punto fijo que le hará tener una visión errónea del hombre al verlo sólo desde sí mismo.

Si es consciente de esto, contará con la herramienta que le permita superar el nihilismo y logrará recomponer ese humanismo que había entrado en crisis.

4.3.3.- Antropología

Viktor Frankl consideraba que Kierkegaard había sido el primero en plantear las bases de lo que podría denominarse como *el problema del hombre moderno* (VS, 89). Habría que esperar hasta principios del siglo XX, cuando gracias a autores como Bergson, Husserl o Scheler, la filosofía existencial contemporánea comenzó a dar sus primeros pasos. Como sabemos, tras el primer conflicto bélico mundial continuarían con esta tarea Heidegger y Jaspers, mientras que a los autores que tomaron el testigo de todos ellos tras la segunda guerra mundial les correspondió *fomentar su difusión, actualizar sus interrogantes y, más allá, radicalizarlos en forma extrema* (Íbid.). Porque para Frankl este segundo conflicto *degradó algo más al hombre: lo convirtió en carne de cañón* (Íbid.). Los desgarradores acontecimientos de los campos de concentración donde el hombre sirvió como objeto de experimentación, fueron la triste manifestación de que casi no había límite alguno en degradar al ser humano. ¿Cómo fue esto posible? ¿Qué respuesta podría él mismo dar como prisionero de cuatro campos de concentración? Para este autor hay en concreto un motivo: el nihilismo, que en este caso se manifestó bajo tres formas: el biologismo, el psicologismo y el sociologismo. Como veremos más adelante, la crítica del este psiquiatra en los tres casos fue que reducían respectivamente al ser humano a un conjunto de reacciones físico-químicas, a las pulsiones e instintos y a lo que la sociedad indicaba que se debía hacer. Por lo que se refiere al nihilismo en general, su advertencia era que desde esta posición el ser humano había sido reducido a la nada y mediante el mismo, se había impuesto la falta de sentido y del sufrimiento en la vida de los seres humanos. En palabras del propio Viktor Frankl:

“¡Créanme ustedes, señoras y señores, ni Auschwitz, ni Treblinka, ni Maidanek fueron preparados fundamentalmente en los ministerios nazi de Berlín, sino mucho antes en las mesas de escritorio y en las aulas de clase de los científicos y filósofos nihilistas!” (IPH, 93).

Como respuesta a esos tres nihilismos, Frankl quiso ver más allá del *homo sapiens*, o del *zoon politikon* otras formas de ser del ser humano. Porque para él, el hombre también puede ser *homo amans* (IPH, 111), aquel que es capaz de amar y también de poner una nota de humor en su vida. Pero quizá la figura que más interesaba a Frankl recuperar era la que denominó *Hombre incondicionado* (HD, 83). ¿Qué significa esto? Nuestro autor considera que a pesar de las dificultades, incluso en aquellas *más desfavorables e indignas*, el ser humano puede decidir que no va a abdicar *de su ser, sino que se aferra a él incondicionadamente* (Íbid.). Ese es *el Hombre incondicionado*, el *homo humanus* (Íbid.), aquel que puede superar lo fáctico y actuar conforme a sus facultades. El hombre, a pesar de todo, cuenta con su libertad para separarse de los condicionantes que le vienen impuestos desde la biología, la psicología y la sociología.

4.3.4.- La capacidad de autotranscendencia del ser humano

Este razonamiento que acabamos de ver tiene como punto de partida el desacuerdo de Frankl con respecto a la propuesta de dos figuras importantes del psicoanálisis, Sigmund Freud y Alfred Adler. Al hablar de aquello que mueve al ser humano a actuar, Freud afirmó que era la voluntad de placer, mientras que para Adler resultaba ser la voluntad de poder. A pesar de que reconoció que en la teoría de Freud había interesantes aportaciones y descubrimientos destacados, Frankl no estaba de acuerdo con respecto a la propuesta de la voluntad placer. Lo mismo sucedía con la postura de Adler. Para el psiquiatra vienés, ambos habían cometido el mismo error ya que reducían al ser humano a un conjunto de pulsiones y de funciones corporales. Frankl no negó el papel de los instintos, pero se separó de aquellos que afirmaban que el hombre, al igual que el animal, está

sometido a ellos. Lo que diferencia a unos de otros es que aunque los instintos siempre están presentes, gracias a la voluntad de sentido, el ser humano puede ir más allá, trascenderse a sí mismo y decidir si seguirlos o no. El propio Frankl dijo que el fenómeno humano que consideraba fundamental desde el punto de vista antropológico era la capacidad de *autocomprensión ontológica prerreflexiva* o lo que es lo mismo, la capacidad de *autotrascendencia de la existencia humana*:

“quiero describir con esta expresión el hecho de que en todo momento el ser humano apunta, por encima de sí mismo, hacia algo que no es él mismo, hacia algo o hacia un sentido que hay que cumplir, o hacia otro ser humano, a cuyo encuentro vamos con amor.” (AVE, 17).

El ser humano está dotado de la capacidad de ir más allá de sí mismo, de dirigir su esfuerzo no para sí mismo, sino hacerlo por algo o alguien fuera de sí. Para poder comprender esto mejor, el autor recurre al ejemplo del ojo humano. El ojo es el órgano que permite al hombre ver, pero al mismo tiempo no puede verse a sí mismo. Sólo es capaz de “verse” cuando hay problema, como un glaucoma que hace que percibamos una especie de nube. Necesita no ver nada de sí mismo para poder funcionar correctamente. Lo mismo sucede con el hombre. Cuanto más apunte hacia otros seres u otras causas que estén fuera de sí, más se realiza. Cuando nos olvidamos de nosotros mismos, nos encontramos ante la sensibilidad, y cuando nos entregamos, se genera la creatividad. Cuando no se apunta a algo externo, la vida deja de tener sentido.

Los tres años que estuvo Frankl internado en los campos de concentración le mostraron más tarde que al igual que él, muchos otros sobrevivieron porque pensaban en el futuro, como aquella vez en que sus pies estaban hinchados, fríos y supurando, cuando el hambre era ya prácticamente insoportable, él mismo se proyectó, sin saber que así llegaría a ser en realidad, en un aula cálida, de pie, sintiéndose cómodamente acogido por un auditorio que escuchaba atentamente el relato que les narraba de su paso por los campos de guerra. Por el contrario, se demostró que si los prisioneros no tenían nada que

hacer en un futuro ni les esperaba nadie más allá de la alambrada de espinos, si no tenían nada que les empujara a luchar y a sufrir, acababan rindiéndose, sin importarles si estaban sobre sus propios excrementos, si recibían golpes o amenazas. Si estaban enfermos, se negaban a ir a la enfermería. La señal que decía que el final de estos prisioneros estaba cerca era que sacaban un cigarro y comenzaban a fumar. Con ello estaban anunciando que su muerte estaba próxima.

Lo que el ser humano necesita es no estar en un mundo exento de tensión, sino más bien al contrario, necesita estar haciendo frente a situaciones que lo empujan a buscar el sentido en esas circunstancias. Esa búsqueda sólo la puede hacer él mismo, pero hemos de recordar que lo logrará no preocupándose por sí mismo, sino por una causa externa, una persona, un deber o un valor a realizar. Porque el hombre no ha de observarse a sí mismo ni *existe para mirarse a sí mismo en el espejo; sino que existe para entregarse, para sacrificarse y para abandonarse conociendo y siendo amando* (LAE, 86). En última instancia depende de la propia persona qué actitud tomar, si dejarse vencer o superar las dificultades.

Frankl no se consideró nunca nihilista. Sin embargo, cuando él mismo era un estudiante de medicina con capacidades extraordinarias, a pesar del éxito, hubo de enfrentarse durante un largo período de tiempo a una vida sin sentido. Afirmaba que en manos de la persona está siempre la opción de abandonar y sucumbir al fracaso o superarlo e ir más allá de uno mismo y su dolor. Además de ver en el ser humano la capacidad de autotranscenderse, también fomentó la capacidad del hombre de transformarse en algo distinto. La oportunidad de comprobar en la práctica su teoría llegó cuando atravesó el *experimentum crucis*, que fue el tiempo que estuvo internado en los campos de concentración. Él mismo llegó a pensar en algún momento de agotamiento y cansancio en arrojarse contra las mortales vallas y sintió en una noche, quizá la más oscura del alma de Viktor Frankl, que sería vencido por la fiebre tifoidea. Pero decidió seguir adelante. Fue

consciente de que si se dejaba morir, perdería la oportunidad de publicar aquel manuscrito deteriorado que llevaba escondido entre sus escasas ropas y que contenía en taquigrafía las anotaciones fundamentales de lo que más tarde sería conocido como Logoterapia.

Igualmente pudo observar cómo había compañeros que padeciendo las mismas condiciones de dureza, sin embargo maltrataban y delataban a otros. Sorprendentemente, hubo mandos que aunque debían humillar, maltratar y golpear, en lugar de esto, ayudaron en la medida de sus posibilidades a muchos prisioneros. Así nos recuerda Längle la situación narrada por Frankl:

“En reiteradas ocasiones, Frankl- el judío del campo de concentración-puso ejemplos de gente de las SS y otros nazi que se habían esforzado por tener una auténtica actitud humanitaria y habían brindado ayuda a prisioneros y enfermos en la miseria, aunque esto fuera muchas veces ilegal. Contó, a modo de ejemplo, que había conocido al jefe de un campo, un hombre de las SS que a escondidas compraba con su dinero medicamentos para los prisioneros.” (VFB, 97).

¿Cómo era esto posible? ¿Por qué actuaban unos y otros así y no más bien siguiendo los papeles que se les había asignado? La respuesta es muy simple: porque la existencia humana no se puede reducir sólo a la facticidad, porque *el hombre, como persona, no es un ser fáctico sino un ser facultativo* (VS, 111).

A pesar de las atrocidades vividas y presenciadas, Frankl siempre creyó firmemente que aunque el ser humano fuera capaz de llevar a cabo las peores acciones, como conducir a otros a las cámaras de gas, *pero asimismo es el ser que ha entrado en ellas con paso firme musitando una oración* (HBS, 126).

4.3.5.- Medicus humanus, Homo patiens

El sufrimiento del que fue testigo Viktor Frankl no sólo se dio como prisionero. Como médico psiquiatra atendió a miles de personas que se veían desbordadas no por su enfermedad, sino por el interrogante de qué sentido tenía para ellas. Aquí encontramos uno de los aspectos más importantes de su

pensamiento, porque a su juicio, el médico está formado para atender y aliviar el dolor físico, pero no para saber cómo actuar ante el dolor espiritual. El profesional de la medicina está limitado en muchas ocasiones por aquello que ha aprendido en las aulas, de modo que no ve delante de sí mismo más que un trastorno psiquiátrico, un tumor a operar o un cuerpo envejecido. Esto se traduce en la trampa del psicologismo, de modo que el resultado es que se pierde de vista la existencia humana, *pues el psicoanálisis siempre enfoca solamente lo psicológico como un hecho y se le escapa la visión de la existencia como posibilidad* (VS, 102).

¿Qué puede hacer el médico? ¿No es su tarea atender el problema físico o mental? ¿De qué modo puede asistir al paciente más allá de lo corporal? De lo que se trata aquí es de no dejar al paciente sólo en sus momentos de angustia o renunciar a seguir apoyándolo cuando la situación es irreversible. La búsqueda del sentido del sufrimiento no compete sólo al paciente. Ese *medicus humanus* (LAE, 256), es lo contrario al médico que actúa como un técnico. El profesional de la medicina no ha de ver frente a él una máquina a reparar, sino a un ser que le ofrece la posibilidad tanto de aliviar su dolor físico como de acompañarlo en la decisión de cómo actuar, de orientarlo para que logre hallar un sentido cuando el sufrimiento es inevitable. De esta manera, sin abandonar la psicoterapia ni la psicología, Frankl apostó por contar con la visión de la antropología en la práctica médica, lográndolo al tener como punto de apoyo las aportaciones de la Filosofía. Apoyándose en los conocimientos que le aportaron su trayectoria académica como doctor en Filosofía, aunó sus dos inquietudes: la psiquiatría y la filosofía. El resultado fue una innovadora propuesta que le permitió separarse de esa perspectiva reduccionista para lograr la rehumanización tanto de la psicoterapia como de la medicina. Esa propuesta, que conoceremos con más profundidad más adelante, era el análisis existencial.

Día a día hemos de tomar decisiones, algunas prácticamente sin importancia, otras veces cruciales. Todas cuentan para el psiquiatra vienés, pero en este caso en las que más hincapié hizo fue en las que sobrevienen en momentos de sufrimiento, de aflicción, de soledad o de desconsuelo en situaciones inevitables. Como profesional de la medicina, en lugar de abandonar al paciente, callar o imponer su propio criterio, Frankl aceptó el reto que le ofrecían esos momentos para reflexionar sobre otra característica del ser humano. Como acabamos de ver, el hombre es un ser que puede amar, que puede construir, soñar, que o superar los condicionamientos que se le imponen, pero que también sufre. Precisamente fue el nihilismo el que quiso desterrar el sentido del sufrimiento, anular la capacidad del ser humano de hacer frente al dolor. La figura opuesta es la del *Homo patiens* (HD, 272), que es como el propio psiquiatra vienés se refirió a la imagen del hombre doliente, del hombre que sufre con sentido, que asume su sufrimiento: *el sufrimiento mismo como un acto lleno de sentido* (HD, 272). Insiste de nuevo Viktor Frankl en la importancia de recomponer la configuración del ser humano que los tres nihilismos, (si recordamos provenían de lo biológico-físico, lo psicológico y lo sociológico), intentaron borrar. Como veremos líneas más abajo, la clave gracias a la que el ser humano puede superar las limitaciones es el *poder de obstinación del espíritu* (PAT, 138-143).

4.3.6.- Diez tesis sobre la persona

Para poder profundizar un poco más en la obra de Viktor Frankl necesitamos conocer de qué modo concebía a la persona. Como señala en un escalofriante recuerdo, en los campos de concentración *no se odiaba a los seres humanos, ni siquiera como se aborrecen las sabandijas que también se exterminan y sacrifican* (HD, 216), ni tampoco se les quiso castigar como a los delincuentes. Lo que se pretendió fue despojar conscientemente hasta el último atisbo de dignidad de aquellos prisioneros, borrar toda señal de personalidad propia. Valían algo mientras servían de mano de obra barata. Cuando dejaban de

valer para eso, *su valor real era el de la materia prima para la fabricación de jabón* (HD, 216). En el campo de concentración la persona pasó simplemente a ser una *cosa* (Ibid.). Sin embargo, como acabamos de ver, el ser humano puede ser muchas cosas, dependiendo de la vía que decida seguir. Puede acatar sin más aquello que se le ordena:

“Tiende desde hace mucho tiempo a sentirse más o menos como pieza de una maquinaria, y ha empezado a ser autómeta del mando. La huida y el miedo a la responsabilidad se apoderan del individuo. Ese individuo está muy lejos de hacer lo que persigue el análisis existencial: responsabilizarse con su existencia” (HD, 216).

El ser humano es para Frankl más que su personalidad o su carácter. Este último se “tiene”, pero lo que “soy” es la persona. Este ser persona *significa libertad, libertad para convertirme en personalidad* (HD, 177).

También quiere separar dos conceptos que muchas veces se cruzan y se confunden: individuo y persona. Aparece así la primera de estas diez tesis que sobre la persona concibió Viktor Frankl (VS, 106-115):

1.- Que la persona no sea individuo significa que es algo que no se puede dividir. Con independencia de la circunstancias, como por ejemplo sucede con la esquizofrenia, es una unidad.

2.- Además de ser un *in-dividuum*, la persona es *in-summabile*. Visto sólo como algo orgánico tiene capacidad de volver, junto con otro organismo, a dar forma a uno nuevo. Pero la personalidad, la mente, la *existencia espiritual* no puede ser propagada por el propio ser humano. De ahí que afirme en esta segunda tesis que es una unidad indivisible al mismo tiempo que una totalidad a la que no se le puede agregar nada. Para comprender mejor esto, Frankl señala que por esta característica, no se le puede poner bajo rótulos como *masa, clase o raza*. Estas son en realidad jerarquías y quienes son vistas formando parte de ellas no son sino “pseudopersonas”. Lo que sucede es que *el hombre que cree asimilarse a ellas, en*

realidad, solamente se hunde en ellas; si se asimila a ellas en cuanto persona, se abandona a sí mismo (VS, 107).

3.- Esta tercera tesis enlaza con la anterior cuando Frankl dice que *cada persona es absolutamente un ser nuevo*. Cuando se engendra a un hijo lo que los progenitores no pueden transmitir es la existencia espiritual de ellos mismos al nuevo ser que viene al mundo.

4.- Todo ser humano posee una parte psicofísica. Pero a pesar de la importancia que se le da al cuerpo, si este sólo es visto desde lo útil que puede ser, se incurre en un reduccionismo. Porque entonces no hay persona sino máquina a reparar. Frankl va más allá al afirmar que: *el concepto opuesto al del valor utilitario es el concepto de dignidad; pero la dignidad pertenece sólo a la persona, le corresponde naturalmente, independientemente de toda utilidad social o vital (VS, 107).*

Lo significativo de este mensaje es que, como señala el autor, quien sólo ve al ser humano como algo con un valor utilitario, no encuentra problema alguno en justificar la eutanasia. Quien adopta esta postura arranca todo atisbo de dignidad de la persona, y más si cabe al enfermo incurable. La otra parte es la del médico que acepta esta práctica porque ve a quien tiene ante sí mismo como un organismo “psicofísico” al que se le somete a reparaciones mientras sea posible. Más que un médico, en realidad es un técnico que atiende a un “hombre máquina”. Ese “técnico médico” ha olvidado que lo que nunca enferma es la parte espiritual del hombre.

5.- Esta es la tesis que recoge y aglutina la parte fundamental del pensamiento frankliano. En ella define al ser humano como existencial, de modo que no sólo es algo que lleva a cabo determinados actos, *existe de acuerdo a su propia posibilidad para la cual o contra la cual puede decidirse. Ser hombre es*

ante todo, y como siempre vuelvo a decir, ser profunda y finalmente responsable. (VS, 111). Pero esta capacidad va unida a otro dictado: la libertad. El ser humano es un ser responsable y libre para decidir si opta o no por una vía. Esto supone, como ya sabemos, alejarse de la perspectiva del psicoanálisis que ve al sujeto que obra bajo el principio del placer y de la de la psicología individual que habla de voluntad de poder. Para el análisis existencial hay también una voluntad, pero en este caso se trata de lograr dar con el sentido que posee la vida.

6.- La persona no está limitada por el “ello” del que habló Freud, sino que es un “yo”. Más bien la persona es un “yo”, y al mismo tiempo es inconsciente. Es en esta parte donde se encuentra lo espiritual. A este inconsciente espiritual corresponde para Frankl, la fe y la religiosidad inconscientes, donde se encuentra, aunque el ser humano la reprima, la proximidad con la trascendencia. Por eso, a la fe en Dios no se nos puede obligar a llegar, sino que es la persona la que decide por Él o contra Él.

7.- El ser humano es una unidad y al mismo tiempo una totalidad compuesta por una parte física, otra psíquica y una tercera espiritual. *Esta unidad y esta totalidad sólo será brindada, fundada y dispersada por la persona; se constituye, se funda y se garantiza solamente por la persona* (VS, 112). Pero más en concreto, la parte espiritual se contrapone a lo corporal y a lo mental. Esto implica una contraposición alternativa a la que se da en psiquiatría, donde el ser humano es obligatoriamente visto desde lo psicofísico. Para el análisis existencial, la oposición entre lo espiritual y lo psíquico es una característica facultativa. Porque en la parte espiritual hay lo que él mismo denomina como “poder de resistencia del espíritu”, y ha de ser el médico quien apele a ese poder. ¿Qué significa esto último? Hay un primer credo en psiquiatría según el cual ante un trastorno hay que “reparar” los daños. Pero como estamos viendo, no sólo hay una mente en la que hacer esos ajustes, sino que gracias a un *segundo credo*, credo *psicoterapéutico*, acuñado por el psiquiatra vienés, aparece la fe en esa capacidad

del espíritu de cualquier ser humano para ir más allá de las limitaciones de la mente o del cuerpo. Por ello, el ser humano tiene el poder de autodistanciarse de las circunstancias y no caer en la derrota. Esto le permite lograr, a pesar de las dificultades, que las vivencias sean fecundas.

8.- Como indicó en varias ocasiones Frankl, espiritual no hace referencia aquí a la teología, sino que es lo que más caracteriza al ser humano. Es esta singularidad de poder separarse y ponerse al mismo tiempo frente a lo corporal y psíquico lo que hace que surja lo espiritual.

9.- Otra de las características de la persona es que aquello que diferencia al ser humano del animal es que este último no puede trascenderse ni por ello enfrentarse a sí mismo. Es por eso por lo que el animal desarrolla su vida en un medio ambiente, mientras que en el caso del ser humano se da en un mundo. Así, el animal no puede comprender el sufrimiento por ejemplo, cuando es sometido a pruebas de experimentación para obtener una mejora en la vida de los seres humanos. Pero de la misma manera, el ser humano tampoco puede comprender que hay un mundo superior, un mundo en el que tiene sentido el sufrimiento. Frankl no está justificando el dolor, ni acepta que haya que atravesarlo incluso cuando se puede evitar. Ese mundo en el que el sufrimiento tiene un sentido se intenta alcanzar a través de la fe. Sucede como con el animal que no comprende por qué ha de ser sujeto sufriente de experimentación. No puede ver que hay algo más allá de su dolor que se convertirá en un bien. Al ser humano le sucede lo mismo si no supera y mira más allá del mundo en el que se mueve.

10.- Para poder conocerse a sí misma, la persona no ha de mirar dentro de sí, sino que lo logra gracias a la trascendencia, al mismo tiempo que es ella la que la hace persona. Un segundo aspecto que aborda Frankl en esta décima y última tesis sobre la persona hace referencia a la religión. Para la logoterapia no

es una posición ni tampoco tiene que resolver cuestiones referidas a la teología, sino que contribuye más bien a la búsqueda de sentido en la vida del ser humano, independientemente de si la persona es creyente o atea. No quiere analizar si es auténtica la fe que se tiene en Dios, sino que aborda la fe que se tiene desde una perspectiva más amplia. Se trata más bien de una fe en el sentido. Pero el sentido del que está hablando Frankl posee una característica peculiar. Es el sentido último, del que no es posible deshacerse, y que no cabe más que aceptar. Tampoco podemos saber qué hay más allá de él, porque cuando se intenta responder a la pregunta por el sentido de la existencia estamos dando automáticamente por sentado que hay un sentido de la misma. Sucede algo parecido al planteamiento kantiano según el cual el ser humano no puede interrogarse acerca de las categorías más allá del espacio y el tiempo, mientras que por otra parte, si queremos preguntar algo hemos de hacerlo presuponiendo espacio y tiempo. Así, la existencia del hombre va ligada a un sentido aunque no lo conozca. *Si lo quiere o no, si lo sabe o no, el hombre cree en un sentido, aunque no sea en el de la vida o del seguir viviendo, es al menos en el del morir* (VS, 114). Incluso en la muerte hay un sentido, sea una vida mejor o el fin del sufrimiento, por lo que el ser humano comete suicidio, porque sino, no movería ni tan siquiera un dedo con esa finalidad.

4.3.7.- *Libertad de la voluntad*

Junto a la lucha contra los determinismos y más en concreto el psicologismo, Frankl siempre defendió la capacidad del ser humano de tomar posición frente a su sufrimiento. Igualmente sostuvo que el médico podía acompañar al paciente en los momentos no sólo de dolor físico, sino también de angustia. Esto no significaba que debía decir al paciente cómo debía actuar o con qué valores debía afrontar su sufrimiento. Más bien de lo que se trataba era de acompañarlo y orientarlo en la búsqueda del sentido del momento de sufrimiento por el que atravesaba. En última instancia, es el propio paciente quien ha de

encontrar un sentido. Sólo le corresponde a él dar con ese elemento. Es posible que los demás no lo compartan, o incluso que no lo encuentre. Pero siempre queda en sus manos lograrlo o no.

Esa libertad sin embargo es finita, porque el ser humano ha de hacer frente a los condicionamientos que se le imponen desde fuera, aquellos que provienen del entorno, de la sociedad o por los componentes biológicos que forman parte de él. Pero aunque es una libertad limitada, siempre queda intacta la libertad para decidir qué actitud tomar, tanto con respecto a lo exterior como a su propia interioridad: *el hombre es un ser capaz de reflexionar sobre sí mismo y hasta de rechazarse. Puede ser su propio juez, el juez de sus propios actos* (PE, 19).

4.3.8.- *Voluntad de sentido*

Generalmente se asocia la voluntad al placer y al poder. En el primer caso, tal y como lo definió Freud, el ser humano busca eliminar toda tensión y con ello restablecer el equilibrio interno. Esto sólo conduce a una instrumentalización del propio ser humano que busca liberarse de esos estímulos. Pero para Frankl, el hombre es más bien aquel ser que busca el encuentro con otros seres y ayuda a otros a lograr hallar su sentido. A esto es a lo que este autor denomina como voluntad de sentido (HBS, 139-142). Pero no significa que quiera cumplir con él para liberarse del mismo, porque si así fuera, se olvidaría de él una vez lo hubiera logrado. El ser humano se autorrealiza constantemente al realizar sentidos y no al satisfacer los impulsos de placer o de poder. El ejemplo que nos ofrece el propio psiquiatra vienés es el del bumerán. A Frankl le regalaron uno estando dando clases en Melbourne. Allí le explicaron que contrariamente a lo que se suele decir, el bumerán sólo regresa al cazador cuando no ha dado en la presa. Lo mismo sucede con el sentido. Reaparece si se fracasa en la búsqueda de sentido de la vida. Pero como estamos viendo, esa búsqueda no se consume, sino que siempre

permanece despierta mientras el hombre así lo decida. Porque la lucha por la identidad, nos dice nuestro autor, nos lleva a lograrla gracias a que nos centramos en una causa ajena a nosotros. Por lo tanto, vemos cómo el papel de los roles que hemos de desempeñar caen por su propio peso. Si optamos por cumplirlos, estamos renunciando a nuestra voluntad de sentido, nos comportamos de modo pasivo.

El mensaje que nos está lanzando aquí el autor es que no es posible eliminar la tensión entre el sentido y el ser, y que además es necesaria para nuestro propio bienestar mental. Con esto aparecen dos nuevas cuestiones. La primera era, si recordamos, que el hombre está orientado por su voluntad de sentido. La segunda es que se ha de enfrentar al mismo. El sentido no está en el interior del ser humano sino que va por delante del ser, es él el que marca la pauta que el ser ha de seguir. A pesar de ello, siempre somos nosotros quienes hemos de ser conscientes de que en nuestras manos está desarrollar nuestros potenciales para alcanzarlo, incluso aunque muchas veces se nos diga que no vale la pena hacer ese esfuerzo.

Llegamos ahora al último punto sobre la voluntad de sentido. Una vez vuelta hacia la confrontación con el sentido, se accede a un nivel de madurez y de avance en el que la libertad se transforma en responsabilidad. Como veremos más adelante, el ser humano es responsable de la realización del sentido de su vida, pero también ha de asumir que esa responsabilidad es *ante* algo, como pueda ser su conciencia, la sociedad, la comunidad..., y *ante alguien*, por ejemplo, Dios.

4.3.9.- *Sentido de la vida*

Hemos visto dos de los tres fundamentos filosóficos del análisis existencial de Frankl, la libertad de la voluntad y la voluntad de sentido. Pasamos ahora a conocer el tercero y último, el sentido de la vida.

Podríamos preguntar cuál es ese sentido, si es el mismo para todos los seres humanos, si sabríamos decir cuál es el correcto o el que equivocado o si alguien nos puede conducir hasta él. Pero la respuesta es que no hay un sentido único para todas las personas, como tampoco lo hay acertado o errado ni tampoco nadie, absolutamente nadie, nos puede decir cuál es exactamente. Ni tan siquiera el logoterapeuta, ni el psiquiatra ni el médico pueden indicar al paciente cuál es, porque:

“El sentido de la vida debe concebirse en cuanto sentido específico de una vida personal en una situación concreta. Cada hombre es único y cada vida humana es singular; nadie es reemplazable ni ninguna vida es repetible” (PE, 32).

Es esto último, ese carácter de singularidad de nuestra existencia, lo que supone al mismo tiempo una responsabilidad en cuanto a las respuestas que ha de dar a la serie de innumerables cuestiones que van surgiendo a cada momento de la vida.

Para nuestro autor hay tres vías que nos pueden acercar a ese sentido que continuamente se busca (PE, 30):

1.- Nuestras obras, aquello que creamos, *lo que damos a la vida*.

2.- En relación a nuestros valores, *aquello que tomamos de la vida*

3.- De qué modo decidimos posicionarnos ante una situación de dolor y de sufrimiento inevitables, es decir, *el planteamiento que hacemos ante un destino que ya no podemos cambiar*.

Incluso en circunstancias de dolor y de sufrimiento, que Frankl aglutinó en lo que denominó *la tríada trágica* (HD, 63), compuesta por el dolor, la culpa y la muerte, el ser humano tiene la oportunidad de intentar dar un sentido a su sufrimiento. Porque no es el ser humano el que pregunta a la vida por el

sentido, sino más bien la vida la que interroga al hombre a cerca del sentido de sus experiencias. Responde pues a través de sus actos, de sus decisiones, de lo que lleva o no cabo. No hay una respuesta acertada. Pero esto no significa que no nos equivoquemos o erremos, porque somos seres finitos y es posible que a pesar del esfuerzo, no demos con el sentido de la vida que buscamos. Lo que sí es inevitable, como estamos viendo, es que el ser humano es un ser que apunta más allá de sí mismo para buscar un sentido a su vida.

En primer lugar diremos que el análisis existencial no es, en ningún caso, un análisis de la existencia porque ella misma no se puede explicar ni analizar. Es más bien una explicación de la existencia, no sólo óptica sino también ontológica. Lo que pretende es:

“esa autodeterminación del hombre de cara a su libertad, y lo que pretende en definitiva la logoterapia es esta autodeterminación del hombre sobre la base de su responsabilidad y sobre el fondo del mundo del sentido y de los valores, del logos y del ethos” (HD, 178).

Sin embargo, Frankl optó en un momento determinado por hablar siempre de logoterapia. En *Fundamentos y aplicaciones de la logoterapia*,⁵⁵ indicó que ya en los años 20 había hablado de logoterapia y diez años más tarde acuñaría el término *Existenzanalyse*, como término alternativo al de logoterapia. Pero cuando en Norteamérica empezaron a aparecer las primeras publicaciones sobre logoterapia, tomaron el término de análisis existencial como traducción de *Existenzanalyse*. Además, en los años 40 Ludwig Binswanger, destacado psiquiatra suizo, empleó el término de *Daseinanalyse* para hacer referencia a sus enseñanzas (FAL, 11). De ahí que para evitar confusiones, Frankl decidiera a partir de entonces hablar de logoterapia.

Es decir, tanto el análisis existencial como la logoterapia son las dos caras de la misma teoría. En ella, el análisis existencial y el *Dasein* son lo mismo.

⁵⁵ FRANKL, V., *Fundamentos y aplicaciones de la Logoterapia*. San Pablo. Buenos Aires, 2005, pág., 11. (Traducción de Claudio César García Pintos).

Este último, el *Dasein*, es para Frankl una forma especial de la existencia, y la filosofía contemporánea emplea para referirse a ella el término *Existenz*, y nosotros, en el análisis existencial y en la logoterapia hemos tomado prestada esta expresión con ese contenido (LAE, 62). Así, si el *Dasein* supone esclarecer el ser, el análisis existencial va más allá y se sitúa en el esclarecimiento del sentido, de manera que el acento se traslada del esclarecimiento de las realidades del ser hacia un esclarecimiento de las posibilidades del sentido (Íbid.).

4.4.- Logoterapia y Análisis Existencial

Los periodos de la vida en que, por circunstancias, el sufrimiento y el dolor están presentes casi a cada momento aparecen con frecuencia en la humanidad. Muchas han sido las vías para lograr dar una respuesta. Considerado como el fundador de la “Tercera Escuela de Psicoterapia de Viena”, el uso terapéutico de la palabra fue la herramienta más apreciada para Frankl. ¿Con qué fines la aplicó? ¿Logró en algún caso que desapareciera alguna enfermedad? ¿De qué modo orientó su práctica?

Frankl se sintió desde que era un niño empujado por la curiosidad de saber sobre el sentido de la vida, de la existencia. En 1922, con tan sólo 17 años envió a Sigmund Freud un ensayo. Dos años más tarde sería mandado a publicar por el propio Freud. Los primeros pasos de Frankl en el terreno de la Logoterapia se sitúan en 1938, cuando habló por primera vez de Logoterapia y poco después de una técnica psicoterapéutica que años más tarde definió como “*intención paradójica*” (LAE, 171-182).

¿Qué llevó a este autor a centrarse en esta doctrina? La respuesta nos la ofrece Eugenio Fizzotti cuando nos indica que fue Hugo Sauer, archivero del

Dresdner Bank de Berlín quien había propuesto crear en 1914 centros de asesoramiento para jóvenes que necesitaran ayuda psíquica y moral. El propio Sauer llevó a cabo su práctica y creó centros de ayuda psicológica en Berlín, Nüremberg, Breslau y Magdeburgo. Publicó sus resultados positivos en un breve artículo en 1923 (RL, 9).

Entre los seguidores del trabajo de Sauer se hallaba un desconocido pero entusiasta seguidor, un joven estudiante de medicina llamado Viktor Frankl. Siguiendo los pasos de Sauer, Frankl publicó en 1927, en varios periódicos y en la revista *Der mensch im Alltag*, de la cual llegaría a ser director, listas de casos de jóvenes desilusionados y marginados que habían elegido el suicidio como única alternativa a las difíciles condiciones que experimentaban. Ya entonces Frankl consideraba que en la relación entre el terapeuta y el paciente:

“debía evitarse cualquier tipo de esquematización, estandarización o enfoque determinista del hombre o del trastorno psíquico. En cambio, tenía que evidenciar la singularidad de las situaciones específicas y la consiguiente individualización de actitudes de respeto y comprensión y de profunda participación en los problemas del paciente” (RL, 14).

Aunque Frankl fue *excluido*, de la escuela de Alfred Adler, tal como él mismo reconoció, (LAE, 264), continuó con su investigación. Sin embargo, ya en 1927 tenía elaborado un artículo en el que esbozaba un sistema de pensamiento en el que se hallaban presentes las bases filosóficas de una psicoterapia que podía ir más allá del reduccionismo freudiano. El punto más importante sería el de la capacidad radical de cualquier ser humano para buscar valores y significados para su vida.

La ruptura con Adler y el alejamiento de la Sociedad de Psicología Individual, junto con Rudolf Allers y Oswald Schwarz, impidieron que ese manuscrito fuera publicado. No obstante, esto no supuso impedimento alguno para que nuestro autor siguiera desarrollando sus ideas. El núcleo de su

pensamiento vería la luz en dos ensayos publicados en 1938 y 1939. Una vez más Fizzotti nos indica que:

“en el primero de ellos, titulado *Zur geistigen Problematik der Psychotherapie*, el joven Frankl describe el punto de partida de su investigación, vale decir, de la revisión de la posición del psicoanálisis freudiano y de la psicología individual adleriana desde tres perspectivas: considerar al hombre también desde un enfoque espiritual-noético, superando las fronteras del psicologismo(...), individualizar las categorías de los valores que resultan fundamentales para la búsqueda y la realización del sentido de la vida ; formular la positividad del dolor y la posibilidad de poder adoptar siempre un comportamiento incluso en las situaciones límite” (RL, 15).

El pensamiento de Frankl alcanzaría su forma definitiva como análisis existencial. En ningún caso es un análisis de la existencia porque ella misma no se puede explicar ni analizar. Es más bien una explicación de la existencia, no sólo óptica sino también ontológica. Lo que pretende es:

“esa autodeterminación del hombre de cara a su libertad, y lo que pretende en definitiva la logoterapia es esta autodeterminación del hombre sobre la base de su responsabilidad y sobre el fondo del mundo del sentido y de los valores, del logos y del ethos” (HD, 178).

