

*El enfermo terminal y la muerte*⁸⁹

Roa, A. *El enfermo terminal y la muerte*.
Ética y Bioética. Ed. A. Bello, 1998: 238-250

Enfermo terminal, no es un enfermo grave cualquiera, sino aquel cuyo destino, dado su diagnóstico, evolución y falta de respuesta positiva al tratamiento es, con seguridad casi absoluta, la muerte. Entre ellos se distinguen: a) aquellos que padecen junto al deterioro incesante del soma, el hundimiento progresivo de la mente, como ocurre en la enfermedad de Alzheimer y en la esclerosis múltiple, y b) los que llegan lúcidos y conscientes de su situación hasta el último momento o sus cercanías. Si bien todos precisan de amor y cuidado médico, el problema ético es diverso en uno y otro caso.

*El enfermo
con deterioro
psíquico*

En las enfermedades inmersas en la demencia, la vecindad de la muerte se vuelve invisible para el enfermo, que además de vivir sólo en el mero presente como es lo propio de tales cuadros y por lo tanto ajeno al futuro, no hay atisbo claro de la muerte. La palabra muerte no despierta en esa mente resonancia alguna, o si a veces la tiene, es algo fugaz, que desaparece en medio de la apatía, o de las preocupaciones insubstanciales del instante. Como se comprende de suyo, el informar al paciente de que su fin es el deterioro psíquico cada vez mayor y la pérdida de la existencia, caería en el vacío y no sería entendido. Aquí los destinatarios de la verdad son los familiares o los representantes legales del paciente, los cuales deben ser informados exhaustivamente, una vez establecida la certeza diagnóstica, ya que muchos cuadros aparentemente demenciales, son depresiones seniles o estados crepusculares prolongados, susceptibles de completa recuperación.

El problema de decirle la verdad de su estado se da en consecuencia, como es natural, en los casos de enfermedades de pronóstico sombrío acompañadas de integridad mental. El arquetipo son ciertas clases de cáncer de evolución más o menos rápida y rebeldes a las terapias actuales de cualquier orden. El infarto del miocardio, aun cuando temible para el enfermo como diagnóstico, deja en cambio abierto un amplio espacio a la esperanza, dada la recuperación de muchos, y en consecuencia, no dispara la imaginación como el cáncer hacia un espectáculo dantesco de dolores, de auto-destrucción del cuerpo, de apariencia física cada vez más lamentable y repulsiva.

*El enfermo con
integridad
mental*

En realidad el problema angustiante de darle el diagnóstico verdadero al canceroso —sobre todo en los casos de pronóstico muy infausto—, yace en esa curiosa condición humana de anticipar *los sucesos*, de otorgarles viva presencia en la imaginación, de llevarlos al extremo, de gozarse o angustiarse con ellos, según cual sea su signo positivo o negativo, de tal modo que los sucesos se viven dos veces: cuando se sabe que van a ocurrir y cuando de hecho ocurren. Por eso el sufrimiento del canceroso se desenvuelve dichas dos veces: una en el secreto de la imaginación desde que sabe lo que le ocurre, y enseguida en la realidad misma, cruda e inexorable. Se trata además de un sufrimiento que, a diferencia de otros, no es atenuado por la idea de abrir a una nueva experiencia enriquecedora de la vida —ya que todo dolor sensibiliza para llegar a una existencia más profunda—, sino que es una tragedia, pues una vez terminado no dejará dicho halo de mayor sensibilidad, nobleza y superioridad para captar al mundo, ya que acaba no con una nueva vida sino con el hundimiento misterioso de la vida; diera entonces la desalentadora impresión de un martirio inútil.

*Anticipación
del sufrimiento*

El anunciarle a una persona el paso a tal trance no es entonces comparable a ningún otro aviso de un próximo sufrimiento, y es necesario que el médico esté poseído de una profundidad de alma capaz de darle

*Sentido del
sufrimiento*

sentido a lo que a una mirada ligera pareciera no tenerlo. Algo por pavoroso que sea, si se le discierne un sentido, cae no sólo entre lo comprensible y en consecuencia soportable y no desesperante, sino que cae en lo que levanta el alma de sí y de los demás, pues muestra la insondable luz que puede despedir el espíritu humano cuando sufre aun en las condiciones peores.

