

CONTRASTES

Revista Internacional de Filosofía

Volumen VIII (2003) • ISSN: 1136-4076

SUMARIO

ESTUDIOS

- Antonio Caba* Representación y conocimiento en matemáticas: una crítica al planteamiento de P. Kitcher
- Pedro J. Chamizo Domínguez* Verdad y futuro: el ensayo como versión moderna del diálogo filosófico
- Joaquín Esteban Ortega* El destino como reto de la hermenéutica actual desde la filosofía de Emanuele Severino
- Manuel Fernández del Riesgo* Muerte hospitalaria. Muerte expropiada. Una reflexión moral
- Rafael Larrañeta* Antígona o Don Juan: Kierkegaard y la tragedia
- M^a. Carmen López Sáenz* Feminismo y racionalidad ampliada
- Pascual F. Martínez Freire* Concepciones cognitivas del ser humano
- Tom Rockmore* Hegel y los límites del hegelianismo analítico
- Alicia Rodríguez Serón* Imágenes del cerebro, imágenes de la mente

NOTAS CRÍTICAS

- Antonio Gallardo Cervantes* El racionalismo homicida de Sócrates
- Ana Belén López Vega* Estética y artificio en la sociedad ilustrada
- Marta Postigo Asenjo* Igualdad de oportunidades: un reto político en la teoría liberal

TRADUCCIÓN CRÍTICA

- José Calvo González* Estudio preliminar: Otra Praga mágica (y posible). *Vashek*, un conciudadano en el estado
- Václav Havel* ¿Orfandad política de los intelectuales?
(Traducción y notas de José Calvo y Felipe Navarro Martínez)

INFORME BIBLIOGRÁFICO

- Felipe Navarro Martínez* El pensamiento social y político de Václav Havel. Subsidios bibliográficos

RESEÑAS

LIBROS RECIBIDOS

FONDO EDITORIAL *Contrastes*

La muerte hospitalaria. La muerte expropiada. Una reflexión moral

MANUEL FERNÁNDEZ DEL RIESGO
Universidad Complutense de Madrid

RESUMEN

La muerte hospitalaria como forma moderna de morir presenta aspectos que favorecen la expropiación de la posibilidad más radical e irreferente: la muerte humana. La moderna tecnología médica y la organización hospitalaria pueden propiciar la soledad y la incomunicación del moribundo. Por ello estamos necesitados de una medicina con humanidad que haga a los profesionales de la salud coprotagonistas de una humanización de la muerte. El acompañamiento del moribundo puede ser ocasión de un profundo encuentro personal que a todos dignifique. Asistencia y acompañamiento que nos lleva a considerar el tema de la eutanasia. «Caso difícil» cuya evaluación se recorta en nuestra cultura sobre el binomio autonomía – teonomía.

PALABRAS CLAVE

MUERTE - AUTONOMÍA - TEONOMÍA - EUTANASIA.

ABSTRACT

Dying in hospital as the modern way of dying, shows aspects which encourage the loss of the right to the most radical and irreferent possibility: a humane death. Modern technical technology and hospital organization can propitiate incommunication and loneliness for the dying person. That's the reason why we are in need of humane medical care that will make doctors and medical staff co-protagonists of a humane death. Accompanyng a dying person could also be the ideal occasion for a deep personal encounter which could dignify both. Medical assistance and family care, which leads on the consideration of the important matter of euthanasia. A difficult question whose evaluation in our culture just comes down to the binomy of autonomy - teonomy.

KEYWORDS

DEATH - AUTONOMY - TEONOMY - EUTHANASIA.

I. LA MUERTE «ROBADA»

EN «LA SOCIEDAD DEL BIENESTAR Y DEL CONSUMO», el acontecimiento del deceso se puede ocultar en el anonimato de los grandes hospitales. Esta es la forma moderna de morir. El hecho de la hospitalización masiva de los enfermos, conlleva una serie de aspectos deshumanizadores, y poco tranquilizantes. Así, por ejemplo, las exigencias funcionales de la organización burocrática y el debilitamiento, cuando no la ruptura, de las relaciones personales entre el enfermo y la familia, que lleva, muchas veces, al abandono afectivo y a la soledad del primero; junto a ello el abuso, a veces, de las manipulaciones terapéuticas, donde privan los parámetros técnicos. Los médicos se pueden convertir en auténticos *tanatócratas* o administradores de la muerte de los demás. La actual deontología médica se enfrenta a graves problemas éticos. Así, por ejemplo, el respeto a la vida y el derecho a morir con dignidad, la certificación de la defunción frente a la posibilidad de la extracción de algún órgano para el trasplante, que exige un tiempo límite, etc. etc. Y en la medida en que la muerte no se concibe ahora como un acontecimiento, sino como un proceso señalizado por un conjunto de presunciones, no se sabe a ciencia cierta donde finaliza la vida y «comienza» la muerte, ese límite es continuamente redefinido. Por este motivo, Nigel Barley nos recuerda como hay hospitales norteamericanos que tienen «consejeros filosófico» de cara a asesorar en decisiones difíciles relacionadas con la frontera entre la vida y la muerte. Además, la biotecnología puede separar de la realidad: «Esos recónditos santuarios (unidad de cuidados intensivos) simbolizan la forma más consumada de negación, por parte de nuestra sociedad, de la naturalidad, e incluso de la necesidad, de la muerte. Para muchos moribundos, el aislamiento entre extraños que imponen los cuidados intensivos destruye su esperanza de no ser abandonados en las últimas horas. En efecto, quedan abandonados a merced de las buenas intenciones de profesionales altamente especializados que apenas le conocen» (Sherwin B. Nuland 1999, pp. 237). Para éstos, muchas veces, son antes que nada un sujeto clínico a observar y estudiar; más una enfermedad a combatir que un individuo que, a lo mejor, no desea el «ensañamiento terapéutico» por muchos intereses de investigación que estén en juego. Intereses que pueden convertir la «tenacidad razonable» en «obstinación desmesurada», olvidando que el morir puede tener su duración y contenido propios (C. L. Herzlin). Se pierde así, de alguna manera, el control de la situación, que, en último término, debe corresponder al enfermo y a sus familiares. Por ello se ha denominado a la muerte hospitalaria «la muerte robada» (Louis-Vincent Thomas). «La medicina altamente tecnificada no debe conducir con su terapia llena de aparatos al aislamiento y la soledad de los pacientes terminales. La clínica perfecta no debe convertirse en una pura estación de servicio con los máximos cuidados

bioquímicos y los mínimos cuidados humanos» (Hans Küng - Walter Jens 1997, pp. 29). La prolongación mecánica de la vida, implica, muchas veces, desentenderse de otros aspectos del problema: la realidad de los últimos días del enfermo, sus necesidades morales y espirituales. Kübler-Ross se pregunta si la actitud que encierra ese frecuente *abandono hospitalario* «¿no será [...] la manera de hacer frente y reprimir la angustia que un moribundo o un pariente en estado crítico despierta en nosotros?» (Elisabeth Kübler-Ross 1993, pp. 23).