A pesar de que la logoterapia pueda aplicarse más allá de la psicoterapia, Frankl siempre abogó por evitar que se convirtiera en algo mecánico o en una técnica, ya que lo que importa en realidad son las relaciones humanas que se dan entre el médico y el paciente, porque:

“hacerlo meramente en términos de dinámicas implica cosificarlos, convertirlos en meras cosas. Y estos seres humanos inmediatamente sienten y se dan cuenta de la cualidad manipulativa de nuestro abordaje y de nuestra tendencia a cosificarlos” (FAL, 12).

Este rechazo de ver la psicología y la psicoterapia como una forma de ingeniería lleva a que no se produzca un encuentro programado y calculado entre dos entes aislados, sino que más bien se hallen dos personas, dos seres humanos unidos por algo en común: el sentido de ser. Se puede hacer frente así a un obstáculo que impedía “oír” ontológicamente, como si fuera una “sordera” ontológica. Igualmente ayuda a hacer frente a una especie de ceguera ontológica que pugna para que salga a luz y sea visible el sentido de la existencia. Para

Viktor Frankl es el paso que, a diferencia de otras doctrinas, asume la logoterapia. No se preocupa sólo por el ser, sino por el sentido de la existencia. Por ello, aunque resulte simple, la logoterapia es una forma de curar a través del sentido. Aunque no es una panacea. En algunos casos resultará adecuada su aplicación, mientras que en otros estará contraindicada o puede no ofrecer el resultado esperado.

4.4.1.- Las cinco dimensiones de la logoterapia

Hacia finales de la década de 1940, Frankl planteó una introducción a la psicoterapia a raíz de una práctica que la dirección de la Policlínica Municipal de Viena había encargado a varios autores en los primeros meses de 1947. Ese planteamiento llevaba por título *La psicoterapia en la práctica médica*.⁵⁶ Aquí aparecen cinco ámbitos de aplicación de la logoterapia. El primero de ellos es desde el logos, entendido como sentido e indicado para las situaciones en las que aparece una depresión endógena, es decir, a nivel espiritual. Por ello es una terapia específica. El segundo caso hace referencia a las neurosis psicógenas, es decir, en aquellos casos en los que no hay una pérdida de sentido, y es por lo tanto una terapia sintomática. Deja de ser terapia en el tercer caso, porque se dirige a ayudar al enfermo ante una situación de sufrimiento inevitable y necesita saber cómo asumir los valores de actitud. Siguiendo esta línea, aparece la cuarta aplicación, que se da en los casos en los que se advierte una falta de sentido así como vacío existencial, que aunque no son patológicos, pueden conducir a una neurosis noógena. El quinto ámbito de aplicación busca proteger al paciente de las neurosis psiquiatrogénicas, es decir, aquellos casos en los que el médico o el psiquiatra aumentan la frustración existencial del paciente debido a una actitud de adoctrinamiento reduccionista.

⁵⁶ FRANKL, V., *La psicoterapia en la práctica médica. Una introducción casuística para médicos*. San Pablo. Buenos Aires, 2003. (Traducción de Cristóbal Piechocki y Beatriz Romero).

Se pueden resumir en tres aquellos casos en los que estaría indicada la psicoterapia. El primero de ellos es aquel en cual el paciente expresa abiertamente su malestar por la ausencia de sentido en su vida. El segundo sería cuando es necesario tratar directamente lo espiritual, ya que el propio paciente es capaz de superar por sí mismo leves conflictos ideológicos. El tercero hace referencia a una situación inevitable, como una discapacidad, una enfermedad o un problema económico grave y que no es posible solucionar al menos en breve y que hace que la persona caiga en una depresión. En este caso, a pesar de lo difícil que pueda resultar la situación, surge una oportunidad. Pasaremos pues a conocer con más profundidad los cinco aspectos que componen el análisis existencial y la logoterapia.

1º.- Análisis existencial como explicación de la existencia de la persona. Aquí se encuentra:

- a) La llamada ontología dimensional compuesta por:
- b) El carácter espiritual del hombre.
- c) Libertad.
- d) Responsabilidad.

El análisis existencial tiene como objetivo incorporar la visión que le puede aportar la antropología de manera que desde esta perspectiva explique y desarrolle *la concepción implícita, inconsciente, que la psicoterapia tiene del hombre, de la misma forma como se revela una foto sacándola de un estado latente* (LAE, 65). Es un método psicoterapéutico que sirve para ayudar al paciente a descubrir que en él se encuentran posibilidades de sentido así como de valores. Por ello, la visión que tiene del hombre es la de un ser espiritual, libre y

responsable para cumplir con un sentido. Aborda la lucha y el apoyo del hombre que busca un sentido, tanto en el caso concreto del sufrimiento como en cualquier otra situación que se dé en su existencia. Entiende la existencia como una forma de ser concreta y específica: el ser del ser humano:

“*Ex –sistir* quiere decir salir de sí mismo y ponerse frente a sí mismo, de manera que el hombre sale del nivel de lo corporal psíquico y llega a sí mismo pasando por el ámbito espiritual. La existencia acontece en el espíritu” (LAE, 65).

Un elemento que dota de singularidad a esta existencia humana es su capacidad de trascendencia. Esto significa que el hombre “va más allá de”, trasciende el medio en el que se encuentra para alcanzar el mundo. Incluso esto lo lleva más lejos si cabe, porque trasciende su ser hacia un *deber ser*. Cuando se da esta situación, el ser humano se eleva por encima de lo somático y de lo psíquico y entra en la esfera de lo auténticamente humano:

“Esta esfera la constituye una nueva dimensión, lo noético, la dimensión del espíritu. Ni lo somático ni lo psíquico representan solos lo genuinamente humano; representan únicamente dos aspectos del ser humano. Por ello, no puede hablarse en modo alguno de un paralelismo en el sentido dualista, ni de una identidad en el sentido monista” (PE, 140).

Lo somático y lo psíquico no representan por sí solos al ser humano, sino que son dos rasgos característicos. Es por ello que *la unidad antropológica y la totalidad de un ser humano quedan preservadas y salvadas tan pronto como pasamos de un análisis de la existencia a lo que denomino ontología existencial* (Íbid.).

- a) El primero de los cuatro elementos que componen el Análisis Existencial como modo de explicación de la existencia de la persona es la ontología dimensional. Frankl señala que está hablando de dimensiones y no de estratos de ser, no de estratos físicos o

psicológicos, porque estos pueden ser separados unos de otros. Esto que permite hablar de los problemas que hacen referencia al ámbito de lo psíquico y de lo corporal, pero manteniendo la unidad antropológica del ser humano, así pues:

“existe una unidad antropológica a pesar de las diferencias entre varios modos de existencia. La característica de la existencia humana es la coexistencia entre la unidad antropológica y las diferencias ontológicas, entre el modo de ser humano único y las variadas maneras de ser de las que participa. En pocas palabras la existencia humana es *unitas multiplex*, para hablar con palabras de Santo Tomás” (VS, 139).

Si Spinoza planteó una *Ethica ordine geometrico demonstrata*, Frankl hablará de la ontología dimensional como *ordine geometrico demonstrata*. El ser humano no se compone de cuerpo, alma y espíritu, sino que más bien lo corporal, lo psíquico y lo espiritual son dimensiones del hombre. Y es esta última, la espiritual, la más específica del mismo, sin olvidar ninguna de las otras dos. ¿Qué quiere decir con esto Frankl? Así nos lo explica:

“De la misma manera que en el caso del vaso abierto cuya proyección a los planos basal y laterales daba figuras cerradas, el hombre se forma en el plano biológico, como un sistema cerrado de reflejos fisiológicos, y en el plano psicológico como un sistema cerrado de reacciones psicológicas. Así que, nuevamente, la proyección ofrece una contradicción, pues es propio de la naturaleza humana que sea también abierta, que sea *abierta al mundo*” (VS, 140).

Para comprender mejor esto necesitamos conocer la dos las leyes que componen esta ontología dimensional:

1ª.- Una cosa que se proyecte desde su dimensión a otras, dará como resultado la visión de esa cosa bajo una forma en principio contradictoria a la original. Un cilindro en el espacio tridimensional se ve de una manera. Pero en el caso del espacio bidimensional, la base pasa a ser un círculo y el lateral un rectángulo, a lo que cabe añadir que mientras el cilindro es una figura abierta, en las otras proyecciones las figuras son cerradas.

2ª.- varias cosas que se proyecten desde su dimensión a otra dimensión inferior se ven como polivalentes. Es decir, si se proyecta un cilindro, un cono y una esfera por ejemplo, del espacio tridimensional al espacio bidimensional desde la base, señala Frankl que siempre proyectarán un círculo. Si fuesen sombras lo que proyectaran, tendrían la misma forma, de manera que no se podría decir a qué cuerpos corresponden.

- b) Con esto último aparece el segundo elemento de la ontología dimensional. Para el análisis existencial, el ser humano no es sólo cuerpo y mente, sino que es necesario contar con una tercera dimensión que Frankl denomina de la misma manera que Zubiri: noológica o espiritual. Ello se comprende mejor gracias a la ontología dimensional, gracias a la cual el ser humano puede ser visto desde cualquiera de estas dimensiones sin que deje de ser en ningún momento una unidad. Por tanto, la primera de las dos leyes demostraría que se puede incurrir en una ambigüedad ya que, cosas que son diferentes, pueden ser vistas bajo una única forma dependiendo de la proyección con que se muestren. La segunda consecuencia es que una misma cosa puede ser vista de diferentes maneras dependiendo de las diferentes proyecciones. De ahí que Frankl postule esta tercera dimensión, la espiritual, gracias a la cual el ser humano puede ser visto como tal. Por ello, en el sentido meramente vital, se pueden explicar sus actos desde la dimensión corporal, mientras que *su vida animal* se explica gracias a la dimensión psíquica. Pero la espiritual no puede verse reducida a esa bidimensionalidad.
- c) Además de estos elementos, Viktor Frankl también habló de la libertad y la responsabilidad. Para Frankl el análisis existencial se ocupa tanto del modo en que el ser humano vive como de la perspectiva del hombre religioso. En tanto que interpretación

antropológica, no pretende erradicar el biologismo, el psicologismo o el sociologismo, debiendo al mismo tiempo, evitar colocar al hombre por encima de todo porque sería caer en un antropologismo. Esta posición conduce a encontrar un equilibrio entre quienes consideran que el ser humano no puede optar más que a obrar siguiendo lo que las condiciones psicológicas, biológicas o sociales le imponen o bien que está más allá de ellas y obra sin impedimento alguno. En este caso, esas condiciones son disponibilidades para su libertad vista de dos modos:

“uno hacia abajo y otro hacia arriba, uno negativo y otro positivo; pues hemos aprendido a comprenderla no sólo como la *libertad de*, sino también como la *libertad para*. Y como *libertad para*, hemos señalado el asumir de la responsabilidad. El existencialismo contemporáneo ve generalmente sólo la *libertad de algo*, ve al hombre desde el punto de vista de su existir, y este existir como posible contraposición al destino. Pero ha pasado por alto que existir es, en su último y más profundo significado, ser responsable” (VS, 74-75).

De esta manera, la libertad hace frente a tres cosas: a los instintos, a la herencia y al medio ambiente. ¿Qué implica entonces *ser libre de* y *ser libre para*? ¿De qué modo se hace frente a estos tres elementos que acabamos de nombrar? Como acabamos de ver, a la libertad va unida la responsabilidad.

Aunque el hombre posee instintos, no está obligado, como los animales, a seguirlos, sino que puede hacer algo mediante ellos, pero no se ve constituido por ellos. Nunca ha afirmado que el hombre sea sólo espíritu ni sólo instintos. El hombre *tiene* instintos, pero lo que no acepta Frankl es que el hombre sea *reducido* a ellos (HD, 172). Si recordamos, Marcel advertía el peligro de reducir a los seres humanos a un simple haz de funciones. Ahora el psiquiatra vienés no acepta que el ser humano se vea necesariamente arrastrado por los instintos, porque *tiene*, pero no *es* una realidad instintiva. Es entonces ese carácter espiritual el que hace no que se oponga al mundo, sino que le hace tomar postura frente al mundo, lo obliga a asumir un comportamiento y a descartar otros. Es libre porque adopta esa postura, porque decide asumir un comportamiento.

Porque la afirmación de los instintos no va en contra de la libertad, sino que presupone la libertad para decir *no*, porque *realmente no puedo afirmar algo sin que se me hubiera dado antes también la libertad de negarlo* (LAE, 94).

Tampoco la genética obliga al ser humano a que obre de una u otra manera. Una vez más, la capacidad de obrar o no libremente está en manos del hombre. Frankl recurre a un curioso ejemplo del que había hablado otro autor, Johannes Lange. De dos gemelos monocigóticos uno de ellos llegó a ser un inteligente criminal, mientras que el otro por su parte fue un inteligente criminólogo. La inteligencia puede ser heredada, pero llegar a ser un criminal o un criminólogo depende de la actitud que asuma la persona. La herencia es como las piedras con las que un constructor puede o no llevar a cabo una obra.

Igualmente no es posible decir que el carácter obligue a actuar de una determinada manera. Señala que puedo saber cómo se comportará alguien ante una determinada situación según la predisposición de su carácter. Pero nunca podré afirmar con absoluta seguridad cómo se comportará definitivamente, porque *el ser humano no actúa en última instancia desde su carácter, sino que su persona toma postura frente a todo y también frente a su carácter* (HD, 177). Es decir, como persona, el ser humano tiene carácter, pero frente a él, puede optar por la libertad. Lo decisivo entonces es:

“siempre la toma de postura de la persona. La persona (espiritual) decide en *última instancia* sobre el carácter (psíquico), y en este sentido cabe afirmar que el hombre decide en definitiva sobre sí mismo (el hecho de que no siempre lleve a efecto esta capacidad no altera la validez fundamental de la afirmación)” (Íbid.).

Forma parte de nuestra existencia, de la realidad en la que nos movemos, el carácter, frente al cual se puede también o no ser libre. Si todo el *de qué* de la libertad demanda al mismo tiempo un *para qué*, lo mismo sucede con la *libertad del carácter*. Por lo tanto, *la libertad de la persona no sólo es una libertad de carácter, sino también una libertad para la personalidad* (Íbid.)

Somos libres para optar por ser o no de otro modo, y para ello juega un papel importante la orientación a través del sentido y de los valores. El hombre *se decide* y ello conduce a la autodecisión. Por ello, además de las consecuencias que se pueden derivar de nuestros actos, y de las que evidentemente somos responsables, vamos configurando nuestro destino y la persona que somos configura también el carácter que posee, se perfila la personalidad en la que me convierto. Esto significa que actúo de forma coherente con lo que soy al mismo tiempo que *me transformo en consonancia con lo que actúo* (Íbid.).

Una noche, Frankl tuvo un sueño en el que él mismo se veía involucrado. A través de este sueño, es posible ver hasta dónde llegaba su vocación. Recordaba que veía filas de pacientes psicóticos conducidos a la cámara de gas. Él mismo se dejaba llevar por *compasión tan grande* que estaba dispuesto a ir con ellos:

“Pero sentí que yo debía hacer algo distinto; a saber, trabajar como psicoterapeuta en un campo de concentración para brindar apoyo espiritual a los prisioneros, lo cual tendría incomparablemente más sentido que ser sólo un psiquiatra en Manhattan” (VFB, 78).

Así, el hombre se puede definir como aquel que se enfrenta continuamente a situaciones que pueden ser al mismo tiempo retos o posibilidades, que son llamadas a las que se puede o no responder. Es pues, algo más que cuerpo y alma, es un ser espiritual, es persona. Por ello es libre *de* lo psicofísico y *para* realizar valores, de modo que lucha tanto por mantenerse vivo como por lograr un contenido en su vida que le dé sentido. Pero también nos decía Frankl que es responsable. Vamos a ver en qué consiste esto.

- d) Como ya hemos visto en líneas anteriores, Frankl insiste en que el ser humano es responsable de la actitud que quiera tomar ante una enfermedad o una situación de dolor y sufrimiento. A su juicio, el análisis existencial se diferencia de la filosofía existencial y más en

concreto del existencialismo francés, al considerar al ser humano como responsable, orientado hacia unos valores y un sentido.

Vuelve a distanciarse de la postura reduccionista de la psicología que sostiene que lo que mueve al hombre es el placer o los instintos. Para Frankl en realidad no es este el principio en el que se ha de centrar. El placer es un objeto de intención, y cuanto más se quiere lograr, menos se consigue o no resulta lo esperado cuando lo tiene. Igualmente, cuanto más lo busca como solución ante el sufrimiento y el dolor, más cae en el desagrado. En realidad para Frankl, en el análisis existencial, aquello hacia lo que el ser humano tiende es hacia el logos, hacia algo que posea un valor que contribuya a dar con un sentido. Por ello habla *del qué* de la responsabilidad.

También la responsabilidad se orienta hacia un *ante qué* y hacia un *ante quién*, es decir, se es responsable ante algo que es la conciencia y también ante otra persona pero también ante Dios. Aquí no se entiende a Dios como una figura o desde la teología. No es un símbolo ni una imagen, sino que está unido a esa religiosidad inconsciente de todo ser humano. En realidad es como un testigo, como un compañero con el que se puede dialogar, alguien a quien dirigirse, o quizá incluso, como ya sabemos, el silencioso espectador que no sabemos a ciencia cierta si está o no en el patio de butacas observando nuestra actuación porque las luces del escenario provocan una sensación de oscuridad más allá de ellas.

2º.- El Análisis existencial frente al vacío existencial

Viktor Frankl situó el análisis existencial como herramienta para abordar la neurosis. Es posible detectar cuatro síntomas que anuncian su aparición. Uno de ellos es la actitud que considera que existen amenazas como la bomba atómica que en cualquier momento pueden destruir la vida del ser humano

sobre el planeta. La segunda es una actitud fatalista, por la cual el hombre considera que todo está perdido de antemano y no hay necesidad alguna de tomar las riendas de la propia vida. Ambas se manifiestan de forma colectiva, mientras que en tercer lugar, no se es capaz de comprender a la persona ni a sí mismo. Por último aparece el fanatismo, que hace que se ignore a quien no piensa de la misma manera. Para Frankl estos cuatro síntomas de neurosis colectivas se reducen a uno solo: la huida ante la responsabilidad, sentir miedo a la libertad. Sin embargo, aunque la responsabilidad y la libertad dan forma a lo espiritual del hombre, éste está cansado de esa parte. Al renunciar a ella facilita el paso al nihilismo de nuestros días.

Por otra parte, aunque en un tiempo los conflictos venían por el sentimiento de inferioridad, ahora lo que acontece es el sufrimiento no por valer menos que otros, sino por no poder dar con un sentido en la propia vida. Así, tanto las neurosis colectivas en general como esa falta de sentido provocan lo que Viktor Frankl denominó *vacío existencial* (LAE, 124-130).

Esta situación aparece por la pérdida de los instintos y de la tradición. No siempre se manifiesta, ya que en ocasiones permanece oculta bajo una intensa actividad laboral o social por ejemplo. La progresiva industrialización ha llevado a más tiempo libre disponible, por lo que no hay sólo un tiempo libre de cargas, de labores, o de compromisos, sino que también hay un tiempo libre para hacer o no algo. Pero el hombre que se encuentra ante una situación de vacío o lo que es lo mismo, de frustración existencial, no sabe cómo manejar esta situación, en qué emplear ese tiempo, de modo que se ve asediado por el aburrimiento. Es la sensación angustiosa que invade el fin de semana, los festivos, en vacaciones o al terminar la jornada laboral. Pero también al final de la vida, en la vejez o en una situación de enfermedad el ser humano ha de hacer frente a la cuestión de para qué vale su vida, qué hacer con su existencia. Como señala el autor, cuántas veces

se enfrenta el profesional a la cuestión que le plantea el paciente de qué sentido tiene que siga aquí si ya no puede hacer nada.

Sin embargo, a pesar de que pueda parecer contradictorio, dudar del sentido de la vida no es nada patológico, no es ninguna enfermedad, porque:

“la duda de o la lucha por un sentido de la existencia, la preocupación por la realización del sentido de la existencia humana en el mayor grado posible no es en absoluto enfermizo por antonomasia, es lo más humano que se pueda imaginar y sería caer en un patologismo si se pretendiese desnaturalizar y degradar esta realidad más humana a una realidad simplemente humana, es decir, a una debilidad, a una enfermedad, a una neurosis, a un complejo” (LAE, 127).

Si no es nada patológico y no hay razón para que surja una enfermedad, ¿qué se puede hacer ante una situación de vacío existencial? ¿Qué encierra una actitud de este tipo? La respuesta de Frankl es que el ser humano tiende siempre hacia la voluntad de sentido, a lograr dar un sentido a su vida en los momentos en que parece que las riendas las ha tomado la frustración existencial. El papel de la logoterapia aquí es hacer salir a la superficie posibilidades que están latentes para lograr dar con el sentido, posibilidades y también valores. Frankl señala que mientras que Darwin señaló la lucha por la supervivencia y Kropotkin la ayuda mutua, el análisis existencial *aborda la lucha del hombre en torno a un sentido y no sólo al sentido del sufrimiento, sino también de la vida en general, de la existencia* (HD, 214).

En el caso del médico que se ha de enfrentar al paciente que le pregunta por el sentido de su sufrimiento, no quiere hacer frente a este reto, y se centra en buscar una solución a nivel somático o psíquico. Se puede ver que esto sucede cuando se le da al paciente un tranquilizante para *ahogar la necesidad metafísica del paciente con un cóctel atarácico* (FAL, 24.) En el caso del psicologismo se huye igualmente de lo espiritual para centrarse sólo en lo psíquico. Pero la verdad se mantiene siempre intacta, porque $2 \times 2 = 4$, tanto si lo dice una persona sana como un paciente psicótico. Así, igual que existe la verdad

a pesar de la enfermedad, también existe el sufrimiento aunque no haya problema alguno de salud.

No obstante, Frankl va más allá, y sostiene que esto no sólo es tarea del médico. El análisis existencial no es una terapia de neurosis, y por lo tanto incluye e *interesa de la misma forma al filósofo, al teólogo y al psicólogo; pues éstos se deben ocupar en la misma medida que el médico de la duda sobre el sentido de la existencia* (LAE, 129). La logoterapia actúa como cura de almas médica en tanto que terapia específica. Pero aquí el análisis existencial supera los límites propiamente médicos. ¿Qué implica esto? Como estamos viendo, aunque no dicte un tratamiento médico, puede ser una medida de salvación, de resultados extraordinarios en situaciones difíciles como cautividad en tiempo de guerra o en campos de concentración, de aislamiento, de enfermedad, de carencia..., que pueden conducir no a una enfermedad sino al suicidio. Lo que se pretende es apelar a la voluntad de vivir y que esa vida, independientemente de la cantidad de tiempo que le quede, sea de calidad y con sentido.

Esto es, el análisis existencial ha de apelar a la voluntad de sentido si quiere lograr el propósito de hacer que el hombre sea capaz de sufrir en situaciones límite, en aquellas en las que no hay modo alguno hacerlas más soportables. Aquí se ve la tarea del Análisis Existencial al colaborar en la búsqueda de sentido. No se puede olvidar que ese sentido es personal y depende de la situación. Por ello nos recuerda Frankl que la logoterapia no fuerza al paciente a compartir el sentido que le puede ofrecer quien está junto a él, sino que más bien es orientarlo para que lo pueda descubrir por sí mismo. Porque dar el sentido significaría moralizar, y ésta no es la tarea de la logoterapia. Siguiendo esta línea, previó que llegaría un momento en que la moral dejaría de serla tal y como la conocemos en el sentido tradicional y perderá su vigencia. ¿Significa esto que está todo perdido y que nos veremos envueltos en el caos? En absoluto es esto de lo que está hablando aquí el autor. Hace referencia no a *moralizar* más, sino a

ontologizar la moral (HD, 18) Es decir, lo que consideramos como bueno o malo no será siguiendo el patrón de aquello que debemos o no hacer, sino que más bien estimaremos que es bueno aquello que contribuye al cumplimiento del sentido que nos viene exigido por la existencia y al mismo tiempo quedará como malo aquello que impida que se logre ese cumplimiento. La moral no debe sólo ontologizarse sino también existencializarse. Es decir, no sólo hemos de enseñar valores, sino que hemos de vivirlos en nuestro día a día. No podemos decirle a los demás cuáles son los que han de seguir en su camino. Pues:

“la respuesta al problema del sentido final del sufrimiento humano, de la vida humana, no puede ser intelectual, sino sólo existencial: no contestamos con palabras, sino que toda nuestra experiencia es nuestra respuesta” (VS, 32).

Cuando el médico se encuentra ante un paciente que expresa la sensación de que todo lo ha invadido el vacío existencial, surge la oportunidad de lo que Viktor Frankl denominó *pastoral médica* (AVE, 101-107; IPH, 118 o *cura de almas médica* (TTN, 86, 251-259; PID, 96-107). Pasamos entonces a conocer otra posibilidad del análisis existencial, la cura médica de almas.

3°.- Análisis existencial como cura médica de almas o patodicea metaclínica.

En la obra gracias a la cual Viktor Frankl alcanzó el grado de doctor en Filosofía, *La presencia ignorada de Dios*, aparece la cuestión de la cura de almas médica (PID, 96-105). En otra de sus obras, *La voluntad de sentido*, habla de *Asistencia médica y sacerdotal del alma*, (VS, 77-81) mientras que en *Ante el vacío existencial* (AVE, 101-107), habla de *Pastoral médica*. Como vamos a ver a continuación, tanto esta cura de almas en el ámbito médico como en el sacerdotal son tareas paralelas. Ninguna depende de la otra para obrar, ni entra en el ámbito de la otra para decir qué ha de hacer. Tampoco están ni la psicoterapia ni la religión una al servicio de la otra. En lo que coinciden tanto la cura de almas

médica como la sacerdotal es en lograr una seguridad y un anclaje espiritual que faciliten el equilibrio psíquico.

A pesar de las distintas denominaciones, se refiere a una tarea que generalmente queda excluida de las tareas propias de la profesión sanitaria: atender el sufrimiento espiritual. La logoterapia puede tener un área muy concreta de aplicación, pero también puede estar presente en áreas más amplias, como es el caso del que estamos hablando ahora. No es una terapéutica que sólo pueda poner en práctica el psiquiatra, sino que también el médico, el cirujano, el especialista..., se encuentran ante casos inoperables, que no tienen solución, a los que no se les puede ofrecer una salida positiva. El oncólogo se encuentra con carcinomas que obligan a amputar, el geriatra con personas con total dependencia, el ortopedista con deformaciones, o el ginecólogo con mujeres que no pueden concebir. En todos los casos hay un destino cargado de sufrimiento inevitable.

Mientras el *homo faber* construye su propia vida basándose en dos puntos, el éxito y el fracaso, otro *homo*, el que Frankl denomina *homo patiens*, no cuenta con esas categorías porque la plenitud y la desesperación son los dos elementos principales en su vida. Pero hay algo que hace que, contrariamente a lo que sucede en la vida diaria, ese *homo patiens* posea una superioridad dimensional. A pesar de las dificultades, puede lograr la plenitud en su vida. El concepto de éxito que posee el *homo faber*, le hace ver que el éxito del *homo patiens* es un absurdo a pesar de que la vida haya arrebatado la posibilidad de realizar su existencia, esto es, el cumplimiento de un sentido a pesar del sufrimiento. Es decir, *a los ojos del homo faber el triunfo del homo patiens tiene que parecer un sentido y un escándalo* (LAE, 143).

Aquí es donde adquiere relevancia la figura del *medicus humanus*. No sólo ha de atender al hombre doliente como médico, sino también como algo que les es común: es un ser humano. El médico que se centre sólo en su dimensión de

científico y se olvide de la de ser humano, *podrá amputar con ayuda de la ciencia una pierna* (TTN, 257). Pero puede que antes de la operación encuentre que aquel a quien debía atender no está con el cirujano, con el *primarius*, sino con el forense en la sala de autopsias porque se ha suicidado ante la terrible situación que se derivaría tras la intervención. Ese médico forense, dice Frankl, es el *ultimarius*, el último médico que debería ver al paciente (Íbid.).

El médico también ha de velar por el consuelo del alma del paciente.

En otras palabras:

“Cura médica de almas no es otra cosa que el intento de una técnica de esta humanidad del médico. Y tal vez es la técnica de la humanidad la que puede preservarnos de la inhumanidad de la técnica, que se advierte también en el ámbito de una medicina tecnificada y que ha conducido a experimentos con cautivos y reclusos” (TTN, 258).

La cura de almas médica tiene también otro objetivo a parte del de atender el sufrimiento de quien atraviesa una experiencia difícil. También aspira a que los médicos, entre los que se incluye él mismo, se separen definitivamente de la imagen ya caduca del ser humano compuesto por el *aparato* y el *mecanismo* de la psique, que se puede reparar cuando está enferma al igual que se repara una máquina. Quien obra así es el *médecin technicien* que ve a quien atiende no como un ser humano sino como *homme machine*. En cambio:

“el *medicus humanus* percibe al *homo patiens* detrás de la enfermedad, al hombre que sufre. Y percibe lo *humanissimum*: la voluntad de sentido, la lucha por el sentido, que no se detiene ni tampoco debe detenerse ante el sufrimiento; pues tenemos que distinguir entre sufrimiento y desesperación. Un sufrimiento, una enfermedad puede ser incurable; pero el paciente sólo desespera en el momento en que ya no puede ver un sentido a su sufrimiento. La tarea de la cura de almas médica consiste en hacer emerger un sentido” (LAE, 256).

La cura de almas médica es necesaria cuando la psicoterapia ya no es posible. No busca rehabilitar al enfermo, no busca lograr que restablezca la salud perdida o las capacidades mermadas, busca más bien apoyar al paciente para que logre saber soportar su sufrimiento sin verse vencido por el vacío existencial y la desesperación.

4°.- Logoterapia como terapia específica de neurosis noógenas

Aun siendo algo propiamente humano, la búsqueda de sentido no es algo patológico. Lo que sí puede derivar en un problema es la frustración por no hallarlo. No siempre acaba convirtiéndose en una neurosis, pero en ocasiones puede derivar en ella. Y a la inversa, también puede darse el caso de que una neurosis surja a raíz de una frustración existencial, como por ejemplo en momentos de desesperación o de duda respecto al sentido de la propia existencia. No obstante suelen ser pocas veces. Es posible, pues, que las neurosis no tengan como punto de partida el ámbito de lo psíquico, sino el noológico, es decir, espiritual. Así, señala Frankl:

“hablamos de neurósis noógenas en los casos en que, en última instancia, un problema espiritual, un conflicto moral o una crisis de la existencia se basan etiológicamente en la neurosis correspondiente” (LAE, 156).

Este autor advierte que es sumamente necesario evitar incurrir en otro peligro: el noologismo, que consiste en reducir el desarrollo de la existencia del ser humano sólo a la dimensión espiritual. En este caso, se diagnostica cualquier neurosis como neurosis noógena. De la misma manera, es una equivocación, tal y como le sucede al patologismo, afirmar que cualquier frustración existencial es sinónimo de neurosis. Es decir, no toda neurosis tiene como razón de ser un conflicto de conciencia o un problema de valores. Estas neurosis son enfermedades que *provienen del espíritu*, pero no por ello son enfermedades que se pueden localizar en *el espíritu*.

Frankl también evita otra confusión, ya que como estamos viendo, no puede hablarse de *noosis*. Lo espiritual por sí mismo no puede ser causa de enfermedad porque aquello que puede presentar una patología es el cuerpo o la mente, pero no el espíritu:

“La neurosis no es una enfermedad noética, una enfermedad espiritual, una enfermedad del hombre únicamente en su espiritualidad; sino que siempre es la enfermedad de un hombre en su unidad y en su totalidad. Así mismo resulta de todo lo dicho que hay que preferir la designación de neurosis noógenas al término de neurosis existenciales: existencial sólo puede ser propiamente una frustración; ésta, sin embargo, no es una neurosis, ni siquiera es algo patológico” (LAE, 159).

El ser humano es un ser fundamentalmente espiritual, pero su esencia no deja de ser finita. Por lo tanto, en su día a día es un ser condicionado, por lo que no es posible recurrir a la parte espiritual para evitar esos desafíos ni puede imponerse a la parte psicofísica. La responsabilidad siempre recae sobre el mismo ser humano. En aquellos casos en los que intervenga la logoterapia, será como logoterapia espiritual, y lo hará para orientar al paciente, nunca para evitarle esa tarea de búsqueda de sentido. Porque ella misma no se olvida ni de lo biológico ni de lo fisiológico. Lo que pretende es una cosa:

“a saber, que al tratar lo fisiológico y lo psicológico no se olvida de lo noológico. Cuando se construye una casa y al final el encargado de colocar las tejas inicia su trabajo, nadie le reprochará si no se preocupa por el sótano” (LAE, 192).

5°.- Logoterapia como terapia no específica

Como logoterapia no específica, Viktor Frankl situó aquí dos técnicas orientadas a la superación de dos tipos de neurosis, las neurosis de ansiedad y las denominadas neurosis obsesivo-compulsivas. En el primer caso, la ansiedad viene provocada por la huida de aquello que provoca miedo, con lo cual, el paciente siempre se ve situado frente a aquello que le provoca ese malestar. En el segundo caso, aquello que el paciente quiere reprimir son las obsesiones que lo presionan constantemente. Lo que diferencia a ambas es que mientras que en el primer caso el sujeto quiere huir de lo que desencadena esa neurosis, en el segundo es por el contrario, el enfrentamiento ante la obsesión. Las dos vías que planteó Frankl para atender estos casos fueron la intención paradójica y la derreflexión.

La intención paradójica consiste en romper los mecanismos cíclicos de neurosis obsesivas. Frankl señala que hay que tener en cuenta que el paciente

neurótico ansioso tiene miedo de lo que le pueda ocurrir, mientras que en el caso del paciente obsesivo, el miedo es a lo que él mismo pueda llegar a hacer. En ambas situaciones se busca huir de la ansiedad y luchar contra la obsesión. Podemos tomar como ejemplo una situación conocida: querer dormir. El cansancio se acumula tras una larga e intensa jornada, deseamos descansar y ansiamos entrar en un profundo sueño. Pero en lugar de conseguirlo, estamos cada vez más despiertos, por lo que centramos toda nuestra atención en dormirnos. Sin embargo, lejos de conseguirlo, pasan los minutos sin alcanzar nuestro objetivo. La aplicación de esta técnica consiste en plantearse no querer dormir, sino por el contrario mantenerse despierto, sobre todo cuando empiece a costar mantener los ojos abiertos.

En el segundo caso, la derreflexión quiere decir *ignorarse a sí mismo*, es hacer frente a un exceso de atención. Sólo es posible ignorar algo cuando obramos dejando de lado ese algo y estamos orientados hacia algo diferente de lo que preocupa. Por ejemplo, un deportista que tenga que presentarse a una competición por la que ha estado entrenando duramente no ha de pensar en el éxito, sino sólo en la competición, no ha de centrarse ni en sí mismo ni en el resultado sino en el proceso.

4.4.2.- *Religiosidad inconsciente*

Otro de los aspectos del ser humano al que Frankl dedicó su atención fue al hecho de la religiosidad. ¿Cómo puede hablar de esta cuestión un médico psiquiatra que además era judío? En primer lugar hemos de decir que Viktor Frankl siempre demostró un talante y disposición innegables al diálogo y al encuentro con todos los que quisieran que así fuera. Por ejemplo, él mismo recordaba con afecto y admiración al Papa Pablo VI, quien recibió en audiencia a Frankl y a su esposa Elly. De este encuentro, nuestro autor recordaba que el Sumo Pontífice les había saludado en alemán y a continuación se expresó en italiano,

traduciendo una tercera persona la admiración que Pablo VI sentía por la Logoterapia. Pensaba que era necesaria *no sólo para la Iglesia Católica, sino para toda la humanidad* (LEL, 115). También apreció la lucha y el coraje de su interlocutor como prisionero de los campos de concentración. Pero sería, a un Frankl sorprendido y emocionado, *al neurólogo judío de Viena*, a quien textualmente pidió cuando ya había finalizado la audiencia: “*¡Por favor, rece por mí!*” (Íbid.).

