

REVISTA TEOLOGICA



CONTENIDO DE ESTE NUMERO:

El Catecismo 74	1
Acompañar a moribundos	11
Cuestiones del Canon del Antiguo Testamento	31
Bosquejos para Sermones	38
Testimonio de un laico famoso	41
El amor ideal de David y Jonatán ..	43

Acompañar a Moribundos¹

El hombre precisa ayuda cuando muere. Precisa ayuda y cuidado médico que le faciliten la muerte física. Pero todo esto no basta. Donde la muerte no se presenta repentinamente, el morir, en la mayoría de los casos, es una grave experiencia psíquica. Poco se sabe acerca de cómo nosotros mismos pasaremos por esta crisis y cómo podremos ayudar a otros. Ofrecer para esto una primera instrucción es la meta de este estudio que se refiere a investigaciones referentes a la crisis psíquica en la muerte (Elisabeth Kuebler-Ross, Margarita K. Bowers, A. P. L. Prest y otros). Médicos, psico-terapeutas y pastores en común obtuvieron importantes conocimientos, en los últimos años, de cómo podemos ayudar a hombres frente a la muerte, como parientes, diaconisas, médicos y pastores. Se comprendió que el diálogo debe considerarse como ayuda especialmente buena que no debemos negar a los moribundos.

La experiencia de la muerte en nuestra sociedad

“Todo tiene su tiempo, y todo lo que se quiere debajo del cielo tiene su hora, tiempo de nacer y tiempo de morir”. Estas frases sencillas del Eclesiastés²⁾ aparentemente describen experiencias que no resultan nuevas para nadie. Sin embargo, es difícil comprobarlas porque se ha cambiado en nuestra sociedad el encuentro con el nacimiento y la muerte. Estos cambios tienen causas diferentes de las cuales algunas son evidentes.

Gracias a los éxitos de la medicina y al cuidado de la salud pública el promedio de edad alcanzado por el hombre en el mundo occidental ha subido enormemente. Este

1) Un estudio titulado: “Aprendizaje del cuidado del alma”, editado por Guenther Eisele y Reinhold Lindner, Edición “Schriftenmission”.

2) Eclesiastés 3:1.

umento se debe en primer lugar a la disminución de la mortandad de las madres y de los casos mortales por causa de epidemias, también las generaciones medias tienen mayor probabilidad de llegar a una edad avanzada. Esta mayor expectativa de vida contribuyó a diferir la reflexión en la propia muerte.

Cuando antes un hombre había llegado a una edad de 35 años, ya había sobrevivido a varias epidemias. Había presenciado la muerte de sus padres, hermanos, parientes y otros hombres contemporáneos. Fueron quitados de su lado hombres muy queridos, y tenía que prepararse para su propia muerte. Desfallecer y morir formaba parte de las experiencias más naturales de la vida. En nuestra sociedad hay muchos hombres que con 35 años nunca han visto a un moribundo o a un cadáver. Es cierto que diariamente nos enteramos por medio de la televisión y la radio, por diarios y revistas, de la muerte de muchos hombres individuales y de grupos enteros en el mundo, pero no tenemos ninguna relación directa con ellos.

En una familia normal de Alemania pasan hoy día generalmente de 10 a 15 años sin que muera un miembro de tal familia. Aún hace pocas generaciones, la muerte formaba parte de las experiencias fundamentales que los hijos hacían en su casa, mientras que hoy tienen pocas oportunidades de familiarizarse con esta realidad.

Si un hombre muere "en el medio de la vida", hablamos de una muerte "prematura" para indicar que aún no estaba "prevista" y que era evitable. Vivimos en un mundo en que la muerte de una persona joven no es aceptada con resignación o con fatalismo, sino que esto estimula la lucha enérgica con todos los medios de la medicina y técnica contra la causa de la muerte. Una muerte temprana se considera como "fracaso de los esfuerzos clínico-técnicos".

Aunque la ciencia médica ha aumentado decisivamente la expectativa media de vida, sabemos sin embargo, que con una edad de 80 años no vamos a vivir mucho tiempo más. También en nuestra era los ancianos tienen que fami-

liarizarse con su muerte. Por cierto que ellos se enfrentan a esta tarea en un gran aislamiento. Muchas veces su consorte ya ha muerto. Se han retirado de la vida activa, viven separados de sus hijos y valen poco en la sociedad. Ellos viven al margen de la sociedad, y el desfallecer y morir se hicieron experiencias marginales de la vida.

Así como hemos desplazado la muerte al límite de una vida larga, así hemos trasladado el morir desde el centro de nuestras casas hacia las zonas aisladas de nuestra sociedad, a los hospitales y asilos.