Se pierde muchas veces, con esta «nueva organización» las posibilidades del profundo encuentro personal que puede conllevar «convivir» una experiencia límite, como puede ser la muerte de un ser querido. Experiencia que puede hacernos «tocar fondo» y tomar conciencia, en la solemnidad de esos momentos, del misterio que encierra la vida. Se pierde la posibilidad de la muerte como una de las experiencias humanas que puede tener «mayor carga existencial».

Nos da la impresión de que a veces, se quiere salir del paso con un ritual rápido, atendido por una eficiente burocracia de profesionales, que funcionan eficazmente; e incluso se puede acabar con la «aséptica» incineración. Como comenta Philippe Ariès: «Se tiene el sentimiento de que la muerte es liquidada más completa y definitivamente que en el caso del enterramiento» (Philippe Ariès 1983, pp. 479).

Junto a ello, tenemos que recordar que la desigualdad de oportunidades de nuestra sociedad también afecta al morir. Cada vez son mayores los recursos para prolongar la vida, pero no todos tienen las mismas posibilidades de acceder a ellos. Y las diferencias se agrandan si la comparación es entre nosotros y los pueblos del tercer mundo, donde las expectativas de vida se recortan escandalosamente. E incluso la posible igualdad pre-social o biológica, quedó, en la sociedad tradicional, sobredeterminada por lo que Ziegler llama «la sutil estratificación de la inmortalidad de los difuntos». Y es que hubo un tiempo, en que el ser enterrado en la nave de un templo era garantía de especiales protecciones y beneficios. La estratificación social sigue aún objetivándose en las tumbas de nuestros cementerios.

Además, en la sociedad capitalista está desapareciendo, como observa Ziegler, «un contenido semántico autónomo de la muerte». La muerte es simplemente *el estado de no-producción y de no-consumo*. El difunto es simplemente *lo desaparecido*. Si intentáramos una tanatosemiología de nuestro lenguaje y comportamiento simbólico, descubriríamos su extraordinaria pobreza en comparación con otras culturas. Como no podemos excluir la muerte de un modo definitivo, intentamos exorcizarla, denominándola con otros nombres. Así se suele utilizar toda clase de expresiones y circunloquios como «fin del camino terreno», «dar la vida», «separarse», «marcharse», «partir de aquí», «el abuelo que en paz descansa», «se fue en la operación», etc. (Cf. Antonio Pieretti 1987, pp. 80)

Esta reducción y empobrecimiento simbólico se observa esencialmente en relación al duelo y los funerales. El primero, antiguamente, exigía el «luto» y, si no la paralización, al menos la disminución de la vida social. Todavía a principios del siglo XX, la muerte era un hecho social y público. De tal manera que «la muerte de un hombre modificaba solemnemente el espacio y el tiempo de un grupo social que podía extenderse a la comunidad entera, por ejemplo a la aldea» (Philippe Ariès 1983, pp. 465). Pero en la actualidad, el rito y la celebración van debilitándose, cuando no quedan en manos de expertos y profesionales. La familia ya no se encarga de amortajar al cadáver y recibir las visitas de duelo en el hogar; para eso está el tanatorio, que hace las cosas más cómodas, y si cabe, las simplifica. En este sentido, como puntualiza Louis-Vincent Thomas, especialización y desocialización se complementan. A esta disminución simbólica también coadyuvan las necesidades económico-laborales. Hay que incorporarse rápidamente a la vida cotidiana. Pero este aferrarse despiadadamente a la vida «normal», a la vida «diaria», encierra «mala fe», huida inauténtica de la muerte. El dolor debe ser disimulado y quedar recluido en la intimidad. Se debe «interiorizar el duelo», y hacerlo, más que fenómeno social, «fenómeno de conciencia». Ya sólo queda como residuo el culto a las tumbas el «día de los difuntos» (2 de Noviembre), y algunas excepciones extraordinarias, como en el caso de alguna figura relevante del mundo de las letras o del mundo político. En el último caso generalmente por la rentabilidad política que suele tener entonces la ceremonia. Son los que Louis-Vincent llama «los muertos fecundos»: «..los que alcanzan la fisonomía de modelos que se les propone a los vivos. Los mártires de la libertad y de la revolución, de la ciencia y del trabajo, de la fe y del progreso, tienen derecho a la veneración de los sobrevivientes» (Louis-Vincent Thomas 1983, pp. 375). Da la impresión, en fin, de que la sociedad no quiere participar de las emociones de los afectados: «Ahora las lágrimas del duelo son asimiladas a las excreciones de la enfermedad. Unas y otras son repugnantes. La muerte es excluida» (Philippe Ariès 1983, pp. 481). La muerte como algo importuno «sólo puede concebirse en la soledad y no, como antaño, ante la mirada ajena». El agonizante es a modo de un intruso, de un clandestino, de una carga molesta, y «su muerte ya no se vive como un acontecimiento social y público» (Louis-Vincent Thomas 1991, pp. 81, 89).

La misma incineración puede implicar una nueva representación de la muerte, y una nueva valoración del muerto y de la relación que con él se mantiene, que no son sino «exponentes de un proceso social de exoneración de la muerte». La tradicional práctica funeraria de la inhumación, tenía un valor simbólico, como parte de un ritual, que marcaba y establecía el tránsito de la vida a la muerte. Así, el muerto quedaba instituido «como 'difunto' y 'antepasado', figuras del destino social, y religiosamente como iniciación y espera a