En 1949 Frankl obtuvo un segundo doctorado, esta vez en Filosofía, cuyo título sería también el que aparecería en una de sus conocidas obras: *La presencia ignorada de Dios*. Esta tesis sirvió para que en un momento dado, al igual que en otras ocasiones, su autor mostrara la importancia de la filosofía así como del humor, porque sintiéndose autorizado para hablar también de esta disciplina, reconoció que:

“estoy doctorado no sólo en medicina, sino también en filosofía, aunque por lo común lo *oculto*. Pues conozco a mis colegas vieneses y sé que ninguno diría que Frankl es un doble doctor: todos dirían que sólo es medio médico” (VFB, 99).

Volviendo a la cuestión de la religiosidad en Frankl, este nunca habló abiertamente de cómo vivía su fe. Jamás ocultó sus raíces judías, pero lo que sí procuró mantener al margen fue la vivencia personal e íntima de su religiosidad. ¿Por qué esta postura? ¿Quería ocultar algo? ¿Sentía que no era correcto hablar de estas cuestiones? ¿Consideraba que como médico psiquiatra la religiosidad no debía formar parte de esta disciplina? Para Frankl, las confesiones religiosas no poseen la importancia que muchas veces se les otorga ya que en realidad aquello que lo conmueve es la religiosidad auténtica de los hombres auténticos, y le incomodaba enormemente y veía como un daño la moda de denostarla porque era como arrastrarla por el barro.

Frankl se expresó muy pocas veces de forma abierta sobre su fe. Para él era algo muy íntimo y personal, algo que no quería que trascendiera más allá de su esfera cotidiana para que no empañara sus ideas. Porque lo realmente importante es la fe que los demás desconocen que tenemos, la que queda como algo confidencial, la que no se manifiesta de palabra y en voz alta porque se irradia desde lo más profundo de nuestro ser. Alfried Längle, discípulo que recibió el manuscrito autobiográfico de Frankl, no dudaba que nuestro autor fuera profundamente creyente y su actitud de mantener esto al margen de su actividad profesional y su vida personal se debió a que su maestro sentía que se perdía la conexión única que se da entre Dios y el hombre que reza cuando ese acto, por ejemplo, es grabado bajo la potente luz de un foco. Para comprender mejor esto, nos legó una preciosa metáfora. El ser humano es como el actor que está en el escenario y no sabe si hay alguien viéndolo. Las luces lo deslumbran, pero sigue actuando. En la vida cotidiana sucede lo mismo. Aquello que nos rodea puede brillar y en ocasiones cegarnos, pero no por eso dejamos de actuar.

De lo que también fue muy consciente fue que la religiosidad en el ser humano no es algo inconsciente. En *El hombre en busca del sentido último*, sostiene que se puede decir que es religión genuina aquella que es existencial, cuando la persona escoge sin presión de ningún tipo ser religiosa. Y además saldrá a la luz de manera espontánea, ya que *el hombre no debe llegar a su religiosidad genuina dejándose llevar por sus instintos, ni tampoco empujado por su psiquiatra* (HBSU, 96).

Sin embargo, la manifestación de religiosidad de un paciente no ha de ser ignorada por el profesional que lo atiende. Si él mismo es también una persona creyente, sabrá mejor que nadie que incluso en el caso contrario, es decir, aunque el paciente se muestre abiertamente no creyente, siempre cabe la posibilidad de que acabe por manifestarse un sentimiento religioso, porque todos los seres humanos poseen a juicio de Frankl una creencia inconsciente en Dios.

En el caso de que el psiquiatra sea no creyente, no puede manipular los sentimientos religiosos como una herramienta más en el tratamiento, como lo son las pastillas, el *electro-shock* o las inyecciones, porque *eso sería como desprestigiar y degradar la religión devaluándola al papel de un simple mecanismo para mejorar la salud mental* (HBSU, 99).

La religión es una cosa y la práctica de la psicoterapia otra. Nosotros añadimos que también la práctica en este caso ligada al ámbito sanitario, ha de ser independiente de la religión, porque:

“no es una póliza de seguros para conseguir una vida tranquila o para vivir con el máximo de libertad los conflictos, o cualquier otro objetivo higiénico. La religión proporciona al hombre mucho más de lo que podría ofrecer la psicoterapia, pero también exige más de él” (Íbid.).

Esto que acabamos de ver es lo que Frankl expresó en torno a la cuestión de la relación entre psicoterapia y religión. Pero estamos viendo que en muchas ocasiones habla de religiosidad inconsciente y que su tesis doctoral en filosofía y una de sus obras lleva por título *El Dios inconsciente*. ¿A qué figura de Dios se refiere aquí Frankl? No significa que Dios sea inconsciente de sí mismo. Es el Dios que habita en todo ser humano, según Frankl, aunque el hombre no lo sepa. Ya en los *Salmos*, nos recuerda este autor, hay una referencia al *Dios oculto*, y los griegos dedicaron un altar al *Dios desconocido*.

Sin embargo, ese concepto de *Dios inconsciente* no se ha de interpretar desde una visión panteísta que ve a este Dios como aquel que “está dentro de nosotros”, que habita en nuestro inconsciente, no es divino ni significa que ese conocimiento inconsciente que tenemos de Dios suponga que sea un conocimiento que sobrepasa al consciente. Tampoco es correcta para Frankl la interpretación que hizo Jung, ya que aunque a su juicio acertó al hablar de elementos claramente religiosos en el inconsciente del ser humano, se equivocó al no saber situar *al Dios inconsciente en la región personal y existencial* (HBSU,

85), debido a que estaba situado en una zona en la que no tenía cabida la opción de la decisión personal. Para Viktor Frankl no son esos arquetipos de los que hablaba Jung los que ayudan al ser humano en los momentos en los que aflora la religiosidad, sino que más bien son:

“las oraciones de nuestros padres, los ritos de nuestras iglesias y sinagogas, las revelaciones de nuestros profetas y los ejemplos dejados por nuestros santos y zaddiks. La cultura ofrece suficientes modelos tradicionales para que el hombre se rodee de una religión viva; no hay que inventarse a Dios. Por otro lado, tampoco hay que cargar con Dios, concibiéndolo como un arquetipo innato” (HBSU, 88-89).

En una nota a pie de página (HBSU, 88), recuerda que en su obra *El hombre en busca de sentido* había hablado de esta cuestión, teniendo para ello como punto de arranque las experiencias de los campos de concentración que en aquel entonces eran tan recientes. Pudo comprobar que el sentimiento de religiosidad brotaba cuando cualquiera de los que allí estaban *hablaba a Dios*, porque en realidad se trata de esto más que hablar *de* Dios. Y el modo en que lo hacían no era a través de grandes palabras y gestos, sino a través de oraciones o servicios religiosos que se improvisaban en cualquier lugar o momento, por ejemplo a la vuelta de una dura jornada de trabajo, helados, cansados y agotados, en el rincón de un barracón o en un camión donde se había transportado antes ganado.

4.5.- Finitud y sentido de la vida

Sabemos que un día u otro moriremos. Pero compartimos que por regla general, no queremos recordarlo. Como nos decía Miguel de Unamuno:

“en una palabra, que con razón, sin razón o contra ella, no me da la gana de morirme. Y cuando al fin me muera, si es del todo, no me habré muerto yo, esto es, no me habré dejado morir, sino que

me habrá matado el destino humano. Como no llegue a perder la cabeza, o mejor aun que la cabeza, el corazón, yo no dimito de la vida; se me destituirá de ella.”⁵⁷

Como señala Julián Marías en *La felicidad humana*⁵⁸, hubo un tiempo en que aquellos cuya posición económica se lo permitía, contaban con un médico. Pero en realidad la mortandad era mayor en estos casos, porque no sería hasta finales del siglo XVIII cuando la medicina empezó a obtener más éxitos que fracasos. Ahora nos encontramos con que ese avance ha llevado a ver la muerte como algo que ha de llegar, pero que se evita en la medida de lo posible, se desea a toda costa que la vida continúe, y *se cree que casi todo es curable, de modo que toda muerte nos parece en cierto modo violenta*. ¿Por qué, si sabemos que es inherente al ser humano ser mortal, seguimos considerando la muerte como algo de lo que es mejor no hablar? Páginas más adelante, el propio Marías nos da una respuesta: porque la muerte se cierne sobre la felicidad del ser humano, *pero más aún sobre su realidad inmediata, sobre la posibilidad de su proyección y su expectativa*.⁵⁹

Somos seres finitos y mortales, por lo que la *estructura empírica* del ser humano tal y como la denomina Marías, es la de una estructura cerrada que ha de encontrarse al final con la muerte. *El hombre es mortal, pero no sólo en el sentido de que puede morir, sino que tiene que morir: es moriturus*.⁶⁰ De entrada esto parece que nos condena a no poder sentir nada más que indiferencia ante lo que nos rodea y que es casi nulo el sentido de nuestra propia vida y de la muerte. Si el desarrollo de los acontecimientos es que comience la vida con la concepción de un nuevo ser humano y ha de acabar con su fallecimiento, ¿de qué sirve estar aquí?

⁵⁷ UNAMUNO M. DE., *Del sentimiento trágico de la vida: en los hombres y en los pueblos*. Espasa Calpe. Madrid, 1980, pág., 125.

⁵⁸ MARIAS, J., *La felicidad humana*. Alianza Editorial. Madrid, pág., 228.

⁵⁹ Op. Cit., 320.

⁶⁰ Op. Cit., 321.

Este planteamiento es una visión cerrada de la propia existencia. Porque falta el otro punto de vista, el de la vida no sólo en tanto que biológica sino también biográfica, que cuenta con otra posibilidad que hace que sea abierta. La vida del ser humano es finita, pero esto no supone impedimento alguno para que quepa el poder de proyección. Esa estructura cerrada de la que acabamos de hablar, nos impide proyectar más allá del tiempo que la biología permite que estemos vivos. Pero biográficamente no hay límite para ello. Así lo sintetiza Marías: *el hombre tiene que morir, pero la vida es una estructura abierta que postula la inmortalidad.*⁶¹

Ante estas situaciones queda la responsabilidad de decidir qué actitud seguir, de qué modo afrontar un destino inevitable, cómo lograr hallar no sólo un sentido, sino también un último sentido.

4.5.1.- Tres categorías de valores

La posibilidad de hallar un sentido a la vida está siempre muy cerca de nosotros. No hay sólo una voluntad de poder o de placer, sino que también contamos con una voluntad de sentido. Las vías gracias a las cuales podemos alcanzar el sentido en nuestras vidas mediante tres valores. En primer lugar contamos con los valores creativos, que son los que permiten que contribuyamos a dar forma al mundo. Para ello necesitamos del talento. En segundo lugar aparecen los vivenciales, que hacen que podamos vivir la belleza, siendo el requisito en este caso querer disfrutar por ejemplo, de una composición musical. La última forma de estos valores son los actitudinales. Esta *realización de valores consiste en padecer, en el sufrimiento del ser, del destino* (HD, 249).

⁶¹Op. Cit., pág., 322.

Si en los otros tipos de valores nos bastan los órganos físicos, no sucede lo mismo en este último caso:

“el hombre no “*posee*” esa capacidad; nadie se la puso en la cuna; se poseen órganos y se puede poseer talento, pero la capacidad de sufrimiento debe adquirirla el hombre por sí mismo; tiene que padecerla primero para sí” (HD, 250).

4.5.2.- *Tríada trágica*

En muchas ocasiones el ser humano crea sus propias circunstancias, vive conforme las pautas que persigue, aquellas que más anhela y acaba triunfando. Pero en otras ocasiones los logros se ven truncados por un la pérdida del trabajo y todas las consecuencias que se derivan, el fallecimiento de un ser amado, la aparición de una discapacidad física o psíquica que hace que otros dependan de nosotros o viceversa. Esta capacidad de sufrimiento y de logro al mismo tiempo es propia de todos los seres humanos, inclusive de aquellos que padecen el estigma de lo que se denomina “enfermedad mental”, porque la enfermedad no destruye a la persona, sino que sólo disminuye la posibilidad de comunicarse con los demás, permaneciendo a salvo en todo momento el núcleo de la persona.

Frankl presentó los momentos en los que todo escapa a nuestro control y nos vemos enfrentados a dificultades como *la tríada trágica: dolor, culpa y muerte*. Así la define:

“En efecto, no hay ninguna situación de la vida que realmente carezca de sentido. Esto tiene su origen en que los aspectos aparentemente negativos de la existencia humana, es en especial en la tríada trágica en que se juntan el dolor, la culpa y la muerte, pueden transformarse en algo positivo, en una realización, con sólo afrontarlas con la actitud y la tesitura correctas” (PPM, 332).

Lo que causa la culpa, nos dice este psiquiatra vienés, es irreparable, pero lo que es posible es superarla gracias a una actitud de verdadero arrepentimiento. Respecto al sufrimiento, supone la más importante oportunidad para lograr dar un sentido. Aboga por no dejarse vencer, porque incluso en las

más penosas circunstancias es posible mostrar que la vida tiene un sentido hasta la última exhalación. Aquí es donde entran en juego los valores actitudinales, aquellos que contribuyen a realizar algo valioso dentro de las dificultades.

También ante la muerte es posible hallar un sentido. Con la muerte biológica termina todo proceso físico. Pero la biografía, lo vivido, lo amado y lo sufrido, las decisiones que tomamos y a las que renunciamos, queda intacto, no desaparece con la muerte, permanece siempre intocable el *ser así* de la persona que ha muerto. Cabe preguntarse entonces qué sentido puede tener la vida, que ha de llegar a un fin, a un punto final, qué sentido se le puede dar a una existencia finita y temporal, en la que está presente esa tríada trágica compuesta por el dolor, el sufrimiento y la muerte. Pasaremos a continuación a conocer de qué modo Viktor Frankl respondió a estas cuestiones

4.5.3.- *Sufrimiento y sentido último*

Frankl afirmó que cualquier ser humano, independientemente de su posición económica, formación académica, de las posesiones materiales o grado de salud, puede encontrar un sentido a su existencia. Querer dar un sentido a la vida es uno de los rasgos que más caracterizan al hombre. Sin embargo, es más bien la misma vida quien le interroga. Se es entonces responsable de la respuesta que se ofrece. Esa responsabilidad va unida al carácter único de cada ser humano, ese carácter que nos hace irrepetibles y singulares. A estos dos elementos que nos hacen tan peculiares se suma un tercero: nuestra finitud.

Si nos detenemos un momento veremos que la muerte es vista como aquello que destruye el sentido de la vida. El paso del tiempo, que nadie ni nada puede detener de ninguna manera es visto como algo trágico que sólo conduce a la vejez y al temible final. ¿Puede tener sentido una vida *temporalmente* finita? ¿Es

posible hallar un sentido no sólo al sufrimiento sino también a la muerte? ¿Qué puede aportar la Logoterapia como respuesta a estas cuestiones?

Ese carácter finito y temporal, que se encuentra determinado por la muerte no resta sentido a nuestra vida, sino que por el contrario representa algo fundamental. Nos recuerda que en latín la palabra *finis* posee dos posibles acepciones: la de término y la de meta. Si sólo nos fijamos en la caducidad de la vida, es obvio que no tiene ningún sentido. Pero si consideramos que puede alcanzar una meta, una misión, un reto, un logro..., entonces es más fácil vislumbrar el apoyo espiritual necesario para no caer en el derrotismo. Ese objetivo a perseguir puede ser desde algo que a primera vista pueda resultar simple, como aprender un idioma, hasta un reto mayor, como escalar la montaña más alta. Pero hay desafíos mucho más grandes y que no nos proponemos nosotros sino que vienen dados por situaciones que no podemos evitar.

Por lo que respecta a la enfermedad, aunque Viktor Frankl no asistió a pacientes ante el final de sus vidas del mismo modo que lo hicieron Saunders y Kübler-Ross, sí plasmó en sus obras sus reflexiones sobre de la finitud de la vida, de nuestra temporalidad, de cómo puede el ser humano en cualquier circunstancia meditar sobre el tiempo pasado, las experiencias vividas, lo ganado y lo perdido, sobre lo que queda y lo que dejamos cuando morimos. En palabras del propio Frankl, *¿cómo, entonces, en vista de la esencial transitoriedad de la existencia humana, puede hallar el hombre sentido en la vida?* (PH, 113). Vamos a ver a continuación de qué modo respondió a esta y a las otras cuestiones que acabamos de ver.

4.5.4.- Temporalidad finita

Todo lo que vivimos entra a formar parte del pasado a cada segundo que transcurre, de manera que el pasado se está formando continuamente. Por ello,

no podemos intervenir en él. Es como una clepsidra, nos dice Frankl, que empieza a dejar caer la arena de una parte a otra en el momento de nuestro nacimiento. Nos es imposible girarla e invertir el paso del tiempo. Aquello que nos permite intervenir es el futuro, y ya que todavía no ha llegado, en cierta medida podemos darle una u otra forma.

Para la filosofía existencial, nos dice Frankl, lo importante es el presente a pesar de que pase rápido. Sin embargo, para autores como Platón o San Agustín, el tiempo en el que nos movemos no existe, es una creación de la conciencia del ser humano, y los acontecimientos no se dan de forma lineal, sino que coexisten. Además, lo que realmente existe no es el presente, sino el conjunto del pasado, del presente y del futuro. Aquí la eternidad es *considerada como un mundo tetradimensional, permanente, rígido y predeterminado* (VS, 51). Por lo tanto, si todo “es”, nada se puede cambiar, de modo que todo está fijado de antemano, no cabe ninguna posibilidad, por mínima que sea, de modificar algo.

Sin embargo, para este psiquiatra vienés, la vida es como una película, pero en lugar de estar ya terminada, es como si empezara por primera vez. Esto implica que lo pasado queda asegurado, y lo futuro está abierto, dependiendo así de la responsabilidad del hombre. El tiempo puede ser como un ladrón que se lleva para siempre lo que ya ha transcurrido, pero también es como un depositario fiel que guarda intacto y hace que sea invulnerable nuestro pasado:

“En este aspecto ningún pensamiento grande está condenado a perecer, aunque no llegue a ser conocido, aunque quien lo conciba “descienda con él a la tumba”. Así concebida la cosa, la historia interior de la vida de un hombre, en todo su dramatismo, e incluso en su dolor trágico, no acaecerá nunca *en vano*, aunque no llegue a escribirse ninguna novela que la relate” (PPM, 70).

De ahí que la Logoterapia ofrezca una alternativa a la filosofía existencial. Es evidente que el pasado queda fijado. Todo lo que hemos hecho, las decisiones que hemos tomado en un momento, lo que decidimos no hacer en otro, queda recogido en ese pasado. La Logoterapia ve que hemos decidido de qué

manera obrar. En ese tiempo pasado que en su momento fue un presente, actuamos y obramos gracias a unos valores actitudinales. Por eso, cuando ha pasado ese momento, las posibilidades y las determinaciones dejan de serlo definitivamente.

Por otra parte, la Logoterapia hace frente a la sensación de pesimismo que se puede tener en el presente a través del optimismo del presente y gracias al análisis existencial. Nos ofrece el ejemplo de una persona que arranca la hoja del calendario del día que ha transcurrido. El pesimista, mira al pasado, y lo hace pensando en el día que ya no puede recuperar. El optimista lo hace pensando en que tiene la inmensa alegría de poder contar con uno más. Incluso se vería a salvo de pensar en que su juventud está pasando o ya ha pasado, porque con lo que cuenta ahora es que todo lo pasado queda *“fijado como vivencia”* (VS, 53). Todo es pasajero, pero también es eterno. No somos nosotros quienes lo eternizamos, sino que esto se produce por sí solo. Además:

“Toda nuestra vida, todo lo que obramos, amamos, y sufrimos se registra en el protocolo del Mundo. Se registra y se “conserva” en este protocolo. De manera que no es tal como lo ve un gran filósofo existencialista: que el mundo es como un manuscrito –un manuscrito que además está escrito en caracteres “cifrados “. No, el mundo no es un manuscrito que debemos descifrar (y no podemos), el mundo es más bien un protocolo que debemos dictar” (VS, 55).

Profundizando un poco más en todo esto, Frankl nos dice que todo es transitorio y al mismo tiempo eterno. Todo pasa, el primer amor, los hijos, el tiempo, la propia vida... En el momento en que actuamos, independientemente del modo en que lo hagamos, ese hecho pasa a quedar recogido y plasmado en la eternidad. No depende de nosotros esto último, sólo aquello que escogemos o no asumimos:

“Todo está escrito en el registro eterno: nuestra vida entera, todas nuestras creaciones y actos, encuentros y experiencias, el amor y el sufrimiento. Todo queda contenido, y permanece en el eterno registro” (PH, 121).

En nuestras manos está seleccionar lo que queremos que entre a formar parte de la eternidad. De esta manera, el mundo es un relato que vamos construyendo día a día. Y de este modo, respondemos al mismo tiempo a los interrogantes que la propia vida nos plantea.

Podríamos pensar si es realmente así, porque no sabemos dónde se encuentra ese registro eterno, si es o no posible hallarlo o si en realidad no deja de ser una simple invención de Viktor Frankl. A raíz del caso de una madre que estaba en un grupo de duelo tras la muerte de un hijo de 11 años y que había intentado suicidarse ella misma y provocar la muerte de otro hijo más mayor y dependiente, Frankl preguntó:

“¿Y qué hay del hombre? ¿Están ustedes seguros de que el mundo humano es un punto terminal en la evolución del cosmos? ¿No es concebible que exista la posibilidad de otra dimensión, de un mundo más allá del mundo del hombre, un mundo en el que la pregunta sobre el sentido último del sufrimiento humano obtenga respuesta?” (LAE, 289).

En su caso, aquello que percibe con una claridad meridiana es que cabe la posibilidad de que exista otra dimensión, pero entendiendo esa “*otra dimensión*”, *indicando al mismo tiempo que no podría accederse a ella por vía del intelecto o de la razón* (HBSU, 193), y que además, *escapa a todo enfoque estrictamente científico y donde se halle la respuesta a la pregunta sobre el sentido último del sufrimiento* (LAE, 289).

En una de las muchas entrevistas que concedió Frankl, su interlocutor, Franz Kreuzer, periodista austríaco, además de otras cuestiones, le preguntó si se podría decir que pasamos a la eternidad. La respuesta fue: *sí, se podría decir. Porque la eternidad no es un tiempo que se prolonga hacia el infinito, sino que está por encima del espacio y del tiempo* (EPS, 79).

Esto nos impulsa a seguir con nuestras tareas cotidianas, con nuestro día a día, tanto si es más fácil o más complejo. Es la capacidad de crear pero no de

cara al futuro sino desde este hacia el pasado. Nuestra responsabilidad ante la brevedad del tiempo que podemos vivir hace que escojamos lo que queremos que suceda en el futuro para poder recomponer nuestro pasado. Porque en realidad es el pasado y no el futuro lo que nos ha preocupar. Para poder comprenderlo, Frankl nos habla de los graneros llenos que el granjero contempla con satisfacción *después* del esfuerzo. Quien ha construido su vida sin dejarse condicionar por la finitud de la propia temporalidad, *ve los graneros llenos del pasado*, (LAE, 151), su memoria, no llena de rastros, sino colmada de sentido por la labor que ha llevado a cabo con tesón y paciencia, a pesar de que su obra sea desconocida para los demás, a pesar de que no pase a la posteridad con letras doradas.

Lo que importa es la calidad de la obra, como el escultor que ha de presentar su trabajo. No sabe cuándo deberá mostrarlo, no sabe tampoco para quién es ni el tiempo de que dispone. Lo que cuenta es que independientemente de hasta dónde haya llegado, no haya renunciado en ningún momento a completarla. Nuestra existencia es:

“como un examen sobre nuestra capacidad, en el que no importa tanto que el trabajo llegue a terminarse como que sea valioso. El examinado tiene que estar dispuesto en todo momento a que suene la campana anunciando el final del tiempo puesto a su disposición; lo mismo ocurre en la vida al hombre: en el momento menos pensado puede sonar la voz que lo retire de la escena de los vivos” (PSE, 119).

Vuelve a surgir la cuestión de si puede tener sentido la vida a pesar de su finitud y temporalidad, del sentido último de la vida. Esta es la respuesta que nos da Frankl:

“No juzgamos el valor de una biografía por su *extensión*, por el número de páginas del libro, sino por la riqueza de su contenido. No cabe duda de que la vida heroica de un hombre muerto prematuramente encierra mayor contenido y mayor sentido que la existencia de cualquier filisteo que viva noventa años. Son muchas las sinfonías *incompletas* que figuran entre las más bellas” (PE, 119).

No es pues que el ser humano sea simplemente un ser cuya existencia es caduca y con un final inevitable, sino que es esa finitud la que da sentido a la

existencia, con independencia de la cantidad de tiempo vivido. Nuestra responsabilidad es la de rescatar posibilidades del futuro para llenar nuestros graneros del pasado.

Surge ante nosotros una nueva cuestión, porque ¿qué sucede con la persona que se encuentra próxima al final de su vida y ya no cuenta con un futuro por delante para dar forma a otras creaciones? Frankl nos dice que por una parte, si el hombre logra hacer algo realidad rescatándolo y situándolo en el pasado, entonces *es el hombre el que se convierte a sí mismo en realidad, el que se “crea” a sí mismo*. Por otra parte, llegado el momento de la muerte, es cuando el ser humano se convierte en una realidad, porque *sabemos que el haber existido es la forma más segura de ser* (VS, 57).

También Kreuzer abordó la cuestión de querer borrar el sentido de la muerte de la siguiente manera: *es decir, que una píldora que nos hiciera olvidarnos de la muerte también eliminaría el sentido de nuestra vida* (EPS, 78). Viktor Frankl estaba totalmente de acuerdo con Kreuzer. A su juicio, la consecuencia sería que nos haría inútiles. Nos despojaría de la capacidad de ser responsables y de actuar por nosotros mismos, de la necesidad que tenemos de vivir y aprovechar al máximo nuestro día a día, de lograr poner en juego los valores y las actitudes en cualquier momento. La muerte era para Frankl como la molestia que se siente cuando se está durmiendo profundamente y suena el despertador. Nos sentimos irritados por ese sonido que ha interrumpido lo bien que nos sentíamos. Pero en realidad la tarea del despertador es la de hacernos salir de esa pasividad para recordarnos que tenemos que incorporarnos a nuestra verdadera existencia. Lo mismo le sucede a la persona que se encuentra muy cerca del final de su propia vida, y *¿no nos asustamos también nosotros, los mortales, ante la muerte? ¿No malentendemos nosotros de qué modo la muerte nos despierta a la genuina, verdadera realidad dentro de nosotros?* (VS, 57).

Aunque la mano que nos despierte lo haga con gesto de ternura, no dejamos de sentirla como algo que nos estorba. La muerte también *la sentimos como algo terrible que nos sucede, y apenas sospechamos cuán buena es su intención para con nosotros...* (VS, 58). Por ejemplo, es posible que sea una oportunidad que no se repita para poder crear un sentido. Nos recuerda aquí el autor al sabio Hillel que aparece en el Antiguo Testamento y que hablaba así:

“Si no lo hago yo, ¿quién lo hará? Y si no lo hago ahora, ¿cuándo tendré que hacerlo? Y si lo hago sólo para mí, ¿qué soy yo?” (EPS, 78).

Capítulo 5.

Elisabeth Kübler-Ross. El cuidado en el final de la vida

5.1.- Apunte biográfico

Elisabeth Kübler-Ross nació el 8 de Julio de 1926 en Suiza. Era trilliza, por lo que como ella misma reconocía, desde muy pequeña tuvo que luchar por lograr formarse una identidad propia y que no se le confundiera con sus otras dos hermanas. También tenía otro hermano. Su padre, guarda forestal, y su madre, una imparable ama de casa, vivieron junto a sus cuatro hijos durante varios años en la montaña, en un albergue que regentaban.

El primer contacto con la medicina del que fue consciente se dio cuando su padre la llevó a una carrera de caballos y asentó a su hija pequeña en la hierba mojada de la primavera para que viera mejor el espectáculo. Kübler-Ross se resfrió, lo que poco después se convirtió en pleuresía que acabó derivando en pulmonía. Recordaba de su tiempo de ingreso la frialdad con que la atendió una doctora, la tristeza de estar aislada del resto de las personas y de la dificultad de comunicarse con sus padres a través de un frío cristal.

En estas circunstancias adquirió conocimiento de lo que es la muerte, ya que otra pequeña niña, compañera de habitación falleció durante la noche, aunque lo que le dolió realmente fue la indiferencia con que el personal sanitario advirtió el suceso.

Tiempo después experimentó de nuevo la vivencia de la muerte de una persona próxima a su entorno, la de la hija del médico rural que tenía asignado el pueblo, la pequeña Susy. Recordaba cómo los padres abandonaron el

lugar ante la impotencia y el sufrimiento por la pérdida. Sin embargo, el accidente de un granjero que cayó desde un árbol y que falleció poco después en casa le proporcionó la posibilidad de ver este acontecimiento desde otro ángulo. Muchas personas pudieron acudir a despedirse en persona de este vecino, entre ellas la propia Kübler-Ross. Recordaba los momentos en que pudo hablar con él y despedirse, el sosiego con el que le respondió y la entereza con que la familia atendió sus últimas necesidades. Guardó vivamente en su memoria que no falleció acompañado de muchas personas.

Años más tarde, su padre eligió el destino de dos de las tres hermanas, siendo una de ellas la futura doctora, y que en ese momento todo apuntaba a que iba a ser la administrativa de la empresa en la que trabajaba su padre. Ante la negativa de la joven, la opción que le dio su progenitor fue que trabajase como empleada doméstica, a lo que accedió. Estos fueron para Kübler-Ross los primeros años de sufrimiento de su vida. Finalmente abandonó la casa en la que estaba y regresó a su hogar, donde descubrió que sus padres estaban al tanto de sus penurias y esperaban que su hija cediera en algún momento. Su padre accedió entonces a que trabajara en lo que quería.

Empezó a trabajar en un laboratorio a unos kilómetros de su casa. Sin embargo, el doctor que llevaba dicha empresa se arruinó al haber invertido muchos millones y nuestra doctora se quedó sin trabajo un tiempo, aunque logró ser contratada poco después en el Departamento de Dermatología del Hospital Cantonal de Zurich.

El jefe de Kübler-Ross se había marchado y en su lugar entró un médico polaco, Abraham Weitz. En esos días, huyendo de los horrores de la II Guerra Mundial, entraron en Suiza miles de refugiados. Junto a otros compañeros, Elisabeth Kübler-Ross alimentó, desinfectó y ayudó, según sus propias palabras, a adultos y niños principalmente. Cuando se descubrió que era ella quien derivaba

las bandejas de comida para estas personas, el doctor Weitz que la había visto asistir a los pequeños, en lugar de despedirla, la llamó a su despacho y le propuso ir a Polonia a ayudar a niños refugiados. El acuerdo fue que acabaría su formación en el hospital y luego contribuiría junto con otros en la reconstrucción de Polonia.

En 1945, con 19 años, conoció a jóvenes del Servicio Internacional del Voluntariado por la Paz. Al unirse a ellos cumplió con la promesa que le había hecho al Dr. Weitz. Llegó a Polonia dos años después de que acabara la II Guerra Mundial.

Allí volvió a entrar en contacto con el sufrimiento al conocer las atrocidades que se habían llevado a cabo. Ella misma describió los vagones llenos de zapatos así como la desagradable impresión de la intensidad del olor que se podía percibir en las cámaras de gas.

Estando allí se dirigió a los barracones donde muchos niños habían pasado probablemente la última noche de su vida. Kübler-Ross no sabía por qué había ido a estos barracones, pero estaba buscando una respuesta a la pregunta de cómo aquellos niños habían afrontado la muerte. En las paredes había símbolos. Los habían dibujado *con las uñas, con piedras o con un pedazo de yeso* (CMI, 12). De entre todos los símbolos, había uno que se repetía con frecuencia: mariposas. Pero en ese momento no fue capaz de descifrar el mensaje que querían transmitir aquellos niños de cinco, seis o diez años que habían sido brutalmente separados de sus familias. Tardaría cincuenta años en obtener la respuesta.

En estos meses, su tarea fue la misma que la de los voluntarios que hasta allí se habían desplazado: conseguir ropa, comida, calzado y medicamentos para los supervivientes. Pero también se dedicó a otras tareas para las que nadie la había preparado. Estas eran escuchar el dolor de una madre que había perdido a su hijo, el del esposo que lloraba la pérdida de su familia o el sufrimiento del anciano

que estaba literalmente solo. En este tiempo pasó hambre muchas veces, escaseaba el agua y las condiciones del entorno eran duras. No había calefacción, ni camas cómodas ni mantas que abrigaran, y para desplazarse debían hacer autostop.

Tras ocho duros e intensos meses, Kübler-Ross regresó a su Zurich natal, reanudando poco después su trabajo en el sótano del viejo laboratorio. El catedrático que dirigía dicho lugar, al ver la transformación que había llevado a cabo, le propuso esta vez trabajar con niños que se encontraban ante el final de su vida. Esto fue lo que le aportó: *Yo sólo era una técnico de laboratorio de veintitrés años, pero aprendí a escuchar como una psiquiatra mayor y más experimentada* (RV, 110).

En 1951 aprobó el examen de acceso y se matriculó en la facultad de medicina, ejerciendo en la recta final de la carrera como médico rural durante unos meses. Este tiempo en el campo le convenció de que ser buen médico no estaba ligado necesariamente a saber de anatomía, cirugía o cuál es el medicamento más adecuado, sino que según sus propias palabras, el mejor servicio que un médico puede prestar a un enfermo es ser una persona sensible, atenta y cariñosa, ya que la experiencia le había demostrado que: *la medicina tiene sus límites, realidad que no se enseña en la facultad. Otra realidad que no se enseña es que un corazón compasivo puede sanar casi todo* (Íbid, 136).

Tras contraer matrimonio con un joven estudiante de medicina, Manny Ross, ambos se trasladaron a vivir a EE.UU. Los dos comenzaron a trabajar en el hospital Glenn Cove.

Pero Elisabeth Kübler-Ross era una médico extranjera y sabía que era casi imposible encontrar una buena residencia en junio. Por eso, hubo de aceptar una plaza en el Departamento de Psiquiatría del Hospital del Estado de

Manhattan. No era precisamente esta la especialidad en la que quería formarse. Su pensamiento siempre fue ser médico rural. Sin embargo, de nuevo las circunstancias le descubrieron que su labor estaba donde nunca lo había imaginado. En este hospital desarrolló su labor durante dos años. Aprendió a comunicarse con estos pacientes de los que casi nadie se ocupaba y logró, *con amor y atención, ayudar seriamente a las personas y conseguir que muchas de ellas sanaran* (CMI, 15).

Años más tarde fue contratada como médico de la Clínica Universitaria Blings, donde descubrió que los pacientes que iban a morir estaban completamente solos. No había comunicación entre ellos y los médicos. Pero en lugar de actuar como los demás, se sentaba junto a los pacientes y les hablaba. Escuchaba sus miedos, sus inquietudes y preocupaciones. Pronto vio la labor tan urgente que había que hacer.

Poco después, esta psiquiatra fue la primera persona extranjera que obtuvo una plaza en el centro médico *Columbia Presbyterian*. Sin embargo, perdió la plaza porque debido a lo agotadoras que eran las guardias de 24 horas no permitían a las residentes quedarse embarazadas, y el matrimonio Ross-Kübler esperaba su primer hijo.

Su marido, Manny Ross supo que había un puesto libre para un residente en el Departamento de Psiquiatría del *Hospital Estatal de Manhattan*. Esta vez la Dra. Kübler-Ross sí logró la plaza pero desgraciadamente, la feliz espera se vio truncada al sufrir un aborto espontáneo. En verano de 1959 comenzó su residencia en el *Hospital Estatal de Manhattan* y esto es lo que vio:

“encontré increíble lo que vi allí; en esos edificios estaban hacinadas personas indigentes cuyos rostros contorsionados, gestos espasmódicos y gritos de angustia decían muy claro que estaban sufriendo un infierno en vida. Esa noche en mi diario definí lo visto como un *manicomio de pesadilla*” (RV, 148).