En nuestra experiencia y en oposición a lo que pudiera suponerse, el amor a los seres queridos —que prima sobre todo temor— hace soportable en el canceroso el miedo al dolor y a la muerte. Sabe que al mostrar él cierta paz y tranquilidad evita el sufrimiento de los otros y eso le da entonces sentido al sufrimiento; es un sentido para los demás. El sufrimiento también tiene sentido cuando con él se evita el dolor de otros.

El médico

El hombre tiene componentes somáticos, psíquicos y espirituales. En cuanto psíquico, conoce, siente, quiere y actúa; en cuanto espiritual, es capaz de darle sentido a todo, de descubrir ese sentido, aun allí donde aparezca encubierto. El médico que debiera ser el sabio por esencia, pues es el guardián de lo más sagrado, la vida, la salud, debe entender también hasta lo más hondo el porqué está obligado en un momento a entregar esa vida de la que ha sido custodio, a aquello que sería lo absolutamente opuesto: la muerte.

El Occidente actual, sobre todo por el influjo de la cultura norteamericana, tiende a ocultar la muerte, no hablando de ella, aletargándose en renovados placeres a fin de no recordarla, pues estima que el saber que ella es nuestro término, convierte los goces, esfuerzos y batallas por realizaciones, en algo absurdo, y a la vida, en acuerdo a la repetida frase de Sartre, en una pasión inútil. En una atmósfera así, estar obligado a dar un diagnóstico que apunta a un calvario, se torna, para el médico, un acto intolerable, que de todos modos debe soportar, pues la verdad, de alguna manera, directa o indirecta, apremia decirla.

*Deseo de morir
e imagen*

Muchas veces se cree que la angustia desatada en el enfermo al enterarse del diagnóstico deriva sólo del te-

rror a la muerte. Hay, sin embargo, personas que por variadas circunstancias –tendencia subdepresiva, rasgos personales de autodesestimación, soledad, vida fracasada–, o no le temen a la muerte, o aun la desean, lo cual no significa que no les estremezca el saberse marcados por el cáncer. Desearían morir súbitamente de una manera cualquiera y, si es posible, en medio del sueño. Eso muestra que una enfermedad incurable despierta aquellas fantasmagorías terroríficas señaladas más atrás, en que el enfermo se ve a sí mismo, ya antes de que en realidad así ocurra, con una corporalidad deshecha, fea, penosa a la vista, algo así como las figuras medievales de los condenados al infierno o las imágenes sobrecogedoras de esa época alusivas a la muerte. Quizás si tal figura de esperpento, más que los dolores extremos –también hay dolores violentos en las neuralgias del trigémino, en los cálculos renales–, al fin y al cabo dominables con fármacos, sean uno de los motivos de fondo que hacen agobiante al alma el saberse víctima del mal. No olvidemos que el hombre, a diferencia de los animales, es parecer y ser, y tal vez a lo largo del tiempo a la mayoría le interesa más parecer bien ante los demás y ante sí, que haber logrado obtener a través de un esforzado trabajo reciedumbre del ser íntimo auténtico. El “llega a ser lo que eres” de Píndaro y de los griegos es una vocación de los hombres más grandes y ellos son muy pocos. Si la vida entera ha sido el drama de obtener un buen parecer, que sea de algún modo envidiado por los otros, dicho drama se vuelve tragedia, o sea algo sin retorno, cuando no el ser, sino el parecer final, tiene como destino la compasión, la lástima, el coraje de quienes están obligados a acompañarlo.

A esto se suma la irreversibilidad de esa figura y el miedo a la muerte que es propio no de todas, pero sí de la mayoría de las personas. La muerte no sólo abre a lo desconocido, sino que aleja de un universo que nos es familiar y dentro del cual estamos sumidos en inúmeros recuerdos gratos, y sobre todo abiertos

*Alejamiento de
un universo
familiar*

constantemente al descubrimiento, a la creación, al encanto de la naturaleza, de la ciencia, de las artes, a los momentos sobrecogedores de la iluminación de las profundidades del ser, y más aún a la compañía y al diálogo constante de los seres amados, que aparece como insustituible, como lo que le da su último sentido al deseo de vivir y su horror a la muerte. Es todo esto, o sea lo fundante de la existencia, lo que el enfermo que oye el diagnóstico, siente hundirse en un oscuro abismo.

