

La verdad ante el enfermo

Miguel Angel Monge*

Una de las cuestiones más espinosas en la práctica sanitaria es la que se refiere al derecho de los enfermos a conocer la verdad de la enfermedad que padecen. No porque alguien niegue tal derecho, que todos reconocen, sino porque a él se añade, y con frecuencia se contrapone, otro elemento que viene a complicar las cosas: el que supone que el enfermo no está preparado para recibir una noticia que podría serle contraproducente y, en consecuencia, se le oculta la realidad de su mal. Es decir, se acepta en principio que todo enfermo tiene derecho a estar informado de su dolencia; pero, como en la práctica se sabe o se supone que, en bastantes ocasiones, la desnuda y cruda verdad resulta perjudicial, sobre todo cuando es dicha sin contemplaciones, se opta por no dar información.

Antes de seguir adelante, debiéramos matizar este planteamiento con dos observaciones:

a) En realidad, la verdad sólo constituye *problema* cuando es *negativa*: incurabilidad, sufrimiento progresivo, muerte en un plazo relativamente breve... Porque en los otros casos, no suele plantearlos.

b) Por otra parte, de cara a las cautelas para no comunicarla, no sólo cuenta el estado psicológico del enfermo, sino que inciden otros hechos: por una parte, el médico tiene que estar preparado y saber decirla (muchas veces no se sabe hacer y se tiene miedo, como luego veremos). Por otra parte, el *contenido* de la información tiene que ser *bien conocido*: por ejemplo, decir un diagnóstico de cáncer puede interpretarse como algo mortal, cuando no siempre es así.

Desde luego, hoy no sirve ya aquel consejo de Hipócrates: "oculta al enfermo, durante tu actuación, la mayoría de las cosas...; repréndele a veces estricta y severamente, pero otras ánimale con solicitud y habilidad, sin mostrarle nada de lo que le va a pasar ni de su estado actual; pues muchos acuden a otros médicos por causa de esa declaración, antes mencionada, del pronóstico sobre su presente y futuro"¹. Los aires que hoy corren parecen ir en otra

dirección. El grado de madurez personal y social también apoya este hecho. Cada día los pacientes y sus familiares reclaman más información y con frecuencia el médico se ve urgido a comunicar más y más datos.

Ciertamente, la experiencia enseña que en este tema no se pueden dar reglas fijas. El conocido aforismo de que "no existen enfermedades sino enfermos" puede también aplicarse a esta cuestión, puesto que la reacción frente al hecho de la enfermedad y de su conocimiento es diferente en cada enfermo y existen todas las actitudes posibles: desde la del que "exige" conocer en cada momento *toda* la verdad, hasta la de quien jamás hace preguntas porque prefiere "no enterarse" del mal que padece (en una serie inglesa sobre 65 enfermos de cáncer, se advertía que sólo un 32 % deseaban más información o confirmación del diagnóstico; los demás expresaron no querer información)².

Pretendemos aquí recordar algunos criterios que pueden ayudar a dar luz al problema.

El derecho del enfermo a conocer la verdad

Vaya por delante lo que nos parece premisa fundamental: el hombre, aunque no sea dueño, es administrador de su vida y de su salud y tiene frente a ellas determinadas obligaciones.

Cuando ve comprometida su salud, el enfermo acude al médico para que le ayude; el médico procura determinar la etiología de su afección, establecer un tratamiento adecuado y ofrecer al enfermo, aunque sea sumariamente, el correspondiente pronóstico. Se establece así una relación médico-enfermo que, de siempre, ha constituido la base de la medicina.

Esta relación se desarrolla como si al enfermo le asistiera un derecho a conocer lo que concierne al mal por el

* Capellán. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

1. *Sobre la decencia (De habitu decenti)*, n.º 16: en *Tratados hipocráticos*, I, Gredos, Madrid 1983, p. 209.

2. J. Mc Intosh, *Patients's awareness and desire for information about diagnosed but undisclosed malignant disease*, *The Lancet*, agosto 1976, pp. 300-303.

que ha acudido al médico: diagnóstico, terapéutica y pronóstico que conlleva, aunque sea de modo aproximado, una estimación del presumible curso de la enfermedad³.