En Junio de ese mismo año nació su primer hijo y meses más tarde solicitaría un puesto en el hospital *Montefiore*, donde fue aceptada. Su labor consistía en llevar la clínica psicofarmacológica. Aquí descubrió que muchos médicos evitaban rutinariamente referirse a cualquier cosa que tuviera que ver con la muerte. Recordaba que nadie era sincero con ellos y que no los atendían correctamente. Su trabajo con las pacientes esquizofrénicas le llevó a aprender que había una herramienta en muchas ocasiones más eficaz que los medicamentos. El éxito de su labor se tradujo en que tiempo después el 94% fueron dadas de alta y dejaron de ser dependientes en el hospital para pasar a ser personas autónomas en la sociedad. Esa herramienta consistía en que durante sus visitas a los enfermos, se sentaba en la cama, les cogía las manos y hablaba con ellos durante largo tiempo. Así aprendió que no había ningún paciente, tanto con posibilidades de recuperarse como aquellos que estaban cerca de su muerte que no anhelaran cariño, contacto o comunicación.

Gracias a esto advirtió que los pacientes ante el final de la vida no deseaban ese distanciamiento sin riesgo que practicaban los médicos, sino que por el contrario, pedían sinceridad. Cuando hablaba con ellos, les preguntaba directamente qué les pasaba, qué les preocupaba, a qué le temían, qué y cómo estaban sufriendo. De ahí que. *escuchando llegué a saber que todos los moribundos saben que se están muriendo. No es cuestión de preguntarse ¿se lo decimos?, ni ¿lo sabe? La única pregunta es: ¿soy capaz de oírlo?* (RV, 159).

Entre 1962 y 1964 la vidas de la familia Kübler-Ross volvió a cambiar. La Dra. Ross sufrió de nuevo dos abortos espontáneos y en ese tiempo se trasladaron a Denver, donde trabajó con el Prof. Margolin, quien impartía brillantes conferencias que, tal como señala nuestra autora atraían a un gran número de oyentes. Debido a que el Prof. Margolin se vio obligado a hacer un viaje a Europa, propuso a Kübler-Ross dar ella las conferencias en su lugar. Así, asumió esta nueva responsabilidad y decidió plantear un tema que a todo médico

interesaba independientemente de cuál fuera su especialidad. Sabía que la muerte era un tema prohibido, que todos rehusaban tratar o nombrar, aunque tarde o temprano deberían enfrentarse a ella. Se propuso abordar los miedos, temores o sentimientos que tanto los médicos como las enfermeras y los mismos pacientes sentían por igual ante el mayor tabú y el mayor misterio de la medicina.

Durante varios años impartió un seminario dirigido al personal sanitario, estudiantes y familiares que querían aprender de los conocimientos de la Dra. Kübler-Ross sobre la muerte y el morir. En ellos se invitaba a un paciente que deseara compartir su proceso, con independencia de si se recuperaba o estaba cerca de su muerte. Este seminario amplió sus horizontes cuando se sumó a la tarea de su creadora el reverendo Gaines. Esto es lo que sucedía:

“Yo preguntaba por lo que pasaba en el interior de la cabeza del enfermo, y el reverendo Gaines preguntaba por su alma. Nuestro paso de un tema a otro tenía el ritmo de una partida de pimpón. Los seminarios adquirieron más sentido todavía” (RV, 196).

Pero como ella misma advirtió, toda labor que supone romper con roles fuertemente asentados como sucede en medicina, desata miedo, ira, incomprensión y malestar en aquellos que no están preparados. Sus métodos fueron enormemente criticados por muchos profesionales. En otras ocasiones eran los medios de comunicación quienes se encargaban de desprestigiar su labor y la de quienes seguían sus pasos. Sin embargo, nunca desistió.

En 1969 el Seminario Luterano de Chicago pidió a Kübler-Ross que trabajara en su facultad. Un año más tarde entró a trabajar en el Hospital para niños La Rábida, y estuvo allí hasta 1973, atendiendo en este período a niños ante el final de sus vidas. También durante ese tiempo dirigió el Centro de Servicio Familiar, que era una clínica de salud mental. Cinco años más tarde fundó el centro *Shanti Nilaya*, cuyo significado era “El hogar definitivo de la paz”, y donde se impartían seminarios que versaban sobre la vida y el proceso de morir, donde

las personas que asistían aprendían a resolver conflictos pendientes a la hora de afrontar la muerte. Asistían tanto personas sanas como pacientes, jóvenes y mayores. Al mismo tiempo, Kübler-Ross seguía dando conferencias en otras partes del mundo, como Alaska o Australia.

Sin embargo, por diversos motivos, el centro no prosperó a pesar del gran éxito que tuvo en sus inicios y en 1984 adquirió una granja llamada *Healing Waters*. En ese tiempo, esta doctora había entrado en contacto con pacientes de lo que entonces era una desconocida y terrible enfermedad: SIDA. Su trabajo entonces se orientó a ayudar a estos pacientes, asistiéndolos a través de programas que se desarrollaban en la cárcel. Aunque el comienzo le resultó difícil como en otras ocasiones, años más tarde pudo comprobar el cambio positivo que se había dado en este terreno. En 1985 se propuso acoger bebés que habían contraído SIDA durante el período de gestación, pero la respuesta que obtuvo por parte de muchos sectores fue una gran presión que la obligó a desistir en adoptarlos ella misma. No obstante, logró su objetivo al hacer llegar el mensaje a miles de personas para que adoptaran a estos niños. El resultado fue espectacular.

En 1990, tras casi siete años de trabajos, inauguró oficialmente el Centro Elisabeth Kübler-Ross, en Virginia, aunque de nuevo sufrió un duro revés cuando en 1994, un incendio provocado provocó que perdiera la que durante los últimos años había sido su casa con todas sus pertenencias, recuerdos, objetos personales, manuscritos, anotaciones, etc.

En 1995 sufrió una segunda embolia y su estado de salud se hizo muy frágil, falleciendo el 24 de Agosto de 2004 en Scottsdale, Arizona. Siguiendo sus indicaciones, el funeral consistió en una ceremonia de despedida donde se cantó, bailó, se dejaron elevar al aire globos y las personas que asistieron celebraron como Elisabeth Kübler-Ross quería, que había vuelto a la fuente de la que ella consideraba que todos nacemos y que entendía que era Dios.

Varias universidades de distintos países hicieron hasta en veinte ocasiones a Elisabeth Kübler-Ross Doctora *Honoris Causa*.

5.2.- Obras más destacadas

Al igual que en el caso de otros autores, la autobiografía de la Dra. Kübler-Ross, *La rueda de la vida*⁶², es una de las más conocidas. En ella narra de forma clara su emocionante trayectoria personal, académica y profesional. Los tres son aspectos inseparables, y se necesitan mutuamente para comprender el conjunto del planteamiento de esta autora.

Se dio a conocer con el libro *Sobre la muerte y los moribundos*⁶³. Las importantes lecciones que aquí aparecen fueron las que Kübler-Ross había ido aprendiendo en su labor cotidiana con pacientes a los que los médicos consideraban “desahuciados”. Eran aquellos que el personal sanitario dejaba de lado porque “ya no hay nada que hacer”. Para ella había algo todavía pendiente en esta actitud: el miedo de los mismos médicos, de las enfermeras y de todos los que de una u otra manera veían la muerte como un fracaso y no habían resuelto sus cuestiones personales acerca de la asistencia a estas personas.

A nuestro juicio destacan otros dos. Uno de ellos es *Conferencias. Morir es de vital importancia*⁶⁴. En estas páginas aparecen reunidas conferencias que impartió en varios lugares del mundo a los que fue invitada a hablar de su labor, como por ejemplo en 1992, cuando estuvo en Barcelona. En ellas aparecen cuestiones como la de los niños y la muerte, el lenguaje simbólico verbal y no

⁶² KÜBLER-ROSS, E., *La rueda de la vida*. Ediciones B. Barcelona, 2000. (Traducción de Amelia Brito).

⁶³ - *Sobre la muerte y los moribundos*. Debolsillo. Barcelona, 2003. (Traducción de Neri Daurella).

⁶⁴ - *Conferencias. Morir es de vital importancia*. Luciérnaga. Barcelona, 1997. (Traducción de Kira Bermúdez).

verbal así como figuras de su entorno que contribuyeron de forma importante en su tarea

El segundo es quizá de los menos conocidos, pero resulta imprescindible. Lleva por título *Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido*.⁶⁵ La clave de este libro se encuentra en que las preguntas que en él aparecen son cuestiones que casi siempre se repiten entre aquellas personas que como médicos, auxiliares, capellanes, voluntarios o familiares buscan respuestas a interrogantes sobre cómo mejorar la calidad de vida de un paciente cercano a su muerte, cómo enfrentarse a los problemas que han de solventar la familia después de la muerte del paciente, o dudas sobre los sentimientos que muchas veces no se pueden mostrar por parte del personal sanitario pero que necesitan ser manifestados. También abordó con David Kessler, un gran amigo y destacado psicólogo, la cuestión sobre el duelo en *Sobre el duelo y el dolor*,⁶⁶ así como otras cuestiones, tal como aparecen en *Lecciones de vida*.⁶⁷ Como reza el subtítulo, consiste cómo *dos expertos sobre la muerte y el morir nos enseñan acerca de los misterios de la vida y el vivir*, y de qué manera pueden acompañar este proceso. Con ello aspiran a mostrar que no siempre está ligado al sufrimiento y al dolor. Entre estas lecciones se encuentran la del amor, la del juego, la del perdón, la ira o la entrega.

5.3.- Claves de comprensión

La vocación de la Dra. Elisabeth Kübler-Ross fue la desarrollar su profesión como médico rural. Su labor acompañando a pacientes muy cerca del final de sus vidas, todo aquello que tenía que ver con la muerte, la comunicación,

⁶⁵ KÜBLER-ROSS, E., *Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido*. Martínez Roca. Madrid, 2004. (Traducción de Elena Barrutia).

⁶⁶ KÜBLER ROSS, E., KESSLER, D., *Sobre el duelo y el dolor*. Luciérnaga. Barcelona, 2006. (Traducción de Silvia Guiu).

⁶⁷ KÜBLER-ROSS, E., *Lecciones de vida*. Luciérnaga. Barcelona, 2005. (Traducción de Blanca Ávalos Cadena).

el duelo y el sufrimiento no formaba, como ella misma reconoció, parte de sus inquietudes. Pero las circunstancias la llevaron poco a poco a atender a pacientes que se encontraban solos, “desahuciados” por los médicos “porque no había nada que hacer”, o que había muchas cuestiones que nadie enseñaba en las facultades de medicina. Principalmente la cuestión que se repetía era el miedo a escuchar a un paciente hablar de su propia muerte. Su labor también fue muy especial:

“He pasado ratos muy divertidos con mis pacientes terminales. Con algunos me río muchísimo. Cuando han acabado de arreglar sus asuntos pendientes tienen un gran sentido del humor, siempre que no entres en su habitación con una cara larga y te parezca una perversión reírte con un paciente terminal. La gente que a lo largo de su vida ha tenido un buen sentido del humor lo mantiene hasta su muerte” (PR, 153).

La clave de la labor de esta médico psiquiatra se halla en dos puntos concretos: la escucha activa y asumir que somos finitos y temporales. A pesar de que en sus obras nombró en breves ocasiones a Viktor Frankl y ninguna a Gabriel Marcel, en nuestro caso podemos ver que en su labor, en su actitud y en sus enseñanzas hay algunos elementos de ambos autores. Por ejemplo, también ella puso en práctica la logoterapia. En sus seminarios, así como en los talleres o en el hospital, hablaba de la vida, de la muerte, de las preocupaciones cotidianas de los pacientes y de los familiares, con independencia de si su muerte era cercana o tenía posibilidades de recuperación. En las entrevistas que hizo a tantos pacientes, no buscaba lograr dar un sentido a sus vidas. Pero sí buscaba consolarlos física, espiritual y emocionalmente. Se trataba, en cierta manera, de la cura de almas médica de la que hablaba Viktor Frankl.

Con respecto a Gabriel Marcel, observamos que el trabajo de asistencia de Kübler-Ross siempre estuvo dirigido a evitar algo que advirtió el autor parisino. Si recordamos, reparó en el peligro de deshumanización, de funcionarización de la medicina, de que el personal sanitario quedara ligado a las funciones que se había comprometido a llevar a cabo al firmar un contrato.

También indicó el riesgo en el que cada vez se iba deslizando más cualquier sociedad que considerara a los individuos como simples máquinas cuya importancia radicaba en su rendimiento. De ahí que los ancianos, los niños, los discapacitados o los enfermos quedaran al margen y fuesen prácticamente ignorados. Por último, quizá la palabra del pensamiento de Gabriel Marcel que encaja en la asistencia diaria de Kübler-Ross fue la de “presencia”, porque estuvo junto a la cama de miles de pacientes, escuchándolos a ellos, a los familiares, así como a otros profesionales.

Nuestra autora, como médico y como persona, no dejó de recordar nunca que la muerte es un hecho que se produce todos los días y que en medicina es un fracaso cuando la persona sufre, tiene dolor o asuntos pendientes por resolver y no se le escucha. Si un paciente manifestaba su deseo de que alguien acelerara y provocara su muerte, interpretaba un mensaje claro: ese paciente tenía dolor, miedo o sufría por una causa concreta que había que conocer. A veces necesitaban compañía, mientras que en otras se podía resolver con la dosis adecuada de calmantes que aliviaban el dolor al mismo tiempo que permanecían conscientes. Ella misma no se consideraba una persona religiosa, pero sí poseía una fe que fue creciendo conforme iba avanzando su labor. Siempre manifestó lo necesario que era la figura del capellán o de otra doctrina religiosa en esta tarea. A veces es a ellos a quienes se les permite pasar a la habitación, porque no son personal sanitario, ni psicólogos ni trabajadores sociales. En otras ocasiones, los pacientes pedían una oración para su bienestar, y esto podía ser una oportunidad para hablar de lo que les preocupaba sobre su muerte. Es posible que se abrieran a una religiosa porque les superaba el silencio de los familiares.

Con el planteamiento de esta autora no se resuelven todas las cuestiones que surgen en la atención y el cuidado de pacientes que se encuentran próximos a su muerte. Se trata más bien de contar con estas herramientas, de adquirir destrezas de comunicación, y de ser sensibles a las necesidades que

aparecen en esta etapa. Quizá la propuesta más arriesgada es la de que todos, sin excepción, todos los pacientes ante el final de la vida, pueden ser grandes maestros. No podemos ignorar la lección que nos ofrecen: vivir hasta morir.

Es importante no negar los sentimientos ni las emociones. El dolor y el sufrimiento son características propias de los seres humanos, y casi siempre, la sensación de agotamiento y la ausencia de sentido en estos momentos vienen dados porque los asuntos propios en torno a la muerte siguen pendientes de ser resueltos.

Los adultos y los niños se enfrentan de diferente forma a la muerte. Sirve de ayuda en este proceso saber que las distintas reacciones, como enfado, ira o negación, son las pautas que ayudan tanto a los propios pacientes como a quienes los atienden saber cómo se sienten, qué necesitan, qué les preocupa, etc.

Aunque la muerte llegue tras un proceso de enfermedad y sea prevista, siempre conlleva cambios a distintos niveles. Desde el propio cuerpo y la propia mente, pasando por la familia, los cuidadores, los voluntarios, etc., todos se ven afectados de una u otra manera. Es imprescindible recomponer las vidas, el tiempo, los proyectos y la biografía particular de cada uno. No es fácil. A veces habrá errores. En otras, aciertos. Pero lo importante es recordar siempre que es una tarea que no termina, que no se puede dar por finalizada. Cada paso que se da es uno más en la hermosa y profunda tarea que es el “misterio” del cuidar y del curar en el final de la vida.

5.3.1.- Posturas ante la enfermedad y la muerte

La proximidad de la muerte ha estado siempre muy presente en la vida del ser humano. Podemos recordar las grandes epidemias de peste que casi arrasaron Europa en la Edad Media o lo difícil que podía ser en otro tiempo que

un niño recién nacido lograra sobrevivir. En Occidente, la mortandad infantil ha descendido enormemente, la esperanza de vida se prolonga cada vez más y pensamos incluso que una persona que fallece en torno a los ochenta años podría haber vivido más tiempo.

El avance de las tecnologías ha dado lugar a importantes logros, como por ejemplo que enfermedades que resultaban imposibles de superar ahora puedan ser controladas e incluso vencidas. También contribuye a ello el aumento de las campañas de concienciación sobre los hábitos alimenticios, de higiene, así como la autoexploración que permite a la propia persona detectar pequeñas anomalías antes de que un diagnóstico médico confirme el problema.

Quizá por ello la muerte es vista ahora como algo que resulta incómodo, molesto, morboso, desagradable. En muchas ocasiones puede que incluso esté mal visto hablar de la misma. Pensemos por un momento cómo podrían reaccionar los padres o los profesores de un colegio al que se le propusiera hablar de la muerte con los alumnos. Esta actitud de querer evitar esta cuestión se manifiesta cuando los adultos no saben qué responder cuando los niños preguntan dónde está la persona que ha muerto. Casi todos en algún momento de nuestras vidas hemos preguntado qué pasa cuando alguien muere o por qué hemos de morir. A la primera pregunta le sigue la respuesta más socorrida: “está en el cielo”, es como si “estuviera durmiendo un sueño muy profundo”, o que está en otro lugar. No se les explica abiertamente que el ser querido, el compañero, el vecino o su mascota ha muerto y no volverá nunca a la vida. Tampoco se les permite que vayan al cementerio, se les aleja de los hospitales, de ver al familiar enfermo o de que acudan a los funerales.

No deja de resultar curioso que una vez al año los cementerios se llenan de personas y de flores; también una noche al año se ve la muerte como algo a lo que jugar porque sólo son unas horas, perdiéndose el verdadero

significado de esta celebración. Y sin embargo todos los días aparecen en todos los medios de comunicación noticias sobre tragedias, imágenes incluso demasiado explícitas, a pesar de las voces que reclaman algo más de control en estas cuestiones.

Estas breves pinceladas nos recuerdan lo que líneas más atrás aparecía cuando hablábamos de aquello que ya Julián Marías, Gabriel Marcel y Viktor Frankl habían advertido sobre la actitud de una sociedad cada vez más alejada de un sentido tanto de la vida como de la muerte así como del mal uso de la técnica, uso que se traducía tanto en la pérdida de capacidad del ser humano de asimilar su propia finitud como en la desaparición del sentimiento religioso en la vida del ser humano, del papel que puede desempeñar la fe en esos momentos.

La propia Kübler-Ross lo planteó en sus obras y lo plasmó en su tarea profesional y a nivel personal día a día. Porque no sólo se dedicó a estos pacientes, sino que las circunstancias hicieron que ella misma se ocupara del proceso de enfermedad y muerte primero de su padre y luego de su madre. Ambos casos fueron también grandes lecciones para ella. Con su padre, a pesar de tener contratada una enfermera, debió de hacer esas tareas ella misma, porque la persona que debía hacerlo no cumplió con su contrato. Para Kübler-Ross supuso un aprendizaje importante, porque debía limpiar el pus de las heridas del cuerpo de su padre, lavarlo, vestirlo, acomodarlo, darle de comer, comunicarse con él y también ver cómo se iba deteriorando a medida que se acercaba el momento de su muerte.

Igualmente atendió a su madre durante dos años. Estaba consciente, pero no podía hablar. Tenía una lección para aprender y por eso, Kübler-Ross consideraba que le costó más cerrar sus asuntos pendientes y que le impedían morir. Su madre había sido una gran madre, una esposa que siempre estuvo junto a su marido, pero que pocas veces se ocupó de sí misma. Con esta enfermedad,

aprendió a ser cuidada, atendida y protegida principalmente por su propia hija, quien a su vez pudo aplicar sus conocimientos en el cuidado de sus propios padres y cerrar los posibles asuntos pendientes que quedaran entre ellos.

Para ella, al igual que señalaba Viktor Frankl, se ha perdido el sentido del sufrimiento. En palabras de esta autora, podemos asistir a actividades parroquiales para diferentes actos, pero:

“nos vemos privados del antiguo objetivo de la iglesia, a saber: dar esperanza, un sentido a las tragedias de la tierra, intentar comprender y dar un significado a los hechos dolorosos de nuestra vida porque de otro modo serían inaceptables” (SMM 31).

No se pueden resolver nuestros problemas sólo profesando una determinada fe, ni porque se acuda o no a los oficios religiosos correspondientes. Lo que pretendemos con esta reflexión es recuperar algo que hemos visto líneas más arriba y que Elisabeth Kübler-Ross supo muy bien describir. A su juicio, el alejamiento de la religiosidad lleva parejo o provoca, podríamos decir, una ausencia de sentido. Es ella misma quien nos indica que el sufrimiento está ligado a un esfuerzo que se vería recompensado al morir. Sin embargo, la sociedad que niega la muerte no es capaz de hacer frente a la angustia, al miedo y a la ansiedad.

Lo mismo sucede entre los profesionales de la medicina. Es innegable el esfuerzo que día a día se hace para evitar el dolor, para conseguir vivir más, para poder ofrecer soluciones a problemas. Se puede mantener con vida a una persona gracias a máquinas o fármacos, es posible prolongar la vida biológica de alguien e incluso mantener criogenizado el cuerpo ya fallecido con vistas a devolverlo a la vida en un futuro. Es obvio que el avance de la medicina, de las investigaciones y los diagnósticos han hecho que quienes se decantan por estudiar medicina pueden tener un amplio abanico de materias para formarse. Es innegable que toda oportunidad de formación es necesaria y gracias a ella podemos lograr importantes avances.

Sin embargo, nos encontramos con una sociedad que se preocupa por la nota media del expediente académico del médico, donde lo único importante son las horas que ha estado en un laboratorio investigando o el número de becas que ha recibido a lo largo de su carrera:

“Si pudiéramos combinar la enseñanza de los nuevos descubrimientos científicos y técnicos con una insistencia similar en las relaciones humanas interpersonales, haríamos verdaderos progresos, pero no los haremos si el estudiante adquiere mayor formación científica a costa del contacto interpersonal, cada vez menor “ (SMM, 26).

¿Qué consecuencias tiene esto? Básicamente que esos profesionales saben cómo mantener con vida a una persona, pero no se les ha enseñado qué es la *vida*. Se encuentran con que no están preparados para afrontar una pregunta que abiertamente le pueda plantear un paciente. Se hallan ante un profesional que sabe mucho, que posee una formación científica y una técnica espléndida, cuyos conocimientos en torno al malestar son profundos, pero no sabe cómo afrontar el sufrimiento espiritual, la soledad, la angustia, el miedo al dolor o a morir solo de la persona a la que atienden.

El curar corresponde al médico, mientras que el cuidar a la enfermera. Las funciones están claramente delimitadas. Falta tiempo, no se cuenta con el personal suficiente y el que hay no quiere o no sabe cómo hacer para no ser un simple mecanismo más dentro del inmenso engranaje que puede ser un hospital.

En otras ocasiones el personal acepta abiertamente que no quiere implicarse más en la atención sobre las emociones del paciente y las propias porque supone aumentar el desgaste físico y mental que han de soportar durante tantas horas al día, y que en realidad esas son tareas que corresponden a los sacerdotes, a los trabajadores sociales o la propia familia.

No se trata de tener especialistas dedicados en exclusiva a pacientes ante el final de su vida, sino personas cuya vocación les lleve a adquirir los

conocimientos y las habilidades que les permitan saber cómo lograr afrontar esta etapa. De este modo, el profesional sabrá cómo puede mantener con vida a una persona, pero igualmente *tendrá en cuenta las necesidades del paciente y las tratará francamente con él*, cuando llegue el momento de morir lo hará *tratando de ayudarlo a vivir, en vez de vegetar de forma inhumana* (SMM, 38). ¿Cuáles son esas habilidades? Podríamos señalar, tal como lo hizo esta doctora, en concreto dos:

1^a.- Ocuparse sin falta de las necesidades físicas del paciente, esto es, que estén libres de todo dolor. Es algo fundamental lograr el mayor bienestar físico posible así como procurar evitar el malestar. Esto ha de darse antes que cualquier atención dirigida a lo espiritual o lo emocional. Si recordamos, Cicely Saunders aprendió a controlar el dolor con dosis continuas de analgésicos que aliviaban del dolor al paciente, mientras que al mismo tiempo lograban que estuviera consciente. La Dra. Kübler Ross también abogaba por esta práctica.

2.^a- Una vez están atendidas las necesidades físicas del paciente, se ha de abordar la parte emocional, espiritual y psicológica. Pero lo que nuestra autora entiende que ha de hacerse no es plantearse si se le debe o no decir al paciente lo que le ocurre sino si quien ha de dar la noticia está preparado para escuchar lo que la otra persona ha de decir. No se ha de presionar para que hable. No hay un momento determinado para que se exprese. Puede que el paciente necesite un tiempo para organizar sus pensamientos, para encajar la situación, para ver de qué manera va afrontar un cambio tan importante en su vida. Basta con que se ofrezca a la persona que atraviesa este trance la oportunidad de hablar cuando así lo desee.

Un paciente puede estar muy bien atendido físicamente, pero no por ello se ha de olvidar que puede querer compartir la carga que supone tener asuntos pendientes por resolver, inquietudes o cuestiones que van más allá de la preocupación por el tiempo que le puede quedar de vida. Puede que sepa muy

bien que es poco. Es consciente del esfuerzo del médico cuando lucha por mantenerlo con vida a pesar de que es evidente que el fin está cerca. En realidad, lo que necesita es que alguien se siente junto a él y realmente lo escuche. En estos casos no son necesarios grandes discursos, ni pensamientos profundos. Muchas veces no hay una respuesta a la pregunta de “¿por qué a mí?”, “¿por qué ahora?”, “¿por qué yo?” Estas preguntas pueden ser el inicio de una conversación entre el paciente, el profesional sanitario y los familiares, de modo que entre todos se contribuya a una muerte sin miedo, sin angustia, sin dolor, donde la persona viva hasta el último segundo.

Si quienes lo atienden no están preparados, entonces no sabrán qué hacer cuando todo lo que estaba en sus manos está hecho. Ello hará que la persona se sienta confusa y sola en el momento de su muerte, mientras que el profesional sentirá que todo ha sido un fracaso. Es posible que el niño o el adulto estén preparados para morir, pero no puedan expresarlo porque quienes están junto a ellos no quieren aceptar la situación. A veces se sienten retenidos, con lo que en realidad sucede es que se prolonga el tiempo de sufrimiento sin sentido.

Por lo tanto, es urgente ver que aunque se ha logrado que el paciente sufra menos físicamente, no sucede lo mismo en lo que se refiere al sufrimiento emocional y espiritual. Necesitamos cuanto antes que tanto la sociedad en general como los profesionales de la medicina en particular no eviten el tema de la muerte, de la vejez, de la finitud. Es preciso que todos cuenten con las herramientas y las destrezas que ayuden a escuchar, a saber compartir la carga de estas situaciones, a lograr enseñar en palabras de la Dra. Kübler-Ross:

“el valor de la ciencia y de la tecnología al mismo tiempo que el arte y la ciencia de las relaciones interhumanas, del cuidado humano y total del paciente, (...). Si la ciencia y la tecnología no fueran mal utilizadas para aumentar la destrucción, para prolongar la vida en vez de hacerla más humana, si pudieran hacerse más compatibles con la utilización del tiempo necesario para los contactos interpersonales a nivel individual, entonces podríamos crear verdaderamente una gran sociedad” (SMM, 34).

También es apremiante asumir que no se puede seguir ocultando así el miedo terrible a una muerte que resulta ser en muchos aspectos horrible, *es decir, algo solitario, mecánico y deshumanizado; a veces, hasta es difícil determinar técnicamente en qué momento se ha producido la muerte* (SMM, 21). Hemos de preguntarnos a nosotros mismos qué podemos hacer, qué perspectivas podemos ofrecer como individuos, como pacientes, como seres humanos.

5.3.2.- *Los pacientes como maestros ante el final de la vida*

No sólo pueden ser los pacientes los que nos enseñen, sino que los “maestros” de los que hablaba nuestra autora pueden ser muchas y diferentes personas. Sólo es cuestión de estar atentos. El ejemplo nos lo ofrece ella misma. No recordaba su nombre, pero siempre consideró como una de las personas que más influyó en su vida. Era la “mujer de la limpieza”, una persona de raza negra que en aquellos años desempeñaba su labor en un entorno que como sabemos, no facilitaba su trabajo. No podemos dar su nombre porque la propia Kübler-Ross no lo recordaba. Esto último también le sucedió con los nombres de muchas otras personas que olvidó a raíz de una de las varias embolias que sufrió en su vida.

Lo que sí recordaba es que esta persona pasó de llevar a cabo esta tarea a ser la principal ayudante de nuestra doctora. ¿Cómo sucedió esto? Todo comenzó cuando observó que al salir de la habitación de los pacientes después de limpiar, se encontraban diferentes a como los había encontrado a su llegada la psiquiatra:

“Esta mujer negra que hacía la limpieza en el hospital universitario tenía un don que yo no conseguía entender. Era inculta, nunca había ido al instituto y, por supuesto, no tenía ninguna competencia clínica. Pero tenía algo, y yo no sabía lo que era. Me moría por saber qué demonios hacía con mis pacientes. Cada vez que entraba en la sala de alguno de mis pacientes en fase terminal, sucedía algo en esa habitación. Y yo habría dado un millón de dólares por conocer el secreto de aquella mujer” (CMI, 105).

Así, se dio una situación que llevó a que ambas se espieran mutuamente. Las razones de una eran el miedo a perder el trabajo y la otra por saber qué sucedía cuando la “señora de la limpieza” entraba en las habitaciones. Kübler-Ross supo qué pasaba. Esta mujer había tenido un niño pequeño que había fallecido en sus brazos en la sala de espera de un hospital. Como ella misma señaló, esta experiencia le hizo no tener miedo a la muerte. Cuando ella entraba en las habitaciones, hablaba con los pacientes, podía ver claramente el terror en sus ojos. Les decía que no tenían que tener miedo porque no estaban solos y que los comprendía. Como señala nuestra autora, no tenía miedo a abrir su corazón a otro (Íbid.).

Cuando la Dra. Kübler-Ross llegó a Nueva York, como ella misma decía, era el último lugar al que pensaba ir. Su proyecto en realidad era ir a India como médico. Pero debido a que quien acababa de convertirse en su marido, Kenny Ross, también médico, era norteamericano, se encontró ante una situación que ni ella misma imaginaba que ocurriría. Era una médico extranjera, por lo que no tenía muchas posibilidades de obtener una buena residencia en el mes de junio. Por ello llegó al *Manhattan State Hospital*, donde los pacientes a los que había de atender eran *pacientes esquizofrénicos crónicos, incurables*. ¿Qué supuso para Kübler-Ross esta experiencia? Como ella misma recordaba, era médico rural, no psiquiatra, no hablaba casi inglés y tampoco entendía a los pacientes cuando le hablaban. A pesar de lo difícil que podía resultar en un principio, se abrió a sus pacientes, compartió con ellos su soledad y su desesperación.

Día a día, la relación entre ambas partes se fue estrechando. Cuando Kübler-Ross hablaba con otros médicos, no hablaba *del esquizofrénico de la habitación 17 y de la maníaca depresiva de la habitación 53* (CMI,15), sino que se refería a ellos por sus nombres, porque conocía sus gustos, sus preocupaciones, sus alegrías e intereses. Dos años más tarde lograrían dar el alta al 94% de estas personas, no para que fueran dependientes de los servicios sociales de Nueva

York, sino para que fueran personas autónomas e independientes. Esto fue un regalo, porque le enseñaron:

“que hay algo que va más allá de los fármacos, más allá de la terapia de electroshock, y más allá de la ciencia de la medicina. Con verdadero amor y atención, se puede ayudar seriamente a las personas y conseguir que muchas de ellas sanen” (Íbid.)

En otoño de 1965 varios estudiantes de Teología le pidieron ayuda para poder presentar un proyecto de investigación. Debían profundizar sobre *las crisis de la vida humana*. A juicio de los cuatro estudiantes, la muerte era la máxima crisis que debía afrontar el ser humano. Kübler-Ross aceptó ayudarlos y comenzó de esta manera una de las labores más difíciles. Los problemas no fueron por los pacientes en sí, sino por las reacciones de los médicos cuando oían que una doctora en psiquiatría y varios estudiantes de teología querían hablar con pacientes moribundos:

“comencé a pedir a médicos de diferentes servicios y turnos de guardia, permiso para entrevistar a un paciente suyo que fuera a morir. Las reacciones fueron variadas: desde miradas atónitas de incredulidad hasta cambios de tema de conversación bastante bruscos. Al final, resultó que no había conseguido ni una sola posibilidad de acercarme a un paciente así” (SMM, 40).

La respuesta que casi siempre observó por parte de los médicos fue la de ponerse a la defensiva, tratando de esquivar la cuestión de la muerte así como querer proteger también a los mismos estudiantes. En otros casos respondían cortesmente, asegurando que lo valorarían, mientras que los había que consideraban que sería un esfuerzo demasiado grande para los pacientes y que no les beneficiaba en nada. A pesar de las dificultades, lograron sacar adelante el proyecto. Se trataba de localizar a un paciente, por regla general “desahuciado”, al que se le invitaba a hablar sobre su situación a los estudiantes y al personal del hospital. El propósito era siempre el mismo: saber todo lo posible acerca del paciente, de sus preocupaciones, inquietudes, miedos, proyectos, cómo había afrontado el diagnóstico y de qué modo encaraba su propia muerte.

Tras dos años en funcionamiento, este seminario pasó a ser un curso acreditado de la facultad de medicina y del seminario teológico. En ellos Kübler-Ross y el capellán del hospital se encargaban de impartir las materias de Teología, Filosofía y Ética. A él asistían auxiliares de enfermería, celadores, médicos, familiares, enfermeras, trabajadores sociales, sacerdotes, rabinos, fisioterapeutas..., pero curiosamente, casi nunca miembros de la facultad del propio hospital.

Las entrevistas que se llevaron a cabo fueron una forma de logoterapia. Aunque Kübler-Ross nunca lo expresó así, podemos comprobarlo por ejemplo, leyendo las entrevistas que se transcribieron en esta obra bajo la forma de un capítulo (SMM, 233-304). Con ellas, no sólo el paciente ponía sus asuntos pendientes en orden, sino que también ayudaba a otros a que hicieran lo mismo. Incluso iban más allá. Si recordamos, Viktor Frankl planteaba la posibilidad de lograr hallar un sentido al sufrimiento, al dolor e incluso a la muerte. En las líneas que vamos a abordar ahora pretendemos conocer la otra cara de esta propuesta.

La misma Kübler-Ross fue consciente de que los propios pacientes también podían ofrecer una vía para que aquellos que estuvieran cerca, bien como profesionales, bien como familiares, bien como voluntarios, pudieran vislumbrar un sentido en sus vidas.

¿De qué manera puede ser un “maestro” alguien que se encuentre muy próximo a cerrar los últimos días de su vida? La primera respuesta que nuestra autora nos da es que ellos, esos *maestros*, no han de ser necesariamente “gurús”, ni grandes figuras, ni aquellos que deslumbran con sus títulos. Más bien son *los niños, las abuelas ancianas y seniles...* (CMI, 107), hasta una señora de la limpieza, como fue en su propio caso. También los mismos pacientes pueden hacernos llegar importantes lecciones. Así es como lo percibió la Dra. Kübler-Ross:

“En todo mi trabajo con pacientes he aprendido que, ya sean esquizofrénicos, crónicos, niños con retraso mental grave o pacientes moribundos, cada uno de ellos tiene un propósito en la vida. Todos ellos no sólo pueden aprender y recibir vuestra ayuda, sino que pueden convertirse en vuestros maestros. Esto es verdad tanto para un niño de seis meses que no sabe hablar como para aquellos pacientes esquizofrénicos crónicos que se comportan como animales la primera vez que los visitas” (CMI, 15).

No sólo nos pueden enseñar sobre el acompañamiento en la muerte, sino sobre todo algo muy importante: sobre la misma vida. La otra enseñanza sería cómo afrontar esta situación, ya que en muchas ocasiones nos supone un obstáculo difícil, porque no queremos preocupar a la persona, no nos atrevemos a decírselo o simplemente nos sabemos por dónde empezar:

“Cada uno de nosotros siente la necesidad de eludir este tema, y no obstante, cada uno de nosotros tendrá que afrontarlo tarde o temprano. Si nosotros pudiéramos empezar a considerar la posibilidad de nuestra propia muerte, podríamos conseguir muchas cosas, la más importante de las cuales sería el bienestar de nuestros pacientes, de nuestras familias, y por último, quizá de nuestro país” (SMM, 33-34).