Morir en casa

La doctora Kuebler-Ross describió la muerte de un colono suizo así: "Cayó del árbol y se hirió mortalmente. Su único pedido de que se le dejara morir en su casa, se cumplió en seguida. Sucesivamente llamó a cada hija a venir a su lecho para hablar por un par de minutos a solas con ellas. No obstante los grandes dolores, ordenó tranquilamente sus asuntos y dispuso que sus bienes no debieran ser repartidos mientras viviese su viuda. Rogó a cada hijo encargarse de los trabajos y deberes a que se hallaba entregado hasta el momento de su accidente. Expresó su deseo de que sus amigos le visitaran una vez más, y aunque entonces yo era de corta edad, no me exceptuó ni a mí ni a mis hermanos y hermanas de esta visita de despedida. Pudimos participar de los preparativos de la familia y de su dolor. Cuando el colono había muerto, hasta el sepelio quedó en la casa que él mismo había construido y que había querido tanto, quedó entre amigos y vecinos."

Este relato demuestra qué ayuda puede significar para un hombre el poder confiar en el caso de la muerte en las viejas costumbres y morir rodeado por hombres conocidos y acompañado por ellos. Aquel que así puede morir no debe adaptarse a las situaciones completamente diferentes en un hospital.

"La familia le conoce bien para poder sustituir una vez el medicamento tranquilizante por un vaso de vino; el olor

de una sopa preparada en casa posiblemente le anima a ingerir algunas cucharadas de líquido que en todo caso es más agradable que una infusión. No digo nada contra caldantes e infusiones. De mi propia experiencia como doctora en el campo sé bien que muchas veces salvan una vida y que son inevitables. Pero sé también que la paciencia, una mano conocida y comidas acostumbradas pueden reemplazar muchas botellas de líquidos intravenosos, que se aplican solamente porque fisiológicamente son necesarios y no requieren mucho personal y ninguna atención individual" (Kuebler-Ross, pág. 13).

Si un anciano se siente cómodo en su casa y goza de la atención necesaria, frecuentemente tiene el deseo de poder quedar en casa: "Dejadme morir aquí". Pues tiene un sentimiento de que su vida toca a su fin. La mayoría de los hombres saben perfectamente que su muerte se acerca. Para este evento pueden prepararse mejor en el ambiente acostumbrado. Los pensamientos del moribundo tienen vía franca en la tranquilidad que se le concede. Los que le rodean hablan con él sobre lo que había antes. Él puede llamar y siempre viene alguien que le es bien conocido. El lenguaje de las relaciones íntimas practicado en años y décadas con hombres de confianza con sus mudos modos de conducta tienen un efecto confortante. Si el moribundo quiere decir algo, lo puede hacer. Tal vez quiera decir solamente lo mismo que lo de dos horas antes. Es una gran ayuda para él si encuentra a un escucha paciente. O el moribundo quisiera decir algo que le inquieta mucho. Le atormenta si no puede confesarlo y debe llevarlo como inconfesado hacia su muerte. Pues quiere llegar a un fin bueno consigo mismo y con su prójimo, con su vida³⁾.

3) Y si es cristiano quiere prepararse para encontrarse con su Dios y con el juez de su vida (La Red.).

Morir en el hospital

En la mayoría de los casos los hombres afectados por una enfermedad altamente peligrosa son llevados a un hospital. Médicos, enfermeros y diáconos se ven sobreexigidos, porque se les pasa en nuestra sociedad la responsabilidad por el morir. Muchas veces se encuentran abandonados con esta tarea grave. Sin embargo, los parientes y el pastor, si pudieran identificarse con la situación de un moribundo, podrían ser una ayuda eficiente que el hospital no puede ofrecer. Sin la colaboración comprensiva de parientes y pastores, los representantes del hospital sucumben fácilmente a la ejecución mecánica e impersonal de lo que la ciencia en uso prescribe, comprendiendo al mismo tiempo la imperfección de tal ayuda. Los pacientes lo sienten, en contraste al ambiente familiar, de esta manera:

“La soledad, el tratamiento impersonal ya comienzan cuando el enfermo es sacado precipitadamente de su ambiente acostumbrado y llevado al hospital. Aquel que en tal momento ha deseado vivamente un poco de tranquilidad y consuelo, nunca va a olvidar cómo fue colocado sobre una camilla y transportado con la sirena en acción hacia el hospital. El transporte es el comienzo de un largo tiempo de sufrimiento. Ya al sano le cuesta aguantar los ruidos, la luz, las bombas, la multitud de voces que asaltan al enfermo en la sala de recepciones. Allá se despliega en seguida la diligencia de enfermeras, enfermeros y médicos asistentes. Tal vez se presenta un asistente para tomar una prueba de sangre, un especialista para hacer un electrocardiograma; tal vez llevan al paciente sobre la mesa de rayos X. Seguramente puede captar de vez en cuando una observación referente a su estado, o preguntas correspondientes dirigidas a sus parientes. Lenta e inexorablemente se comienza a tratarlo como un objeto, y él deja de ser una persona. Frecuentemente se toma una decisión en contra de sus deseos, y si trata de sublevarse, se le da un calmante. Después de largas discusiones tal vez es transportado a la sala de operaciones o a una estación especial donde se le hace objeto de tratamiento intensivo y de grandes inversiones financie-

ras. Tal vez su único deseo es que un solo hombre quede tranquilamente a su lado, para que pueda dirigirle una sola pregunta — sin embargo, una docena de hombres constantemente están ocupados en él, se preocupan por la frecuencia de su corazón y su pulso, del electrocardiograma y de la función de sus pulmones, de sus secreciones y excrementos, pero nunca de él como personalidad” (Kuebler-Ross, pág. 14 sig.).