una 'nueva vida'». Pero la sustracción de la muerte del ámbito familiar, despoja al difunto del contexto donde podía adquirir el valor de «antepasado», como fundador y rector moral de la familia, y como su referente histórico. La inhumación implicaba, pues, una apropiación simbólica de la muerte, para procurar su integración social, y conjurar así a la naturaleza. Duelo e inhumación no eran sino «un hacer apropiatorio sobre el difunto para resistir simbólicamente su pérdida». Frente a ello, la nueva práctica de la incineración puede obedecer a una mentalidad más «aséptica», «profiláctica», «higiénica» y «desritualizada», que busca otro «hueco social» para los muertos. El cadáver se ve ahora como «residuo contaminante». «De tal modo, el cuerpo liminal, en cuanto intervalo fundante del duelo, se ve deconstruido como objeto de sanidad urbana, invalidando racionalmente su función purificadora, que es asumida ahora por una instancia profiláctica instrumental». Por otro lado el espacio urbano dedicado a los cementerios tradicionales se ve, cada vez más, como anacrónico y poco rentable. La incineración, aparece, pues, como la solución más racional e higiénica, y la más pragmática y económica. Claro que ello a costa de la disminución de los elementos expresivos y simbólicos, y el predominio de los profilácticos. Y ello puede encerrar, como ya hemos dicho, una exoneración social de la muerte, con su carga de deshumanización. Para que la incineración pudiera significar una reconquista auténtica de la muerte debería reunir ciertas condiciones, que le permitieran compaginar sus aspectos positivos de higiene, ahorro de suelo, y evitación de la explotación comercial de la inhumación, con la recuperación social-personal de la muerte, esto es, el recuerdo de la persona fallecida y su historia, sobre lo puramente material, esto es, el cuerpo ahora sólo cenizas en el columbario. De este modo, «[...] el muerto se incorpora a la duración social como contenido de conciencia y responsabilidad íntima del allegado y se expelle -el cuerpo muerto- como efecto residual» (César Cordero Moreno y Miguel Ángel Díez Ramos 1988, pp. 103, 106, 115).

No obstante, la incineración todavía padece ciertas reticencias por parte de nuestra sociedad, jugando en ello una diversidad de factores, algunos de los cuales resume Louis-Vincent Thomas: «la necesidad de presentarse ante Dios con un cuerpo íntegro (musulmanes, judíos), el sentimiento de culpabilidad por la destrucción acelerada del cuerpo (entre 1 h. y 1 h 30) y su reducción (entre 1 y 2 kg de cenizas), las imágenes aún muy vívidas de los hornos crematorios nazis y la semejanza con la incineración de las basuras, [...] la desconfianza de los funcionarios judiciales ante la desintegración de las pruebas [...], y la supresión, según los ecólogos, de la ósmosis entre el cadáver y la tierra que lo circunda, y por lo tanto de la mineralización estéril para la vida». Además el rito un tanto tecnificado y pobre desde el punto de vista simbólico, está necesitado de un revestimiento simbólico de mayor riqueza que lo haga más significativo. Como puntualiza el antropólogo anteriormente citado: «Aún no se ha

inventado el ritual propiamente dicho, que podría relacionarse con el símbolo del fuego, que es calor, luz, purificación, conocimiento» (Louis-Vincent Thomas 1991, pp. 130-131, 132).

II. LA MERCANTILIZACIÓN DE LA MUERTE

Si la sociedad occidental «avanzada» asume la muerte es sólo bajo la modalidad de su explotación comercial. Buen testimonio de ello lo constituye la industria funeraria americana. Los «*funeral Directors*» han tomado la incitativa de establecer las «casa del muerto» (*Funeral Home*), que descarga a la familia de tareas dolorosas y complejas, procurándole al muerto las atenciones que la sociedad le niega. Las técnicas de maquillaje y acondicionamiento protegen, además, a los vivos, escamoteando al difunto su estatuto de muerto, y convirtiéndolo en un «muerto-viviente»: «[...] siempre se trata de borrar mediante el artificio del «*mortician*» los signos de la muerte, siempre se trata de maquillar al muerto para hacer de él una persona viva. [...] (Ello) permite al visitante superar su intolerancia, comportarse respecto de sí mismo y respecto a su conciencia profunda, como si el muerto no estuviera muerto, y no hubiera ninguna razón para no acercarse a él. [...] Por tanto, el embalsamamiento sirve menos para conservar y honrar al muerto que para mantener durante algún tiempo las apariencias de la vida, para proteger al vivo» (Philippe Ariès 1983, pp. 497). Como comenta I. Lepp, esos usos funerarios revelan, en el fondo, el acentuado miedo a la muerte de una sociedad colmada de bienes y de confort, que con esas técnicas pretende exorcizarlo. (I. Lepp 1966, pp. 102). En definitiva, como observa Louis-Vincent Thomas, con esas técnicas «se deja de lado el aspecto *fascinans* de lo sagrado en beneficio del control de su aspecto *tremendum*: el cadáver así tratado no provoca temor, horror, ni rechazo» (Louis-Vincent Thomas 1991, pp 130).

Y aunque se suele imponer la idea de que esta es la única manera de celebrar, en la sociedad urbana, un funeral digno, el aspecto crematístico no deja de desenmascarar el «montaje»: «Son muertos que entran a su manera, en la sociedad de consumo, o más bien son los vivos los que consumen a los muertos, comercializándolos. La cosificación, aunque sea post mortem, no por eso es menos repugnante» (Louis-Vincent Thomas 1983, nota 72 pp. 324). Esta «mercantilización» del ritual funerario acaba resultando «impúdico» y «obsceno», pues mezcla dos órdenes, el dinero y la muerte, que se excluyen al carecer de equivalentes: «de hecho, la muerte marcaría el límite de acción de ese equivalente general que es el patrón dinero. De ahí que se vivencie como una ofensa personal: 'juegan con tus sentimientos', 'es una vergüenza', 'se aprovechan de tu dolor' (Cesar Cordero Moreno y Miguel Angel Díez Ramos 1988, p. 105)

No obstante, hay que concluir que este enmascaramiento y ocultamiento de la muerte, no deja de acabar en fracaso, pues por manipulada y cosificada que esté una sociedad, los seres humanos siguen muriendo, y ellos lo saben. Por tanto una reflexión sobre la vida humana que prescindiera de la muerte resulta inútil y trivial, y vivir de espaldas a ella es vivir en la mentira, y en un autoengaño, que acaba en derrota. Es más, esa represión de la conciencia de la muerte no puede ser, a la postre, más que origen de ansiedades, propias de una «existencia inauténtica» y degradada: «Procurar vivir 'matando la muerte' y tratar de morir 'sin enterarse', es un intento de reducir la vida humana a pura animalidad. Tratar de esconder el hecho de la muerte futura es decaer de la propia dignidad» (Buenaventura Pérez Fernández 1997, p. 45). «Animalización» inútil, a la postre, pues la «lucidez» es la «enfermedad humana», que nos trae muchas problemas. Este autoengaño nos llevará a padecer, antes o después, una angustia como «síntoma de un conflicto sin cura: aquel que opone una inteligencia que se sabe instalada en lo transitorio a un inconsciente que ignora, con empecinamiento blindado, la idea misma de la extinción en la nada». Ciertamente nuestras distracciones y represiones, intentan poner entre paréntesis este conflicto. Pero como dice Albiac: «Al final de cada juego [...] el horizonte de la caducidad reaparece: es nuestra esencia» (Gabriel Albiac 1996, p. 72). Somos incurablemente una *imposibilidad*, de cuya amenaza y cuestionamiento no podemos zafarnos. Y el problema está en que la «muerte esquivada» se convierte en más espantosa cuando se presenta: «En la sociedad mercantil, el moribundo no sabe morir, y el médico es incapaz de explicarle el sentido de la muerte. El proceso del morir, acto esencial de toda existencia humana, deja de ser aventura asumida para convertirse en un acontecimiento absurdo padecido en la nesciencia» (Jean Ziegler 1976, p. 130). El médico en cuanto «servidor y ministro de la vida» tiene en la muerte a su mayor enemigo, pero esto no le autoriza a «mirar para otro lado» cuando se topa con el enfermo moribundo. La «huida» del médico puede ser fruto de una represión de su propio miedo angustioso a morir. Y el enfermo terminal que se da cuenta de que están engañándolo puede sumergirse en una amarga soledad, y verse embargado por un sentimiento de burla y de abandono. Pues el enfermo probablemente lo que desea es compartir lo que vive y experimenta ante la proximidad de la muerte. «La peor soledad para un moribundo es no poder comunicar a sus seres queridos que va a morir. Para quien siente que le ha llegado la hora, el no poder hablar ni compartir con los suyos lo que la inminencia de la separación le inspira, a menudo le aboca al desorden mental, al delirio» (Marie de Hennezel 1996, p. 43).