Parece obvio que este derecho del paciente asuma particular interés cuando la enfermedad es grave, pues el enfermo tiene determinados e insoslayables deberes en cuanto persona y en cuanto miembro de una familia y de una comunidad civil. Nadie como él conoce sus problemas, familiares, sociales, profesionales, ni menos aún lo que hay en el fondo de su conciencia; problemas que tal vez haya ido posponiendo con la lejana esperanza de disponer más tarde del tiempo necesario para afrontarlos y que ahora súbitamente reclaman solución. En tales casos, ocultar la verdad sería infantilizar a la persona, "reducir al enfermo a un nivel inferior, donde se le mantiene engañado, en un clima artificial y falso, en el que los demás saben lo que acontece, menos él, el único protagonista y autor de su historia"⁴. Además, cuando el paciente tiene un sentido trascendente de la vida, se cometería una tremenda injusticia dejándole en la ignorancia cuando se acerca a la última etapa de su recorrido vital y al ineludible encuentro con Dios. Hay casos en los que el médico "tiene el deber de hablar claramente, deber ante el que ha de ceder toda otra consideración médica y humanitaria. No es lícito ilusionar al enfermo o a los parientes con una falsa seguridad, con el peligro de comprometer de este modo la salvación eterna del enfermo o el cumplimiento de obligaciones de justicia o de caridad. Sería un error querer justificar tal conducta o explicarla con el pretexto de que el médico se expresa siempre del modo que cree más oportuno para el interés personal del enfermo"⁵.

Parece, por ello, conveniente difundir en los hospitales y en toda relación médico-enfermo cada vez más la mentalidad en pro de la veracidad. También entre los allegados de los enfermos puesto que "no sólo es el personal sanitario el que tiene dificultades para entablar una relación personalizada con el paciente, sino que aún la misma familia no sabe hacerlo convenientemente, creando con frecuencia una situación de falta de información o de mentiras en torno al enfermo, que bloquean su comunicación con los seres más queridos"⁶.

Quizá en algunos ambientes se puede pecar por exceso, como sucede, en países anglosajones donde influye notablemente la situación médico-legal. En Estados Unidos, por ejemplo, el motivo más importante para decir la "verdad desnuda" es el de cubrirse frente a reclamaciones judiciales de mala práctica médica. Pero en otros lugares, como sucede en España, se tiende más bien a pecar por defecto, escondiendo o edulcorando la verdad a los enfermos; muchos médicos prefieren no dar información, o dan la menos posible, o la dan de acuerdo con los intereses de la familia; en ese sentido, habría que desterrar de entre nosotros esas "conspiraciones de silencio" por parte de algunas familias que pretenden por todos los medios —con la complicidad del médico— ocultar a toda costa al enfermo el mal que sufre, y en particular si se trata de advertirle de la proximidad de la muerte.

El octavo mandamiento del Decálogo ("No mentirás") tiene también su puesto en la deontología médica. Nunca está permitida la mentira. Recuérdese que mentir es decir lo contrario de lo que se piensa. Ni el médico ni la enfermera pueden mentir al enfermo ni inducirle a engaño con sus palabras o sus gestos. Esto no significa que exista siempre obligación de decir toda la verdad. Porque una cosa es decir mentira y otra es callar la verdad. Jamás se puede mentir, pero no siempre hay obligación de decir la verdad; incluso, en ocasiones, puede haber obligación de callar la verdad.

Precisemos estos tres conceptos:

a) Nunca se debe mentir al enfermo, ni inducirle a engaño. Por ejemplo, no sería correcto darle voluntariamente un diagnóstico distinto (un proceso infeccioso en lugar de un tumor, por ejemplo). También habría que revisar opiniones como la de G. Marañón⁷, que aconsejaba una actitud equívoca, posibilista, casi la "obligación de mentir" al enfermo con tal de aligerarle de su carga. Otra cosa es el lenguaje convencional tan usado comúnmente en la práctica médica, cargado de frases genéricas ("ya verá Vd. como con este medicamento se pondrá mejor...") que cualquier persona imparcial y prudente sabe interpretar. Y es que al enfermo conviene callarle lo que le deprime y decirle lo que le anima. Pero sin mentir. En efecto, la Ética enseña que no puede justificarse la acción de "quien engaña a un hombre que confía razonablemente en él"; quien así actúa "instrumentaliza el lenguaje y desaparece como persona que se revela en él; quita además al otro la posibilidad de hacer justicia a la realidad puesto que voluntariamente rompe ese contacto con la realidad. Así, por ejemplo, nadie tiene derecho de mentir a un enfermo, que sería y confiadamente pregunta por su estado, quitándole así la posibilidad de enfrentarse con su muerte"⁸.