Pensemos por un momento cómo reaccionaríamos si una persona de nuestro entorno nos dijera que, a pesar de que faltan ocho meses para Navidad, quiere celebrarla porque le queda poco tiempo de vida. O si un niño pequeño dijera abiertamente que sabe que uno de sus progenitores o un hermano gravemente enfermo o él mismo, también enfermo, fallecerá en breve. En principio nuestra reacción sería de sorpresa e incredulidad, diríamos que no es posible y procuraríamos dejar a un lado el tema. Pero Kübler-Ross afirma que cuando un paciente está próximo a su muerte y ha cerrado los posibles asuntos pendientes que le quedan, si comunica a los demás algo sobre su muerte, nos está ofreciendo una valiosa oportunidad. Tanto si son niños pequeños como ancianos, *han superado su miedo a la muerte. En realidad ellas acaban ayudándoos a vosotros, y no al revés* (CMI, 18). En el caso de los más pequeños, aunque no hablen directamente como los adultos, lo harán a través de gestos, símbolos o dibujos, y principalmente, a través de parábolas porque *ese es el lenguaje que emplean los niños moribundos cuando os eligen, y es cierto que eligen con quien usar ese lenguaje* (Íbid.).

Para el profesional de la medicina, comunicar una noticia como la de que el diagnóstico es un tumor maligno inoperable, una demencia precoz o un sarcoma, es muy difícil de dar. Supone un momento duro, en los que muchas veces la sensación es la de impotencia e inseguridad. Preocupa cómo comunicar al paciente o a los familiares una situación sobre la que no pueden ejercer ningún control. En muchas ocasiones se prefiere dar parte de la noticia, con la idea de que es mejor evitar el sufrimiento psicológico, porque se cree que es mejor que no sepa la verdad ya que posiblemente no podría afrontar el dolor y la angustia.

Ante la situación de tener que comunicar una noticia de este tipo, de nuevo la experiencia de los años demostró a Kübler-Ross que era mejor hablar abiertamente con el paciente, apoyarlo y ofrecerle siempre un mínimo de esperanza (SMM, 48). Primero es necesario que el médico que ha de dar el diagnóstico sea capaz de afrontar tanto la enfermedad como la muerte, porque de lo contrario, no será posible ayudar al paciente.

Si el médico o quien ha de atender a una persona que se encuentra afrontado su última etapa en la vida no es capaz de asumir esta tarea, sólo esperará que no se le haga ninguna pregunta. De esta manera considerará que es el paciente quien no quiere hacer plantearle ninguna cuestión y puede evitar tener que atravesar una y otra vez una situación angustiosa y desgarradora. Sin embargo, estará desviando sus propios asuntos pendientes, sus temores y sus inquietudes, derivando al sacerdote o a otras figuras del hospital la responsabilidad de asumir y acompañar hasta donde le sea posible en este trance.

Es posible que suceda también lo contrario, que dé orden de que no se le diga al paciente nada, incurriendo en lo que se conoce como “conspiración del silencio”. En estos casos se incurre en una espiral al querer evitar decir nada sobre la evolución de la enfermedad o la condición real en la que se encuentra la persona afectada al pensar que así se le evita un sufrimiento sin sentido.

Consideramos que ante una enfermedad incurable, el paciente tendrá la sensación de que no sirve para nada, de que su sufrimiento no tiene sentido alguno. Será pues, una temporada difícil para todos, y sobre todo para el propio paciente, que se sentirá aislado y desesperado, sentirá que nadie siente ningún tipo de interés por él, ni por sus circunstancias, ni por sus dificultades. Sólo será un tumor inoperable, un terrible carcinoma o una demencia olvidada.

Nada ni nadie nos puede decir de antemano cómo reaccionar en cada caso. Cada paciente, cada familiar, cada persona lo hace de modo muy diferente. De ahí que ante un diagnóstico difícil, suponga no un desafío, sino también una oportunidad para desarrollar y aplicar las destrezas del acompañamiento y el cuidado a aquellos que se hallan próximos al final de sus días.

Pensamos que no se trata de hacerlo siempre perfecto. Algunas veces el personal sanitario no sabrá cómo reaccionar ante una situación. En otras pensarán que han llegado tarde o que podrían haber actuado de otro modo. El silencio puede resultar incómodo y alzarse como un muro insuperable. Puede que no sea posible dar con las palabras que contribuirían a hacer desaparecer el dolor y la incomodidad. No hay una respuesta correcta que siempre se deba saber. No hay manuales, ni libros ni tampoco personas que nos puedan decir cuál es la vía correcta. Creemos que el mejor recurso con el que se puede contar es que el mismo profesional haga frente al tabú del sufrimiento, la angustia y la misma muerte, procurando aceptar su propia finitud y también optando por adoptar una actitud de escucha activa y de sinceridad. Así, podrá compartir con otros profesionales, pacientes, familiares, etc., momentos duros y difíciles que permitan decir que la muerte no es un fracaso porque como profesional y como persona ha ofrecido sus conocimientos y lo mejor de sí mismo para aliviar tanto el dolor físico como el sufrimiento espiritual

5.3.3.- *La esperanza ante el final de la vida*

La labor de escuchar a los pacientes que han sido diagnosticados de alguna dolencia que le hará enfrentarse en poco tiempo con su muerte puede verse reforzada si además está presente la esperanza. Esto no quiere decir que:

“los médicos tengan que decirles mentiras; sólo se trata de que compartan con ellos la esperanza de que puede pasar algo imprevisto, de que puede producirse una remisión, de que pueden vivir más de lo previsto. Si un paciente deja de manifestar esperanza, generalmente es sinónimo de muerte inminente” (SMM, 181).

Nuestra autora aprendió una valiosa lección por parte de otro médico, el doctor Bell. Era la de dar a todos los pacientes *la posibilidad del tratamiento más eficaz y no considerar desahuciados a los pacientes gravemente enfermos, dándolos por perdidos* (SMM, 182).

Nuestra autora suma a estas palabras su sugerencia de no dar por perdido a ningún paciente, con independencia de si va a morir o no (SMM, 182-183). Es el que está fuera de las posibilidades de recibir tratamiento el que más necesita ser más cuidado frente al que puede ser curado. Mientras haya posibilidades de seguir adelante y el paciente se encuentre con fuerzas para luchar, serán ellos mismos los que dejan abierta la posibilidad de una recuperación, de que un fármaco descubierto recientemente haga que de nuevo estén sanos, porque:

“es esta chispa de esperanza la que los sostiene durante días, semanas o meses de sufrimiento. Es el deseo de que todo esto tenga algún sentido, de que al final valga la pena que hayan aguantado un poco más. Es la esperanza, que a veces se introduce furtivamente, de que todo esto no sea más que una pesadilla, de que no sea verdad” (SMM, 181).

Cuando el personal o los familiares impiden que se manifieste esa esperanza, el paciente se siente perdido y angustiado, desesperanzado. También provoca esta sensación que la familia no sea capaz de asumir la fase final del paciente, cuando se aferran aunque parezca contradictorio, desesperadamente a

cualquier esperanza de recuperación cuando es evidente que no hay, mientras que la persona se encuentra preparada para morir.

Lo mismo sucede con aquellos a quienes se les ha dado por “terminales”, y luego, posiblemente gracias a un tratamiento adecuado, se han recuperado. En estos casos se les ha negado cualquier esperanza desde un principio, se les ha hecho ver, directa o indirectamente, que lo único que les quedaba era esperar a morir. En estos casos, el paciente siente que su recuperación es una oportunidad que le brinda la vida.

Respecto a los propios pacientes, no siempre coincide lo que quienes están junto a él consideran como esperanza. En su caso, a veces:

“Esperan haber dejado una huella en la tierra, esperan haber educado a sus hijos para que sean independientes y puedan valerse por sí mismos o esperan que Dios los acoja en su seno. Muchos pacientes expresan su última esperanza de este modo: *Espero morir con dignidad. O Espero que Dios me libere pronto de este sufrimiento*. Debemos fortalecer las esperanzas del paciente y dejar a un lado las nuestras, que en muchos casos están asociadas con la curación, el tratamiento o la prolongación de la vida” (PR 159).

Independientemente de si el paciente tiene o no posibilidades de recuperarse, lo importante es evitar que se sientan deprimidos, aislados, ignorados o silenciados. Mantener la esperanza en todo momento contribuye a que si el paciente no puede volver a estar sano, sentirá que se le ha ayudado y que a pesar de que su dolencia sea considerada como incurable, y que quienes los han atendido en el desarrollo de su dolencia también ha tenido en cuenta la preocupación por el malestar que supone una enfermedad. Muchos de ellos comprenden que las conversaciones que se han mantenido en torno a su proceso de enfermedad y muerte han sido con vistas a ayudarlo y apoyarlo. De este modo, se les facilita tanto a ellos mismos como a los familiares poder vivir plenamente hasta morir.

5.4.- Formas de comunicación y ética profesional

Para Kübler-Ross la comunicación es la base sobre la que se apoya el proceso de atención y cuidado para todos los implicados en la tarea de asistir al cierre de una vida. Esto incluye a todos los pacientes, también los que están en coma, en estado vegetativo, inconscientes, etc. Siempre defendió que puede que aquellas personas que están en coma no muestren respuesta a determinados estímulos, pero no por eso dejan de ser importantes. Quizá más que nunca necesitan que se les hable, se les toque y se les diga que siguen siendo amadas, que quienes están con ellas se preocupan por su bienestar, y que no se les va abandonar. Han sido y siguen siendo muchos los casos en que la persona despierta tras un largo período de inconsciencia y recuerda todo lo sucedido porque sí podía oír aunque no pudiese responder con palabras o gestos.

En el caso de que la persona esté consciente pero no puede hablar porque hay un impedimento físico como un tubo para respirar o porque han quedado secuelas en su cerebro tras un accidente o una intervención, hay que buscar otras vías para saber cómo se siente, si necesita decirnos algo, si tiene miedo. Todo ello se puede hacer tomando un tiempo para esta persona. Vemos aquí la importancia de que atender y mirar estén unidos, porque:

“Si sus ojos expresan temor y ansiedad puede acercarse a él y decirle: *¿está asustado?* Si entonces parpadea o asiente con la cabeza, siéntese a su lado y pregúntele: *¿qué le da tanto miedo? ¿Es a, b, c, d?* Dele ejemplos de lo que cree que le asusta. Si le coge de la mano y se la aprieta con vehemencia al escuchar una respuesta, háblele de ese aspecto concreto y dígame que se quedará con él hasta que esté más tranquilo” (PR, 50-51).

La propia Dra. Kübler-Ross contribuyó a mejorar esta comunicación gracias una vez más, a su propia experiencia (CMI, 102). Creó una tabla de palabras, básicas, que hicieran referencia principalmente a lo más urgente, como sed, dolor, angustia, comida, sueño, descanso, almohada...,etc. La idea es que una persona la sostiene de modo que sirve como apoyo para que el paciente logre

hallar las palabras que den forma al mensaje que quiere comunicar. En otras ocasiones se trata de acordar, por ejemplo, que un parpadeo significa “sí”, y dos “no”. Todo esto requiere evidentemente mucha paciencia, y en ocasiones tanto el acompañante, como el profesional y el mismo paciente se sentirán frustrados. Se verán obligados muchas veces a reintentarlo y a buscar maneras de ir más rápido. Pero en otras lograrán descubrir qué palabras necesitan para mantener una conversación más fluida en la medida de lo posible.

Vamos a conocer un caso que relata nuestra autora y que ilustra cómo abordó una situación difícil para todos los implicados (SMM, 34). Se trataba de un paciente que se mostraba inaccesible en todo momento. El personal no sabía cómo actuar, por lo que la postura que adoptaron fue la de evitarlo en la medida de lo posible. Sin embargo en lugar de dejar que la situación fuera a más, decidieron pedir consejo a la Dra. Kübler-Ross. Cuando llegó a la habitación, se encontró con un paciente que necesitaba estar intubado para respirar, lo que al mismo tiempo le impedía hablar. Se sentía condenado a no poder comunicar ni una sola palabra. En su desesperación se mostraba airado e irritado, por lo que la relación entre los médicos y él era cada vez más difícil. Nuestra autora llegó a un acuerdo con los médicos para retirarle durante unos minutos el tubo. El paciente agradeció el gesto e indicó que le molestaba enormemente, tenía angustia y malestar. Debido a que lo necesitaba, acordaron que durante unos minutos al día se le retiraría para que pudiera comunicarse. De este modo se logró evitar que un paciente se enfrentara al aislamiento y la incomunicación. El personal sanitario supo cómo atender las necesidades especiales de pacientes como este.

Y ¿de qué modo podemos comunicarnos con pacientes ancianos y seniles, con aquellos que padecen Alzheimer o demencia? Muchas veces no son atendidos como debe ser porque se piensa que en estos casos son simples seres pasivos para los que el tiempo pasa sin más, que no son conscientes de lo que sucede a su alrededor.

A pesar de que no sean conscientes de lo que sucede en su vida y ya no puedan disponer de ella como lo hacían antes, siguen siendo personas que tienen una biografía. Ahora dependen de terceros para cosas tan básicas como comer o beber, y en ocasiones quizá deben pasar horas hasta que alguien los pueda atender. A pesar del deterioro cognitivo que les impide reconocer a su cónyuge o a sus hijos, pueden recordar las noches que pasaron en vela por cuidar de unos niños pequeños que ahora son exitosos adultos. Puede que no se reconozcan a sí mismos en una antigua fotografía de boda, de su propia boda, pero eso no hace desaparecer los esfuerzos, así como los triunfos y sufrimientos por los que han pasado. Puede ser que cada vez respondan menos a los estímulos, pero siempre lo hacen a una sonrisa, al afecto y a la calidez. Este es un lenguaje universal. Quienes se hallan en esta situación necesitan que se les hable, se les toque y acaricie. Esta es también una forma de comunicarse con ellos. Así es como Elisabeth Kübler-Ross dice que hay que tratarlos:

“como a un recién nacido; debe darles de comer, procurar que estén secos y cómodos, tocarles y hablarles como lo haría con un bebé. Aunque no puedan agradecerse verbalmente, estas personas aprecian mucho las expresiones de cariño” (CMI, 51).

Estas situaciones hacen referencia a pacientes que por un motivo u otro no pueden comunicarse de forma natural. Sin embargo, hay ocasiones en que, a pesar de que los pacientes sí pueden hablar y comunicarse, no expresan abiertamente aquello que quieren decir. En otros casos, como sucede con los más pequeños, lo hacen a través de otros canales de comunicación, como son los dibujos o el juego. A estos lenguajes, la Dra. Kübler-Ross los denominó respectivamente *lenguaje simbólico verbal* y *lenguaje simbólico no verbal* (CMI, 17). Vamos a pasar a conocer en qué consiste cada uno de ellos.

5.4.1.- *Lenguaje simbólico verbal y no verbal*

Haciendo balance de sus años en la planta de psiquiatría, Kübler-Ross consideraba que:

“el segundo regalo que me hicieron mis pacientes esquizofrénicos es que aprendí un lenguaje sin el cual me habría sido imposible trabajar con niños moribundos. Ese lenguaje es el lenguaje simbólico y universal que utilizan las personas en todo el mundo cuando se encuentran en crisis” (CMI, 15).

¿En qué consiste este lenguaje simbólico? ¿Quién se expresa a través de él? ¿Podemos entenderlo si no lo hablamos y no nos lo ha enseñado nadie?

Su experiencia le mostró que el lenguaje simbólico es universal, pero quien más lo emplea son *los psicóticos, los niños y los pacientes moribundos* (CMI, 16). También lo emplean las personas que han sufrido algún trauma emocional y no son capaces de hablar directamente de lo que les preocupa, de la tragedia o de las emociones que se desbordan y no pueden controlar. En el caso de los pacientes, hay quienes directamente dicen qué les pasa o que les queda poco tiempo de vida. Ellos son los que facilitan la comunicación, aquellos que prácticamente no tienen asuntos pendientes y a los que resulta más fácil responder. Generalmente no necesitan ayuda, son conscientes de lo que están viviendo y lo asumen.

Pero también puede haber personas cuya muerte esté próxima y lo sepan. Sienten miedo, angustia y preocupación por su propia muerte, algo muy comprensible. Es posible que no se encuentren todavía preparados para hablar de sus miedos y por ello lo harán a través de lo que nuestra autora denominó *lenguaje simbólico verbal*. Para quien lo escucha puede ser difícil entender o bien no es consciente de que el paciente lo está empleando. En otras ocasiones puede que no haya tiempo para traducir lo que nos quiere decir. Esto requiere paciencia, tiempo, esfuerzo y no desistir a pesar de los errores. Si hay alguna duda se le

puede preguntar al paciente si estamos en lo cierto al interpretar de una manera el mensaje. Para poder facilitar esta labor, Kübler-Ross trabajaba con un equipo multidisciplinar que hacía que todos contribuyeran, por ejemplo limitando a quien se implicara en exceso o bien a quien no adoptara una actitud adecuada en esos momentos.

Tampoco se puede obligar al paciente a no hablar en lenguaje simbólico verbal. Hay que dejar que sea la propia persona quien decida de qué modo expresarse. En ocasiones, esta médico psiquiatra hablaba en *lenguaje coloquial*. Si el paciente se sentía cómodo y preparado, dejaba el lenguaje simbólico verbal. Pero también podía darse el caso de que necesitara seguir apoyándose en el lenguaje simbólico no verbal, por lo que su interlocutora seguía hablando el mismo que el paciente.

También es posible que el paciente haya resuelto sus asuntos pendientes y que esté dejando en orden cosas que todavía le importa. Por ejemplo, puede ser que alguien regale algo que para él tiene mucho valor, algo que es muy importante que la otra persona reciba porque no puede esperar al cumpleaños, Navidad o una fecha ¿Por qué no lo dicen abiertamente? La razón, nos dice, es que en estos casos, *cuando un paciente usa el lenguaje simbólico, significa que os está poniendo a prueba, para ver si estáis preparados para lo que se necesita de vosotros* (CMI, 19). En esta línea, Kübler-Ross recordaba a una joven cuya abuela le regaló un anillo que sabía que estimaba mucho (CMI, 17). El primer impulso fue preguntar por qué en ese momento y no esperar a un día especial. Pero en ese momento, cuando fue a formular la pregunta, fue consciente de que su abuela se estaba despidiendo de ella, que ya nada la retenía y que le estaba haciendo no sólo el regalo material del anillo, sino también el de permitirle ser partícipe de ese proceso, porque sabía que, a pesar del dolor y la pena, su nieta estaba preparada y lo comprendería.

También necesitamos conocer de qué modo lo hacen los más pequeños. Rara vez emplean el lenguaje coloquial. En su caso optan por lo que Kübler-Ross denominó *lenguaje simbólico no verbal*, y se manifiesta principalmente en los dibujos, en el juego y a veces con parábolas como son los poemas. Son ellos los que *eligen* con quien hablar y con quien emplear este lenguaje. Esa persona puede ser por ejemplo una señora de la limpieza, un auxiliar de enfermería, las personas que reparten el catering a la hora de la comida o de la cena o un voluntario, porque *los niños de tres a cuatro años os miran y os atraviesan con la mirada, y saben si seréis capaces de encajarlos, o si vais a decir en seguida: bah, los niños nos saben de estas cosas. Habla por hablar*” (CMI, 19).

Interpretar correctamente el mensaje de un paciente que habla a través del lenguaje verbal simbólico puede resultar difícil. Pero también puede suponer un obstáculo interpretar un dibujo. Es cuestión de paciencia y experiencia, así como de estar siempre dispuestos a escuchar e intentar descifrar el mensaje. Cuando ella misma ayudaba a estos pequeños, bien porque ellos mismos estaban enfermos, bien porque algún familiar lo estaba a su vez, los recibía en su cocina porque tenía una chimenea donde podía encender el fuego, lo que hacía más acogedor el lugar. Y, aunque ella misma reconocía que no era lo más sano, les ofrecía *donuts* y *coca-cola*. Lo importante en ese momento no era que la merienda de esa tarde fuese sana, sino que se encontraran cómodos para que dibujaran con calma y de forma espontánea:

“Yo veo a todos mis pacientes moribundos en visitas a domicilio, y cuando los familiares han venido a mi casa ha sido puramente por motivos económicos. A todos los niños que pueden caminar los recibo en mi cocina. No tengo un despacho de consulta porque es algo que atemoriza mucho a los niños” (CMI, 23).

Al sentirse cómodos, los pequeños se animan a dibujar. Los dibujos expresan gráficamente y sin ambages aquello que más les preocupa, sus miedos, sus temores, lo que les molesta o disgusta. A través del dibujo se inicia un tiempo

que desemboca en una confianza plena para que puedan abordar la cuestión a tratar. ¿Qué dibujan? Pueden ser rayas, borrones, trazos abstractos o bien figuras que son importantes para ellos. Los colores refuerzan el mensaje que quieren transmitir, como por ejemplo el rojo, que en cantidad significa ira, enfado o peligro. Se les puede ir preguntando conforme ellos van respondiendo. No hay que buscar necesariamente una lógica a lo que han pintado:

“Hay ciertos trucos en este trabajo que se aprenden por ensayo y error. Si quieres que un niño te cuente la verdad, lo único que tienes que hacer es equivocarte al adivinar. Tarde o temprano, se cansan de tus estúpidas preguntas y te cuentan la verdad” (CMI, 26).

Si sabemos desde un principio de qué se trata y disimulamos, lo intuirán y no querrán hablar. Lo mejor es que vayamos conduciendo la conversación hasta que se dé con el núcleo del tema.

Recordaba el dibujo que había hecho una niña cuya madre estaba gravemente enferma en el hospital. Detectó entre otras cosas, que mucho color rojo, significaba ira y enfado, y una “mesa caída”. No sabía qué significaba, así que fue preguntando hasta que la pequeña, airada porque la persona adulta no conseguía saber qué era, le dijo que sí era una mesa caída, y que lo que significaba era que su madre no podría volver a sentarse a ella con la familia. Al decir tres veces seguidas en un corto espacio de tiempo “nunca más”, Kübler-Ross percibió claramente que ambas sabían que ya podían pasar del lenguaje simbólico al lenguaje normal. Fue nuestra autora la que expresó lo que interpretaba: que la madre nunca volvería a cenar con ellas en esa mesa de cocina porque no se iba a recuperar. Al preguntarle si sabía que moriría pronto, la pequeña le respondió con un rápido y claro “sí, ya lo sabía”, aunque a la Dra. Kübler-Ross así como otros adultos, parecía que les había costado un poco más ver esto.

Cuando nuestra autora se sentó con esta niña, sabía que su madre estaba muy enferma. Pero no sabía nada más. Se trataba de hablar directamente

con esta pequeña, porque hasta entonces nadie lo había hecho. En el colegio no atendía, había empezado a descender su capacidad de aprendizaje y casi no se comunicaba con nadie. El motivo era muy simple: de los adultos que había a su alrededor, ninguno había sido sincero con ella.

Si en lugar de tratar de comprender a esta pequeña, la Dra. Kübler-Ross le hubiera dicho que había hecho un dibujo muy bonito pero que no era momento de hablar, habría entendido que al igual que quienes estaban junto a ella, tampoco estaba preparada.

A pesar de que un niño pueda ser pequeño y no comprender muchas cosas, tanto si son ellos los que están enfermos como si es otra persona, pueden saber perfectamente cuánto tiempo pueden vivir todavía. Es cuestión de recordar que cuando escogen a alguien para hablar, casi siempre lo harán con lenguaje simbólico no verbal, y si deciden hacerlo, es porque ambas partes están preparadas para recorrer este camino.

5.4.2.- La carta que se convirtió en un libro

Una vez la comunicación fluya, se trata de preguntar al niño si quiere hablar de lo que le molesta, le preocupa o le inquieta. Un acontecimiento “especial” en uno de los talleres que impartió Elisabeth Kübler-Ross dio pie a la creación de una de las herramientas de lenguaje simbólico no verbal que se pueden emplear con estos pequeños pacientes. A uno de ellos acudió un niño de nueve años, enfermo de cáncer. Su nombre era Dougy. Tras acabar, este pequeño escribió una carta:

“Era la carta más preciosa que he recibido en los veinte años que llevo trabajando con pacientes moribundos. Eran dos líneas: Querida doctora Ross, me queda sólo una pregunta más. ¿Qué es la vida y qué es la muerte y porqué los niños tienen que morir? Cariños de Dougy” (CMI, 45).

Para nuestra autora resultaba muy fácil trabajar con pacientes que estaban muy cerca del final de sus vidas, y más si eran niños porque *son menos complicados. Son muy directos* (CMI, 41). No hay que tener miedo a equivocarse porque ellos mismos hacen saber el error. Por ello se sentó a responder a la carta de este niño, pero lo hizo con dibujos. Esta vez fue ella la que empleó el lenguaje simbólico no verbal. Pidiéndole prestados los lápices de colores a sus hijos, Kübler-Ross comenzó a responder a su interlocutor al comparar la vida del ser humano con las estaciones, al mismo tiempo que ilustraba lo que le iba explicando. También le explicó a este pequeño que el ser humano es como la oruga que se encierra en su capullo y que tras un período, rompe la envoltura para salir transformado en una preciosa mariposa. Así sucede con la muerte, atrás se queda el cuerpo físico para dar paso a nueva etapa. Pero en lugar de quedar sólo como carta para Dougy, el mismo pequeño lo enseñó a tantas personas que necesitaban de esa ayuda que le dio permiso para imprimirlo para que a su vez pudiese ayudar a otros niños en su situación. De ahí que la carta que debía ser enviada como respuesta a un intercambio epistolar entre dos personas llegó a ser un libro que a su vez ha llegado a miles de lectores.

5.5.- Fases en la enfermedad y la muerte

El profesional de la medicina, cuya labor se centra en el cuidado y la atención a los pacientes que se encuentran próximos al final de sus vidas, requiere contar con las destrezas suficientes para poder no tener asuntos pendientes con respecto al tema de la muerte, capacidad de escucha activa y de querer que sea posible vivir hasta que llegue el momento de la muerte. Al mismo tiempo, todo esto supone muchas dificultades, porque aunque son muchos los que trabajan día a día para lograrlo, otros son los que impiden por diversas razones que se logre esta meta.

El trabajo con pacientes que se encontraban próximos a cerrar el ciclo de una vida, con más o menos años vividos, brindó a la Dra. Kübler-Ross muchas e importantes oportunidades de aprendizaje. En primer lugar, que no hay que obligar a los pacientes que se encuentran en una situación de enfermedad que tiene como desenlace su muerte a que conozcan su situación y a que se enfrenten a ella si no están preparados y no lo quieren saber. Esto nos lleva a la segunda cuestión: las cinco fases por las que atraviesa todo o casi todo paciente. Estas cinco fases no siempre se cumplen. No es imprescindible que se den todas, ni que deban seguir el orden que nuestra autora propuso. En algunas ocasiones, el paciente se enfrenta al diagnóstico y su postura coincide con la primera fase. Pero es posible que luego no atraviese las otras cuatro. Se trata de que quienes están junto a él, bien como familiares, como profesionales, como cuidadores o bien como voluntarios, sepan qué le sucede a la persona a la que atienden. Son más bien “herramientas” que sirven de apoyo para mejorar en la medida de lo posible la importante labor de cuidar y curar hasta el último instante.

1ª.- Negación y aislamiento

Imaginemos por un momento que hemos recibido una llamada de la consulta del médico para pedirnos que acudamos en el menor tiempo posible. Lógicamente las alarmas se disparan y la inquietud nos invade. Aunque podemos prever que algo no está bien, la confirmación de la noticia del diagnóstico de una enfermedad grave o que la situación ha empeorado y no hay ya solución provocará inevitablemente que pensemos que es posible que haya un error. Elisabeth Kübler-Ross nos dice que la primera reacción, normal y coherente en estos casos es la negación. Muy pocos son los pacientes que no se derrumban y se niegan a aceptar la noticia:

“No, yo no, no puede ser verdad. Esta negación inicial era común a los pacientes a los que se les revelaba directamente desde el principio su enfermedad, y a aquellos a los que no se les decía explícitamente y que llegaban a aquella conclusión por sí mismos, un poco más tarde” (SMM, 59)

Esa negación puede presentarse mediante palabras, como el ejemplo que acabamos de ver, o bien cuando la persona pregunta una y otra vez ¿por qué a mí, por qué ahora, por qué yo?

También se puede manifestar esa negación a través de la búsqueda de otras opiniones, diagnósticos o especialistas, aun sabiendo que el diagnóstico es correcto. Un paciente puede pensar también que hay un error en la prueba, que se han confundido de persona y que todo quedará en un momento angustioso. A juicio de la Dra. Kübler-Ross, esta reacción aparece en los pacientes que son informados de manera *prematura o bruscamente* por alguien que no le conoce bien o que *lo hace rápidamente para “acabar de una vez” sin tener en cuenta la disposición del paciente* (SMM, 60).

Esta reacción es natural. Aunque sabemos que algún día hemos de morir, es algo que evidentemente nos resulta muy lejano, algo casi difícil incluso de imaginar. Nuestro pensamiento, inconscientemente, apunta a la inmortalidad.

¿Significa esto que es una reacción que hay que controlar y evitar? ¿Qué está poniendo aquí de manifiesto la persona? Para nuestra autora, la negación parcial, es algo habitual en estos casos, y no sólo se da cuando se recibe el diagnóstico, sino que en ocasiones surge más tarde, es decir, en las primeras fases de la enfermedad. Parcial significa que aunque asuman su situación y la proximidad de su propia muerte, en otros momentos necesitan negarlo para poder tener esperanza y fuerzas para seguir luchando y viviendo. La negación además es necesaria, actúa como *un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrase al paciente, y, con el tiempo, movilizar otras defensas, menos radicales* (Íbid.).

Por regla general, el paciente así como los familiares van avanzando en esta situación, de modo que llega un momento en que se encuentran

preparados, si se les invita a ello, para hablar sobre lo que les preocupa, la muerte o aquello a lo que se van a enfrentar. Kübler-Ross señala que a pesar de que a muchos les parezca que lo único que puede hacer es más daño al paciente. Aunque le quede todavía tiempo de vida por delante, como meses o incluso años, es muy recomendable que la persona hable de estas cuestiones en el momento en que considere que está preparada (SMM, 81). ¿No puede ayudar más cuando esté más cerca del final? Nuestra autora considera que no, debido a que la persona que todavía está fuerte y mantiene un nivel aceptable de salud a pesar de la enfermedad, puede afrontarlo mejor desde la perspectiva que ofrece la distancia del tiempo. En el caso de la familia ayuda a poder organizar recursos económicos, de logística, facilita la nueva gestión del tiempo, etc...

Otro aspecto importante es cómo debe actuar el personal sanitario, el voluntario o el acompañante ante el paciente que se encuentra en esta fase. ¿Es mejor intentar que la supere cuanto antes, o se le puede apoyar? Tanto si la negación es parcial como continua, esto es, independientemente de que la persona mantenga esa negación hasta el último minuto como si sólo se da en determinados momentos y acaba por desaparecer, Kübler-Ross considera que lo mejor es no obligar nunca a la persona a que abandone esta postura.

Si se hace así, la negación aparecerá y desaparecerá, y la persona que escuche de forma activa lo reconocerá en cada momento y *respetará las defensas del paciente sin hacerle consciente de sus contradicciones* (SMM, 63). Posiblemente, más adelante pase de la negación al aislamiento. Entonces:

“puede hablar de su salud y su enfermedad, su mortalidad y su inmortalidad como si fueran hermanas gemelas que pudieran existir una al lado de la otra, con lo que afronta la muerte pero todavía conserva la esperanza” (SMM, 64).

El paciente que se enfrenta a un diagnóstico de enfermedad, tanto si logra superarla como si fallece, necesita apoyo, comunicarse, expresarse y comenzar a encajar la nueva situación a través de la negación.

2ª.- Ira

La sensación que aparece tras superar la negación es la de rabia, ira, impotencia, desesperación, angustia... La negación sirve para contar con un tiempo en el que la información se bloquea con vistas a que la persona pueda ir asumiendo la noticia. Cuando esto llega, muchas preguntas siguen latentes. La persona se encuentra con que repentinamente su vida se halla desplazada hacia una nueva experiencia que en ningún momento imaginaba que podría llegar, como por ejemplo que ella misma se encuentre enferma o que deba hacerse cargo de alguien a quien se le ha diagnosticado recientemente un grave problema de salud.

¿Qué o quién es objeto de esa ira? Kübler-Ross señala que cualquiera que se encuentre cerca del paciente (SMM, 74). Bien porque la cama es incómoda, porque los médicos no son todo lo profesionales que deben ser, porque los familiares y/o cuidadores no saben cómo han de atenderlo, porque las pruebas son lentas, los ascensores nunca llegan, la comida es desagradable... A veces sucede que en la televisión se está proyectando una película en la que los protagonistas son personas sanas, cuyas vidas se desarrolla perfectamente y que pueden moverse. Son las imágenes opuestas a lo que está atravesando la persona cuya enfermedad le hace no poder moverse con libertad. Esto también puede desatar su ira. Se siente limitada, agotada e indefensa y no sabe cómo lograr que desaparezca su sufrimiento.

La cuestión entonces es cómo actuar ante estos pacientes. Ser objeto de la ira de una persona sin motivo aparente provoca malestar. Por regla general la familia o quienes lo atienden suelen dejarlo de lado, procurando no generar

ninguna situación que provoque un estallido. En este caso, la propuesta de nuestra autora es que hay que recordar que por regla general, un paciente que actúa de esta manera está pidiendo ayuda de manera desesperada (SMM, 76). Una reacción de este tipo conlleva un mensaje: *no me olvidéis, todavía estoy vivo* (Íbid.).

La experiencia le demostró que era necesario dejar que estas personas se expresaran abiertamente. Para ella, la ira es un sentimiento natural, que dura unos 15 segundos y que no hay que reprimir. Si esa ira dura más, hay que hablar con el paciente para saber qué le pasa. No es de extrañar que no nos reciba con amabilidad. Tanto si es un adulto como un niño pequeño, paciente o cuidador, es necesario que la exprese. ¿De qué manera se ha de hacer? Podemos hablar con la persona y no cortar sus sentimientos cuando comience a expresarlos. Una de las maneras que nuestra autora solía plantear en sus talleres era golpear con un trozo de manguera cojines o guías de teléfono en desuso. Con estos elementos nadie corría el riesgo de hacerse daño y en pocos minutos solían estallar en un llanto reparador. Los más pequeños suelen ser los más sinceros. Nos dice Kübler-Ross que pueden comenzar diciendo que va a *matar a todos los adultos* (CMI, 206). Pero pasados los primeros segundos o minutos, puntualizan que a algunos no, porque se dan cuenta que necesitan que alguien cocine...

¿Qué se consigue haciendo que un paciente exprese su ira? ¿No puede esto conducir a un empeoramiento de su estado o a dificultar su cuidado? La respuesta a la primera pregunta es que lo que se pretende es que la persona pueda romper con la tensión a la que está sometida y que sepa que se le escucha de forma activa, que en la medida que sea posible se intenta ayudarlo y esa es una manera que lo demuestra. En el caso de la segunda respuesta es que no. Quien reprime su ira puede empeorar en muchos aspectos. Puede aislarse más o por el contrario no saber expresarse si no es con gritos y protestas, lo que provocará que la relación entre quienes están con él sea más difícil. No saber manejar estas situaciones provoca que nadie comprenda a la otra parte, por lo que acaban por

ignorarse mutuamente. Pero no podemos olvidar que no se puede obligar a nadie a seguir nuestras pautas. Algunas personas no encajan que durante su vida lo han controlado todo y sólo están dispuestas a hablar cuando consideren que deben hacerlo en lugar de aprovechar la oportunidad que se les da. Estos son los pacientes que, nos dice Kübler-Ross, luchan hasta el último momento contra la muerte sin ser conscientes de que, irremediabilmente, son los más desesperados de todos (SMM, 81).