III. UNA MEDICINA CON HUMANIDAD

Hoy, afortunadamente, está emergiendo una nueva sensibilidad en la práctica de la medicina, que está recabando para ésta última nuevas posibilidades y responsabilidades. La labor terapéutica del médico debe contemplarse como un medio para que el paciente sea coprotagonista de su propia sanación. Un proceso en el que debe estar implicado el enfermo como sujeto responsable. Se trata de un proceso de rehabilitación donde, junto a factores biológicos y medios clínicos, juegan también otros factores y necesidades (psicológicas, morales,...) que deben ser atendidos. Y cuando la sanación ya no sea viable o se presente como muy improbable, y se recorte en el horizonte existencial, más o menos inmediato, del enfermo la posibilidad del morir, la situación debe ser asumida por éste último, y el médico debe ser también ayuda activa en esa difícil tarea. Hoy estamos necesitados de una «medicina con humanidad», que, entre otras cosas, prepare a los profesionales de la salud para ser coprotagonistas de una humanización de la muerte. Podríamos hablar, aunque la expresión resulte paradójica, de una «medicina tanatológica», que intente contemplar la muerte no sólo como el fracaso o la derrota del «galeno», sino como una última y «sorprendente oportunidad» de humanidad y encuentro personal. Todo esto exige tacto, conocimiento de la personalidad del enfermo, y un suficiente nivel de comunicación con el mismo. En verdad, comunicación, solidaridad y amor son elementos imprescindibles para vivir «la verdad» junto al lecho del moribundo, para comprender sus angustias, sus impotencias y sus esperanzas. Sólo así se sentirá acompañado, compadecido y amado, en esa irrenunciable tarea de vivir su propia muerte, como tal vez su posibilidad última y suprema. La psicoanalista Marie de Hennezel, que trabaja en el ambiente hospitalario, nos da un testimonio muy aleccionador de cómo el enfermo puede acabar por descubrir «la libertad de aprehenderse a sí mismo», convirtiendo el tiempo que precede a la muerte en una inmejorable ocasión para la realización personal, que tiene mucho que ver con la comunicación, la puesta en común, el perdón, y el amor. La experiencia de esta psicóloga es que prepararse para morir es básicamente «profundizar al máximo las relaciones con los demás, aprender a abandonarse» (Marie de Hennezel 1996, p. 35).

Frente a la deshumanización hospitalaria se ha reaccionado, afortunadamente, con investigaciones e iniciativas que quieren reivindicar, en la teoría y en la práctica, la dignidad del moribundo, y las posibilidades humanizadoras de la muerte para sus coprotagonistas. Con todo ello se busca una cierta «rehabilitación de la muerte». Se trata de no ocultar la muerte, sino enfrentarse con ella, valorándola como un paso natural de la vida, y ayudar al moribundo a morir con dignidad. Es más, el moribundo puede adquirir un protagonismo especial, y convertirse en testigo y maestro de la vida, aportando profundas

enseñanzas para los que le acompañan. En el proceso del morir se puede establecer una relación mutuamente enriquecedora entre el moribundo y los que le van a sobrevivir, convirtiéndose, entonces, en una ocasión u oportunidad única y excepcional (Un testimonio realmente profundo y sincero, además de entrañable y conmovedor, se encuentra en Mitch Albom 1998).

Han ido apareciendo centros especializados en el tratamiento y acogida de enfermos terminales y moribundos. Baste citar como ejemplo, los *Hospices* fundados por la enfermera C. Saunders, y del que es prototipo el ST. Christopher's Hospice de Londres, fundado en 1967; se encuentran también en EE UU y Canadá. Estos centros con sus «programas multidisciplinarios» proporcionan «cuidados naturales apropiados para los pacientes terminales y sus familias. Tanto a los pacientes como a las familias se les enseña a ver el proceso moribundo sin horror, miedo y angustia, se prepara a la familia para participar activamente en el cuidado de los pacientes y pueden expresar libremente sus sentimientos y su indefensión. Los problemas del paciente y de la familia son relevantes en los '*Hospices*' especialmente la soledad, la cólera y la culpabilidad. El paciente tiene soportes espirituales y emocionales de forma continuada» (Buenaventura Pérez Fernández 1997, p. 62). En estos centros, como en experiencias parecidas, se ha ido alumbrando una «sabiduría tanatológica» que destaca la importancia del acompañamiento. Es muy importante que el moribundo se sienta acompañado y comprendido en su trayecto final. Para ello es necesario estar físicamente a su lado, sostener su mano, saber escuchar, e intentar responder a sus expectativas, darle afecto, y satisfacer sus necesidades corporales e incluso estéticas. Junto a ello, el tratamiento médico siempre estará orientado, en último término, por criterios éticos y valores que garanticen la dignidad humana, frente al «ensañamiento terapéutico».

Ese clima de comunicación y comprensión, donde pueden además dirimirse cuestiones pendientes, sanarse viejos resentimientos, y triunfar el perdón y la reconciliación, alumbra una dinámica que puede ayudar al moribundo a mantenerse fiel e identificarse con lo mejor de sí mismo hasta el final. Por ello afirma el doctor Sherwin B. Nuland: «La dignidad que buscamos en la muerte puede hallarse en la dignidad con la que hemos vivido nuestra vida. El *ars moriendi* es el *ars vivendi*. La honestidad y la gracia de esta vida que se extingue constituye la medida real de cómo moriremos» (Sherwin B. Nuland 1999, p. 249).