b) No existe *siempre* obligación de decir la verdad, si se estima que puede influir negativamente en el enfermo. Decía el papa Pío XII: "hay casos en los que el médico, aunque se le pregunte, no puede, aun no diciendo cosa positivamente falsa, manifestar claramente toda la verdad, y especialmente cuando se sabe que el enfermo no tendría fuerzas para soportarla"⁹. Es decir, el médico debe dar la información querida por el enfermo, averiguando lo que éste quiere saber. Por supuesto, cuando el enfermo requiere seriamente del médico que se le diga la verdad, pensamos que éste no debe ocultarla.

c) En ocasiones puede callarse la verdad, eludiendo contestaciones a preguntas indirectas que hace el enfermo (preguntas hechas por motivos distintos: reafirmación, ganar esperanza, sobreponerse al miedo, etc.), pero esperando el momento oportuno de manifestarla, o mejor, tratando de ir dándola gradualmente. Efectivamente, hay pacientes que no soportan la verdad, quizá porque su historia precedente se ha alimentado sólo de ilusiones; otros que jamás han sufrido una dura prueba que les haya revelado su personal fragilidad y carecen de resortes para aceptar la enfermedad con suficiente serenidad, etc. Parece razonable en estos casos acudir a lo que algunos llaman "ley

3. G. Perico, *Problemi di Etica sanitaria*, Ed. Ancona, Milán 1985, pp. 43-52; *Il diritto del malato a sapere*, "Aggiornamenti Sociali" 34: 171-180, 1983.

4. E. López Azpitarte, *El derecho del enfermo a la verdad*. JANO XXXI, 751: 1.903-1.912, 17-22 nov. 1986.

5. Pío XII, *Aloc. 12 dic. 1947*, en S. Navarro, *Pío XII y los médicos*, Ed. Cocala, Madrid 1964, p. 26.

6. Comisión Episcopal Española para la Doctrina de la Fe, *Nota sobre la Eutanasia*, 15 abril 1986. *Ecclesia* 2.265-66: 620-623, 3-10 mayo 1986.

7. *Vocación y ética*, Madrid 1946.

8. R. Spaemann, *Ética: cuestiones fundamentales*, EUNSA, Pamplona 1987, pp. 107-108.

9. Pío XII, *Aloc. cit.*

de la gradualidad"¹⁰, para introducir al enfermo poco a poco, de modo progresivo, en la realidad de su situación. Esto puede hacerse, por ejemplo, en pacientes con enfermedades crónicas, en las que el peligro de muerte no es próximo. Pero cuando se acercan ese peligro urge la obligación de manifestar con toda claridad al enfermo la verdad de su situación.

Una dificultad: ¿hace daño la verdad?

Hemos dicho que, en principio, nadie parece dudar de la validez de esta afirmación: "el enfermo tiene derecho a conocer la verdad de su enfermedad". Se exceptúan, obviamente, los enfermos menores de edad (no en sentido jurídico porque puede haber chicos de 10, 12, 15 y 17 años que en este aspecto son como adultos; nos referimos, pues, a los niños pequeños o los que no poseen plenamente las facultades mentales, en cuyo caso habrá que ofrecer la información a sus padres, tutores o responsables legales).