Ambos relatos de la muerte en casa y en el hospital describen contrastes muy pronunciados; y entre estos contrastes hay una amplia gama de experiencias distintas de morir... Especialmente doloroso es el morir, si el paciente debe darse cuenta de que los colaboradores del hospital han perdido el interés en él, desde que es “solamente un caso de tratamiento”. Si el moribundo ya no reacciona al tratamiento y el médico ya no puede proseguir su principal meta profesional, la conservación de la vida y la restitución de la salud, entonces el paciente obtiene un nuevo status en el hospital: se le da por perdido... más amargo, sin embargo, es para el moribundo si sus parientes ya no se preocupan por él. Un tal hombre muchas veces tiene que sufrir una muerte amarga.

La verdad en el lecho del moribundo

La deficiente experiencia que se tiene en nuestra sociedad en cuanto a la muerte y al morir, y la deficiente capacidad de poder aceptar esta suerte inevitable, trae consigo grandes tensiones psíquicas para el moribundo. Ante todo está el hecho de que la mayoría de los afectados por una enfermedad mortal, saben que deben morir aunque no les fue comunicado. Es esto uno de los resultados más importantes de las investigaciones de Kuebler-Ross. Ella evidenció cómo viven los moribundos: entre la angustia frente a la muerte y la esperanza de poder salvarse una vez más. Si se los deja solos en su angustia, ésta se hace más deprimente que cuando se habla con el enfermo sobre su situación y se le promete no dejarlo abandonado en el momento de morir. Pero muchas veces se comportan en su alrededor

como si todo esto no fuese tan serio. El moribundo lo siente como algo insoportable. Si quiere aliviarse con un intercambio de palabras, le cortan esta palabra con frases evasivas, con consuelo falso y gestos contrariados. El moribundo aprende pronto que no debe tocar el tabú de la muerte, porque sus conciudadanos no lo aguantan. No quieren que se los moleste con este tema. No depende sólo del enfermo si no habla de la seriedad de su situación porque todavía no se ha conformado con su muerte, sino también del compañero que no quiere pensar en su propia muerte y en la del moribundo.

Una paciente joven que ya se había resignado a que debía morir, se refiere a sus observaciones: "Un médico entra en la sala, dirige una mirada a sus alrededores y dice: "Bien, ¿cómo nos sentimos hoy?" u otra tontería. Entonces me invade un repentino enojo, porque estoy enfermo, y no obstante el médico no quiere conversar conmigo. Otros entran en la sala como si perteneciesen a otra clase de hombres. Así son la mayoría de los que conozco. Hablan un rato conmigo, quieren saber cómo me siento y se informan a fondo. Dicen algo sobre mis cabellos, y que tengo el aspecto de haber mejorado de salud. Hacen conversación y nada más" (Kuebler-Ross, pág. 175).

Frente a tales lamentos no hay que pasar por alto que es muy difícil "decir la verdad al moribundo". Esto vale especialmente para el médico. Porque se sabe que no comunican fácilmente su diagnóstico, que el informe médico puede ser malinterpretado como fallo de muerte. Pues la comunicación del informe clínico todavía no es la verdad sino una exactitud que a veces puede ser equivocada. En la regla esto toca duramente al paciente. No es para él una verdad, pues ésto debiera librar al moribundo para consentir en la muerte. Él precisa algo que le provea una superioridad interior sobre la muerte.⁴⁾ De otro modo no puede aceptar su suerte. Esto siempre exige cierto tiempo de con-

4) Esta superioridad la alcanza si es llevado a Cristo en quien puede confiar plenamente porque es su Salvador y con quien va a reunirse.
(La Red.)

frontación y de maduración en que los hombres mejor conocidos al moribundo pueden prestar la mejor ayuda.

Difícil se hace el caso donde el enfermo pregunta directamente: "¿Debo morir?" Es un indicio claro de que el moribundo todavía no ha dicho "sí" a su destino. Aún está buscando la verdad, todavía no la ha encontrado. Busca algo que le confiera una superioridad interior frente a la muerte. Lo más adecuado es que un pastor encuentre aquí la correcta respuesta. En una conversación más extensa o en una serie de diálogos, en que se produjo una relación de confianza, las preguntas y respuestas podrían formularse más o menos así:

Paciente: Señor pastor, antes que Ud. se vaya, una palabra: Diga Ud. ¿debo morir? Los médicos no me dicen la verdad. Pero quisiera saberlo con claridad.