Pionera en estas investigaciones aleccionadoras ha sido la doctora Elisabeth Kübler-Ross. Estudió medicina en Zurich, y en 1959 se trasladó a EE UU. Se interesó por la psiquiatría intuitiva que practicó con los esquizofrénicos en el Hospital Estatal de Manhattan, y que en lugar de medicamentos aplica la interacción personal. También ha impartido docencia en el área de la psiquiatría en la Universidad de Chicago. Fue precisamente el departamento de psiquiatría del Billings Hospital de la Universidad de Chicago el que proporcionó

los medios para el seminario que la doctora Kübler-Ross llevó a cabo, sobre la base de entrevistas a pacientes terminales. En estas entrevistas la doctora adoptó una actitud discente, pues esperaba aprender más que enseñar, acerca de las etapas finales del vivir, con las angustias, temores y esperanzas que les acompañan. Ella ha confesado que estos pacientes «fueron los mejores maestros que he tenido en mi vida» (E. Kübler-Ross 1997, p.159). Se tenía una entrevista con un paciente terminal en cada sesión del seminario. Luego los miembros del seminario, que habían sido espectadores sin ser vistos mediante un cristal de una única dirección, se reunían, una vez retirado el paciente, y discutían, consideraban y ponderaban, las respuestas del paciente, tanto racionales como emocionales. Y para terminar, como nos dice la propia doctora, «intentamos una comprensión psicodinámica de lo que nos ha sido comunicado [...] y concluimos encomendando ciertas actitudes que esperamos hagan más agradable los últimos días o las últimas semanas del paciente» (E. Kübler-Ross 1993, p. 44). El conocimiento mutuo de los participantes en el seminario hizo que las discusiones se convirtieran en una auténtica terapia de grupo.

El moribundo se encuentra en una situación especial, pues en su postración ya no pertenece del todo al mundo de los vivos, sin haber salido todavía de este mundo. Ese encontrarse en la línea divisoria o fronteriza entre la vida y la muerte, hace que el morir tenga una vivencia específica y particular. Vivencia dramática que fue estudiada y compartida por la doctora, gracias a su metodología de charlas y entrevistas. Su labor por humanizar la muerte, compartiendo la situación límite con sus protagonistas, y el enriquecimiento moral y espiritual que ello le ha proporcionado son realmente importantes y aleccionadores.

Kübler-Ross se interesó por analizar y comprender las distintas experiencias por las que pasaban los pacientes cuando adquirían conocimiento de su próxima muerte. Su trabajo de campo, por decirlo de alguna manera, le ha llevado a elaborar un «proceso tipo», al que, lógicamente, cada caso particular se adapta más o menos. Es decir, no tienen que darse siempre todas las fases de una manera nítida y diferenciada. Las fases de la vivencia de la muerte de las que habla Kübler-Ross son cinco: *negación*, *cólera*, *regateo*, *depresión* y *aceptación*. La primera toma de conciencia de la proximidad de la propia muerte, suele producir un choque crítico, que va acompañado de estupor y agitación. Los mecanismos de defensa que ello genera son las cuatro primeras fases que hemos mencionado. El *rechazo o negación* puede llevar a no aceptar el veredicto consultando a otros médicos, a no aceptar el tratamiento bajo el pretexto de que ya se encuentra mejor, etc. Hasta cierto punto es normal, dice Kübler-Ross, como mecanismo para amortiguar el duro golpe, y recobrase para luego «movilizar otras defensas, menos radicales» (E. Kübler-Ross 1993, pp. 60 ss). Y así un sentimiento de injusticia e indignación (¿por qué yo, joven y lleno de

ilusiones, y no el viejo vecino crónicamente enfermo?..), puede alimentar sentimientos de frustración, de envidia, de resentimiento, de cólera y agresividad indiscriminados (contra la familia, el personal hospitalario, Dios, o incluso uno mismo). Esta fase es difícil de afrontar por los coprotagonistas de la historia, y exige, por parte de ellos, mucha paciencia, tacto, comprensión y actitud de escucha y dedicación. El alivio que experimenta el paciente al manifestar su enojo y liberar sus tensiones, le ayudará a avanzar hacia otra fase del proceso (E. Kübler-Ross 1993, pp. 73 ss). Esta fase puede mezclarse con momentos depresivos que le lleven a la etapa del «regateo». Es una fase irracional en la que se trata de «pactar» (con Dios, con uno mismo...) para conseguir una «prórroga», aunque, a veces, cumplido el plazo, se quiere volver a prorrogar. Es como una recuperación de la táctica infantil del «pacto». Todos hemos propuesto de niños ser buenos o cumplir determinadas acciones a cambio de algo que deseamos, o para zafarnos de un castigo. «En realidad, el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio 'a la buena conducta', además fija un plazo de 'vencimiento' impuesto por uno mismo (por ejemplo, otra actuación, la boda del hijo) y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento» (E. Kübler-Ross 1993, p. 113). Si la enfermedad sigue su curso, se entrará en la siguiente fase, la «depresiva». En ella predomina una «sensación de pérdida». Pérdida que puede tener que ver con el empleo, la integridad física, y la ausencia de personas queridas. Es la hora de la «terapia del silencio»: «El paciente está a punto de perder todas las cosas y las personas que quiere. Si se le permite expresar su dolor, encontrará mucho más fácil la aceptación final, y estará agradecido a los que se sienten a su lado durante esta fase de depresión sin decirle constantemente que no esté triste. [...] no se necesitan palabras, o se necesitan muy pocas. Es mucho más un sentimiento que puede expresarse mutuamente y a menudo se hace mejor tocando una mano, acariciando el cabello, o sencillamente, sentándose al lado de la cama, en silencio» (E. Kübler-Ross 1993, p. 118. Cf también p. 346). Y desde esta situación, el paciente puede abrirse, finalmente, a la fase final de la «aceptación», que permite una muerte serena: «Si un paciente ha tenido bastante tiempo [...] y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegará a una fase en la que su 'destino' no le deprimirá ni le enojará. Habrá podido expresar sus sentimientos anteriores, su envidia a los que gozan de buena salud, su ira contra lo que no tienen que enfrentarse con su fin tan pronto. Habrá llorado la pérdida inminente de tantas personas y de tantos lugares importantes para él, y contemplará su próximo fin con relativa tranquilidad» (E. Kübler-Ross 1993, p. 148). La humanización de la muerte que propone Kübler-Ross consiste, básicamente, en saber acompañar y comprender al paciente, porque la experiencia compartida nos ha enseñado las fases por las que pasa el enfermo, y a saber de sus sentimientos, de sus soledades, y de sus temores, angus-

tias y desesperanzas, que también pueden ser los nuestros. La comunicación, el perdón, y el amor pueden ayudar a una cierta aceptación serena de la muerte. En este sentido también observa Küng: «Dedicar tiempo y paciencia a los enfermos terminales es quizá el último y mayor regalo que podemos ofrecerles: tiempo para escuchar su inseguridad, sus preocupaciones y miedos, para darles un poco de consuelo, también para recitar con ellos una oración» (Hans Küng y Walter Jens 1997, p. 30).