Pero la aplicación de este principio a los casos particulares se encuentra con una grave y extendida dificultad: la creencia entre muchos médicos de que la revelación de la enfermedad puede tener efectos negativos en el paciente, no sólo psicológicos (tristeza, rebeldía, ansiedad, depresión, etc.), sino que hasta puede erosionar el mismo proceso curativo. Se dice que hay palabras del médico que pueden herir como escalpelos¹¹. Esto es lo que se piensa comúnmente entre la clase médica y también entre los familiares de los enfermos, y por eso es tan frecuente la tendencia a ocultar la verdad de la enfermedad (y no digamos sus aspectos más sombríos). Se llega en ocasiones, a situaciones grotescas: enfermos en fase terminal, casi en agonía, a los que la familia engaña ingenuamente con palabras huecas, con la buena intención de evitarles sufrimientos, de no intranquilizarles... En una ocasión me disponía a administrar el Sacramento de la Unción de los Enfermos a una mujer casi moribunda (muchos erróneamente asocian este sacramento sólo al momento final, y no debería ser así) y me advirtió su hija: "pronuncie, por favor, las palabras en voz baja, para que mi madre no se asuste".

Otras veces es el propio paciente el que desea evitar preocupaciones a la familia intentando dejarles en la ignorancia sobre su gravedad. Recuerdo a este propósito el siguiente caso: un hombre joven, hijo único, al que sus padres cuidaban con inmenso cariño; ellos conocían el mal pronóstico de la enfermedad del hijo, pero evitaban por todos los medios que este lo conociera (y así lo piden a médicos, enfermeras, capellán, etc.). El enfermo, a su vez, pide que se le informe verazmente de la evolución de su enfermedad, pero que se evite absolutamente esa información a sus padres, para que no sufran... No se puede juzgar a la ligera esta situación, porque en ambos casos se esconde la buena intención de ahorrar sufrimientos. El error está, a nuestro parecer, en valorar excesivamente una dimensión —la de ahorrar o retrasar un dolor— olvidando otra no menos importante: la de que el paciente ha de afrontar la verdad de la propia vida, lo cual supone la

obligación del médico de ofrecerle la información más plena posible.

Por eso pensamos que el problema de decir la verdad realmente radica en sus consecuencias:

a) Para el médico, que tiene que estar preparado para responder a una serie de preguntas, algunas incómodas, y que seguramente deberá hacer gestiones que le van a ocupar tiempo.

b) Para el enfermo y la familia ("enterada de lo que sabe el enfermo"), que tienen que afrontar la realidad y tomar decisiones (luchar, informarse, aceptar otras posibilidades de tratamiento de las que les ha llegado información, etc.) y no se atreven.

c) Para los amigos y conocidos, que tienen que estar a la altura de las circunstancias y les resulta difícil hablar de temas profundos como: sentido de la vida y de la muerte, vida futura, Dios, etc. Es lógico que todo esto sea temido.

Como telón de fondo, siempre aparece el temor a que la verdad hace sufrir. De ahí que, siempre que es posible, se la evite. Pero ¿es eso correcto? Sobre ello queremos hacer algunas reflexiones.

La verdad no debe hacer daño

Lo primero que se debe afirmar es que no está demostrado, por lo menos no se puede establecer como norma general, que el hecho de conocer la verdad incida negativamente en el enfermo. Hay, sin duda, enfermos inmaduros, psicológicamente lábiles, que parecen incapaces de afrontar su destino. Pero no es menos cierto que la falta de información puede llevar al enfermo a estados de ansiedad, tanto o más graves que los que pudieran derivarse de una información intempestiva. La experiencia indica que en la mayor parte de los casos, la comunicación de la verdad resulta beneficiosa y causa un profundo alivio, si se ha sabido dar correctamente. Y si se tienen dudas al respecto y se presume que va a ser mal recibida, no conviene olvidar que así como el médico no repara en producir un dolor físico a un enfermo, cuando le aconseja un tratamiento doloroso o mutilante, de modo parecido no se entiende el temor a causar el sobresalto moral al comunicar una verdad dolorosa cuando son muchos los beneficios (espirituales y hasta materiales) que pueden derivarse de esa comunicación.