3ª.- Pacto

Si durante el tiempo que transcurre desde el diagnóstico o durante el desarrollo de la enfermedad la persona no ha encajado su situación, puede atravesar la fase de pacto. Aunque es poco conocida, suele ser breve pero igualmente útil para la persona. El paciente considera que la ira sólo supone un gran desgaste personal y mental, por lo que necesita buscar otras vías para que pueda recuperar la salud.

Un ejemplo muy parecido es el de los niños pequeños que no aceptan un “no” por respuesta. En un primer momento pueden reaccionar pateando, llorando y encerrándose en la habitación. Pero, si reconsideran la situación, es posible que piensen que es mejor pedir las cosas con tranquilidad, u ofrecerse a hacer alguna tarea que se le había pedido y no quería hacer. Pretenden alcanzar un pacto, un acuerdo en el que aceptan algo a cambio de obtener lo que les interesa. En el caso del paciente sucede lo mismo. Piensa en, por ejemplo, hablar con el capellán o el director espiritual para que sirva de intermediario y testigo a la vez de su acuerdo. Otras veces se dirigirá sólo a Dios o a sí mismo para asegurar que dejará un mal hábito alimenticio a cambio de reponerse. En otras ocasiones se planteará una meta, una fecha o un acontecimiento para seguir viviendo más tiempo.

Lo que late de fondo en el pacto es una promesa que la persona quiere hacer. Y a su vez esa promesa significa en muchas ocasiones que hay un sentimiento de culpabilidad soterrado. Por ello, si el capellán o alguien que forma parte del personal sanitario o cualquier otra persona recibe una propuesta de este tipo, debería tratar de averiguar si el paciente tiene alguna sensación de culpabilidad por ejemplo, por no haber ido a la iglesia con más frecuencia, por haber faltado a alguna tradición de la familia... Así:

“nosotros le seguimos el rastro hasta que el paciente se libra de sus temores irracionales o de su deseo de castigo por un sentimiento de culpa excesivo, que no hace más que aumentar con el pacto y las promesas incumplidas cuando pasa la *fecha de vencimiento*” (SMM, 114).

4ª.- Depresión

Basta con ser capaces de comprender al paciente para ver que la causa de que el paciente se sienta deprimido es la necesidad de *aliviar algo el sentimiento de culpabilidad o vergüenza excesivas que a menudo acompaña a la depresión* (SMM, 116). Un caso puede ser el de la mujer a la que se le ha sometido a una mastectomía o a una histerectomía, es decir, se le ha extirpado uno o los dos pechos o el útero. No sirve querer consolar diciendo que muchas otras personas han pasado por lo mismo, o que con una peluca o un implante se soluciona.

Apoyar a la persona durante el desarrollo de una enfermedad, con independencia de que desemboque en su muerte o no, requiere paciencia, constancia y conocer bien en cada momento aquello por lo que está atravesando. Si tras un tiempo, que varía de una persona a otra, no ha habido mejoría sino por el contrario deterioro, cansancio, agotamiento, pérdida del trabajo, de la movilidad, etc., el paciente puede caer en una depresión. Observó dos tipos de depresión en estos casos (Íbid). La primera *es una depresión reactiva y la segunda*

una depresión preparatoria. La primera es de naturaleza distinta y se debería tratar de una forma completamente diferente de la segunda (Íbid.).

Otras veces la persona se encuentra con que tiene niños pequeños o personas a su cargo y que dependen de ella, y es precisamente ella quien se encuentra enferma y no hay perspectiva de mejoría. Nuestra autora recuerda el caso de una paciente que mejoró visiblemente de la depresión que padecía cuando la trabajadora social y el capellán del hospital lograron resolver los problemas de reubicar y reordenar la vida de su familia sin ella (SMM, 117). Esta señora *había perdido su capacidad para desempeñar su papel, pero no había nadie para reemplazarla (Íbid).*

Pero es posible que la vida de la persona que se encuentra próxima al final de su vida no tenga problemas a nivel familiar o económico. El motivo de la depresión se halla en la pérdida irremediable que conlleva este proceso. En este caso, *no tiene lugar como resultado la pérdida de algo pasado, sino que tiene como causa pérdidas inminentes (Íbid).*

Aquí la depresión sirve como herramienta que facilita a la persona poder prepararse para la separación inminente *de todos los objetos de amor (SMM, 118)*. Ahora no tiene sentido apoyar ni dar ánimos al paciente, *no debería estimularse al paciente a que mire el lado alegre de las cosas, porque eso significaría que no debe pensar en su muerte inminente (Íbid.)*. Es decir, sí se puede decir al paciente que piense en cosas positivas o agradables en el primer caso de depresión, cuando por ejemplo se le dice que los hijos siguen yendo al colegio con normalidad o que su pareja va al cine o ha salido recientemente de cena. Esto significa que a pesar de su ausencia, quienes forman parte de su vida saben cómo mantener el equilibrio a pesar de lo difícil que pueda ser la situación que les afecta.

Pero en el segundo caso de depresión, no es posible pedirle a la persona que sonría cuando nosotros mismos estamos tristes y angustiados porque el fin está muy cerca. La propuesta de Kübler-Ross es, una vez más, hacer frente a nuestros miedos y asuntos pendientes. Hemos de ser conscientes que es normal sentir dolor, pena o tristeza y que no es nada vergonzoso. Hemos de dejar que la persona exprese abiertamente sus miedos, sus inquietudes y sus preocupaciones, y sobre todo, escucharla de forma activa y sin interrumpir en ningún momento. No hace falta preparar lo que se va a decir. El silencio también es un gesto que acompaña.

En estos casos, la persona puede pedir que se rece junto a ella o por ella. Esto es una invitación muy clara que no hay que rechazar, para acompañar al paciente en estos momentos. También es importante que las visitas se controlen e incluso restrinjan, porque aunque se hagan con la mejor voluntad, el paciente necesita no que le den ánimos, sino que se comprenda y asuma que se encuentra cerca del final de su vida y está preparado para marcharse. Si el personal sanitario sabe esto, puede comunicarlo a los familiares para que también reciban el apoyo necesario que les ayude a dar estos pasos.

5ª.- Aceptación

Acompañar a una persona en el proceso de enfermedad y muerte es difícil y casi siempre duro. Es necesario contar siempre con herramientas que sirvan de orientación en estos casos. Ya hemos visto varias veces a lo largo de estas líneas que, a pesar de que sabemos que somos finitos y mortales, llegado el momento, la muerte aparece con crudeza. La sociedad, los medios de comunicación, en ocasiones el personal sanitario o los familiares no disponen de los recursos económicos, emocionales, psicológicos o espirituales necesarios para hacer que el proceso de acompañamiento y muerte de un ser humano no resulte tan desgarrador. Por ello estamos aquí siguiendo la experiencia que gracias a su

labor de médico descubrió Kübler-Ross gracias a los miles de pacientes a los que la escuchó, atendió y acompañó durante las últimas fases de enfermedad, próximos a su muerte

Si la persona ha sido atendida adecuadamente en todos los aspectos, es decir, tanto a nivel físico como mental, espiritual, etc., si se le ha permitido expresar su angustia, miedo, incomodidad, ansiedad, tristeza, alegría..., si se le ha escuchado sinceramente cuando ha hablado de sus asuntos pendientes, de aquello que necesitaba resolver en su vida con un familiar, un amigo o consigo mismo, si el personal sanitario y los familiares han estado en todo momento a su lado, interviniendo cuando era necesario, entonces el paciente puede sentir que está preparado para morir en paz, sin remordimientos, en calma y con sosiego. Posiblemente duerma con más frecuencia de la normal y quiera que las visitas sean las mínimas. Esto no significa que no quiera ver a nadie ni que se esconda de algo. Simplemente es que se encuentra con que necesita aumentar las horas de sueño, igual que un bebé. Porque:

“no es un *abandono* resignado y desesperanzado, una sensación de *para qué sirve* o de *ya no puedo seguir luchando*, aunque también oímos afirmaciones como éstas. (Indican el principio del fin de la lucha, pero no son síntomas de aceptación)” (SMM, 149).

En ningún momento significa que sea una etapa de liberación, bienestar y felicidad. No implica que lo peor ha pasado o que todo se desarrolla sin ningún contratiempo. Muchos de estos pacientes siguen negando su muerte, no logran aceptar el desenlace final y definitivo, por lo que en ocasiones se prolonga más el tiempo de vida pero con menos calidad. Son personas que por diversos motivos no han podido superar sus asuntos pendientes, sus miedos o sus preocupaciones, mientras que en otros casos lo que sucede es que nadie les ha tendido una mano ni se ha sentado unos minutos para conversar.

Respecto a quienes sí aceptan este paso, pueden sentirse bien, libres de miedo e incluso satisfechos de cómo han afrontado su enfermedad, la carga que conlleva muchas veces, y ahora su propia muerte. En los últimos días son capaces de lograr hallar algo que dé sentido no sólo a su vida, sino también a su propia muerte. Y lo mismo puede suceder con quienes lo han acompañado.

El mejor momento para ver a estas personas es el final del día. La actividad de las enfermeras, auxiliares, especialistas, etc., disminuye, con lo cual es más fácil tener un momento de calma y silencio. Puede estar, si así lo pide la persona, algún familiar con quien se sienta más cómodo, un voluntario o el capellán. Puede que nadie necesite hablar porque ya no hace falta. Simplemente es poder decir adiós en el momento adecuado.

¿Significa esto que se ha de dejar a la persona morir y que no hay que hacer ningún esfuerzo ni facilitarle ningún tratamiento? ¿Es mejor que no se le intervenga quirúrgicamente porque va a morir en breve? ¿La única solución posible es esperar a que muera? Obviamente todo esto es un grave error. Si recordamos, Viktor Frankl nos decía que si un sufrimiento es evitable, no tiene sentido no evitarlo. En este caso, que un paciente esté cerca del momento de su muerte no ha de significar que se pronuncien las conocidas y muy desafortunadas palabras de “no hay nada que hacer”. Cuando el profesional o el familiar no reconocen esta fase de aceptación o cuando se desea prolongar su vida, se tropieza con el deseo de la persona de descansar por fin y morir en paz. Con ello, lo que se hace es *más mal que bien a nuestros pacientes, veremos frustrados nuestros esfuerzos y convertiremos su muerte en una última experiencia dolorosa* (SMM, 150).

Esto significa que el paciente se ha de enfrentar a un impedimento para morir, que todo el esfuerzo que ha realizado para lograr estar en paz consigo mismo no vale y que nadie lo escucha abiertamente. Parece que aquí las

necesidades y perspectivas no cuentan a no ser la de terceros. Una paciente que había logrado superar miedos y ansiedades y se acercaba a su propio final con calma y esperanza (SMM, 150). Pero tanto su marido como el médico no compartían su postura, por lo que programaron una intervención quirúrgica, a pesar de que sabían seguro que sólo lograría retrasar por un breve tiempo el temido desenlace. Esta paciente cayó de nuevo en un estado de depresión, de irritabilidad y de ira que la llevó a sufrir dolor físico y malestar. Se sentía aislada y obligada a seguir una pauta que ella no había decidido. No era su miedo al que debía hacer frente, sino a la consecuencia de lo que para el médico y su marido suponía no asumir la pérdida.

En este caso, a petición de la propia paciente, nuestra autora habló con el marido. Habló de su mujer con amor y ternura, se refirió a los felices años que habían compartido en su matrimonio y que se habían visto destrozados por la repentina enfermedad de su mujer. A su juicio no era posible que ella estuviera preparada para morir y dejarlo sólo. La operación sería la solución al problema, aquello que le permitiría recuperar a su querida esposa. No podía concebir que hubiera de seguir viviendo sin ella. Tras escuchar esto, Kübler-Ross comprendió perfectamente la postura del marido. No podemos pedirle a nadie que asuma gustosamente la pérdida de un hijo, de un padre, de un amigo. Es innegable que el dolor siempre estará presente. Pero también hay que reparar en las necesidades del paciente. Esto es lo que preguntó la Dra. Kübler-Ross a esta persona, si había tenido en cuenta no sólo sus necesidades, que eran lógicas, sino también las de su mujer. Entonces el marido fue consciente de que no había sido así y que se había preocupado por el miedo a la soledad a la que debería hacer frente al iniciar su vida como viudo:

“no podía comprender que un paciente llegue a un punto en que la muerte le parezca un gran alivio y que los pacientes mueren con más facilidad si se les ayuda a desligarse lentamente de todas las relaciones importantes de su vida” (SMM, 154).

En este caso todo se resolvió de la mejor manera. Cumpliendo su deseo, la señora W., como la nombra nuestra autora, no fue intervenida. El señor W. logró superar sus miedos y habló abiertamente con su esposa, manteniendo viva en todo momento la esperanza de su recuperación. El personal sanitario supo entender la situación y logró saber qué era lo que esta paciente necesitaba decirles. Lo que siempre estuvo presente en todos fue la importancia de la necesidad más grande de esta persona: *vivir hasta el final con dignidad* (SMM, 156).

5.5.1.- *El entorno del paciente*

Acabamos de ver de qué modo la Dra. Kübler-Ross anduvo este camino día a día, un camino que al igual que la filosofía de Gabriel Marcel, nunca se cierra, nunca se supera ni se termina, porque todos los días, en cualquier habitación de cualquier hospital, en un quirófano o en una planta hay alguien que necesita atención integral. No podemos olvidarnos de quienes también han de ser tenidos en cuenta en esos momentos, no sólo para tomar decisiones, conocer diagnósticos o alternativas además de acompañar, escuchar, y por qué no, de curar y cuidar. Nos referimos a las madres y los padres de los pequeños y adolescentes, hablamos de los hijos cuyo progenitor se encuentra grave, o del cónyuge que ve ahora la oportunidad de cumplir con el voto que hizo un día quizá ya lejano, de compartir el peso de la enfermedad.

También necesitan ser cuidados y atendidos, porque en muchas ocasiones pesa sobre ellos una gran carga. No es posible atender correctamente al paciente ante el final de la vida si no nos preocupamos de los familiares. No hay que perder de vista que ante el diagnóstico de enfermedad incurable de una persona, su pareja, sus hijos o quienes son atendidos por él, se ven privados repentinamente de un tiempo valioso, de un espacio necesario para vivir como es la propia casa o del ingreso económico que ahora se ve amenazado.

Por regla general la figura del cuidador principal suele ser en un porcentaje elevado una figura femenina, como la madre o la esposa. Usualmente se ha considerado que las capacidades de cuidar, curar, atender y organizar la casa y la familia son propias de la mujer. En el caso de los varones, estos se ven en muchas ocasiones desplazados a la hora de participar del cuidado del cónyuge o de los hijos enfermos, bien porque son la única fuente de ingresos económicos para la familia, bien porque una vez más, los estereotipos dificultan su labor. También respecto al manejo de emociones ellos se ven menos atendidos en estos casos, porque parece que seguimos siendo las mujeres las que podemos expresar abiertamente nuestras inquietudes, temores y preocupaciones. Esto provoca que en muchas ocasiones, cuando la figura de la persona que cuida es varón, se encuentre con que se espera que sepa resolver de forma racional los conflictos, que controle el estrés y conozca de qué modo ha de actuar para evitar que una situación de angustia y dolor acabe siendo un drama.

Por otra parte, mientras que las mujeres conocen cauces de expresión, así como localizar a las personas que pueden ayudarla a aliviar tensión emocional o qué recursos pueden ofrecerle en otras áreas, como los trabajadores sociales, terapeutas, amigas, etc., en el caso de los cuidadores varones todo esto resulta mucho más difícil. Cabe añadir que muchas veces no sólo han de hacer frente al cuidado de una persona dependiente o enferma, sino que también han de tomar el mando de las tareas que su compañera, esposa o hija llevaba a cabo en casa, por lo que cargan con la molestia que supone romper con tradiciones que han asumido, aunque posiblemente la generación siguiente ya lo ha superado.

Lo que queremos señalar en concreto en este aspecto es que la figura del cuidador varón se halla muchas veces en desventaja con respecto a la de la mujer porque no conocen los recursos necesarios para hacer frente a los cambios tanto personales como del entorno que conlleva el cuidado de un paciente, y más en concreto ante el final de la vida. Es obvio que esto no significa que se deba

evitar que los varones cuiden y curen. Cuenta por igual tanto la figura masculina como femenina. En lo que sí coinciden, obviamente, es que como cuidadores, se han de enfrentar a situaciones de estrés, de angustia, de malestar e incluso de culpabilidad.

Cualquier pérdida siempre supone un gran dolor y un enorme vacío. La muerte del cónyuge puede suponer el fin definitivo de un proyecto en común que se inició mucho tiempo atrás y que con tesón y esfuerzo se ha mantenido firme, siempre con vistas a un futuro por llegar. En el caso de unos padres, la muerte de un hijo es una de las experiencias más traumáticas y duras por las que puede pasar un ser humano. El hijo, proyecto de futuro común, del que se espera que sea quien dé el último adiós a los padres y no al revés, deja un vacío permanente en sus progenitores, con independencia del paso del tiempo o de que haya hermanos. A todo esto hay que sumar la ardua tarea de cuidar y atender a una persona o a un niño a quien se le diagnostica una enfermedad que no es posible curar y cuyo final es la muerte. Pasamos pues a ver de qué manera afecta el cuidado y la atención de personas ante el final de la vida a los familiares y cuidadores.

5.5.2.- Cambios en el entorno de la familia del paciente

Podemos imaginar por un momento qué supondría en nuestras vidas el diagnóstico de enfermedad de una persona cercana a nosotros, y que a raíz de ahí debamos de hacer frente al cuidado y la atención de una persona en mayor o menor medida dependiente de nosotros. A partir de ese momento hay que planificar cómo compatibilizar los horarios de trabajo, del colegio de los más pequeños para poder acudir a las consultas, acompañar a las pruebas, u organizar turnos de guardias. En otras ocasiones nos veremos obligados a renunciar a unas necesarias vacaciones..., etc. Podemos imaginar entonces cuáles pueden ser

algunos de los problemas a los que se han de enfrentar los familiares de un paciente cuyo estado de salud es frágil.

En estos casos, el cansancio, la presión, la falta de tiempo, nos dice Kübler-Ross, pueden manifestarse en algunas de las cinco fases de las que acabamos de hablar. Por ejemplo, los cuidadores y/o familiares pueden experimentar un estallido de ira con los médicos porque no saben qué le pasa al paciente, porque definitivamente les ha transmitido una mala noticia o porque estaban satisfechos con el que les ha empezado a atender pero que por un motivo ajeno a su voluntad no puede seguir haciéndolo. También pueden dirigir su ira hacia el personal del hospital por muy eficiente que sea su labor porque piensa que los médicos son fríos y no escuchan, o porque la enfermeras no acuden cuando se les llama. Lo que estas personas muestran es su frustración por no poder atender al paciente ellos mismos o quizá por no disponer de una cantidad económica que les permitiría acudir a un especialista en otro país. En otras ocasiones se trata de un sentimiento de culpa por las oportunidades perdidas en el pasado, por no haber disfrutado más del tiempo conjuntamente, por no haber celebrado fechas importantes o simplemente, no haber descolgado más veces el teléfono. Por ello:

“cuanto más podamos ayudar al pariente a expresar estas emociones antes de la muerte de un ser querido, más cómodo se encontrará el miembro de la familia. Cuando puedan superarse la ira, el resentimiento y la culpabilidad, entonces la familia pasará por una fase de dolor preparatorio, igual que lo hace la persona moribunda” (SMM, 219).

Es importante no perder de vista que muchas veces la responsabilidad de atender como familiar a un paciente recae sobre una sola persona o casi siempre sobre la misma. Esto supone que debe, por ejemplo, atender a cuestiones que por circunstancias desconocía, trámites burocráticos. En otras puede que deba hacerse cargo de tareas domésticas que desconocía, por lo que necesita reorganizar el tiempo para conseguir de alguna manera llenar el hueco de la persona que ahora está ingresada. A esto hay que añadir que puede que reciba,

incluso con las mejores intenciones, consejos de terceros, cuando en realidad lo que necesita es alguien que apoye un par de horas al día para ir a recoger a los pequeños al colegio, recoger una pieza de la lavandería o comprar el pan del día. Son pequeños gestos que pueden suponer acciones importantes para otros.

Pero hay una cuestión quizá más importante y que muchas veces pasa desapercibida y es la necesidad de descansar, no sólo física, sino también mentalmente, porque:

“es cruel esperar la presencia constante de un miembro de la familia. Igual que tenemos que respirar, la gente tiene que *cargar baterías* a veces fuera de la habitación del enfermo, vivir una vida normal de vez en cuando; no podemos funcionar eficazmente si tenemos siempre presente la enfermedad” (SMM, 206).

No todo ha de girar en torno al paciente, a la enfermedad o la muerte. Obviamente la organización de la vida familiar cambiará, pero no por ello el cuidador ha de dejar de disfrutar de un tiempo de tranquilidad, de ir al cine, a un balneario o viajar unos días si puede. Esto ayuda también a la persona enferma a ver que no todo se ha “estropeado” por su situación. Los lazos familiares y los vínculos emocionales se pueden ver reforzados quizá como hasta entonces no lo habían estado. Se dosifican, podríamos decir, las fuerzas y las energías, de modo que permiten llevar mejor esta experiencia. Si llega el momento de la muerte de la persona atendida, no se dará bajo presión y con la sensación de que se siente culpa porque en realidad es un alivio de tanto peso.

5.5.3.- *Problemas de comunicación*

Todo lo que estamos viendo aquí son posibles herramientas con las que contar en las situaciones en que una persona se encuentra ante una enfermedad, que a veces puede superarse mientras que en otras tendrá como final su propia muerte. Hay factores externos que no se pueden controlar, como por ejemplo la falta de lugares destinados específicamente para que los familiares se

puedan alojar durante un tiempo y no se vean obligados a recorrer grandes distancias durante el tratamiento del paciente. Algunas asociaciones disponen de un par de pisos para los padres de niños que están ingresados en pediatría oncológica. Pero obviamente no son suficientes ni para ellos ni para otras personas en una situación parecida.

Otras veces el problema radica en el idioma. Que el paciente o el familiar no hablen la lengua propia del país, o que no haya un idioma que sirva de “puente” entre todos los implicados o la falta de traductores, complica también este proceso.

En otros casos, no hay una sala donde el personal sanitario pueda comunicarse con calma e intimidad con la familia, donde ofrecer apoyo y fomentar la comunicación. A nuestro juicio, igual que señalaba la Dra. Kübler-Ross, sería también muy bien acogida la posibilidad de hallar un espacio donde el cuidador o el familiar pudiera expresar su rabia, su dolor, su frustración, llorar y descargar tensión. En los talleres que nuestra autora organizaba, se permitían estas expresiones y se facilitaba golpeando cojines o gruesas guías de teléfono con trozos de manguera. Esto suponía un método muy económico, sin peligro alguno y muy eficaz para dejar salir ese torrente de emociones antes de que se volvieran incontrolables y produjeran malestar. Los que mejor responden a esta técnica son los niños pequeños. No tienen complejos como los adultos y saben que sus emociones son naturales, no sienten vergüenza por estar enfadados, deprimidos o airados con terceras personas.

Sin embargo, en el caso de los adultos es más difícil. Parece que estamos más condicionados por el entorno, por la sociedad, por la cultura o las costumbres y es mejor reprimir las emociones. Llorar oxigena nuestros pulmones y produce un alivio casi inmediato de la tensión. Pero por regla general, procuramos calmar a la persona, lo cual es un error. Aunque sea con una buena

intención, hay que dejar a quien llora o se enfada que se exprese y no intentar calmarla enseguida.

En *Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido* (PR, 33), aparece por ejemplo, cómo actuar ante un paciente que blasfema, ¿hemos de decirle que por favor guarde silencio? La primera reacción y la más natural, por supuesto, es decir que sí. Pero en este caso, Kübler-Ross respondió que hay que ver qué necesidad o qué asunto pendiente queda por resolver para el paciente, porque *Dios es lo suficientemente grande como para aceptar esto* (Íbid.).

Es sumamente importante, pues, cuidar la comunicación, no sólo, entre el paciente y el personal sanitario, sino también con los familiares. Imaginemos por un momento que el caso que acabamos de citar de la enfermera preocupada por el paciente que blasfema se da entre ese paciente y el familiar, o al revés incluso. La primera sensación es la de vergüenza y malestar, no sabemos cómo controlar esto y la situación acaba por desbordarse y afectar a todos los implicados.

El cuidador y/o familiar también necesita expresar su malestar y sus inquietudes. Tiene necesidades, dudas y preocupaciones, pero a veces dispone de poco tiempo para hablar o tiene nadie a quien decírselo. A veces se le confía a él la verdad del estado del paciente y se le pide al mismo tiempo que tome decisiones importantes. La comunicación se puede ver dificultada porque el paciente es un niño pequeño, una persona con demencia, está en coma o su muerte está muy próxima. Es muy importante que, incluso si el paciente se encuentra en estado vegetativo, se busquen maneras de comunicarse con él. La propuesta de nuestra autora es que haya:

“un extraño neutral, sin excesivas implicaciones emocionales, que puede prestarles gran ayuda escuchando las confidencias del a familia, sus deseos y preocupaciones. Él o ella puede aconsejar en cuestiones para asegurar el cuidado-provisional o permanente- de los niños que se quedan sin

padres. A parte de estas cuestiones prácticas, a menudo la familia necesita un mediador (...)” (SMM, 207).

No podemos perder de vista que si se produce la muerte del paciente, la familia se enfrenta no sólo al duelo, sino que ha de organizar el funeral, resolver trámites burocráticos, solventar cuestiones legales tras el fallecimiento, etc. Hemos señalado varias veces que la expresión de las emociones no está bien vista en nuestra sociedad. Ante la muerte inminente de un paciente, la actitud es la de disimular, no querer hablar del tema o posponerlo. En otras ocasiones es el propio paciente el que no dice nada para no hacer sufrir al familiar, lo que ocasiona tensión y sufrimiento que no favorecen el tránsito del paciente.

En estos casos, la experiencia de la Dra. Kübler-Ross demostró que era mejor buscar un tiempo y un espacio en el que ambas partes pudieran expresar abiertamente sus sentimientos. No se trata de lograr un final feliz o de cuento. Se trata de evitar que aparezcan sentimientos de culpabilidad por no haber hablado en su debido momento. Hay que animar a los pacientes y a los familiares a que verbalicen sus emociones, a que organicen si así lo desean, su funeral, a que lloren porque la despedida nunca deja de ser amarga por mucha que sea la preparación para el momento. Si el paciente demuestra a la familia que realmente está preparado para morir, que no tiene asuntos pendientes por resolver y que está en paz consigo mismo y con los demás, hará que quienes le rodean y atienden logren ver un sentido en esta circunstancia. No podemos olvidar las palabras de Kübler-Ross cuando nos dice que las personas que se están preparando para afrontar su propia muerte son los verdaderos maestros, aquellos que viven hasta morir y que enseñan a los que siguen aquí como añadir plenitud a su vida incluso a través de esta experiencia. Es normal sentirnos afectados por la muerte de un ser querido. En palabras de nuestra autora:

“Las pocas personas que han experimentado la crisis de una muerte inminente, han descubierto que la conversación sobre este tema sólo es difícil la primera vez y que se hace más sencilla con el aumento de experiencia. En vez de aumentar el alejamiento y el aislamiento, la pareja se descubre

comunicándose cada vez más profundamente y puede alcanzar esa intimidad y comprensión que sólo puede producir el sufrimiento” (SMM, 209).

5.6- Los niños y la muerte

Con independencia del tiempo que se haya vivido, la muerte de cualquier persona siempre es una pérdida irreparable para los que le rodean. Pero en el caso de los niños es mucho más difícil de asumir. Es natural pensar que esto no debería suceder nunca, que siempre deberían ser nuestros hijos los que nos despidieran a nosotros y no al revés. Quizá la muerte de un niño es la situación más dolorosa por la que puede atravesar un ser humano, y posiblemente para la que es más difícil encontrar un sentido.

Muchos de los interrogantes sobre la muerte de niños pequeños llevaron a nuestra autora a escribir una obra en la que pudiera recoger las cuestiones que más se repiten sobre este tema. Esto es lo que nos dice ella misma:

“en numerosas ocasiones me han solicitado que expusiese mis ideas sobre los niños y la muerte, dado que la mayor parte de lo que he publicado está relacionado con los adultos. Este libro trata de responder a las siguientes preguntas: ¿en qué medida se diferencia la actitud de los niños de la de los adultos ante la última fase de la enfermedad? ¿Son conscientes de su inminente muerte, incluso si los padres o cuidadores no les explican la gravedad de su enfermedad terminal? ¿Cuál es el concepto de muerte según las diferentes edades y la naturaleza de la tarea que ellos dejan inacabada? ¿Cómo podemos nosotros aportar la ayuda más eficaz a sus padres, abuelos y hermanos en este período que precede a la separación?” (LNM, 13).

En este párrafo aparecen prácticamente todas las preguntas que nos podemos hacer sobre qué sucede cuando un niño muere, de qué modo se puede afrontar una pérdida como esta. No podemos olvidar que la propia Dra. Kübler-Ross no sólo atendió a miles de pacientes cercanos a su muerte, tanto adultos como pequeños, sino que ella misma experimentó, también como persona, la dolorosa experiencia de sufrir varios abortos espontáneos. Esta dura vivencia siempre estuvo presente en su vida, y la unió como sabiduría propia a su labor

como médico. También es importante recordar que ella misma fundó un centro de acogida de niños con SIDA, enfermedad que sus madres les habían transmitido durante la gestación y que nadie quería en sus vidas. A pesar de que el esfuerzo fue muy grande y que consiguió que muchas familias los adoptaran, la presión que muchos otros ejercieron sobre ella y el centro fue inimaginable.

Vamos entonces a ir viendo de qué modo esta autora fue dando respuesta a esta y a otras cuestiones relacionadas con el tema que abordamos en este apartado. La primera de las preguntas que acabamos de ver es si hay alguna diferencia entre niños y adultos en el momento de afrontar su propia muerte. La respuesta es que sí. No es que nadie se ocupe de ellos, sino que casi nadie ve sentido a hablar de la muerte con ellos. Ante un pequeño, se piensa que lo mejor es no hablar del tema porque no es bueno para ellos, porque puede resultar perjudicial o provocar “traumas”. Muchas veces se les deja de lado si lo preguntan porque se entiende que no pueden comprender estos aspectos de la vida y que es mejor esperar a que con el tiempo lo descubran por sí mismos. Cuando son ellos los que están enfermos, se piensa que es mejor hacer como si no pasara nada porque así se les evita un sufrimiento innecesario.

Sin embargo, lo que sucede en realidad es que los adultos son los que tienen asuntos pendientes con respecto a esta cuestión y tampoco cuentan con las herramientas que les ayude a abordar esta situación con normalidad y espontaneidad. Por su parte, los niños pequeños tienen una idea diferente de lo que es la muerte, y deben ser los adultos los que se adapten a ellos para hablar y comprender sus reacciones.

Cuando se trata de su propia muerte, también muestran una actitud diferente con respecto a los adultos. La mayoría de las veces saben sin que nadie se lo diga, que están gravemente enfermos y que les queda un tiempo de vida determinado. Se trata de estar atentos al lenguaje simbólico, tanto verbal como no

verbal, a los silencios, a las miradas, a los dibujos. Si les prestamos atención, de una u otra manera nos lo dirán si sabemos que estamos preparados para escucharlos.

¿A partir de qué momento saben qué es la muerte? ¿Desde cuándo saben que es definitiva y que es para todos los humanos un hecho que tarde o temprano se ha de dar? Hasta los tres años lo que preocupa a cualquier niño es la separación. Más tarde será el miedo a la mutilación. Coincide que es a esa edad cuando el niño empieza a movilizarse, a moverse con mayor libertad. Si por ejemplo muere su mascota por un accidente, comprenderá que el cuerpo es frágil y puede sufrir daños irreparables. Sin embargo, aunque ya es consciente de su vulnerabilidad, entre los tres y los cinco primeros años, la muerte no es algo permanente, sino más bien temporal, como sucede cuando enterramos semillas en otoño para ver salir una flor en la primavera siguiente. Por ello, en un momento de enfado pueden desear a alguien que muera. También pueden jugar a que representar algo que han visto en un capítulo de una serie donde alguien moría. Tras el enfado o al final del juego, la persona sigue viva, su madre le prepara la merienda y su amigo se levanta para hacer lo mismo.

La muerte suele aparecer como algo traumático y desagradable a partir de los cinco años, aunque todavía es vista como una intervención exterior. En torno a los nueve o diez años un niño ya es capaz de comprender perfectamente que la muerte es un proceso biológico permanente e irreversible.

Por lo tanto, y con esto llegamos a la cuarta pregunta, que se refería a qué ayuda podemos aportar cuando está próxima la muerte de un niño o cuando es la de un ser querido ligado a un pequeño. En el primer caso, se trata de adaptarse a las necesidades del niño o del adolescente. Podemos hablar, si así lo desean, de lo que les preocupa. Por ejemplo, pueden tener miedo a estar solos. Otras veces nos dirán que ven alguna figura religiosa, como la Virgen María, ángeles o algún

abuelo o familiar ya fallecido. No hay nada malo en ello. Racionalmente puede no tener sentido, pero psicológica y espiritualmente son una ayuda que tranquiliza a los pequeños, e indica, una vez más a quienes están con ellos que están preparados, que no tienen miedo ni asuntos pendientes que los retengan.

En otras ocasiones, al ser católicos, identificaban a la Virgen María o a Jesús, mientras que si pertenecían a otras doctrinas religiosas, hablaban de otras figuras que les resultaban familiares. ¿Significa esto que unos estaban en lo cierto y los otros no? Es evidente que no. En cualquiera de estos casos se referían a personas, arquetipos o imágenes que para ellos resultaban conocidas y que por ello podían ser interpretados como “símbolos” que les transmitían paz y seguridad en esos momentos.

¿Hemos de decirle a un niño o a un adolescente “adiós” para que sepa que está cerca de su muerte aunque no nos lo haya dicho? No, nunca hemos de obligar a nadie, ni adulto, ni pequeño ni adolescente, a que sepa que va a morir pronto. A todos hay que amarlos, cuidarlos, tocarlos, escucharlos y atenderlos a todos los niveles, tanto física como mental y espiritualmente. No es necesario detallarle lo que está aconteciendo. Tampoco hay que esconder las emociones. Si nos sentimos tristes o preocupados, podemos comentárselo, adaptándonos siempre a su lenguaje y nivel de comprensión. Si no sabemos qué decir, también podemos comunicárselo. Se sentirán mejor si no se les oculta nada y se les explica que sentir pena o tristeza es natural, y ellos no son los culpables

Lo mismo se puede hacer cuando es un hermano, más mayor o más pequeño, uno de los progenitores, un familiar, un amigo, un compañero de clase, etc. No hay que negarles lo que sucede, ni que visiten el hospital o que vayan al funeral. Hay que estar abiertos a sus preguntas y dudas y explicarles si así lo manifiestan, por ejemplo mediante el ejemplo del capullo y la mariposa qué sucede en este proceso. Podemos llorar delante de ellos o permitirles que expresen

su ira y su enojo porque son emociones naturales. Si la persona está inconsciente, se le puede explicar al pequeño que no puede responder a sus palabras, pero que puede, si quiere, tocarla, hablarle o hacerle un dibujo y explicárselo. Todo ello contribuirá a un mejor desarrollo del duelo y a que cuando sean adultos, puedan ir afrontando otras muertes que también formarán parte de su vida.

5.6.1.- Los cuatro cuadrantes

Estamos viendo que los niños poseen un lenguaje propio con el que se expresan durante sus primeros años de vida. Ese lenguaje no es siempre verbal, por lo que nos “hablan” a través de otros medios, como son los dibujos o los *collages*. ¿Significa esto que sólo lo hacen ellos? Los dibujos o las imágenes no son canales de comunicación exclusivos de los más pequeños. También los adolescentes y los adultos pueden emplearlos, aunque los últimos suelen descartarlo.