La esperanza

Por eso se rebela contra tal diagnóstico, lo supone equivocado, monta en ira contra los demás a quienes ve dueños tranquilos de algo de que a él se le acaba de desposeer, se deprime, confía en algún descubrimiento de última hora o en un milagro y a ratos o hacia el final se resigna. E. Kubler-Ross ha descrito las fases anímicas por las cuales pasarían los enfermos al oír tan infausta noticia: la primera es de negación, la segunda de ira, la tercera de regateo por su vida (hacen promesas a Dios o a sus familiares de que se comportarán de tal o cual forma si mejoran), la cuarta etapa es de depresión total y razonable y la quinta de aceptación, etapa a la cual no siempre se llega. Numerosos autores, incluso nosotros mismos, no ven seriadas tales etapas sino entremezcladas hasta la última hora, siendo cierto aquello de que siempre un hilo de esperanza se mantiene, y de que los enfermos pierden la vida, pero no la esperanza.

Los remordimientos

Sin embargo, lo más agobiante, lo que vuelve una y otra vez a los ojos del enfermo de muerte, es el recuerdo de las ingratitudes, de los egoísmos, de las palabras agresivas, de las infidelidades que tuvo para con los suyos; daría todo por poder reparar aquello, y siente que es demasiado tarde para hacerlo; desea pedir perdón y ser perdonado. Por su pasado pecaminoso enormemente abultado por el ánimo depresivo propio de la enfermedad, no se siente digno de ocasionar molestias, de hacer sufrir a los suyos, de dejarles una secuela de gastos económicos, lo que le lleva, junto al deseo de no querer morir, al deseo ambivalente de morir, para dejar de ser una pesadilla.

Quizás sin la tortura de los remordimientos, abarca-
 dora no sólo de las injusticias para con los demás y
 sobre todo para con los familiares, sino también de las
 oportunidades para realizar cosas importantes que se
 perdieron por falta de espíritu de sacrificio, obstina-
 ción o capricho, con lo cual privó a sí y a los suyos de
 una existencia mucho más rica, el trance final de la
 enfermedad sería infinitamente menos penoso. La vida
 al tener presente la necesidad de morir, tal como tiene
 presente la necesidad de crecer, madurar, gozar y ele-
 varse hasta lo más grande, no debería experimentar sobresaltos tan angustiosos al acercarse al paso de uno de
 sus momentos naturales. Por lo demás la presencia di-
 námica de la muerte en la mente del hombre, como se
 ha advertido desde el Eclesiastés y desde la antigüedad
 clásica, es lo que hace que vivencie su temporalidad,
 sepa que los momentos provechosos para realizar algo
 si no se está alerta se le escapan de la mano, que tiene
 plazos para desarrollarse, y que los instantes favorables,
 las épocas oportunas, no vuelven. Sin la presencia sola-
 pada de la muerte, tal vez la división del tiempo en
 ayer, hoy y mañana, con su alcance preciso en la orde-
 nación de todo quehacer, de toda responsabilidad, de
 toda ética, o sea, lo humano propiamente, no existiría.
 Los animales ignoran su muerte, más bien terminan y
 no mueren; la muerte no alienta el corazón de su alma
 y por eso viven en una mera sucesión de presentes, sin
 que ninguna se convierta para ellos en pretérito o por-
 venir.

En el fondo pareciera que parte notable del dolor
 de morir, sea un dolor de la vida por no haberse reali-
 zado en acuerdo a las posibilidades tenidas entre ma-
 nos, dolor por un pasado pobre, por no haber sido
 aun más vida; el resto lo hace la nostalgia al aproximar-
 se al fin de un viaje maravilloso, como es el breve viaje
 por el mundo. Lo último podría ser similar, guardando
 todas las distancias, a esa nostalgia, a ratos agobiante,
 que nos deja el traslado a otro país, o simplemente, el
 término de unas vacaciones en que estuvimos a diario

*Presencia
 dinámica de
 la muerte y
 temporalidad*

*Nostalgia de
 lo que no se
 podrá volver a
 realizar*

junto a los nuestros en un paraje admirable, días que suponemos no volverán a repetirse. Frente al canceroso, al moribundo, habría entonces que precisar que no es tanto la pérdida de las posibilidades respecto al futuro lo que entristece, sino más bien la pérdida del poder de repetir el pasado: regresar a lugares que le han sido gratos y donde pasó momentos felices, reunirse otra vez con amigos y familiares, en suma, la incapacidad de romper el curso inexorable del tiempo hacia adelante para repetir el pretérito, repetición que quizás sea una de las posibilidades mayores de dominio del tiempo de que dispone el hombre.