Segunda. Nos parece que más que el contenido mismo de la información, lo que influye es el modo de decir la verdad, y ésto depende de una buena relación médico-enfermo. Quizá sea la carencia de esta habilidad clínica la causa de muchos fallos, entre otras razones porque no se ha preparado a los estudiantes de medicina en este sentido. Aunque en realidad no sólo son los profesionales de la medicina los que acusan esta carencia. Parece ser un mal general, puesto que el hombre de nuestro tiempo, supuestamente maduro, tiene dificultades para afrontar la verdad, no digamos a la hora de integrar el hecho de la muerte. Así lo señala un reciente documento de los obispos españoles: "La perspectiva de la muerte crea en muchos de nuestros contemporáneos una inmensa angustia, que dificulta extraordinariamente nuestra relación con el enfermo grave: no sabemos acercarnos a él, acompañarle en sus temores y esperanzas, proporcionándole el apoyo y valor humano que tanto necesita"¹². Son, pues, muchos

10. K. Demmer, *Si deve dire la verità al malato?* Federazione Medica XXXVI-1: 6-10, 1983.

11. S. J. Reiser, *Words as Scalpels: Transmitting Evidence in the Clinical Dialogue*. *Annals of Internal Medicine* 92: 837-842, 1980.

12. Comisión Episcopal Española para la Doctrina de la Fe, *Cit.*

los que requieren que se les enseñe el arte de atender a los pacientes y de hablar con ellos¹³. Todo radica, pues, en una buena *comunicación*, que no necesita ser siempre verbal (Laín Entralgo). El enfermo que se confía al médico espera de éste respuesta a sus interrogantes y no parece lógica la ocultación de la situación objetiva en la que se encuentra.

La cuestión podría plantearse de la siguiente manera: la relación médico-enfermo establece una comunicación entre personas, puede incluso llegar a crear una amistad, y esto supone necesariamente una comunicación gradual de información; hay enfermos que exigen prontamente información objetiva y habrá que atenderles; otros, prefieren una revelación más progresiva, dosificada según su situación. No son, en cambio actitudes razonables ni la cruda y dura verdad dicha sin contemplaciones, ni la "mentira piadosa", envolviendo la realidad en un halo de misterio como si el enfermo fuese un débil mental. Quien haya leído *La muerte de Ivan Ilych* de Tolstoi, habrá advertido la angustia de un hombre que necesita saber lo referente a su enfermedad y no se la dan.

Adviértase que cuando hablamos de la obligación de decir la verdad no nos referimos al pronunciamiento de *sentencias* de este tipo: "tiene Vd. un tumor maligno, cuyo estudio histopatológico revela un melanoma grado IV de Clark, y le quedan dos meses de vida". Para evitar llegar a estas situaciones, que a nada conducen, conviene ir informando poco a poco, respondiendo a las inquietudes del enfermo, dejando siempre una salida a la esperanza, aunque sin mentir. ¿Cómo lograrlo? Se trata de un arte que hay que desarrollar.

En todo caso, hoy se acepta como regla común y general aquella que consigue que el enfermo adquiera una opinión y permite encajar las diversas maniobras terapéuticas, sin necesidad de alarmarlo innecesariamente. Este principio obliga a decir siempre la gravedad y el pronóstico reservado, pero no a dar porcentajes, supervivencia media, frecuencia de complicaciones, etc. Y esto ha de hacerse conociendo a cada enfermo en su individualidad, dándole la dosis de conocimiento necesaria en cada momento, sin señalar plazos a la vida, manteniendo una prudente reserva en relación con la imprevisible evolución futura.

Algunas reglas prácticas

A modo de orientación, se suelen establecer diversas condiciones de enfermos¹⁴:

a) Enfermos en fase terminal que, por su situación de malestar general, terapia que reciben, etc., sospechan con suficiente claridad la gravedad de su situación y que están llegando al final de su vida. Puede decirse que es un conocimiento muy generalizado, aunque no se exprese abiertamente. "Mi impresión personal es que la mayoría de los enfermos desahuciados o moribundos conocen y saben la realidad de su situación, aunque no se les haya dicho expresamente, pero también creo que ellos prefieren no hablar directamente de la cuestión, o no tener una respuesta directa y absoluta a sus preguntas, salvo en el

caso de personas muy excepcionales, por su serenidad, su virtud y por las trayectorias de sus vidas ejemplares"¹⁵. En estos casos bastará simplemente ir confirmando gradualmente sus impresiones; aún así convendrá mantener alguna expectativa. No se piense que conocer esa situación supone perder toda esperanza. La esperanza sólo se pierde si se ha dicho la verdad de modo brutal y se deja al enfermo abandonado. Es conveniente en todo caso mantener en el enfermo la convicción y la realidad de que nunca le dejaremos de cuidar y procuraremos por ejemplo eliminar la fiebre, estimular el apetito, evitar el dolor, ponerle en condiciones de recibir a la familia, etc.¹⁶.