El pastor: ¿El sentimiento de que los médicos se callan, y la confusión o falta de certeza que de esto resulta, le aflige a Ud.?

El paciente: ¡Sí!

El pastor: ¿Ud. preferiría saber lo que traerán las próximas semanas?

El paciente: Creo que me tranquilizaría.

El pastor: ¿Le tranquilizaría también en el caso de que fuese difícil de soportar?

El paciente: Tal vez.

Ahora se produce un largo silencio que no debiera ser interrumpido prematuramente por el pastor. Tal vez éste dirá después de un rato:

El pastor: En este momento pienso en una palabra de los salmos: "Mi vida está en tus manos". ¿Está conforme con que entreguemos en estas manos también lo que es incierto?

El paciente: Sí, por favor.

El pastor reza: "Dios nuestro, no sabemos como continuará esto. Tampoco podemos decir si podríamos aguantarlo si no continuase. Por eso te pedimos que, si es posible, lo más

grave pasase una vez más. Pero no se haga la voluntad nuestra sino la tuya, como en el cielo así también en la tierra”⁵).

Parientes, enfermeras o un médico “dirán la verdad” de otro modo, según su posibilidad y sus conocimientos con respecto a la situación psíquica del paciente. Un médico que a buen tiempo sabe hablar en forma provechosa sobre el resultado de la investigación acerca del cáncer, presta un importante servicio al enfermo. Y en esto el médico puede explicar lo que aún puede hacer y dónde él depende de la colaboración del paciente. Tal estrategia de la lucha contra la enfermedad, mientras que se mantenga dentro de un marco realista y no sea una prolongación de la vida a toda costa, disminuye la angustia de estar aislado, la desilusión y el rechazo. Si los parientes colaboran en este sentido tratando de conseguir una buena relación con el personal y el pastor, el morir se facilita esencialmente...

Las fases psíquicas del morir

Es importante comenzar el diálogo con el moribundo mientras éste todavía tenga energía y resistencia y probablemente la muerte aún se halle lejos. En una fase posterior, la conversación ya no puede resolver los conflictos del moribundo. En muchos casos se pueden observar cinco fases de la discusión psíquica en esta situación extremadamente difícil. Estas fases son de distinta duración e intensidad para el individuo, así que no siempre se presentan en el modo típico y en el orden que aquí se describen. El conocimiento de las distintas fases es de importancia para comprender la distinta manera de reacción de los moribundos y sacar las consecuencias correspondientes.

1.) La fase del choque se caracteriza por la intención de negar la verdad y el aislamiento de los sentimientos. Si al enfermo mortal se le comunica el diagnóstico o él mismo

5) M. Seitz: Vida y muerte, pág. 21.

descubre la verdad referente a su situación, él reacciona con la ilusión de salud y bienestar: "No, no, esto no tiene que ver nada conmigo! Yo no estoy tan mal, esto es completamente imposible". Tal reacción ayuda al paciente a amortiguar el choque producido por el anuncio del inminente fin y a prepararse paulatinamente. Pero nadie puede eliminar totalmente su temor a la muerte, aunque todos los moribundos a veces sienten la necesidad de negar la seriedad de su situación. En un tiempo posterior la negación de la verdad es sustituida frecuentemente por el aislamiento de los sentimientos. Entonces el moribundo habla sobre su salud y su enfermedad, su muerte y su inmortalidad como si sus sentimientos nada tuvieran que ver con esto. Si en la primera fase el paciente reacciona con pánico generalmente pierde el sentido de la realidad y se comporta en forma compulsiva y sin control. Situaciones marginales son la huida de la realidad por el suicidio o el colapso psíquico.

2ª fase. Si el pánico puede evitarse, por lo general se impone la realidad muy pronto después de haber recibido la información de la enfermedad fatal, y el paciente es dominado por una invasión de sentimientos, prorrumpiendo en arrebatos de cólera y enojo: "¿Por qué esto debe pasarme a mí?" Su enojo se dirige contra la enfermedad y la muerte, pero se busca un objeto en los parientes más cercanos, el médico, el pastor, o Dios. Aguantar tal enojo que mayormente no tiene su motivación real en el atacado, y no acusar al enfermo, puede ayudar a éste. Él quiere ser respetado: "Todavía estoy con vida, aún no estoy muerto." Muchas veces, sin embargo, el moribundo no puede expresar indignación, porque es impedido por controles exteriores e interiores. Estos controles son aplicados por la familia, los amigos, el personal del hospital y el pastor que no admiten ningún sentimiento negativo porque prefieren al paciente amigable que se domina a sí mismo. Muchos hombres tienen fuertes controles interiores contra los sentimientos negativos, porque los consideran falsos, carentes de amor y no-cristianos, y no se atreven a expresar su enojo. Desarrollan sentimientos de culpa y vergüenza que pueden tomar formas neuróticas y llevar a la depresión.