Evidentemente, en la realidad concreta, diversa, variopinta, y que siempre es «única» porque no hay dos seres humanos iguales, las fases pueden superponerse, alguna ausentarse o sucederse rápidamente, incluso el proceso sufrir una regresión, y volver a iniciarse. Como nos recuerda Louis-Vincent Thomas, en el caso del niño, la primera fase puede no darse, y el anciano puede llegar con facilidad a la fase de la aceptación. Es pues, la tipología de Kübler-Ross, fruto, al fin al cabo, de la observación compartida y de la inducción, una tipología sólo orientativa, que puede ayudarnos a comunicarnos, a acompañarnos y a enriquecernos. Pero sabiendo que la realidad siempre es más rica y sorprendente, y que la teoría o el modelo puede ser revisado, corregido y completado...

IV. EL DILEMA DE LA EUTANASIA.

Digamos, por último, que todos estos intentos por humanizar la muerte, no buscan sino que el paciente sea el sujeto de su propia muerte de un modo consciente y responsable. Es él el que debe decidir «cómo librar su último combate». Y esto nos lleva a hacer una breve referencia al tema de la «eutanasia». Este polémico tema está vinculado al de la autonomía y soberanía del ser humano mayor de edad. Pero su modo de plantearlo y de legitimarlo puede encerrar diversas actitudes y valoraciones. Una sociedad hedonista como la nuestra, y que con su «cultura del analgésico» está tan poco preparada para admitir el dolor y el sacrificio, puede querer apuntarse a una muerte rápida e indolora. Diríamos que la neurosis tanatófoba, que puede acompañar al «ethos» de esta sociedad, puede, paradójicamente, propiciar la legalización de una muerte inconsciente e indolora. ¿Pero tiene esto que ver con la responsable autodisponibilidad del ser humano? ¿O es, más bien, una huida del reto que supone una libertad responsable y bien iluminada por el conocimiento? Los argumentos que suelen manejarse son entre otros: es cruel mantener una situación irreversible y terminal con dolores y angustias insufribles, gastos económicos desorbitados y costos para la familia, la plaza hospitalaria podría ser ocupada por otro enfermo que puede curarse, etc., etc. Pero detrás de todo esto, puede estar queriendo legitimarse la *cacotanasia* o «mala muerte», alimentada por la cobardía, y la huida de un auténtico asumir la vida y la propia muerte. Lo que habría que defender es la *ortotanasia*, es decir la aceptación de la muerte

en «el momento conveniente para la persona». Decisión que, en último término, debe de tomar el paciente de manera lúcida y responsable, aunque apoyado en la ayuda y la información de todo tipo de asesores y allegados. La *ortotanasia* es «un correcto («orto») medio entre muerte acelerada (*cacotanasia*) y agonía prolongada (*distanasia*). Ni desistir antes de tiempo, ni empeñarse en no desistir. Sano desistir y sana resignación, en vez de los dos encarnizamientos: el encarnizamiento terapéutico y el de la eutanasia directa. Acompañaría a este ideal los cuidados paliativos» (Buenaventura Pérez Fernández 1997, p. 107). Claro que, en último término, la legitimación de la eutanasia depende del alcance que demos a la autonomía humana, consustancial con su dignidad. Y aquí se dirimen arduas cuestiones: ¿Quién es el dueño de la vida humana, el moribundo, sus familiares, el médico, la sociedad, Dios? ¿Qué sentido tiene la vida y la muerte? ¿Y el dolor? ¿Hay un umbral que sobrepasado hace borrosa la dignidad humana, y el valor que se atribuye a la existencia? Y llevando la problemática al límite advierte Louis-Vincent Thomas: el paciente que solicita que se le ponga fin a su existencia «¿no se limita a reflejar consciente o inconscientemente la actitud hostil de sus familiares, o incluso de la sociedad, que ya no cree en el valor de su vida? Por otra parte, cuando el paciente pide 'que esto acabe' puede querer decir que no desea seguir viviendo, pero también que desea que alivien su dolor y le den muestras, si no de amor, por lo menos de atención. Indudablemente pedir no es siempre desear y menos aún querer» (Louis-Vincent Thomas 1991, p. 98).

El problema como vemos es intrincado. Pero un planteamiento básico debería estar orientado por el siguiente razonamiento. Si partimos de una concepción de la autonomía humana absoluta, se contempla la posibilidad legítima de disponer no sólo de la vida sino también de la propia muerte. Como reza la tradición estoica, si nadie me ha pedido permiso para venir a este mundo, a nadie se lo debo pedir para salir de él. Si partimos de una concepción de la autonomía humana, donde la persona se recorta como la única responsable de su vida y de su proyecto existencial, aunque siempre será un proyecto en el que estarán implicados otros seres humanos, y en definitiva la sociedad en que se desenvuelve su vida, cabe la posibilidad, legítima desde un punto de vista ético, de que un individuo decida, tras las debidas consideraciones y en diálogo con médicos, asesores y allegados más íntimos, desear poner fin a su vida. Y ello porque considere que ya ha luchado todo lo que tenía que luchar, ha hecho todo que podía hacer, y por tanto ya no vale la pena proseguir, pues la situación a la que ha llegado de postración física, psíquica y moral arroja, según su juicio, un saldo negativo. A partir de una situación así evaluada, en la que la vida ya no interesa porque precisamente ha perdido su dignidad, puede ser que la vida se convierta en miserable porque no se tenga la suficiente entereza «para enfrentarse con decencia a la muerte [...], que la vida se convierta en agonía sin