b) El mismo tipo de enfermos que ignoran —o fingen ignorar— su situación real y corren el riesgo de llegar al final sin haber advertido su gravedad. En estos casos, la necesidad de hacerles conocer su situación toma carácter de urgencia y existe una grave obligación de informarle adecuadamente. ¿A quién se debe informar? Es claro que la información debe recibirla el propio enfermo, pero en casos de dificultad hay que recurrir a la familia más allegada (esposo/a, hijo...) a un amigo quizá, que tal vez estén en mejor condición de comunicarla. Pero hay que dar esa información. El dolor que puede causar será en todo caso el inevitable costo que corresponde al cumplimiento de un deber final.

De cara a la muerte, el hombre decide definitivamente su suerte eterna; debe por ello disponer de la posibilidad de situarse conscientemente frente a Dios que le ha de juzgar. Debe, por tanto, ser advertido para que se prepare lúcida y convenientemente. Un reciente documento de la Iglesia señala que es "sumamente importante que los hombres no sólo puedan satisfacer sus deberes morales y sus obligaciones familiares, sino también y sobre todo que puedan prepararse con plena conciencia al encuentro con Dios"¹⁷.

Además, con la muerte, el hombre rompe toda relación con los otros y debe por ello tener la posibilidad de arreglar sus asuntos en relación con ellos, ejercer las responsabilidades que le son propias y cumplir todas sus obligaciones.

Pero no podrá cumplir todo ello dignamente si no es informado de la gravedad de su estado y del peligro en que se encuentra. Hoy se habla mucho del derecho a "morir con dignidad". Prescindiendo ahora de los diversos significados que pueden darse a esta expresión, es indudable que incluye el derecho a ser informado de la gravedad del estado en que se encuentra el moribundo.

c) Enfermos graves, incurables, pero con una cierta perspectiva de vida (primeros estadios del cáncer, por ejemplo). Aquí no existe una respuesta única. Son muchos los que piensan que se debe dar una información *objetiva*, puesto que un enfermo de cáncer debe conocer —con más o menos profundidad— el mal que padece, entre otras cosas porque deberá dar su consentimiento a una terapia, por lo general muy agresiva, a la que será sometido, o a la eventual intervención quirúrgica que se le aconseje. Otros piensan que esa información objetiva puede retrasarse hasta que se aproxime el desenlace final,

15. J.M. Martínez Lage, *La muerte humana: natura y cultura*, en *Seminarios de Ética en enfermería*, o.c. p. 172; cfr. también *El médico, la enfermera y el enfermo ante la muerte*, en *Formación de la enfermera, Perspectivas de una profesión*, EUNSA, Pamplona 1975, pp. 165-173.

16. M.ª T. Díaz Navarraz, *Atención al paciente moribundo*, en *Seminarios de Ética en Enfermería*, EUNSA, Pamplona 1987, pp. 205-211.

17. Sagr. Congregación para la Doctrina de la Fe, *Declaración sobre la Eutanasia*, 5 mayo 1980. Conferencia Episcopal Española, *Ocho documentos doctrinales*, Madrid 1981, pp. 145-164.

13. J. Badenoch, *Communication skills in medicine*. Journal of the Royal Society of medicine 79: 565-567, 1986.

14. E. López Azpitarte, *cit*.

siempre que se haya garantizado como es lógico, que el enfermo tiene resueltas las grandes cuestiones de la vida (espirituales y/o materiales).

Aquí se plantea con necesidad muy exigente la adecuada relación del enfermo con el personal sanitario. El enfermo debe ir conociendo poco a poco la realidad de su mal. El médico, y con él la enfermera, juzgará si es más adecuado informarle desde el comienzo o si es más conveniente diferir —sin engañar— la información para tiempos más oportunos. Para ello, deberán tenerse en cuenta los intereses del enfermo (personales, profesionales, familiares y religiosos).