3ª fase. A la negación de la verdad y erupción de sentimientos sigue una fase de negociar y discutir. Así como un niño se opone al rechazo de una petición primero con protesta irritada y después trata de anularlo con maniobras hábiles, así los moribundos regatean con los médicos o con Dios por un retardo: "Si Dios ha resuelto quitarnos de la tierra y todos mis suspiros no lo pueden cambiar — tal vez me conceda un pedido". Como precio ofrecen destinar su vida a Dios, dedicarse al servicio de la iglesia, o entregar su cuerpo o ciertos órganos de éste a los médicos si ellos prometen empeñar sus experiencias y conocimientos en la prolongación de su vida. En todo caso, tal negociar y discutir es muy humano y normal. Pero si los sentimientos de culpa y vergüenza son abrumadores en la segunda fase, si el moribundo obtiene la impresión de que recibe lo que merece por su maldad⁶⁾, esta fase frecuentemente lleva a la bancarrota espiritual y psíquica.

4ª fase. La fase del chantaje raras veces dura por mucho tiempo, porque el desarrollo de la enfermedad y los métodos del tratamiento hacen comprender al moribundo en qué situación se encuentra. Ante esta comprensión puede reaccionar con **esperanza realista** o **desesperación**. La esperanza tiene que ver entonces no con mejora o recuperación sino con el proceso del morir y con la vida después de la muerte. Entonces se trata de problemas tales como la renuncia a una artificial prolongación de la vida a cualquier precio, la perspectiva de verse libre de dolores o la posibilidad de tener junto consigo a un hombre querido en la hora de la muerte. Si el moribundo en la fase de negociar, ha sufrido su bancarrota espiritual y psíquica, difícilmente le queda otra reacción que la desesperación que puede demostrarse como amargura estóica o en otros síntomas de depresión.

La depresión puede manifestarse en dos formas. La pri-

6) Tanto más necesario es que a esta altura el enfermo reciba el pleno consuelo del perdón de todos los pecados por los méritos de Cristo, su Salvador. (La Red.)

mera es la reacción a la pérdida sufrida, es decir la alteración por la enfermedad, la incapacidad de remediar faltas cometidas y la imposibilidad de seguir cumpliendo con sus responsabilidades —tal vez frente a su familia—. La otra clase de depresión se origina por la amenaza de la inminente pérdida de la vida y de los hombres queridos. Ella sirve entonces como factor preparatorio para la aceptación definitiva del destino ineludible y forma parte del esfuerzo agobiante del moribundo. Esta segunda forma de depresión se desarrolla mayormente en el mayor silencio — en contraste con la primera, donde el enfermo tiene que comunicar, conversar y disponer mucho.

5ª fase. En la última fase del asentimiento a su suerte, el moribundo generalmente está cansado y débil. Satisfecho ya el deseo de expresar sus sentimientos, y prácticamente acabada la extensa lucha, crece la necesidad de descanso y sueño. El enfermo ha conseguido cierta medida de paz y serenidad. Su campo de interés se achica. Consintiendo puede decir: "Sí, ahora ha llegado mi última hora". La comprensión intelectual del fin se combina con la disposición anímica de aceptar la muerte. Por otra parte, la desesperación lleva a la resignación y al sentimiento de amparo. En este caso acepta la muerte como fin de su desamparo y desesperación.

Reacciones de los acompañantes de moribundos

1) Así como la noticia referente a sus deficientes posibilidades de sobrevivir produce un choque en el moribundo, así también sus acompañantes se sienten chocados. Descubren cuán vanas son sus palabras, cuán irreales parecen sus expectativas y cómo ellos mismos se inclinan a cerrar sus ojos frente a la muerte. Se sienten enredados en la negación de la verdad, con lo cual aumentan su aparente necesidad de no prepararse para la realidad. Frecuentemente se aferran a la negación de la realidad, cuando el moribundo ya se ajustó a ella. Muchos hombres superan su primer encuentro con moribundos sólo por retirarse de su relación con ellos. A veces ellos mismos son víctimas del pánico y

huyen de un moribundo. Estas experiencias demuestran cuán importante es que los acompañantes tengan conciencia clara de su propia posición frente a la muerte y al morir, si realmente quieren ayudar a moribundos.