*Temor al
desamparo
de otros*

Pero el enfermo no sólo siente esta nostalgia exclusiva, sino, como ya lo señalamos antes, todo el orbe de remordimientos por lo no hecho, y a veces la desesperación por los proyectos tenidos en la mente y ahora bruscamente troncados. Lo último es el caso de padres que abandonan hijos incapaces de valerse por sí mismos, o de toda persona que deja desamparada a otra, aun cuando hasta en ese caso alivia una cierta confianza en que de algún modo aquello tendrá salida favorable, ya poniendo la fe en Dios, en los familiares o en el destino. Se trata de un miedo no tanto a la propia muerte, como al desamparo de otros. Vuelve a revelarse como agobiante, no la muerte en sí, la aniquilación del ser (si nos ponemos en un caso de profanidad extrema), sino lo incierto de una posible vida feliz de seres que se quieren. De ahí la expresión que hemos oído tantas veces en asilos de ancianos: "no temo a la muerte, no tengo a nadie a quien hacerle falta". En los otros, en los que dejan hijos, es el miedo por los impedimentos derivados de su ausencia para el florecer pleno de otras vidas; es el temor suscitado por el amor a seres susceptibles de marchitarse; no es un dolor por la muerte en sí, sino por el menoscabo de vidas amadas, lo que prueba que la vida muestra siempre un sentido valioso aun para quien está ya a punto de abandonarla.

*Intereses del
enfermo*

Ahora, es un error la creencia ingenua de que el enfermo terminal mientras está consciente piensa sin

tregua en su sino fatídico. En ese respecto, la vida también sigue siendo fiel a su inquieta naturaleza de siempre: el enfermo se absorbe en la espera de la próxima visita de un hijo o de un amigo; se alegra cuando ve al médico y éste le escucha o le cuenta que se evitará tal o cual examen molesto; se interesa por saber noticias de su oficina, de sus negocios, o de sus antiguas actividades; discute sobre política, economía, arte, literatura, situaciones domésticas, en acuerdo a sus viejas inquietudes. Se queda pensando en la validez de sus opiniones o las de los otros, para autoesclarecerse. Se detiene a reflexionar durante horas cómo desarrollará tal o cual gestión en que está empeñado, si su estado físico se lo permite, o si no, se la encarga a otros encareciéndoles no olvidar detalles.

Hemos visto a cancerosos graves —incluso uno con cáncer del cerebro y metástasis—, cuyo estado corporal les permitía realizar actividades, lanzarse a trabajos responsables, duros, de largo aliento, en actitud combativa, como si estuviesen en plena salud, y la muerte no les esperase a sólo semanas o meses de distancia; por lo menos por la apariencia y la conducta no parecían pensar tanto en ella. Un agricultor víctima de un cáncer pancreático con dolores y otras molestias, se hacía llevar, tres meses antes de su muerte, a su fundo a fin dar indicaciones para las siembras y cultivos de frutales; al mismo tiempo se preocupaba de ordenar algunos legados para obras de beneficencia. El canceroso encerrado en su habitación pensando sólo en acontecimientos trágicos lo hemos visto pocas veces y se trataba de víctimas de terapias casi demoledoras, o bien, de personas en quienes la enfermedad había desencadenado una depresión mayor.

Es preciso señalar que el médico y la familia deben mantener activos los intereses habituales del paciente, guardar serenidad, evitarle sufrimientos innecesarios, como lo son desde luego algunos exámenes, o consultas a otros médicos para problemas banales, o de importancia secundaria, dado el cuadro central. El no mostrar

abrumamiento es de prudencia primaria, pues el enfermo teme, en no pequeña medida, a su muerte, por la soledad y aflicción que provocará a sus seres queridos. Eso no significa ostentar una actitud alegre, desvergonzada, sino más serena, tierna, amorosa, no marginándolo de las noticias importantes y decisiones habituales.

La avidez con la cual absorben los nuevos descubrimientos científicos y técnicos, el calor puesto en la discusión de temas políticos, éticos o religiosos —aun en ateos—, el temor por la destrucción del planeta por la contaminación ambiental y la desertificación de la tierra, o por las posibles manipulaciones del código genético, nos hace verlos como personas que se sienten responsables del acontecer natural o histórico, velan por él y se atemorizan por posibles desastres en un futuro lejano, como ocurre en cualquier persona que no tiene la muerte a la vista. Esto vuelve a revelar lo ya señalado reiteradamente, que la vida sigue movida por los mismos ímpetus que son de su esencia, hasta el final, hasta que la muerte no acaba con ella.