Conclusión: el médico ha de tratar de estar junto al enfermo

Pero en todo caso, nos parece que hay que insistir en el derecho que tiene el enfermo a conocer la verdad del mal que sufre y en el consiguiente deber de los médicos de proporcionar ese conocimiento con humanidad y competencia. En el cumplimiento de esta tarea puede haber y de hecho existen excesos lamentables que reflejan falta de tacto a la hora de comunicar un diagnóstico o un pronóstico, pero me parece que actualmente las deficiencias vienen por el lado contrario, pese al énfasis que se pone actualmente en el derecho de los enfermos a conocer la verdad. Hay que hacer un esfuerzo para evitar que haya en nuestros hospitales enfermos que mueren sin apenas enterarse. Esto se debe unas veces a la insistencia de la familia que intenta a toda costa ahorrar un sufrimiento a un ser querido; otras al propio médico, que para no enfrentarse a una situación desagradable se refugia en una aparente pero deficiente competencia profesional, abandonando la comunicación personal con el enfermo, dando lugar a que éste pueda comentar: “mi médico está demasiado ocupado para hablar conmigo”¹⁸.

Justamente en estos momentos finales es más necesaria que nunca la presencia del médico. Sería incluso deseable una mayor atención, pasando, por ejemplo, de una a dos

18. J. Badenoch, *cit.*

visitas diarias. Se puede pensar que si ya no hay nada que hacer, ¿para qué la presencia del médico? Pero este planteamiento es debido a un modelo médico que sólo prevé actuar cuando la enfermedad puede ser controlada. Si eso no se logra, hasta la misma identidad profesional se encuentra amenazada¹⁹. Pero el médico debe *estar* para que el enfermo y su familia se sientan confortados y para ayudarles, también en esos momentos, a encontrar el sentido de la enfermedad y del dolor, lo cual no es tarea exclusiva de los capellanes. ¿O es que un médico cristiano no puede enseñar a sus enfermos que la enfermedad no es un puro hecho fortuito sino algo previsto por Dios, podríamos decir, “individualmente” que conlleva también la ayuda individual necesaria para afrontar convenientemente esa situación? Pero esto se sale del ámbito de nuestras consideraciones: bástenos remitir a un documento reciente del Magisterio de la Iglesia que trata del sentido del sufrimiento²⁰.

Resumiendo, pensamos que esta cuestión no habría que plantearla como dilema (verdad-mentira; hablar-callar) sino resolverla por elevación. La clave estaría en el arte de una buena comunicación por parte del médico⁷. El profesional de la medicina debe estar preparado para hablar, en el momento adecuado, diciendo al enfermo los hechos que sabe, y, conociendo sus dificultades, ofrecerle a la vez el apoyo emocional que en cada momento necesite. Téngase en cuenta que los juicios médicos raramente son *definitivos*, del cien por cien, que raramente se puede dar una información *perfecta*²¹. Pero esto no excusa de afrontar verazmente la realidad, aunque a veces se tema hacer daño.

Todo profesional sanitario podría y debería hacer suya aquella breve “oración del médico” de Pío XII:

“Haz, Señor, que seamos sinceros al aconsejar, diligentes en el curar, ajenos al engaño, suaves al anunciar el misterio del dolor y de la muerte”²².

19. A. Brugarolas, *Síndrome terminal de enfermedad: criterios y actitudes*. Revista de Medicina de la Universidad de Navarra XXXII, 2: 111-118, abril-junio 1988.

20. Juan Pablo II, Exh. ap. *Salvifici doloris*, 11 nov. 1984. Folletos Mundo Cristiano, n.º 379.

21. R. M. Veatch y S. Bok, *Truth-Telling*, en *Encyclopaedia of Bioethics*. Vol. IV, Macmillan Publishers, Londres 1978, pp. 1.677-1.688.

22. C. Lega, *Deontologia Medica, Principi Generali*. Piccin Editore, Padova 1979, pp. 153-158.