Para poder interpretar un dibujo de un niño pequeño hemos de ser conscientes de que su mundo se compone de forma diferente al nuestro, por lo que no hay aciertos ni errores. Tampoco consiste en alabar la calidad estética de la obra, sino de descifrar y reconocer aquello que quieren compartir con nosotros. Ante un dibujo de un niño, el punto de partida para saber qué nos dice, es imaginar que la hoja está dividida en cuatro cuadrantes. ¿Por qué en cuatro y no en seis? ¿Qué simboliza cada uno de ellos? ¿Hay que interpretarlos siempre de la misma manera o por el contrario hay que evitar encasillar los dibujos en los cuatro cuadrantes?

En primer lugar hemos de decir que esta no es una propuesta creada de la nada por Kübler-Ross, sino que procede de las enseñanzas que Carl Gustav Jung, también reconocido médico psiquiatra y psicoanalista, dejó para cualquiera que quisiera conocerlas.

En segundo lugar son cuatro porque responden a los cuatro aspectos principales que componen el ser humano. Al cuadrante superior izquierdo corresponde todo lo referente al futuro lejano, mientras que en el superior derecho se encuentra lo que se refiere al presente. Debajo de este, en el inferior derecho, aparece reflejado lo que supone el futuro inmediato, quedando el inferior izquierdo para el pasado. Es decir, son el aspecto físico, emocional, intelectual y espiritual del ser humano. Lo deseable sería que los cuatro estuviesen equilibrados, pero es obvio que no es así. Cuando uno de ellos se deteriora, como por ejemplo el físico debido al sufrimiento de una enfermedad, otro de ellos se desarrolla más, como por ejemplo el espiritual en estos casos. ¿Significa esto que es más importante desarrollar este cuadrante y que hay que sufrir por ello? En ninguno de los casos quiso decir esto nuestra autora. Lo que sí procuró dar como respuesta es, como decía Frankl, no sufrir innecesariamente si se puede evitar, pero sí ver que es posible encontrar un sentido al sufrimiento. En estos casos ese cuadrante crece más en detrimento del otro porque el niño o el adulto están aprendiendo algo muy valioso, aunque desde fuera no se vea de la misma manera.

Ayuda mucho enfocar los dibujos desde la perspectiva de los cuatro cuadrantes. No se obtiene siempre la misma respuesta, pero sí se descubren mensajes que incumben a todos y que no nos pueden llegar porque los niños no tienen un dominio del lenguaje como los adultos. Tampoco necesitamos ser reconocidos especialistas en ninguna doctrina, y cuanto menos en psiquiatría o en psicología. Simplemente es dedicarle diez minutos a querer saber qué se nos dice, poner de nuestra parte y preguntar si es necesario cuando no sabemos ver más allá de los trazos.

Vamos a ver cómo lo hacía la Dra. Kübler-Ross. Una chica adolescente enseñó su *collage* a todos los que tenía a su alrededor (CMI, 32). Pero nadie supo escuchar ni ver el dolor, la angustia y la ansiedad de la joven. Cuando

murió, la asistente social facilitó a nuestra autora el *collage* para que lo viera e interpretara qué mensaje contenía.

El primer paso es mirar el cuadrante inferior izquierdo, que es el pasado. Ahí aparecían unas palabras muy concretas: “una niña que sufre necesita tu ayuda”, acompañadas de la imagen de un océano oscuro, sin faro y sin nada que sirviera de socorro. Su infancia había sido algo triste y muy solitaria.

A continuación hay que mirar el cuadrante superior derecho, el presente, donde aparecen representados los sentimientos que la mueven a hacer esa composición. De nuevo hay un texto. Esta vez dice: “estoy loca”. Pero también hay imágenes que hay que ir interpretando desde las más grandes hasta las más pequeñas, donde aparece una perra con sus cachorros, un niño apretando contra su pecho a un muñeco y un mono haciendo monadas. En esos momentos, esta joven todavía mantenía la esperanza de la unidad familiar y de poder reír. Todavía era momento de ayudarla.

Sin embargo en los dos últimos cuadrantes que nos quedan por ver, el inferior derecho (futuro inmediato) y el superior izquierdo, (futuro y también la percepción de la muerte), los mensajes eran más claros y urgentes al mismo tiempo. En el primero de estos dos aparecían estos textos: “lucha por ser libre”, “libre otra vez” y por último, “decisión difícil”. La imagen que completa el mensaje es un bosque con parte de los árboles talados, aunque algunos crecen. Esto significa que había esperanza, porque algunos crecían de nuevo, pero también que el tiempo se acababa.

El último cuadrante estaba ocupado por la imagen de un hospital donde acababa de nacer un niño cogido por los pies por el médico porque no respira. De este modo: *ella ya sabía, cuando hizo este collage, que la*

encontrarían sin respirar y su esperanza era caer en manos de un médico competente que la hiciera de nuevo respirar, volver a la vida (CMI, 34).

5.7.- Duelo, sufrimiento y comunicación

Vivimos como si nuestra condición temporal y mortal nos acompañara sin que esto supusiera algún problema. Como ya hemos visto líneas atrás, el ser humano siempre proyecta de cara al futuro, o bien para recomponer el pasado o bien para abrir nuevas vías que transitar de cara al futuro. Sin embargo, la pérdida forma parte de nuestra existencia, bien porque dejamos de vivir en una ciudad para trasladarnos a otra o porque terminamos nuestro contrato laboral en una empresa que durante mucho tiempo ha sido nuestro sustento económico, además de donde hemos ampliado amistades o desarrollado nuestra creatividad. Podríamos seguir nombrando muchas otras formas de pérdida, pero en nuestro caso nos centraremos en la pérdida tras la enfermedad y muerte de un ser querido.

Nos vamos a remitir a una obra concreta. Es la última a la que contribuyó la Dra. Elisabeth Kübler-Ross y David Kessler, quien colaboró durante varios años junto a nuestra autora en la investigación del tema de acompañamiento a pacientes ante el final de la vida. En este caso, el aspecto quizá más profundo de esta obra, *Sobre el duelo y el dolor*, Elisabeth Kübler-Ross se encontraba muy enferma. Como ella misma reconocía, el libro reflejaba su propio *duelo anticipatorio* (SDD, 213-219), ante su muerte, la necesidad que ella misma tenía de aprender dos lecciones importantes antes de morir y de lo fácil que resultaba en ocasiones marchar de una vez y lo difícil que se hacía en otras.

Al mismo tiempo, el proceso de componer el libro supuso una de las enseñanzas más grandes que un ser humano puede ofrecer a otro. En este caso,

David Kessler fue testigo casi en primera persona, de la enfermedad de Kübler-Ross. Ella misma fue indicando cómo se iba desarrollando su duelo anticipatorio, qué podían aprender aquellos que la acompañaban, cómo resultaba igual de duro para ella como para los miles de pacientes a los que había acompañado y qué satisfacción sentía al mismo tiempo al ver que estaba culminando las últimas enseñanzas que le quedaban antes de morir. También contribuyó a facilitar ese proceso que su muerte se produjese como siempre había querido, en una habitación con un gran ventanal lleno de luz, en su casa y en su cama, y no en un hospital. Quien mejor que ella para vivir este tiempo único para cada ser humano.

5.7.1.- Fases en el duelo y sentido.

Antes de comenzar el desarrollo de la cuestión que se refiere en general al sufrimiento y el duelo, queremos recordar que no todas las fases o las situaciones son las mismas para todas las personas. Cada ser humano reacciona de una manera distinta, cuenta con diferentes recursos para afrontar una pérdida y no se puede encajar en el mismo perfil de síntomas, reacciones o etapas a aquellos que han de enfrentarse a una o varias pérdidas. Con esto queremos decir que, al igual que otras investigaciones o esta misma, las líneas de indagación y descubrimientos siempre están abiertas a modificaciones, nuevas percepciones y rectificaciones. No hay un modelo correcto y otro incorrecto a seguir. Hay circunstancias, proyectos, vivencias, emociones, sentimientos que dependen de cada persona. Tampoco ayuda decirle a una persona en duelo que *“ha de superarlo, ha pasado más de un año y no es la única persona que ha perdido a un ser querido”* (SDD, 233). A pesar de que se haga con las mejores intenciones, no se puede decir que debe salir ya, que no es bueno que vaya tanto al cementerio o que es el momento de desprenderse de las pertenencias de la persona fallecida. El duelo tiene un momento concreto de inicio, pero no una fecha determinada para que acabe. No hay que esperar que al año desaparezca o que por el contrario, no sea un duelo “auténtico” si ha durado menos.

Respecto a las etapas, sucede como en la enfermedad. No todos los seres humanos que atraviesan un duelo viven una a una estas etapas ni por este orden. En algunos casos recomponen sus vidas de una manera distinta a como lo hacen otros. Sí es posible, ante determinadas respuestas, saber cómo se encuentra la persona en duelo. Estas etapas son las mismas que las que hemos visto en pacientes tanto si están como si no ante el final de sus vidas:

1^a.- *Negación.*

No significa que la persona niegue la muerte del ser querido. El ejemplo que nos ofrecen Kübler-Ross y Kessler es el de un caso no ligado necesariamente con la muerte por enfermedad (SDD, 25). A pesar de ello, el ejemplo es muy gráfico. Hablan aquí de Alicia, cuyo esposo viaja constantemente. En uno de los viajes, uno de los compañeros llama a Alicia para comunicarle que su esposo, Matthew, ha fallecido en un accidente de tráfico. Debido a que la llamada se hace en mitad de la noche, Alicia duda de que haya sido así. Sin embargo, aunque finalmente se confirma la noticia, Alicia sólo piensa en que ha habido un error, en que cuando vea el cuerpo todo habrá quedado en una noticia de algo que no sucedió. A pesar de que reconoce que es su esposo, a pesar del entierro, del funeral y de los ritos, Alicia no logra encajar lo que ha sucedido. Y no sólo es ella la que necesita un tiempo. También las personas que han acompañado a un ser querido durante el proceso de enfermedad y también han estado presentes en el momento de su muerte, sienten muchas veces que lo único que pueden hacer es negar una y otra vez la pérdida definitiva.

Las preguntas, la reconstrucción de la vida después de la pérdida, la vuelta a una casa vacía..., van mezclándose con momentos de profunda tristeza, de conmoción, de llanto, de silencio, de algo de ánimo y que poco a poco llevan a la segunda etapa.

2ª.- Ira.

En el caso de la ira tras la muerte de un ser querido, sucede como cuando hablábamos de este sentimiento en el paciente. Puede surgir por cualquier motivo, aun sin causa aparente. La persona que sigue viviendo siente ira porque cree que se pudo hacer más, que de haber estado más atento a los síntomas hubiese podido evitar una muerte que ahora llora o que no puede enfrentarse a la muerte de alguien que era muy joven. Pueden quedar asuntos pendientes que hacen que alguien proyecte esa ira hacia la persona fallecida por no haber dedicado más tiempo para estar juntos, por no haberse cuidado más o por no haber hablado más clara y abiertamente.

Ante situaciones como esta, ambos autores consideran que es un sentimiento natural, y que como tal, no hay que reprimirlo. *La ira es una etapa necesaria en el proceso curativo* (SDD, 28). Esto no significa que necesariamente la persona en duelo deba pasarla. Pero sí quiere decir que si se siente, es necesaria expresarla, manifestarla y abordarla, porque de este modo, se superará con más rapidez. Porque:

“Puede parecer absorbente pero, mientras no te consuma durante un largo período de tiempo, forma parte de tu repertorio emocional. Es una emoción útil hasta que dejas atrás tus primeros embates. Entonces estás listo para ahondar más. Mientras realices el duelo, la ira volverá a visitarte muchas veces en sus múltiples formas” (Íbid).

El dolor que se manifiesta a través de la ira necesita tiempo para poder ir bajando de intensidad así como personas capaces de comprender y escuchar, de aquellos que saben que no se puede pedir que la persona doliente deje atrás esta etapa si todavía no está preparada.

3.- *Negociación.*

A pesar de que en muchas ocasiones la muerte de un ser querido se produce tras un proceso de enfermedad y esto da opción a poder ir preparando el duelo, no es posible asumirlo sin más. Cuando la persona se encuentra próxima a su fallecimiento, tanto ella misma como quienes la rodean pueden pedir tiempo para seguir viviendo a cambio de cumplir una promesa, llevar a cabo un proyecto, realizar alguna actividad que tenemos pendiente, etc.

Tras la muerte de alguien, esta fase de pacto o de negociación puede manifestarse pensando que si dedicamos tiempo a otros pacientes o la misma familia, esto podría quedar en un mal sueño o en un error subsanable.

Ambos autores indican que cuando aparece esta fase, hay latente un sentimiento de culpa o de dolor, y lo que se busca es la vía que permita superar estos sentimientos. Por ejemplo, si una persona cuida de otra y ésta última fallece en ausencia de la primera, es posible que sienta que ha muerto porque no la estaba atendiendo. En este caso, la negociación puede suponer un punto de apoyo importante, ya que es una forma de construir un futuro alternativo donde no se produciría la muerte de la persona. En otras ocasiones es la conexión entre otras etapas o bien

“una estación intermedia que procura a nuestra psique el tiempo que necesita para adaptarse. La negociación puede llenar las lagunas que generalmente dominan nuestras emociones fuertes, lo cual a menudo mantiene el sufrimiento a raya. Nos permite creer que podemos restaurar el orden en el caos que nos rodea.” (SDD, 34).

Finalmente la persona es consciente de la muerte del ser querido, con lo que es posible que deba enfrentarse a la penúltima de estas fases: la depresión.

4.- *Depresión.*

Independientemente del tiempo que pase tras la muerte de una persona, el duelo nunca se cierra ni se supera definitivamente, aunque lo que sí sucede es que se aprende a convivir con la pérdida.

Cuando transcurren los meses o los años, y se han superado las otras fases, la depresión suele ser el signo de, que el ciclo del duelo está cerca de poder cerrarse. No obstante, suele ser la etapa más difícil, principalmente por dos motivos. Uno es que la sensación de no ubicarse bien en el tiempo desaparece casi de forma repentina y la persona en duelo es consciente del presente en el que ya no se encuentra aquel que ha muerto. Otro motivo es la depresión. Aunque es un sentimiento natural, hoy día no es visto de la misma manera por la sociedad. A nuestro juicio, lo que podríamos denominar como tolerancia ante el dolor ajeno, las lágrimas, el sufrimiento o la pérdida es casi nula. Nuestra sociedad no sabe cómo afrontar y atender a personas que sufren, de modo que lo que se pide a quien está atravesando una depresión por una pérdida es que salga de nuevo a la calle, retome su trabajo y su vida cotidiana como siempre. No se trata de que sea todo igual que antes, sino más bien de saber que esa sensación de tristeza es normal. No negamos que en aquellas depresiones más profundas o que derivan en problemas más serios, deben ser tratadas por especialistas. Pero sí que nos sumamos a quienes son partidarios no de medicar a la persona en duelo, sino de escucharlas, de atenderlas, de acompañarlas en el tiempo de reconstrucción de una biografía en la que ahora hay un elemento nuevo que es la muerte de un ser querido. La búsqueda de sentido se hace quizá más acuciante que nunca, y es el momento más importante, la oportunidad que invita tanto a la persona doliente como a muchos otros, a superar esta fase de depresión.

5.- Aceptación.

Como en el caso de las otras fases, no es imprescindible que la persona en duelo atraviese las cuatro anteriores, ni significa que de ser así, todo esté solucionado y sea como si nunca hubiera sufrido. El dolor, el llanto o la pena pueden aparecer en el momento menos esperado, incluso si han pasado muchos años de la muerte del ser querido. Si se ha respetado el tiempo y el ritmo del duelo del doliente, ahora podrá aceptar sin rabia, sin ira o sin culpa el fallecimiento de la otra persona. Esta etapa no significa asumir con resignación o sin sentimiento alguno la pérdida. Más bien quiere decir que la persona que atraviesa un duelo, es capaz de aceptar que físicamente el ser querido ya no está junto a ella y que esa pérdida es definitiva. *Nunca nos gustará esa realidad ni estaremos de acuerdo con ella pero, al final, la aceptamos. Aprendemos a vivir con ella* (SDD, 39). ¿De qué modo se puede saber que esto es así? Puede que no haya ira contra nada ni contra nadie, que no se sienta culpa por la muerte o que se entienda que tras una enfermedad dura y sin posibilidad de recuperación, el fallecimiento es la consecuencia natural. Quizá la experiencia de asistir, cuidar y curar a una persona durante un proceso de enfermedad que desemboca en su muerte puede servir para acompañar a otros en la misma situación. Padres cuyos hijos han muerto muy pequeños, pueden comprender mejor que nadie qué se siente y compartir una carga tan dura. No significa pensar que tras la muerte de un ser querido y al haber pasado un tiempo no podamos sentir tristeza o pesar. Los aniversarios, determinadas fechas, así como algunos ritos o costumbres recordarán la pérdida y el duelo.

El hueco, el vacío que deja quien muere nunca podrá reemplazarlo nada. Pero sí que podremos contar con aquello que Gabriel Marcel sabía por experiencia que estaba al alcance de cualquier persona: la presencia, y contamos, como decía y también por experiencia sabía Frankl, que todo lo que vivimos, amamos, experimentamos, sufrimos y superamos, queda a salvo, para siempre.

ANEXO 1
TRES RESPUESTAS AL NIHILISMO, AL ABSURDO Y AL CAOS

	GABRIEL MARCEL	VIKTOR FRANKL	E. KÜBLER-ROSS
TIEMPO	Somos más que el tiempo vivido. La vida humana no es narrable.	El paso del tiempo puede ser vivido con pesimismo o por el contrario, pensar que lo vivido no desaparece. Todo lo que sufrimos, amamos y vivimos queda guardado en el "registro eterno". Tampoco la muerte puede arrebatar nos nuestras experiencias.	Ante la noticia de un diagnóstico de no recuperación y frente a la muerte, cambia la concepción del tiempo. Es importante cerrar los asuntos pendientes y escuchar al paciente cuando dice "ahora".
FINITUD	Con la muerte desaparece el cuerpo físico. Pero quienes fallecen antes que nosotros nos <i>sobreviven</i> y a su vez <i>sobreviviremos</i> a los que sigan vivos tras nuestra muerte. Esto se debe al recuerdo y al amor.	Somos finitos y temporales, pero es precisamente esa finitud la que da sentido a nuestras vidas. Hemos de obrar con vistas a dejar el mejor legado posible, con independencia del tiempo que vivamos.	El ser humano se ha de enfrentar de una u otra manera a su finitud. Ante una enfermedad cuyo desenlace es la muerte, la finitud propia o la del otro se hace más patente. De ahí que nos preguntemos si <i>¿soy capaz de compartirlo con él?</i>
VULNERABILIDAD	El ser humano queda atrapado en las coordenadas del rendimiento. Cuando una persona deja de ser productiva para la sociedad, no hay reparo alguno en abandonarla o no atenderla.	El médico se encuentra día a día con pacientes que le interrogan por el sentido de sus vidas a partir del diagnóstico y no tanto por el motivo de su enfermedad. El médico ha de aceptar el reto y buscar <i>junto</i> al paciente una respuesta.	La vulnerabilidad es condición estructural propia del paciente, de la familia, el personal sanitario, etc.

TÉCNICA	Ofrecen gran ayuda al ser humano, pero mal empleadas pueden derivar en <i>técnicas de envilecimiento</i> , que nos despojan de cualquier atisbo de humanidad.	La persona tiene un cuerpo físico, pero también hay en ella una parte espiritual y otra psicológica que no se pueden separar ni olvidar. Ante una intervención, se puede amputar un miembro enfermo, pero lo que nunca enferma es el alma.	Con el avance de la técnica es posible vencer enfermedades o lograr mantener la calidad de vida de un paciente. A pesar de ello, muchos médicos siguen sin saber cómo manejar la cuestión del dolor y la muerte cuando son inevitables.
MEDICINA	La pérdida de vocación y la visión del ser humano como una máquina llevan a la despersonalización y a la deshumanización de la medicina. Cada vez se funcionaliza más.	El ser humano es un <i>homo patiens</i> que reclama un <i>medicus humanus</i> . Ese médico no ve el cuerpo como una máquina a reparar, sino que sabe que además del dolor físico, también ha de atender el sufrimiento espiritual. Puede así ejercer la <i>cura de almas médica</i> .	Necesita evitar dar la espalda a la finitud, a la angustia y al sufrimiento. Ha de aprender de los pacientes cómo vivir hasta el último instante. De no ser así, la medicina se vuelve mecanizada y la muerte es algo aterrador y desolador.
ANTROPOLOGÍA	El ser humano es un ser que vive de espaldas a la sabiduría, en un <i>mundo roto</i> . Pero también es <i>Homo Viator</i> , aquel que camina y es capaz de mantener la esperanza en los momentos más difíciles.	A pesar de las dificultades, el ser humano es un ser <i>incondicionado</i> , puede decidir si hará o no frente a las dificultades, se posicionará si quiere, ante los acontecimientos que vienen impuestos por la biología, la sociología y la psicología.	Con los seminarios sobre la vida y la muerte se recupera la visión del ser humano que siente rabia, dolor ira y confusión ante la muerte. Sin embargo, cuenta con elementos como el amor, el tacto, el lenguaje verbal y no verbal para compartir e intentar comprender este proceso.

“OTRO” Y SOCIEDAD	Marcel supera el vacío de los desconocidos que se mezclan en la sociedad a través de la intersubjetividad. <i>Esse es coesse.</i>	Los prisioneros de los campos de concentración fueron despojados de su dignidad y tratados como objetos. Está en contra de abandonar al paciente que no se puede recuperar para dirigir esfuerzos hacia los que sí pueden sobrevivir.	El paciente ante el final de la vida puede ser un maestro que nos enseñe a hacer frente a nuestros miedos y asuntos pendientes. No deben ocultarse ni esconderse porque la sociedad los considere molestos.
CONTEXTO POLÍTICO	Vivencia del paso del siglo XIX al XX, de la I y II Guerra Mundial y de la Guerra Fría.	Vivencia de las dos guerras mundiales y otros acontecimientos hasta casi finales del siglo XX.	Vivencia de las consecuencias de la II Guerra Mundial y del paso del siglo XX al XXI.
RESPONSABILIDAD	Fidelidad creadora, presencia y disponibilidad son los elementos con los que contamos para ser responsables ante un <i>mundo roto</i> .	El ser humano es responsable <i>de</i> sus actos y decisiones <i>ante</i> sí mismo, <i>ante</i> los demás, Dios, etc.	Somos responsables de nuestra actitud ante el dolor, la muerte o el sufrimiento, de si queremos o no acompañar y escuchar al paciente y de ayudarlo a cerrar sus asuntos pendientes.
CUIDADO	El amor oblativo y la hospitalidad, dar <i>crédito</i> al otro porque es creer en él.	No hay una única vía que lleve al sentido y sea además la correcta, pero siempre es posible acompañar y ser acompañado en esa búsqueda.	El cuidado ha de ser integral: se ha de cuidar del cuerpo, de la mente, del espíritu, del alma... Se ha de abordar el dolor físico y el sufrimiento espiritual, expresar dudas y preocupaciones. Han de participar todos los involucrados, como puedan ser familiares, personal sanitario, figuras religiosas, voluntarios, amigos, etc.
TIPOS DE CUIDADO	SER/TENER	NADA/SENTIDO	FINAL DE LA VIDA

ANEXO 2
TABLA CRONOLÓGICA

GABRIEL MARCEL	VIKTOR FRANKL	E. KÜBLER-ROSS	ACONTECIMIENTOS HISTÓRICOS
Nace el día 7 de Diciembre de 1889 en París.	Nace el 26 de Marzo de 1905 en Viena.	Nace el 8 de Julio de 1926 en Suiza.	Max Weber publica en 1905 <i>La ética protestante y el espíritu del capitalismo</i> .
Comienza su formación en 1901 en el <i>Liceo Carnot</i> .	Comienza a mantener correspondencia con Sigmund Freud en 1919.	En 1942 comienza a trabajar como empleada del hogar en <i>Romilly</i> .	Santiago Ramón y Cajal recibe en 1909 el Premio Nobel de Medicina. En 1918 nace Cicely Saunders.
En 1914 desarrolla su labor en Cruz Roja Francesa y poco después se separa del Idealismo.	Imparte su primera conferencia en 1921.	En 1943 comienza a trabajar en el laboratorio <i>Feldmeiler</i> y poco después con el Doctor Zehnder.	Adolf Hitler se convierte en 1932 en líder del partido nacionalsocialista.
Publica en 1923 la segunda parte de su <i>Diario Metafísico</i> .	En 1942 es deportado junto a sus padres y Tilly, su primera esposa, a los campos de concentración.	Al terminar la II Guerra Mundial se marcha a Polonia como voluntaria para ayudar a los supervivientes de los campos de concentración.	El 1 de Septiembre de 1939 las tropas alemanas invaden Polonia iniciándose así la I Guerra Mundial.
Presenta en 1932 la comunicación <i>Posición y aproximaciones concretas al Misterio Ontológico</i>	Publica en 1946 <i>El hombre en busca de sentido</i> .	En 1957 obtiene el Grado en Medicina.	En 1945 finaliza la II Guerra Mundial
En 1943 aparece <i>Présence et Immortalité</i> .	Obtiene en 1948 la Cátedra de Neurología y la de Psiquiatría gracias a su obra <i>Cura de Almas Médica</i> .	El profesor Margolin le propone dar una charla. Será la primera que dé sobre el tema de la muerte en el ámbito médico.	John Fitzgerald Kennedy gana las elecciones a la Presidencia de los EE.UU., en 1960.

Publica en 1944 <i>Homo Viator</i>	En 1949 obtiene su segundo doctorado, esta vez en Filosofía con <i>La presencia ignorada de Dios</i> .	Gracias a los alumnos del Seminario Teológico de Chicago, en 1967 comienzan sus seminarios sobre la muerte y los moribundos	Cicely Saunders funda el <i>Saint Christopher's Hospice</i> de Londres
La Universidad de Aberdeen lo invita en 1948 para que imparta las <i>Glifford Lectures</i>	Aparece en 1967 <i>Psicoterapia y Existencialismo</i>	En 1969 se publica <i>Sobre la muerte y los moribundos</i>	En 1984 se crea en España la primera Unidad de Cuidados Paliativos gracias al Dr. Jaime Sanz Ortiz
Fallece en París el 8 de Octubre de 1973	Publica en 1979 <i>La presencia ignorada de Dios</i>	Aparece en 1974 <i>Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido</i> .	En 1993 se celebra el Año Europeo de las Personas Mayores.
Fallece el 2 de Septiembre de 1995		Como represalia por su labor con niños con SIDA incendian en 1994. Lo pierde todo	En 2000 se instaura el <i>Euro</i> como moneda única en 12 países de la Unión Europea.
Fallece en <i>Scottsdale</i> , Arizona, EE UU el 24 de Agosto.			

Conclusiones

El hilo conductor de estas líneas ha sido de qué modo se podría dar respuesta al nihilismo y al absurdo mediante la propuesta de Gabriel Marcel, Viktor Frankl y Elisabeth Kübler-Ross con vistas a lograr las bases que sirvan como punto de partida para dar forma a una Bioética del Cuidado unida a la transmisión del sentido en situaciones de vulnerabilidad. Con estas cuestiones comenzaba el primer capítulo, en el que también hemos conocido cómo dos autores, Laín Entralgo y Martha Nussbaum nos hacen ver que la enfermedad, la vulnerabilidad, el dolor o la fragilidad, son elementos propios de una humanidad que durante mucho tiempo ha considerado la enfermedad como castigo para pasar después a verla como un hecho incontrolable, que sucede de forma repentina, sin que podamos ejercer control alguno para evitarlo.

La vida humana siempre se ha visto condicionada por la fortuna, entendida como los hechos que aparecen repentinamente para cambiar el curso de los acontecimientos. De ahí que el ser humano aspire a poder controlar su vida. Una de las posibles soluciones ha sido una la técnica. Pero tampoco con ella se logran los resultados esperados. En la práctica médica su aplicación sin límites deriva en una práctica deshumanizada, mientras que la fragilidad, la vulnerabilidad, la angustia o el sufrimiento siguen presentes, no pueden ser erradicados.

Hemos llevado a cabo una breve aproximación histórica del cuidado, sobre cómo surgió uno de los movimientos más importantes en el cuidado, el movimiento *hospice* así como a la figura que más ha promovido su desarrollo, la Doctora Cicely Saunders.

Pero el cuidado no se limita a este movimiento, sino que ha seguido evolucionando a través de los cuidados paliativos, que en España han ido introduciéndose desde hace unos años, mientras que en otras partes del mundo han sido acogidos con más facilidad.

También hemos profundizado en la cuestión del cuidado. Hemos conocido los orígenes históricos del cuidado, cuatro formas distintas de entender el cuidado, la diferencia entre curar y cuidar, qué rasgos caracterizan a una Ética del Cuidado y a una Ética de los Cuidados. Con todo ello, hemos podido ver cómo se han dado dos pasos importantes en esta área. Uno ha sido a través de las investigaciones de L. Kohlberg y Carol Gilligan, el de la llamada Ética de la Justicia a la Ética del Cuidado, así como el de la Ética de la Convicción a la Ética de la Responsabilidad ante en final de la vida.

Tras esto, hemos podido ver la importancia de la aportación de Martha Nussbaum a la fragilidad, la dependencia y la vulnerabilidad así como al contractualismo a través de su lista de capacidades.

El tercer capítulo lo hemos dedicado a la figura de Gabriel Marcel. Tal y como él mismo sostenía, la dura experiencia en Cruz Roja francesa le hizo desligarse definitivamente del idealismo para dar paso a la intersubjetividad y a una filosofía concreta. Como sabemos, hizo hincapié en la importancia de hablar del cuerpo-sujeto, de modo que se evitaría que el cuerpo-objeto ocupara un lugar que no le correspondía, restaurando de nuevo la dignidad a las personas que ya no serían vistas como simples máquinas obligadas a un rendimiento. Con ello, Marcel volvía la vista a la importancia de la capacidad de asombro, de recordar que debía dejarse en el ámbito del problema lo que fuese mensurable, calculable, aquello a lo que se le pudiera dar una respuesta aplicando una técnica. Mientras, quedaría en el ámbito del misterio aquello que siempre debió estar allí, la vida, la muerte, el sufrimiento, la finitud, el amor..., cuestiones por las que el ser humano siempre se ha preguntado y ha creído hallar la respuesta definitiva viéndolas como problemas.

Para Marcel, la vida humana es misterio, plenitud, don y consagración. Forman parte de ella el sufrimiento y la enfermedad, y se logrará avanzar mejor si vemos ambos elementos bajo el prisma del misterio. Quien mejor que él para saber que el amor es la respuesta al dolor por la muerte del ser amado, el amor oblativo, ese que hace que la persona que ya no está entre los vivos no se convierta en una mancha de color que aparece como una fotografía o encerrada en un recuerdo cada vez más vago y difuso. La vida humana, a pesar de su limitada finitud, es mucho más que el tiempo que decimos haber vivido. Se pueden contar los años biológicos, pensar que son muchos,

pocos o casi ninguno. Pero lo que da riqueza es la biografía, las experiencias, las vivencias, nuestros actos. Todo eso escapa a los límites que se imponen al querer narrar una vida. En realidad, la vida es un proyecto abierto.

Para poder dar forma a ese proyecto contamos con la fidelidad, concretamente con una fidelidad que es creadora. También podemos recurrir a la presencia, a la disponibilidad y al encuentro con los demás, de modo que no me cruzo con un extraño en un vagón de metro sino con otra persona, con alguien que es como yo.

Urge tener esto presente. Los seres humanos viven cada vez más de espaldas a la sabiduría de sus antepasados para estar volcados en las nuevas técnicas que parece que son, por fin, la ansiada respuesta a sus peticiones. Pero en realidad, no son la salvación, sino que muchas veces se convierten en algo peligroso y que se puede volver en nuestra contra cuando menos lo esperamos. Cuando las sociedades quieren avanzar demasiado deprisa, ahogan las voces de quienes no quieren o no pueden seguir ese ritmo, y quedan olvidados por la burocratización y la funcionalización. El personal sanitario, como decía Marcel, se ocupa del paciente cuando sus necesidades entran dentro de sus obligaciones. A esto cabe añadir el mal uso de las técnicas, las técnicas de envilecimiento como las denominaba este autor, que lo único que hacen es acabar de degradar al ser humano. ¿Cómo se ha podido llegar a una situación como esta? Posiblemente olvidando la importancia de la sabiduría de la humanidad que poco a poco va entrando en decadencia. Quizá por ello la medicina no repara en la pérdida que poco a poco se va instalando más en la práctica diaria. Esta situación está provocada por una ausencia de vocación que lleva a una deshumanización de la medicina.

No obstante, no todo está perdido. La esperanza era para Marcel el tejido del que estaba hecha el alma y a ella se aferró siempre, incluso en los momentos más oscuros y trágicos. A pesar de la tentación de desesperar, la esperanza es la fuerza que permite afirmar que, si así lo decidimos, podemos seguir adelante.

Viktor Frankl, también fue el testimonio vivo de una de las peores experiencias que atravesaron miles de personas casi a mediados del pasado siglo XX. Al inicio del cuarto capítulo en el que hemos abordado el pensamiento de este Doctor en

Psiquiatría y Filosofía, hemos conocido una de las obras de Laín Entralgo, *La curación por la palabra en la Antigüedad Clásica*. En este caso, el objetivo era conocer el antecedente del uso de la palabra cómo y de qué manera, con vistas a lograr la curación de los enfermos, y que se mantendría hasta Aristóteles. Viktor Frankl sería la figura con la que se recuperaría esta práctica, que en este caso estaba dirigida a lograr hallar un sentido en la existencia del ser humano.

En este caso él mismo sería el testimonio directo de la búsqueda de sentido cuando atravesó una época difícil en su vida, donde la falta de sentido se hizo presente durante unos años. Sin embargo, siempre pensó que pese a todo, la vida podía tener un sentido. La segunda vivencia que le hizo confirmar definitivamente su teoría sería el *experimentum crucis* que supuso estar internado en cuatro campos de concentración. Para Viktor Frankl, es la vida la que pregunta al ser humano por el sentido, y no al revés. Por ello, el hombre ha de hacer frente al nihilismo, aquel que entró en los despachos y en las aulas y que acabaría derivando en los terribles campos de trabajos forzados.

El ser humano no sólo ha de luchar contra ese nihilismo sino también contra aquello que lo reduce casi a la nada, como es el psicologismo, el sociologismo y el biologicismo. Sigmund Freud consideraba que al igual que el giro copernicano supuso un desengaño al despojar a la Tierra de su carácter céntrico, el ser humano se hallaba también bajo el peso del complejo de inferioridad. Para poder superarlo, se situó a sí mismo en el centro de todo, incurriendo en un antropocentrismo.

Para Frankl era necesario recuperar la capacidad del ser humano de mirar más allá de sí mismo, de luchar por algo o por alguien. La vida humana necesita de pequeñas tensiones que nos empujen a buscar el sentido. Como ejemplo, el médico no debía ver al paciente como una maquinaria para hacer ajustes en la mesa de quirófano. Era necesario que ante el dolor, ante el hombre que sufre, él fuera también *medicus humanus*.

La base antropológica sobre la que se sustentaba su pensamiento giraba en torno a diez tesis sobre la persona. Desde aquí, pudo construir el edificio que había comenzado a tomar forma en su juventud: el Análisis Existencial o Logoterapia.

Tras su liberación, Viktor Frankl se reincorporó a la vida académica y clínica, y lo compaginó con una gran capacidad de dar a conocer al mundo lo que la experiencia le había enseñado. Comenzó a dar clases, conferencias y a redactar libros que recogían su planteamiento de la Logoterapia. Sin abandonar la postura que le llevó a criticar el nihilismo y el absurdo, dotaría de tres puntos importantes a esta doctrina: la libertad de la voluntad, la voluntad de sentido y el sentido de la vida. En concreto, los objetivos de la Logoterapia serían cinco: 1) Análisis existencial como explicación de la existencia, donde se encontraba la ontología dimensional, el carácter espiritual del hombre, la libertad y la responsabilidad. 2) Análisis existencial como terapia de neurosis colectivas, en concreto ante el vacío existencial; 3) Análisis existencial como cura de almas médica; 4) Logoterapia como terapia específica de neurosis noógenas y 5) Logoterapia como terapia no específica, donde se tratarían la intención paradójica y la derreflexión.