decoro». A pesar de lo paradójico de una situación límite de estas características, cabe en ella que se pueda «renunciar a seguir encarnando la condición humana no por resentimiento contra ésta, sino precisamente por haberla asumido plenamente: cabe apuntar a la muerte propia como expresión de amor a la vida». Puede, pues, darse «un deseo moral de morir en ausencia de las condiciones de posibilidad de que la propia existencia sea ocasión de restauración de la condición humana y de enriquecimiento del propio juicio», en «una situación en la que el bien sólo es ajeno y la propia razón ya no participa en fiesta ni enriquecimiento alguno» (Víctor Gómez Pin 1995, pp. 96, 100, 103, 106). En esta situación la «eutanasia» (buena muerte) se entenderá lógicamente no como un bien en sí misma, sino como un mal menor en comparación con un sufrimiento que resulta ya insostenible. En este caso, considero que la problemática de la eutanasia activa o pasiva es secundario. Y ello a parte de que esta distinción se vuelve un tanto difusa si caemos en la cuenta de que toda omisión no deja de ser un acto. «Desde el punto de vista de su efecto, que es evidentemente la llegada de la muerte, la inhibición de una intervención activa (desconectar un aparato o interrumpir la alimentación artificial) puede en la realidad tener el mismo efecto que una intervención activa, por ejemplo una sobredosis de morfina» (Hans Küng y Walter Jens 1997, p. 42). El problema entonces está en que la sociedad, a través de la legislación correspondiente, debe tomar también cartas en el asunto. Y ello por la sencilla razón de que el Estado está inevitablemente comprometido en dos tareas: la defensa de nuestra libertad y la procura de nuestra salud. La legislación para no caer en el pecado del «paternalismo» deberá procurar evitar los abusos y la guarda de los intereses de todos los implicados. En ese sentido estamos de acuerdo con la contundencia de Hans Küng: «Presión social, por ejemplo, sobre los enfermos para que pongan fin a su vida, dejen su sitio a los jóvenes y alivien la carga de sus familiares y de la sociedad. Por eso lo afirmo con toda claridad: hemos de poner coto, mediante la ley, a la macabra codicia de los familiares por la herencia y las «ayudas a morir» movidas por el beneficio económico de entidades aseguradoras de la salud, así como evitar que alguien se aproveche de una depresión pasajera del enfermo. Tales abusos [...] habrán de ser castigados penalmente» (Hans Küng y Walter Jens 1997, p. 48). En ese sentido el país europeo que más ha avanzado en el tema legislativo ha sido Holanda. En él, como nos recuerda el doctor Sherwin B. Nuland, «[...] se han trazado pautas para la eutanasia por consenso general que permiten que se facilite la muerte a pacientes con plenas facultades mentales y perfectamente informados en determinadas circunstancias estrictamente reguladas. El método usual es que el médico induzca un profundo sueño con barbitúricos y después inyecte un paralizante muscular para causar el cese de la respiración. La Iglesia Reformada Holandesa ha adoptado una postura descrita en su publicación *Euthanasie en*

Pastoraat, que no se opone a la terminación voluntaria de la vida cuando la enfermedad la hace intolerable» (Sherwin B. Nuland 1999, p. 152). En noviembre del 2000 la Cámara Baja Holandesa aprobó una ley sobre eutanasia activa, que ha sido definitivamente respaldada por el Senado el 10 de abril del 2001. Según esta ley, el médico puede acceder a la solicitud voluntaria y deliberada de un paciente para que termine con su vida, en el caso de que sufra de un modo insoportable y se encuentre en una situación que se estime clínicamente irreversible. Además habrá una comisión especializada que evaluará todos los casos que se produzcan, y que incluso, en caso de duda, podrá recurrir al Ministerio fiscal. Los menores de edad, entre 12 y 16 años necesitarán la aprobación de sus progenitores, mientras que los comprendidos entre 16 y 17 años podrán decidir con independencia, aunque se evaluará la opinión de sus padres. En Estados Unidos es el Estado de Oregon el que tiene una ley que regula el suicidio asistido desde 1994. En el caso de España, la despenalización de la eutanasia fue propuesta por Izquierda Unida y el Grupo Mixto en febrero de 1998, tras el testimonio impresionante del parapléjico Ramón Sampedro, que bebió cianuro, siendo filmado por una cámara de vídeo. Tal propuesta fue rechazada, pero se creó una comisión para el estudio del tema en el Senado, que finalizó sus trabajos al disolverse las Cortes el 18 de enero del 2000. Últimamente el Senado ha tomado en consideración (marzo del 2001), la ley del Testimonio Vital, que ha sido aprobada en Cataluña, y que posibilita a un paciente firmar un documento en el que exprese su deseo de no prolongar su vida innecesariamente.

Está claro, pues, que una reivindicación de la dignidad y autonomía humanas tal como la hemos planteado da pie a la legítima defensa de un derecho a elegir la propia muerte «con la intención de preservar lo más valioso de la existencia hasta el final», especialmente el propio dominio y control. En el caso de que la autonomía humana se recorte teniendo como trasfondo una teonomía, y por tanto la responsabilidad humana se vertebré, especialmente en el caso del cristianismo, en diálogo con un Dios que revela el carácter sagrado de la vida, don gratuito de la benevolencia divina, el problema adquiere nuevos aspectos ético-religiosos. El ser humano en esta ocasión no se considera dueño absoluto de su vida, que es, en último término, don amoroso de Dios que debe administrar responsablemente. El hombre religioso deberá asumir su proyecto existencial y llevarlo adelante animado e inspirado por un amor responsable y oblativo. Desde esa actitud y disposición deberá asumir también su posibilidad última, su propia muerte. Sin embargo, creo que esta vivencia y evaluación de la vida humana, también deja abierta la posibilidad de una eutanasia, al menos pasiva, en contra de un «ensañamiento terapéutico», que precisamente iría «en contra de la voluntad» de un Dios que se entiende y experimenta como fundamento último de la dignidad humana. ¿El «ensañamiento terapéutico» no sería

más compatible con un «Dios sádico»? Afortunadamente la eutanasia pasiva ya no es discutida por los teólogos: «el paciente no atenta contra el derecho exclusivo del Creador, a tenor de la doctrina cristiana conservadora, cuando decide él mismo de esta forma bajo su propia responsabilidad, sobre la hora o el día de su muerte» (Hans Küng y Walter Jens 1997, p. 34).