2) La reacción de los acompañantes en la fase de los sentimientos es compleja. Difícil es la situación para aquellos que se sienten personalmente tocados por las explosiones de indignación de los moribundos. Si no toman la pregunta ¿"Por qué debe sucederme esto a mí?" como expresión de angustia y dolor, buscarán una respuesta convincente, que realmente no pueden dar. Otros acompañantes se sienten inclinados a defender a Dios, si es atacado. Con esto sólo aumentan los controles exteriores de los pacientes de expresar sentimientos. Los sentimientos de culpa y vergüenza se refuerzan y los moribundos y sus acompañantes se distancian unos de otros. Si viceversa el acompañante se identifica tanto con la corriente de sentimientos del moribundo que apenas puede distanciarse, aumentará esta corriente hasta que el paciente se hunda. En esta fase los moribundos necesitan acompañantes que estén dispuestos a escucharlos y a veces aceptar aún una indignación infundada, porque saben que será una ayuda para los pacientes si pueden desahogarse de su indignación. Si los acompañantes comprenden sus propios sentimientos y los de los pacientes, pueden ayudarles a que no terminen en depresiones.

3) Muchos acompañantes descubren en el trato con moribundos su propia bancarrota. Consideran sus respuestas como inadecuadas no sólo para los moribundos sino también para sí mismos. Si los acompañantes toman parte en esta manera de chantaje, corren peligro de reforzar las ilusiones de los pacientes sin acompañarlos más como escuchas comprensivos. La lucha con la esperanza de encontrar todavía una salida de esta situación, sólo puede servir al moribundo si lo hace dispuesto a tomar el camino hacia la fase siguiente.

4) Si se consigue acompañar a un moribundo a la fase de la comprensión en que éste ve en forma realista su si-

tuación, resultan varias posibilidades de ayuda en la lucha contra la depresión. La condición es que el acompañante domine sus propias depresiones. En este momento el moribundo busca claramente la proximidad humana del acompañante para obtener la seguridad de que ni ahora ni en el futuro será abandonado ni rechazado. El moribundo se halla en el umbral entre preguntas por el pasado y preguntas por el futuro. El acompañante puede ayudarle a tratar problemas familiares y arreglar asuntos económicos y financieros. Puede acceder a preguntas por el sentido de la vida y estar dispuesto a orar con el moribundo.

5) El moribundo tiene que pasar por un largo camino a través de las distintas fases desde el "Yo no", pasando por el ¿"Por qué yo"?, "Tal vez todavía no" y "¿qué significa esto para mí?" Hasta el consentimiento: "Ahora ha llegado mi última hora". Ese camino es doloroso también para los acompañantes, y mucho depende de ellos, si juntamente con los moribundos están preparados para aguantar pacientemente las últimas horas. A esta altura la relación con el moribundo se expresa más con gestos que con palabras. A veces no es más que un leve movimiento de la mano o un abrir del ojo. La comunicación callada se hace un lenguaje elocuente que procede de un asentimiento interior del moribundo y de su acompañante al destino inevitable⁷.

Auxilios de los acompañantes para los moribundos

Forma parte de los auxilios fundamentales para los moribundos su cuidado profesionalmente calificado y el correcto tratamiento médico. Además se vislumbra una tarea que se entiende por sí misma donde la relación con moribundos está caracterizada por una intimidad personal y familiar. Pero debe ser descubierta y aprovechada nuevamente donde los moribundos son cuidados y tratados en una forma muy objetiva y neutral. Si comprendemos la vida humana

7) Impuesto por la mano misericordiosa del Padre Celestial. (La Red.)

en su totalidad, no podemos renunciar al trato personal del moribundo, tampoco en el ámbito profesional.

“Ayuda en la muerte” en su sentido más profundo debe entenderse como “ayuda de vida”. El hombre no debe perecer sino llegar a un buen fin de su vida. Debe ser “una muerte bienaventurada”. No deben quedar atrás desorden, discordia ni una culpa no saldada. Hay que encontrar el sentido de la vida. La muerte que se aproxima hace que el hombre sea confrontado inevitablemente con su vida tal como era. Frente a la muerte es esencialmente necesario que por lo menos ahora el hombre pueda aceptar su vida. De otro modo querrá retener desesperadamente lo que debe dejar. Parece ser una paradoja. “Sólo aquel que ama su vida puede dejarla, es decir: “sólo aquel que ha encontrado la base para alabar su vida fugaz. El que alaba su vida a pesar de todo lo que dificulta la alabanza y casi la hace imposible, ha encontrado a su Dios en su vida y en su muerte” (R. Leuenberger). Dios ha dado la vida y ahora la quita. Nacer tiene su tiempo. Morir tiene su tiempo.

Si en lo sucesivo se describen algunos auxilios particulares con que distintos grupos de hombres acompañan a los moribundos, no se quiere afirmar con ello que solamente los parientes tengan que hacer esfuerzos por consolar, que solamente las enfermeras tengan que cuidar, que solamente los médicos tengan que ocuparse en la pregunta por “la verdad en el lecho del enfermo” y que solamente los pastores tengan que empeñarse por el cuidado del alma. Ningún hombre que tiene tratos con moribundos queda exento del proceso de conmoción. Parientes, médicos y pastores pueden aportar importante ayuda en el cuidado corporal de moribundos. Las conversaciones sobre la muerte inminente forman parte de las responsabilidades humanas de todos los que acompañan a moribundos. El cuidado del alma es la tarea de cada cristiano. Si en lo sucesivo hacemos ciertas limitaciones, estas, sin embargo, valen sólo hasta cierto punto. Al mismo tiempo debe destacarse que parientes, enfermeras, diáconos, médicos y pastores necesitan la colaboración al acompañar a moribundos.