*Diagnóstico
y pronóstico*

El diagnóstico se dará en forma prudente, en el momento oportuno, y de tal modo que queden a salvo las esperanzas del enfermo para alcanzar a realizar cosas que le son peculiarmente amadas; el pronóstico debe quedar abierto, pues nadie puede saber cuál curso seguirá el mal en tal o cual caso concreto, que no tiene por qué asimilarse a los promedios estadísticos. El ansia de vivir, como la renuncia a la vida, propia de una existencia cansada, son importantes en el curso a tomar por el cuadro en éstas o las otras personas. A la luz de la medicina actual será obcecación negarse a estimar de peso, en el estallido y curso de la enfermedad, los conflictos venidos del centro del alma, al deseo o no de vivir.

Si en casos determinados se considera poco prudente hablarle al paciente de un tumor maligno, hay otros modos de hacerle ver que se solicita toda su ayuda física y espiritual, pues se trata de combatir entre dos —él y

el médico— un mal peligrosamente grave, de evolución insospechable, y de aquello depende el éxito, con lo cual se logra del enfermo coraje y paciencia.

El consuelo, la fortaleza, pueden obtenerse más fácilmente, como se comprende, si el enfermo posee fe religiosa. Si así no ocurre, debemos ayudar a aquel impulso espontáneo de la vida a no rendirse señalado antes, y ello se consigue escuchando al enfermo, solucionándole temores, ayudándole a atenuar o eliminar los autorreproches con los que se maltrata, haciéndole ver que tales faltas contra el amor, o las posibilidades de realización desaprovechadas, son propias de nuestra flaca naturaleza, y que las arrastramos todos, que en cambio él se autocastiga poniéndose un modelo de perfección inexistente, con lo cual desestima lo verdaderamente realizado, que por poco que parezca, siempre es mucho, dada la natural insuficiencia humana. Por lo demás no hay ser alguno carente de excelencias que mostrarle.

La vida humana de suyo es de calidad infinitamente superior a la muerte; el percibir la luz, el oír el zumbido del viento o la voz de los seres que se ama, el sentir una mirada cariñosa, el despertar cada mañana a la existencia, son un milagro absolutamente inalcanzable a lo largo de una eternidad por el puñado de tierra o de ceniza en que nos convertiremos; por eso un minuto más, abierto a aquella posibilidad, es mucho, es una maravilla, y sería monstruoso precipitar su desaparición. Se debe aliviar al máximo al enfermo para que aquello sea gozado, pero no se le puede privar de eso con pretexto alguno. Sólo cuando la vida se ha hecho irreversiblemente vegetativa, no humana, cabe cesar con toda ayuda sobredimensionada, evitar posibles sufrimientos y despedir tal vida con la dignidad que se merece.

Con lo expuesto creemos haber señalado un marco para el trato médico a dar al paciente terminal, sabiendo cuáles son sus inquietudes íntimas, la importancia del pretérito vivido, del futuro aun no realizado, la pena ocasionada a los suyos, y no tanto la pesadilla de la

*Valor
de la vida*

muerte en sí, de la corrupción cadavérica, de la soledad del sepulcro. En pacientes de alma religiosa hay preocupación, naturalmente, por el juicio de Dios y la salvación y el médico debe procurar substantivamente dar tranquilidad en dicho aspecto solicitando la ayuda de sacerdotes o de quien corresponda.

*Sentimientos
de los
familiares
inmediatos*

Problema para el médico es no confundir los sentimientos frente a la muerte experimentados por el paciente, con los experimentados por sus familiares inmediatos. Estos sí no pueden alejar la idea de que alguien a quien quieren, se les irá para siempre, de que no podrán consolarse con su ausencia, de que nada tendrá ya sentido sin él. Hay también en ellos intensos remordimientos por los actos de desamor, de falta de ayuda, de abandono, en que muchas veces en plena salud dejaron al ahora moribundo, y un deseo vehemente de poder prolongarle la existencia, aun a riesgo de alargar una enfermedad dolorosa, a fin de pagar esas deudas. En dicho sentido, el acontecer cotidiano, las noticias importantes, los éxitos, provocan en ellos menos alegría, pues no logran evitar el estar subsumidos en una atmósfera de penumbra, cosa que no ocurre tanto en el enfermo mismo, como lo dijimos antes. La sensación de soledad, de incompreensión frente a la muerte, es muy propia del familiar, como lo ha mostrado en páginas famosas San Agustín, en el capítulo de *Las Confesiones* dedicado a describir su estado después de la muerte del amigo. También valen al respecto las consideraciones de P. L. Landsberg, en su obra *Experiencia de la muerte*, o las de Simone de Beauvoir en *Una muerte muy dulce*.