Pero hay posturas aún más claramente explícitas con relación a la eutanasia activa, tanto en el ámbito protestante evangélico como en el católico. La dignidad humana es, entre otras cosas, reconocimiento y respeto a una libertad coherente y fiel a unos valores. Y desde esta óptica, según mi modesto modo de ver, se abriría, incluso, la posibilidad, en casos muy límites, de una eutanasia activa. Si Dios convoca al ser humano a ser sujeto corresponsable de su propia historia de salvación, en la medida en que hace de su vida una historia de amor y solidaridad, ¿no podrá admitirse «esa decisión última», como un acto de amor y solidaridad con los demás, aliviándoles de quehaceres penosos y sufrimientos, cuando la situación resulta «terriblemente sostenible» y se sabe además ya irreversible?, ¿cuando se sabe que el sufrimiento padecido y compadecido se hace límite y sin otra salida que el deceso? ¿No podría ser concebida y evaluada esta posibilidad, como un caso más en que Dios amplía el margen de libertad, madurez y responsabilidad del ser humano? Como comenta Drewermann, «los hombres serían mucho más felices si supiesen que tienen en sus manos la responsabilidad de su muerte...» (Eugen Drewermann 1997, p. 136). ¿Es que la autonomía personal tiene que finalizar donde empieza el morir? O como formula Hans Küng: «Especialmente desde la perspectiva cristiana, ¿tiene el hombre algún *derecho a disponer por sí mismo sobre el ser o no ser de su vida?*» (Hans Küng y Walter Jens 1997, pp. 36-37). La teología conservadora argumenta que la vida humana es un regalo amoroso que, como creación exclusiva de Dios, no está a nuestra disposición. De tal modo que «La 'prematura' devolución de la vida implica un no humano al sí divino, un 'rechazo' al señorío universal de Dios y de sus amorosa providencia» (Hans Küng y Walter Jens 1997, pp. 40). Claro que este «argumento de la soberanía divina», puede estar basado en una imagen distorsionada del Dios bíblico. Ciertamente Dios es el Creador y Supremo Juez, pero ¿eso legitima una visión del mismo como Amo Absoluto y Propietario-Verdugo? ¿O lo que se impone en la Biblia es la revelación de un Dios que quiere al hombre a su imagen y semejanza, por tanto corresponsable de su propia historia, y junto a ello un Dios con solicitud materna hacia los débiles y extraviados, que, encarnado, es sanador de enfermos y aliviador del sufrimiento, y que acaba dando la vida por la causa humana? Desde esta óptica creo que se ha abusado de una espiritualidad que ha sostenido, como comenta Küng, el «aprovechamiento pedagógico» («purgatorio sobre la tierra»), o la «participación en la Pasión de Cristo». Sin rechazar unilateralmente la posibilidad de esta actitud espiritual, hoy hay que eva-

luar todas las posibilidades, para no caer en la tentación del masoquismo extremo, insensible a la compasión con el enfermo y al respeto de sus deseos. ¿Podemos estar tan seguros, en casos límites e insufribles sobre cuál es el «fin dispuesto por Dios»? ¿Si la persona humana tiene derecho a una vida digna, no tendrá también derecho a una despedida digna? Las nuevas posibilidades que nos aportan la biología y la medicina, entre ellas una prolongación abusivamente artificial de la vida (ensañamiento terapéutico), son un reto que el creyente puede interpretar como que Dios le confía, en mayor medida que antes, el final de la propia vida, ampliando el margen de su autonomía responsable. Hay que ser responsable no sólo de la vida, sino también de la muerte, y no dejar que «lo mueran a uno». Contemplando las circunstancias actuales, cobra más fuerza la tesis teológica de que el Dios misericordioso que ha donado gratuitamente la libertad al hombre, lo quiere responsable de su vida desde el principio hasta el final. Desde este presupuesto, no se debe entender la posibilidad de disponer de la propia muerte, en determinados casos límites, como «un *acto de hybris opositora a Dios*», como un acto de desconfianza y soberbia, sino como un acto de devolución y entrega de la vida obediente al plan de Dios, y como un acto de confianza inquebrantable en su misericordia (Küng). En ese acto de devolución, el moribundo puede necesitar la ayuda del otro. De esta manera la eutanasia activa se puede entender como la «muerte misericordiosa».

Estamos pues ante un «caso difícil», que como afirma M^a Teresa López de la Vieja, «admite más de una solución correcta» según los presupuestos de que se parta. Por ello, en una sociedad pluralista y liberal, donde debe respetarse la libertad de conciencia, la legislación del Estado deberá procurar regular teniendo presente el bien común, pero también el respeto a la intimidad de las conciencias: «Parece innecesario añadir a todo ello que ningún modelo teórico, ningún texto legal, ninguna pauta aceptada han de imponerse a la realidad de los individuos. Éstos son quienes viven, padecen enfermedades, toman decisiones, construyen su vida. Sea cual sea el contexto de la discusión, el respeto por los principios ha de llevar, en último término, al respeto por las situaciones individuales» (M^a Teresa López de la Vieja 2002, p. 232).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBIAC, G. 1996: *La muerte*. Barcelona: Paidós.
- ALBOM, M. 1998: *Martes con mi viejo profesor. Una lección de la vida, de la muerte y del amor*. Madrid: Maeva.
- ARIÈS, P. 1983: *El hombre ante la muerte*. Madrid: Taurus.
- CORDERO MORENO, C., DÍEZ RAMOS, M. A. 1988: «La extemporaneidad social de la muerte», *Sistema*, nº 82.
- DREWERMANN, E. 1997: *Dios inmediato*. Madrid: Trotta.

- GÓMEZ PIN, V. 1995: *La dignidad. Lamento de la razón repudiada*. Barcelona: Paidós.
- HENNEZEL, M. de 1996: *La muerte íntima*. Barcelona: Plaza Janés.
- KÜBLER - ROSS, E. 1993: *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- KÜBLER - ROS, E. 1997: *La rueda de la vida*. Barcelona: Ediciones B.
- KÜNG, H., JENS, W. 1997: *Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad*. Madrid: Trotta.
- LEPP, I. 1966: *La mort et ses mystères*. Paris: Grasset.
- LÓPEZ DE LA VIEJA, M^a T. 2002: «Muerte digna», en G^a GÓMEZ-HERAS, J. M^a (Coord.), *Dignidad de la vida y manipulación genética*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- NULAND, S. B. 1999: *Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida*. Madrid: Alianza.
- PÉREZ FERNÁNDEZ, B. 1997: *Nosotros los mortales*. Centro de profesores de Guadix, Granada.
- PIERETTI, A. 1987: «La morte e il senso della vita nella cultura contemporanea», *Cultura e Scuola*, n^o 101.
- THOMAS, L-V. 1983: *Antropología de la muerte*. México: F.C.E.
- THOMAS, L-V. 1991: *La muerte. Una lectura cultural*. Barcelona: Paidós.
- ZIEGLER, J. 1976: *Los vivos y la muerte*. México: Siglo XXI.

Manuel Fernández del Riesgo es Profesor Titular del Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política II (Ética y Sociología) de la Universidad Complutense. Es autor de *La ambigüedad social de la religión* (Verbo Divino, Estella, 1997); «La muerte humana y las teodiceas religiosas», en Mariano Álvarez González (ed.), *Pluralidad y sentido de las religiones*, Ediciones Universidades de Salamanca, 2002 pp. 221-262; y de «Ética, religión y dignidad humana», en M. Luisa Fernández de Arroyabe (ed.), *Humanismo para el siglo XXI*, Bilbao: Universidad de Deusto, 2003, pp. 453- 461.

Dirección Postal: Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política II (Ética y Sociología) de la Universidad Complutense, Ciudad Universitaria, 28040 - MADRID

E-mail: riesgo@filos.ucm.es