1) **Los familiares.** Aunque con la translación del morir a los hospitales, los familiares ya raras veces se hacen testigos de las últimas semanas, días y horas de los hombres que les son especialmente queridos, sin embargo están afectados más que otros por el dolor y ellos necesitan una ayuda correspondiente. En los esfuerzos interiores producidos por el luto mucho depende de que los moribundos y sus familiares puedan prepararse en común para la situación. Si todos están dispuestos al diálogo, pueden tomarse importantes decisiones, hasta donde lo permite la presión bajo la cual se hallan.

Así como los moribundos, también los familiares pasan por distintas fases de adaptación psíquica al morir. No quieren admitir que están afectados por esta pena. Pasan por una fase de sentimientos en que por ej. su indignación puede dirigirse contra aquellos que fueron los primeros que les trajeron la triste noticia o contra enfermeras y diáconos que supuestamente no se han preocupado suficientemente por el paciente. Se despiertan sentimientos de culpa por causa de compromisos no cumplidos con el moribundo. Si se hace posible que los familiares puedan expresar tales sentimientos, ganan más libertad para el trato con el moribundo. Una vez que estos sentimientos hayan sido puestos bajo control, la familia tiene que pasar por una fase semejante de conmoción interior preparatoria como el moribundo.

Una tarea importante en esta fase es la identificación del esfuerzo aflictivo de moribundos y familiares. El tiempo más doloroso para los familiares es la última fase en que el moribundo paulatinamente se desprende de todos los lazos, también de los que le unían a la familia. Si el enfermo pide que le acompañen sólo algunos amigos, después solamente la familia, y al final solamente el consorte, hay que comprender que esta desvinculación no se debe confundir con rechazo. El consueño de la absolución de toda culpa y la celebración de la Santa Cena puede significar mucho para las respectivas personas.

2) **Los diáconos y las enfermeras.** Después de la sepa-

ración pronunciada entre el acto de morir y la vida restante, y ante el hecho de que siempre más moribundos son trasladados a un hospital, los diáconos y las enfermeras constituyen con siempre mayor frecuencia el grupo de personas que tiene los contactos más íntimos con los moribundos. Por eso es importante no sólo que aprendan cuál es la atención profesional más adecuada de los moribundos y que la practiquen, sino también que entiendan su relación con los pacientes. Por supuesto, no es de esperar que los enfermeros y las enfermeras desarrollen la misma actitud hacia los moribundos como los familiares más allegados. Un exceso de sentimiento, aflicción, dolor y conmoción hasta afectaría su ocupación profesional... Y en efecto, ocurre frecuentemente que enfermeros y enfermeras —mayormente los más jóvenes— están profundamente conmovidos por el dolor y la angustia de la muerte de personas ajenas, porque la edad, el sexo, la situación de familia o la semejanza con una enfermedad que había tocado a ellos mismos, experimentan una evocación tan fuerte de su propia muerte, que se sienten perseguidos por una angustia mortal. Una posición media entre la conmoción de los familiares o de los enfermeros y enfermeras que por primera vez se confrontan con moribundos, y el embotamiento por la rutina del hospital, es una de las tareas más difíciles para diáconos y enfermeras.

3) **Los médicos** ocupan el lugar central y más responsable en todo el tratamiento del paciente. Además del cuidado médico y clínico son ellos los que generalmente deciden si el moribundo será informado respecto de su situación. La discusión sobre la cuestión de si los médicos debieran decir a los moribundos la verdad referente a la seriedad de su situación, tiene distintos puntos de vista. A base de sus experiencias, los médicos conocen varios argumentos que hablan en favor y en contra. En contra del decir toda la verdad citan que el paciente debiera ser tratado con consideración; que muchas veces ellos ni quisieran saber la verdad; que su esperanza no debiera ser malograda, y que los médicos debieran contar con la inseguridad de sus pronósticos y reconocer los límites de su ca-

pacidad profesional. Como argumentos a favor de la información citan el respeto ante la personalidad del moribundo, el refuerzo de la resistencia por la verdad, y la destrucción de la confianza en el médico si se le atrapa en una mentira.