Quizás si llevada al extremo la diferencia de actitud frente a la muerte tanto del enfermo como de sus familiares está mostrada en forma ejemplar en el *Fedón* platónico, donde la tranquilidad de Sócrates frente a la cicuta que beberá inmediatamente después, contrasta con la actitud atribulada de sus discípulos. Es claro que para tal serenidad es preciso haberse preparado desde siempre, como Sócrates, para ese acto trascen-

dente. Platón defendió la idea de que la filosofía se preocupa en el fondo de enseñar a morir.

Quisiéramos decir por fin que no creemos que la muerte forma parte intrínseca del dinamismo cotidiano, minuto a minuto, de la existencia, como afirma Freud al postular un impulso tanático paralelo al erótico. También lo afirma Heidegger, al definir al hombre como "un ser para la muerte", la cual, según él, estaría alojada en su morada íntima más oculta, desde donde lo urgiría a ser auténtico, a fin de pagar una existencia que es mero regalo. Con la autenticidad no queda en deuda con dicha existencia gratuita, regalada, como ocurriría si la malgastara en ocupaciones triviales. La angustia, que para Heidegger sería lo que nos lleva a visualizar lo más profundo de lo que somos, deriva del estremecimiento que nos provoca el divisar la muerte en ciertos instantes privilegiados agazapada en nuestro centro mismo como nuestra más radical posibilidad, la única que no podremos evitar, y que una vez realizada deja cerrado el paso a toda otra posibilidad, o sea, a nuestra naturaleza misma, pues nuestra naturaleza consiste en ser un puro semillero de posibilidades a ejecutar. La muerte entonces es para él la posibilidad de la imposibilidad, y es la única posibilidad ineludible, llegando siempre a tiempo venga cuando venga. Suya es la frase trágica: "el hombre tan pronto nace es ya suficientemente viejo para morir".

*La muerte
para Freud
y Heidegger*

Para nosotros la muerte está siempre presente en nuestra mente, es nuestro acompañante habitual, forma parte axial del destino, dinamiza y pone plazos para todo quehacer, pero no integra por dentro la esencia misma de la vida; la vida es actividad innovadora incesante, la muerte dormición perpetua; la muerte la urge y orienta en su transcurrir, pero sólo como algo irrebasable que no nos es posible evadir. Los estados depresivos y los actos de sufrimiento, de crueldad, de exterminio, en que Freud se fundó para postular un principio intrínseco de muerte, son propios de la vida en sí, y no rara vez originados en una necesidad de tensar la vida, de

*La muerte
como ajena
a la esencia
de la vida*

sentirla más a fondo, de mostrar poder, sobre todo cuando se trata de suplir una carencia de amor, amor que es lo único que lleva a experimentarla en su último centro.

Si la muerte formase parte de la estructura natural biológica y antropológica nuestra —lo que es distinto a que ésta se desgaste y tenga al fin un término genéticamente determinado—, ella nos sería familiar y su recuerdo no provocaría estremecimiento; pero en verdad es un acompañante imperceptible e incesante que camina a nuestro lado a lo largo de la existencia e impone más que un término, una violencia, una corrupta disolución. De vez en cuando la divisamos con la subitaneidad de un relámpago, desencadenando una escalofriante visión de lo siniestro; es que es en sí lo siniestro sumo. Se comprende entonces el llanto de Cristo ante el cadáver de Lázaro, pese a su inmediata resurrección.

*El amor
salvador de
lo siniestro*

En el canceroso, en cualquier enfermedad terminal, esos relámpagos son mucho más seguidos; la antípoda de lo siniestro es el amor; sólo el auténtico amor del médico y de quienes velan junto a él proporciona el ansiado horizonte de serenidad y paz, pues el amor anada a la muerte, convirtiéndola no en una aniquilación, sino en una dormición.