La Logoterapia también puede colaborar en los momentos en que se hace consciente el sentimiento religioso. Una persona puede manifestarse toda su vida como no creyente. Pero es posible que en una circunstancia de dificultad o sufrimiento se haga manifiesta una conciencia religiosa que hasta entonces había estado callada. La labor del médico es la colaborar para que esa religiosidad se haga consciente, para que haya otro elemento con el que el paciente pueda dar sentido a su vida.

Quizá sea ante nuestra finitud, nuestra temporalidad, el sufrimiento y la muerte cuanto más se necesita hallar un sentido. Viktor Frankl habló en concreto de tres situaciones a las que denominó dolor, culpa y muerte. Ante el paso del tiempo y bajo el peso de nuestra finitud, el ser humano es capaz de sobreponerse y hallar un sentido. Porque lo que importa es lo que hayamos hecho, lo que hayamos amado, sufrido y aprendido. Nuestro cuerpo es mortal, pero nuestras vivencias, nuestros descubrimientos y nuestros pensamientos quedan a salvo, para siempre. El sentido de nuestra existencia es en realidad aquello que la muerte no puede destruir.

En el quinto y último capítulo hemos conocido la figura de la Doctora Elisabeth Kübler-Ross. A pesar de que su vocación fue la de ser médico rural en su Suiza natal, la primera labor que desempeñaría como médico fue en la planta de psiquiatría de un hospital de Manhattan. Allí descubrió la terrible necesidad que

aquellos pacientes tenían de ser escuchados, mirados, tocados y atendidos. Ellos fueron los primeros maestros de Kübler-Ross, quien empezó así a saber cómo afrontar la soledad, el vacío, la ausencia y la muerte de la mayoría de los pacientes a los que se les consideraba “desahuciados” porque estaban cerca de su muerte y no había tratamiento alguno.

Para los médicos, en su mayor parte, las enfermeras, los trabajadores sociales, los familiares..., la muerte era un fracaso, un tabú, algo que era mejor tapar y esconder, algo de lo que casi nunca se hablaba. Pero a raíz de unos seminarios que esta psiquiatra suiza comenzó a impartir sobre la muerte y los pacientes ante el final de la vida, todo esto empezó a cambiar. Kübler-Ross abrió las puertas a un nuevo modelo de atención dirigida a quienes padecían una enfermedad denominada “terminal”. En estos seminarios y en los años que se dedicó a esta labor, Kübler-Ross acompañó a aquellos pacientes que quisieron abrirse a ella y narrarle sus vidas, sus alegrías, sus triunfos, sus miedos y preocupaciones. Ellos le enseñaron lo importante que era dejar cerrados sus asuntos pendientes, descargar la rabia y la frustración contenida, manifestar su ira contra lo que fuera para poder entonces afrontar con sosiego y calma la última etapa antes de morir.

Como ella misma reconocía, los miles de pacientes a los que acompañó durante tantos años fueron sus maestros, porque en realidad son ellos los que nos pueden enseñar si prestamos atención. Las lecciones que le transmitieron no sólo tenían que ver con cómo afrontar la muerte, sino también cómo acompañar en esos momentos, cómo interpretar el lenguaje verbal y no verbal, y quizá la más importante, cómo vivir hasta el último momento que respiramos.

A pesar de los momentos difíciles, Kübler-Ross también supo ver lo importante que era mantener la esperanza en estos casos. A veces los pacientes se recuperan, y agradecen que cuando parecía que todo estaba perdido, alguien creyera en que no era así. En otros, cuando la persona se encontraba preparada para afrontar su muerte, sentía que ya no era necesaria mantener esa esperanza porque ya había cumplido su papel. Nadie se sentía engañado porque mantener esa esperanza viva era lo mismo que decir que eran importantes para alguien.

El apoyo, la ayuda y el acompañamiento no sólo se daban a los pacientes, sino que la labor de Kübler-Ross también incluía a la familia. Los cambios en el entorno familiar han de ser tenidos en cuenta, y es muy necesario que el cuidador también sea cuidado. Hay que abordar desde un principio la comunicación, los problemas de organización, las preocupaciones y el duelo anticipatorio.

Dentro del cuidado y la atención ante el final de la vida, los niños requieren que la muerte se afronte de forma diferente. Contrariamente a lo que se puede pensar, saben cuánto tiempo les queda y en quien pueden confiar para contar lo que les preocupa. En su caso no se comunican como los adultos, sino que emplean el lenguaje que esta médico denominó lenguaje no verbal. Ese lenguaje son principalmente los dibujos. Con paciencia y práctica se pueden conocer los mensajes que quieren transmitir.

Hemos cerrado este capítulo hablando de las fases en el duelo. Al igual que durante la enfermedad son cinco. Son las siguientes: 1) negación; 2) ira; 3) pacto; 4) depresión y 5) aceptación. Se pueden atravesar todas, sólo dos, ninguna o en orden diferente a como lo planteó la Doctora Kübler-Ross. Estas fases sirven para ayudar a saber cómo se encuentra el paciente o el familiar en duelo, ayudan a detectar problemas o conflictos. De lo que se trata siempre es de mantener una actitud sincera de escucha activa, de comprensión y de estar presentes cuando sea necesario.

A pesar de todo lo expuesto, quedan tareas por abordar que no nos ha sido posible incluir en esta investigación. Hemos comenzado con un primer paso importante, ya que los tres autores pertenecen a áreas diferentes y aparentemente alejados de la filosofía en el caso de Viktor Frankl y de Elisabeth Kübler-Ross. Sin embargo, ha sido posible descubrir elementos, propuestas y conceptos con los que, en situaciones de vulnerabilidad, una Bioética del Cuidado puede contar a la hora de adquirir forma, orientada a la transmisión del sentido pueda contar a la hora de adquirir forma. Sabemos que permanecen abiertas nuevas posibilidades de indagación y de profundización en estos tres autores. La lectura de sus obras no queda concluida aquí. La invitación a hacerlo siempre está presente, porque cada vez que volvamos sobre sus textos, aparecerán nuevas perspectivas desde las que reflexionar. Cada línea conduce a vías que continuamente se abren y llevan a recorrer caminos que nunca se agotan. Igual que

nosotros hemos sido una llama encendida por Gabriel Marcel, Viktor Frankl y Elisabeth Kübler-Ross, esperamos que también seamos capaces de encenderla en otros.

Bibliografía.

Obras filosóficas de Gabriel Marcel

“An autobiographical Essay” en *The Philosophy of Gabriel Marcel. The Library of the Living Philosophers*. Vol., XVIII. Southern Illinois University. Carbondale, 1984. Págs., 2-68.

Aproximación al misterio del Ser. Posición y aproximaciones concretas al misterio ontológico. Ediciones Encuentro. Madrid, 1987. (Traducción de José Luis Cañas Fernández).

Autour de Heidegger, en *Dieu Vivant*, VIII (1945), 89-100.

Coleridge et Schelling. Aubier-Montaigne. París, 1971.

Decadencia de la sabiduría. Emecé. Buenos Aires, 1955. (Traducción de Beatriz Guido).

Diario metafísico. Guadarrama. Madrid, 1969. (Traducción de José Rovira Armengol).

Dos discursos y un prólogo autobiográfico. Herder. Barcelona, 1967. (Traducción de Aurora Martí Fernández).

“De l’audance en métaphysique” en *Percées vers un ailleurs*. Fayard. París, 1973. Págs., 407-421.

“De la negación a la invocación” en *Obras selectas II*. BAC. Madrid, 2002 (Traducción de Mario Parajón).

Du refus a l’invocation. Gallimard. París, 1940.

El hombre problemático. Editorial Sudamericana, 1956. (Traducción de María E. Valentié).

“El misterio del Ser” en *Obras selectas I*. BAC. Madrid, 2002 (Traducción de Mario Parajón).

En busca de la verdad y la justicia. Herder. Barcelona, 1967 (Traducción de Aurora Martí Fernández).

En camino, ¿hacia qué despertar? Ediciones Sígueme. Salamanca, 2012. (Traducción de Juan Padilla Moreno).

En chemin, ver quel éveil? Gallimard, Paris, 1971.

Entretiens Paul Ricœur-Gabriel Marcel. Aubier-Montaigne. Paris, 1968.

Etre et Avoir. Aubier Montaigne. París, 1991.

Filosofía concreta. Revista de Occidente. Madrid, 1959. (Traducción de Alberto Gil Novales).

Filosofía para un tiempo de crisis. Guadarrama. Madrid, 1971 (Traducción de Alberto Gil Novales).

Fragments philosophiques, (1909-1914). Nawelaerts. Paris, 1961.

Gabriel Marcel et la pensée allemande. Aubier-Montaigne-Association Présence de Gabriel Marcel. Paris, 1979.

Gabriel Marcel et les injustices de ce temps. La responsabilité du philosophe. Aubier-Montaigne-Association Présence Gabriel Marcel. Paris, 1983.

Gabriel Marcel interrogé par Pierre Boutang. Edition J.M. Place. Paris, 1977.

Homo Viator: prolégomènes à une métaphysique de l'Espérance. Association Présence de Gabriel Marcel. París, 1998.

Homo viator. Prolegómenos para una metafísica de la Esperanza. Ediciones Sígueme. Salamanca, 2005. (Traducción de Juan Padilla Moreno).

Incredulidad y Fe. Guadarrama. Madrid, 1971 (Traducción de Guillermo Kraft).

“Kierkegaard en mi pensamiento” en *Kierkegaard vivo.* Alianza Editorial. Madrid, 1970. Págs., 51-62.

Journal Métaphysique. Gallimard. Paris, 1927.

La condición del intelectual en el mundo contemporáneo. Ateneo. Madrid, 1960 (Traducción de José Manuel Valdés).

La Dignité humaine et ses assises existentielles. Aubier-Montaigne. Paris, 1964.

La métaphysique de Royce. Aubier. Paris, 1945.

La sabiduría en la edad técnica. Ateneo. Madrid, 1965 (Traducción de Beatriz Guido).

Le Mystère de l'être. Association Présence de Gabriel Marcel. Paris, 1997.

L'homme problématique. Aubier-Montaigne. Paris, 1955.

Los hombres contra lo humano. Caparrós Editores. Madrid, 2001. (Traducción de Jesús María Ayuso).

“Mon testament philosophique” en *Homenaje a Xavier Zubiri.* Moneda y Crédito. Madrid, 1970. Págs. 323-332.

Présence et immortalité. Flammarion. Paris, 1959.

Pour une sagesse tragique et son au-delà. Plon. Paris, 1968.

“Regard en arrière” en *Existentialisme Chrétienne.* Plon, Paris, 1947. Págs. 291-319.

“Remarques sur la dépersonnalisation de la médecin” en *Qu'attendez-vous de médecin ?* Présences. Plon. Paris, 1953. Págs., 17-28.

Ser y Tener. Caparrós Editores. Madrid, 2003. (Traducción de Ana M^a. Sánchez)

Structure de l'espérance: *Dieu Vivant*, 19 (1951), págs., 71-80.

Obras dramáticas de Gabriel Marcel

Croissez et multipliez. Plon. Paris, 1955.

“El camino de Creta” en *Obras selectas II.* BAC. Madrid, 2004 (Traducción de Mario Parajón).

“El dardo” en *Obras selectas I.* BAC. Madrid, 2004 (Traducción de Mario Parajón).

“El emisario” en *Teatro de Gabriel Marcel.* Losada. Buenos Aires, 1953. Págs., 157-216 (Traducción de Beatriz Guido).

“El mundo roto” en *Obras selectas II.* BAC. Madrid, 2002. (Traducción de Mario Parajón).

“La capilla ardiente” en *Obras selectas II*. BAC. Madrid, 2004. (Traducción de Mario Parajón).

La dimension Florestan. Plon. Paris, 1958.

“La fin de temps” en *Le secret est dans les îles*. Plon, Paris, 1967. Págs., 274-349.

“La sed” en *Obras selectas I*. BAC. Madrid, 2004 (Traducción de Mario Parajón).

“La señal de la cruz” en *Obras selectas I*. BAC. Madrid, 2002 (Traducción de Mario Parajón).

Le cœur des autres. Grasset. Paris, 1920.

Les cœurs avides. La Table Ronde. Paris, 1952.

“Le chemin de Crète,” en *Cinq pièces majeures*. Plon. Paris, 1973. Págs., 221-355.

Le dard. Plon. Paris, 1936.

Le fanal. Stock. Paris, 1936.

“L’horizon” en *Percées vers un ailleurs*. Fayard. Paris, 1973. Págs., 203-278.

“L’iconoclaste” en *Percées vers un ailleurs*. Fayard. Paris, 1973. Págs., 5-168.

“L’insondable” en *Présence et immortalité*. Flammarion. Paris, 1959. Págs, 197-234.

“Le signe de la Croix” en *Cinq pièces majeures*. Plon. Paris, 1973. Págs., 455-550.

“Le monde cassé” en *Cinq pièces majeures*. Plon. Paris, 1973. Págs. 221-355.

Le quatuor en fa dièse. Plon. Paris, 1925.

Le seuil invisible. La grâce. Le palais de sable. Grasset. Paris, 1914.

Mon temps n’est pas le votre. Plon. Paris, 1955.

“Roma ya no está en Roma” en *Teatro de Gabriel Marcel*. Losada. Buenos Aires, 1953. Págs. 13-78. (Traducción de Beatriz Guido).

Rome n'est plus dans Rome. La Table Ronde. Paris, 1951.

Trois pièces: Le regard neuf. Le mort de demain. La chapelle ardente. Plon. Paris, 1931.

“Un hombre de Dios” en *Teatro de Gabriel Marcel*. Losada. Buenos Aires. 1953. Págs., 81-153. (Traducción de José Rovira Armengol).

“Un juste” en *Paix sur la terre*. Aubier-Montaigne. Paris, 1965. Págs., 63-176.

“Un homme de Dieu” en *Cinq pièces majeures*. Plon. Paris, 1973. Págs., 9-104.

Obras sobre Gabriel Marcel.

BLAZQUEZ CARMONA, F., *La filosofía de Gabriel Marcel. De la dialéctica a la invocación*. Encuentro. Madrid, 1988.

CAÑAS FERNÁNDEZ, J.L., *Metodología de lo trascendente en Gabriel Marcel*. Editorial Complutense. Madrid, 1988.

DAVY, M.M., *Gabriel Marcel. Un filósofo itinerante*. Gredos. Madrid, 1963. (Traducción de José Antonio Pérez Rioja).

GALLAGHER, K., *La filosofía de Gabriel Marcel. Razón y Fe*. Madrid, 1968. (Traducción de Acacio Gutiérrez).

LÓPEZ LUENGOS, F., *El sentido de la vida en Gabriel Marcel*. Colección Persona, nº 44. Instituto Emmanuel Mounier. Madrid, 2012.

PARAIN VIAL, J., *Gabriel Marcel*. Fontanella. Barcelona, 1969. (Traducción de Enrique Molina Campos).

URABAYEN PÉREZ, J., *Las sendas del pensamiento hacia el misterio del ser. La filosofía concreta de Gabriel Marcel*. Cuadernos de Anuario Filosófico. Serie Universitaria. Nº 137, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra, 2001.

El pensamiento antropológico de Gabriel Marcel. Un canto al ser humano. EUNSA. Pamplona, 2001.

SWEETMAN, BRENDAN. *The vision of Gabriel Marcel: Epistemology, Human Persona, the Transcendent*. Amsterdam Editions. Rodopi, 2010.

Artículos sobre Gabriel Marcel.

BLESA ALEDO, B., “La identidad personal y el cuerpo en Gabriel Marcel”: *Anuario Filosófico*, 41 (2010), 511-536.

CAÑAS FERNÁNDEZ, J.L., “Influencia del primer Gabriel Marcel en el primer Jean-Paul Sartre”: *Anuario Filosófico*, 38 (2), (2005), 381-403.

“La hermenéutica marceliana sobre el tema de la fidelidad”: *Diálogo Filosófico*, 16 (2), (2000), 259-274.

“Gabriel Marcel y el hombre contemporáneo”: *Actas del Seminario de Historia de la Filosofía*, 18 (2010), 259-262.

CERVANTES GALLARDO, A., “Antropología del cuerpo desde la mirada de Gabriel Marcel”: *Thémata*, 33 (2004), 127-134.

FLORES-GONZÁLEZ, L.M., “Proyecciones fenomenológicas de la afirmación ‘yo soy mi cuerpo’ en la filosofía de Gabriel Marcel: hacia una recuperación de la intersubjetividad encarnada”: *Anuario Filosófico*, 38 (2), (2005), 555-574.

POMA, I., “Alteración y oscilación en la filosofía de los binomios de Gabriel Marcel”: *Anuario Filosófico*, 38 (2005), 475-493.

SWEETMAN, B., “Marcel on God and Religious Experience, and the Critique of Alston and Hick”: *American Catholic Philosophical Quarterly*, 80 (3), Verano 2006, 407-420.

TILLIETTE, X., “Gabriel Marcel: Mort et survie”: *Bulletin de l'association Présence de Gabriel Marcel*, 2005, 25-30.

TUNSTALL, D. A., “Struggling against the Specter of Dehumanization”: *Philosophy Today*, 53 (2009), 147-160.

TSUKADA, S., “L’espérance face aux conceptions contemporaines de la vie et de la mort”, en: *Bulletin de l'association Présence de Gabriel Marcel*, 2011, pp. 51-58.

URABAYEN, J., “El humanismo trágico de Gabriel Marcel: el ser humano en un mundo roto”: *Estudios Filosóficos*, 41 (2010), Universidad de Antioquia, 35-59.

“Las reflexiones marcelianas sobre la encarnación. Aportes a una comprensión del hombre como ser corporal”, en: *Investigaciones Fenomenológicas*, vol. Monográfico 2: *Cuerpo y alteridad* (2010), 439-449.

“Apuntes sobre el personalismo de Marcel y Mounier”: *Prospettiva Persona*, 53/54, (2005), 15-19.

“La filosofía itinerante de Gabriel Marcel”: *Anuario Filosófico*, 38 (2005), 495-518.

“La filosofía de Marcel: del idealismo al realismo, del realismo a la filosofía concreta”: *Pensamiento: Revista de Investigación e información filosófica*, vol. 60, nº 226 (2004), 115-136.

“Estudio del ‘tener’ según Gabriel Marcel y Leonardo Polo”: *Studia Poliana: Revista sobre el pensamiento de Leonardo Polo*, 5, (2003), 199-239.

“El carácter ontológico y ético de la libertad humana en la filosofía de Marcel.”, en: *Actas del III Simposio Internacional Fe Cristiana y Cultura Contemporánea. Idea Cristiana del Hombre*. EUNSA, Pamplona, 2002. Págs., 253-264.

“El ser humano ante la muerte. Orfeo a la búsqueda de su amada. Una reflexión acerca del pensamiento de Gabriel Marcel.”: *Anuario Filosófico*, 34 (2001), 701-746.

“La intersubjetividad: el amor al otro y el respeto de su libertad en la filosofía de Gabriel Marcel”, en: *Actas del Congrès Mondial sur la coexistence humaine et développement durable*, Vol I, Éditions Montmorency, Montreal, Canadá, 2001, págs. 328-332.

VERDÚ BERGANZA, I. “*Conócete a tí mismo: Apuntes para una reflexión en torno al yo y a la trascendencia*”: *Diálogo Filosófico*, 23:1 (67), Enero-Abril 2007, pp. 87-96.

VIZGUINE, V., “*Une proximité lointaine: Nicolas Berdiaeff et Gabriel Marcel*”, en: *Bulletin de l'association Présence de Gabriel Marcel*, 2007, pp. 45-52.

Obras de Viktor Emil Frankl

Ante el vacío existencial. Herder. Barcelona, 2001. (Traducción de Marciano Villanueva).

FRANKL, V., LAPIDE, P., *Búsqueda de Dios y sentido de la vida*. Herder. Barcelona, 2005. (Traducción de Gilberto Canal Marcos).

El hombre doliente. Herder. Barcelona, 2003. (Traducción de P. F. Valdés y A. Von Ritter-Zahony).

El hombre en busca de sentido. Herder. Barcelona, 2003. (Traducción de Christine Kopplhuber y Gabriel Insausti Herrero).

El hombre en busca del sentido último. Paidós. Barcelona, 1999. (Traducción de Isabel Custodio).

En el principio era el sentido. Paidós. Barcelona, 2000. (Traducción de Héctor Piquer Minguijón).

Fundamentos y aplicaciones de la Logoterapia. San Pablo. Buenos Aires, 2000. (Traducción de Claudio César García Pintos).

La idea psicológica del hombre. Rialp. Madrid, 2003. (Traducción de Francisco Fernández Turienzo).

La presencia ignorada de Dios. Herder. Barcelona, 2002. (Traducción de J.M. López de Castro).

La psicoterapia al alcance de todos. Herder. Barcelona, 2003. (Versión castellana de Diorki).

La psicoterapia en la práctica médica. San Pablo. Buenos Aires, 2004. (Traducción de Cristóbal Piechocki y Beatriz Romero).

Las raíces de la Logoterapia. San Pablo. Buenos Aires, 2005. (Traducción de Ángel Romano).

La voluntad de sentido. Herder. Barcelona, 2002. (Versión castellana de la Fundación Arché bajo la dirección de Máximo. J. Eckel).

Lo que no está escrito en mis libros. San Pablo. Buenos Aires, 2003. (Traducción de Ingrid Ostrowski).

Logoterapia y Análisis Existencial. Herder. Barcelona, 2003. (Traducción de José.A. de Prado Díez, Roland Wenzel e Isidro Arias).

Psicoanálisis y existencialismo. FCE. México, 1982. (Traducción de Carlos Silva y José Mendoza).

Psicoterapia y existencialismo. Herder. Barcelona, 2003. (Traducción de Germán Tabanzo).

Psicoterapia y humanismo. FCE. México, 1978. (Traducción de Diego Arroyo).

Teoría y terapia de las neurosis. Herder. Barcelona, 2001. (Traducción de Constantino Ruiz-Garrido).

Obra dramática de Viktor Frankl

Sincronización en Birkenwald. San Pablo. Buenos Aires, 2001. (Traducción Claudio César García Pintos).

Obras sobre Viktor Frankl.

ACEVEDO, G., (ED.), *Lo heredado, lo aprendido y lo construido desde Viktor Frankl.* Asociación Iberoamericana de Logoterapia. Buenos Aires, 2005.

ACEVEDO, G., D'ADAMO, M., *Presencia de Viktor Frankl en Latinoamérica.* Fundación Argentina de Logoterapia. Buenos Aires, 2005.

ACEVEDO, G., *El modo humano de enfermar: desde la perspectiva de la Logoterapia de Viktor Frankl.* Fundación Argentina de Logoterapia. Buenos Aires, 1996.

La búsqueda de sentido y su efecto terapéutico: desde la perspectiva de Viktor Frankl. Fundación Argentina de Logoterapia. Buenos Aires, 1998.

Lo heredado, lo aprendido y lo construido desde Viktor Frankl. Asociación Iberoamericana de Logoterapia. Buenos Aires, 2005.

ACEVEDO, G., BATTAFARANO, M., *Desde Viktor Frankl. Un enfoque transdisciplinario del enfermar humano.* Fundación Argentina de Logoterapia. Buenos Aires, 2003.

AA.VV., *Dar sentido a la vida: la Logoterapia de Frankl.* Editora Vozes. Brasil, 1990.

CAPONETTO, M., *La voluntad de sentido en la Logoterapia de Viktor Frankl. Estudio crítico.* Instituto de Ciencias Sociales. Buenos Aires, 1985.

DE LOS RÍOS, R., *Cuando el mundo gira enamorado. Semblanza de Viktor Frankl.* Rialp. Madrid, 2002.

ESPINOSA, N., *La concepción de la conciencia en la Logoterapia de Frankl.* San Pablo. Buenos Aires. 1994.

FIZZOTTI, E., *De Freud a Frankl. Interrogantes sobre el vacío existencial*. Eunsa. Navarra, 1981.

FREIRE, J.B., *Acerca del hombre en Viktor Frankl*. Herder. Barcelona, 2002.

¡Vivir a tope! Cómo Frankl superó a Freud. EUNSA. Navarra, 2000.

El humanismo de la Logoterapia de Viktor Frankl. EUNSA. Navarra, 2002.

GARCÍA, C., *Viktor Frankl. La humanidad posible*. Almagesto. Buenos Aires, 2000.

KLINGBERG, H., *La llamada de la vida: la vida y la obra de Viktor Frankl*. RBA. Barcelona, 2002. (Traducción de Ferrán Esteve).

LÄNGLE, A., *Viktor Frankl. Una biografía*. Herder. Barcelona, 1998. (Traducción de Rafael Gautier y Macarena González).

LUKAS, E., *Psicoterapia con dignidad. Apoyo para la vida con orientación hacia el sentido según Frankl*. San Pablo. Buenos Aires, 1995. (Traducción de Ingrid Ostrowski).

PAREJA, G., *Frankl. Comunicación y resistencia*. Premia. México, 1987.

PATTAKOS, A., *En busca del sentido. Los principios de Frankl aplicados al mundo del trabajo*. Paidós. Madrid, 2005.

PRIETO, X.M., *Viktor Frankl*. Fundación Emmanuel Mounier. Madrid, 2000.

SÁNCHEZ, M., *Los principales temas de Viktor Frankl*. Editorial San Martín. Argentina, 1987.

VV.AA., SOCIEDAD MEXICANA DE ANÁLISIS EXISTENCIAL Y LOGOTERAPIA (Ed.), *Diez voces y un rostro. Homenaje a Viktor Frankl*. Ediciones LAG. México, 2005.

VIAL MENA, W., *La antropología de Viktor Frankl. El dolor: una puerta abierta*. Editorial Universitaria. Santiago de Chile, 1999.

VIDAL, P., *El encuentro de Nunca Acabar. Viktor Frankl en la vida cotidiana*. Universo del Diseño Integral. México, 1991.

Artículos sobre Viktor Frankl

ABOUMRAD, E., “La plenitud del instante”: *Revista mexicana de Logoterapia*, 23 (2003) 66-72.

ABRAMI, L.M., “The healing power of humor in Logotherapy”: The international Forum of Logotherapy, 32 (2009), 7-15.

ACEVEDO, G., “El conocimiento sobre el dolor humano”: *NOUS. Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, 8 (2004), 9-13.

FARINA, R., “Efficace testimonianza di predendere posizione nel quotidiano. Presentazione della nuova autobiografia di Viktor E. Frankl”: *Ricerca di senso*, 10 (2012), 367-412.

FABRY, D.D.S., “Evidence base paradoxical intention: Reviewing clinical outcome studies”: *The International Forum of Logotherapy* 33 (2010), 21- 26.

FIZZOTTI, E., “Viktor Emil Frankl a 100 anni dalla nascita”: *Settimana*, 10 (2005), 4-9.

“Il monantropismo come risorsa per la pace. Le riflessioni dello psicoterapeuta Viktor E. Frankl su guerra e socialità”: *L'Osservatore Romano* 9 (2006), 3-11.

HALLOWELL, D., “Personhood in an anti-reductionist's universe: Frankl's dimensional ontology and Lonergan's notion of the Thing”: *The International Forum for Logotherapy*, 32, (2009), 89-95.

HASEGAWA, T., NAGATA, K., S.M., M, M., “A successful use of logotherapy and existential analysis in the case of fibromyalgia syndrome (FMS): a case report”: *Comprehensive Medicine*, 10, (2011), 54-60.

VESARI, P., “*Homo ridens e homo patiens*. Significato e valore dell'umorismo nella logoterapia”: *Ricerca di senso*, 6 (2008), 273-280.

VISIERS WÜRTH, C., KROEFF, P., LACASTA REVERTÉ, M^a. A., “Biblioterapia con personas mayores en grupos de pos-duelo”: *NOUS. Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, 11 (2007), 51-56.

Obras de Elisabeth Kübler-Ross

KÜBLER-ROSS, E., *Aprender a morir-aprender a vivir*. Sirpus. Barcelona, 2003. (Traducción de Mercedes Figueras de las Heras).

Carta para un niño con cáncer. Luciérnaga. Barcelona, 1993. (Traducción Mercedes Durán Basté).

Conferencias. Morir es de vital importancia. Luciérnaga. Barcelona, 1997. (Traducción de Kira Bermúdez).

La muerte: un amanecer. Luciérnaga. Barcelona, 2004. (Traducción de Paz Jáuregui).

La rueda de la vida. Ediciones B. Barcelona, 2000. (Traducción de Amelia Brito).

KÜBLER-ROSS, E., KESSLER, D., *Lecciones de vida.* Luciérnaga. Barcelona, 2005. (Traducción de Blanca Ávalos Cadena).

Los niños y la muerte. Luciérnaga. Barcelona, 2003. (Traducción de Aina Alcover).

Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido. Martínez Roca. Barcelona, 1981. (Traducción de Elena Barrutia).

Recuerda el secreto. Luciérnaga. Barcelona, 1993. (Traducción de Mercedes Durán).

SIDA: el gran desafío. Martínez Roca. Barcelona, 1997. (Traducción de Núria Pujol Valls).

Sobre la muerte y los moribundos. DeBolsillo. Barcelona, 2003. (Traducción de Neri Daurella).

Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido. Martínez Roca. Barcelona, 1981. (Traducción de Elena Barrutia).

Todo final es un luminoso principio. Sirpus. Barcelona, 2004. (Traducción de Daniel Najmías).

Una vida plena. Ediciones B. Barcelona, 2004. (Traducción de Amelia Brito).

Vivir hasta despedirnos. Luciérnaga. Barcelona, 2000. (Traducción de Andrés Ehrenhaus).

Obras sobre Elizabeth Kübler-Ross

AA.VV., *Elizabeth Kübler-Ross. Una mirada de amor.* Sirpus. Barcelona, 2005.

Tras los pasos de Elisabeth Kübler-Ross. Luciérnaga. Barcelona, 2000.

SCHAUP, S., *Una vida para una buena muerte*. Martínez Roca. Barcelona, 1997.

Artículo sobre Elisabeth Kübler-Ross

PAYÁS, A., "Elisabeth Kübler-Ross.": *Psicooncología*. Vol., 1, 2 (2004) 287-288.

Bibliografía secundaria

ABUMALHAM, M., MARCO, A., (Eds.), *La acogida del extranjero. Hospitalidad y cultura*. Publicaciones del Centro de Estudios Teológico-Pastorales. Murcia, 2007.

AA.VV., *Aprender a morir*. Instituto Borja de Bioética. Barcelona, 2005.

La fin de la vie. Qui en décide? Yvon Lamour. PUF. París, 1996.

Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos. Ariel. Barcelona, 2005.

ASTUDILLO, W., MENDINUETA, C., ASTUDILLO, E., *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. EUNSA. Navarra, 2002.

BAYÉS, R., *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Alianza. Madrid 2006.

BERMEJO, J.C., *El duelo. Luces en la oscuridad*. La Esfera de los Libros. Madrid, 2011.

Qué es humanizar la salud. Por una asistencia sanitaria más humana. San Pablo. Madrid, 2003.

Estoy en duelo. PPC. Madrid, 2005.

BONETE, E., *Ética de la dependencia*. Tecnos Madrid, 2009.

Éticas en esbozo. De política, felicidad y muerte. Desclée de Brower. Bilbao, 2003.

¿Libres para morir? En torno a la Tanato-Ética. Desclée de Brower. Bilbao, 2004.

Repensar el final de la vida: sentido ético del morir. EIUNSA. Pamplona, 2007.

BOULAY, S. DU., RANKIN, M., *Cicely Saunders: Fundadora del movimiento hospice de Cuidados Paliativos*. Palabra Hoy. Madrid, 2007. (Traducción de Gloria Esteban).

COUCEIRO, A., (ED.), *Bioética para clínicos*. Triacastela. Madrid, 1996.

Ética en cuidados paliativos. Triacastela. Madrid, 2004.

DÍAZ, C., *Logoterapia centrada en la persona*. Escolar y Mayo Editores. Madrid, 2011.

DOMINGO MORATALLA, A., *El arte de cuidar. Atender, dialogar y responder*. Rialp. Madrid, 2013.

Ética para educadores. PPC. Madrid, 2008

Ética y voluntariado. Una solidaridad sin fronteras. PPC. Madrid, 2000.

“Ética y ancianidad: entre la tutela y el respeto” en GAFO, J., *Ética y ancianidad*. UPCO. Madrid, 1995, pág., 81.

FEITO GRANDE, L., *Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado*. PPC. Madrid, 2000.

“La ética del cuidado: modas, paradojas y talentos”, en REYES, M., DE LOS., RIVAS, F.J., BUISÁN, R., GARCÍA, J., (COORDS.): *La bioética, un puente inacabado*. Actas del V Congreso Nacional de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. Madrid, 2005, págs., 79-87.

“Los cuidados en la ética del siglo XXI”: *Enfermería clínica* 15 (3), (2005), 167-174.

Ética y enfermería. San Pablo-UPCO. Madrid, 2009.

GAFO, J., (ED.), *Diez palabras clave en bioética*. EVD. Estella, 2004.

Diez palabras clave en humanizar la salud. EVD. Estella, 2004.

Ética y ancianidad. Comillas. Madrid, 1995.

GERMÁN ZURRIARÁIN, R., (COORD.), *Cuidar cuando no es posible curar. Los cuidados paliativos: morir dignamente en un contexto humanizado*. Universidad de la Rioja. Logroño, 2011.

GÓMEZ HERAS, J.Mª., VELAYOS, C., *Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*. Ariel. Barcelona, 2005.

GÓMEZ RUBÍ, J.A., *Ética en medicina crítica*. Triacastela. Madrid, 2002.

GONZÁLEZ GARCÍA, M., (Compilador), *Filosofía y dolor*. Tecnos. Madrid, 2006.

GRACIA, D., *Como arqueros al blanco*. Triacastela. Madrid, 2005.

HENNEZEL, M. DE., *La muerte íntima*. Plaza y Janés. Barcelona, 1996. (Traducción de Jordi Giménez Samanes).

El arte de morir. Vienes Ediciones. Barcelona, 2005. (Traducción de Manuel Serrat Crespo).

JANKELEVITCH, V., *Penser la mort?* Éditions Liana Levi. Paris, 1994.

JOMAIN, CH., *Morir en la ternura*. San Pablo. Madrid, 1987. (Pedro Pablo Ortíz Remacha).

KÜNG, H., *Morir con dignidad*. Trotta. Madrid, 2004. (Traducción de José Luis Barbero y José Manuel Lozano).

LAÍN ENTRALGO, P., *La espera y la esperanza*. Revista de Occidente. Madrid, 1962.

Historia de la medicina. Salvat. Barcelona, 1985.

La curación por la palabra en la Antigüedad Clásica. Anthropos. Barcelona, 1987.

Cuerpo y alma. Espasa Calpe. Madrid, 1991.

El médico y el enfermo. Triacastela. Madrid, 2003.

LAGRÉE, J., *El médico, el enfermo y el filósofo*. La esfera de los libros. Barcelona, 2002. (Traducción de Pablo Lópiz Cantó).

MALLA, R., “La muerte y el proceso de morir. Pérdida y duelo” en PINAZO, S., SÁNCHEZ MARTÍNEZ, M., *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Pearson. Madrid, 2005.

MARÍAS, J., *Persona*. Alianza. Madrid, 1996.

La felicidad humana. Alianza. Madrid, 1989.

MASIÁ, J., *Bioética y antropología*. UPCO. Madrid, 2004.

Ser humano, persona y dignidad. UPCO. Madrid, 2005.

NUSSBAUM, M., *Las fronteras de la justicia: consideraciones sobre la exclusión*. Paidós. Barcelona, 2006. (Traducción de Ramón Vilá Vernís y Albino Santos Mosquera).

Las mujeres y el desarrollo humano: el enfoque de las capacidades. Herder. Barcelona, 2002. (Traducción de Roberto Bernet).

El ocultamiento de lo humano: repugnancia y vergüenza. Katz. Buenos Aires, 2006.

La fragilidad del bien: fortuna y ética en la tragedia y la filosofía griega. Madrid. Visor, 1995. (Traducción de Antonio Ballester González).

SAUNDERS, C., *Selected writings. 1958-2004*. Oxford University Press. Oxford, 2006.

TORRALBA, F., *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Fundación Mapfre Medicina. Madrid, 2002.