4) **Los representantes** de la iglesia aunque tratemos de encontrar afirmaciones generales sobre le morir, debe saberse, sin embargo, que cada hombre muere a su modo individual, y que los cristianos no están exceptuados de esta regla⁸). Por esto, el problema no puede ser que se recomiende un modo determinado del morir cristiano, sino que juntamente con el moribundo se busque el punto donde en su vida se sintió llamado por Dios, así que ahora puede referirse a esta llamada. Muchos hombres pueden expresar su relación con Dios por medio de una acusación; otros entienden en sus últimos momentos porqué la búsqueda del sentido de la vida los ha perseguido por toda su vida como búsqueda de Dios. Hay cristianos cuya confianza en primer lugar descansa en la fe en una vida después de la muerte; otros esperan en la resurrección de los muertos, sin que se formen un cuadro de su vida futura⁹). Es grande la variedad de los puntos de contacto por conocidas historias bíblicas o versículos, por estrofas del himnario u oraciones aprendidas en la niñez.

8) Debiera perfilarse más la convicción cristiana decidida que se ha orientado en pasajes bíblicos tales como p. ej. Hech. 4:12: "En ningún otro hay salvación...", que pueden servir de guía al clérigo en su conversación con el moribundo (La Red.).

9) No es fácil comprender el motivo por qué el autor distingue entre esas últimas dos descripciones, porque a primera vista son idénticas. En ningún modo es algo negativo la esperanza en la resurrección de los muertos "sin formarse un cuadro de la vida futura" (La Red.).

Resumen

Al morir se nos demuestra claramente hasta qué grado nosotros los hombres dependemos de la comunión amorosa con otros. Los moribundos buscan la comunión y el diálogo. El morir es algo grave porque trae el fin irrevocable de las relaciones con otros hombres. Mientras que el moribundo todavía está despierto interiormente, debe desprenderse de la comunión que en su vida tuvo con sus seres queridos. En los últimos días y horas experimenta que sus palabras y señales se hacen siempre más incomprensibles. Ya no puede captar todo lo que llega a su alcance. La comunión humana se quiebra.

¿Cómo podemos ayudarle? También en los últimos días y horas, un hombre vive de las demostraciones del amor que experimenta. Significa para él una ayuda que no le neguemos la comunión, aunque al final ya no encuentre su expresión en palabras sino sólo mediante la simple presencia.

Si nos exponemos así con nuestra propia persona al morir de un otro hombre, descubrimos toda nuestra debilidad. Que nos neguemos al encuentro con el morir y tratemos de excluir a los moribundos de nuestro campo de vida, es muy humano. No es de extrañar que en este mundo diariamente mueran solos y abandonados incontables hombres, que miles esperen su muerte sin ser notados, en las piezas de los departamentos y grandes hospitales, que a diario muchos hombres sean sorprendidos por la muerte en la calle, en las fábricas y en los campos de batalla sin haber pensado seriamente en su vida y su muerte. ¿Qué es el sentido de todo este morir?

Siempre existió el peligro de decir de la muerte más de lo debido, y de tratar de eliminar el enigma de la muerte. Y el otro peligro de decir menos de lo debido. Por eso debemos llamar la atención al grito de Jesús: "Dios mío, por qué me has abandonado?" En su muerte Jesús se ha dirigido a aquellos que no fueron acompañados por palabras de amor y con señales de comunión, que no pueden des-

cubrir el sentido de su morir. Pero en su morir Jesús aún en medio del abandono se ha confiado al amor de Dios: "Dios mío, ¿por qué me has abandonado?" Este Dios no le ha abandonado.

... Jesús sufrió la muerte en la cruz. Porque Dios le llevó a este fin. Con Dios se había unido aún entonces cuando parecía callarse. Por él no ha sido reducida la dura realidad del morir. Pero puede ser vencida, porque en nuestro morir tenemos parte en el abandono sufrido por Jesús...

Martín Lutero dijo en su "sermón de la preparación para la muerte": No debes considerar o contemplar la muerte en sí y por sí, tampoco en ti o en tu naturaleza. Si no, estás perdido. Por el contrario debes apartar resueltamente tus ojos, los pensamientos de tu corazón y todos tus sentidos de su imagen, y fijarlos con fuerza y continuamente sólo en la muerte de Cristo. Así la muerte se hace para ti no un terror ni pavor, sino algo menospreciado y muerto y ahogado y superado por la vida. Pues Cristo no es más que pura vida y también lo son aquellos que pertenecen a él."

Tr. F. L.

¿Sabía Ud. que la Biblia rusa no tiene más que 100 años de existencia? En 1876 se puso término a la primera edición de la Biblia en ruso, aprobada por el Sagrado Sínodo. Importantes grupos de la iglesia ortodoxa se oponían a la obra de traducción y publicación de la Biblia. Sólo en 1907 se permitió una nueva edición de la Biblia pero con la condición de que se tratase de un gran formato para los altares para que la Biblia no pudiese ser colportada entre las masas con fines de evangelización. En 1977, el año del aniversario de la primera Biblia rusa, se imprimieron 50.000 nuevas Biblias, pero es comprensible que la mayoría de los nuevos cristianos en aquel país no pueden conseguir ni una Biblia ni un Nuevo Testamento.

F. L.