

El papel del médico ante el moribundo

L. Salvo Callén, C. Homs Gimeno, J. López Puerta, B. Jiménez Bartolomé

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", Universidad de Zaragoza.

"La muerte es a la vida, igual que el nacer; como el andar está lo mismo en alzar el pie que en volverlo a la tierra"

Rabindranath Tagore (15)

Recientemente dirigí en la Academia de Ciencias Médicas de Aragón, un curso sobre Ética en torno a la muerte. Allí repasé con un grupo de estudiantes de medicina y de licenciados, en varias y muy debatidas sesiones, cuestiones como el moderno concepto de muerte cerebral, actitud del personal sanitario y del médico en los últimos días de nuestros enfermos, y aspectos puntuales de la eutanasia. Terminamos el mismo, redactando un manifiesto de doce puntos, un dodecálogo, sobre estos temas, que hicimos llegar, como expresión de nuestro trabajo, a la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Zaragoza, que aplaudió nuestro esfuerzo.

Dos puntos de este escrito final, trabajo de mis pacientes y aplicados alumnos, llamaron especialmente la atención, y el objetivo de esta comunicación es glosarlos adecuadamente y poner a consideración de unos oyentes tan cualificados la autenticidad de su valor.

Uno de ellos era: necesidad de seguir atendiendo como médicos al paciente desahuciado, para ayudarle a vivir su propia muerte.

El otro: necesidad de enseñar a asistir al paciente en sus últimos días en el Programa

de Formación de la Licenciatura.

En cuanto al primer punto, su propia reflexión modifica el esquema hipocrático de la Medicina, que al desahuciar a un enfermo, de alguna manera sugiere que la labor del médico sanador ha terminado y abandona al paciente a que se enfrente con su morir, al considerarse incapaz de añadir un punto de curación al proceso terminal. Hoy este criterio ha cambiado, y todos nos pronunciamos, sin saber tal vez el alcance de lo que decimos, en que es labor del sanitario y del médico muy en particular, seguir atendiendo al paciente hasta su muerte, para hacer ésta más humana o más humanizada.

El punto de vista actual sobre el morir humano presupone que el término de la vida no es sólo un proceso biológico que acontece al organismo que el hombre es, sino algo respecto de lo cual el hombre adopta una postura y desarrolla una conducta. Los occidentales modernos no nos enfrentamos a la muerte como un hecho puramente biológico. Encaramos la muerte, encarando una determinada enfermedad, tras una precisa terapia, en un ambiente concreto, rodeados de unos artefactos y no de otros.

Hay una diferencia no desdeñable entre morir en una cueva del Paleolítico Superior y hacerlo en nuestra moderna Unidad de Cuidados Intensivos. No nos va a tocar asumir en nuestra vida la muerte en general, sino una muerte concreta, en concretas situaciones determinadas por el sistema cultural, con un perfil biográfico individual. La biografía humana no puede considerarse como un puro accidente de una naturaleza o esencia biológica. La descripción del deceso humano en términos exclusivamente biológicos resulta de todo punto insuficiente y es preciso consi-

derarlo también desde la perspectiva biográfica, que es la específicamente humana (5).

Morir como hombre significa agotar totalmente en la última fase de la vida las posibilidades de desarrollo que a cada uno nos ofrece la vida (11). La vida humana no puede ser vivida a espaldas de la muerte, pues hay una conexión real entre ellas, ya que la existencia humana es justamente una existencia mortal. Y por otra parte morir repugna profundamente. Podría mantenerse que la muerte no es ni absolutamente intrínseca a la vida, pues no puede considerarse algo adecuado a la vida humana, pero no es absolutamente extrínseca, pues la vida humana es realmente mortal (4).

El sociólogo Norbut Elías (3) ha llamado la atención sobre la dificultad que experimenta el hombre contemporáneo de comprender el alcance de su dependencia respecto a otras personas, también del pasado y del futuro. Y esta comprensión se dificulta en la actualidad sobremedida, precisamente por el esfuerzo empeinado por no enfrentarse cara a cara con lo limitado de la vida humana individual, también de la propia, y con la decadencia venidera de la propia persona; porque no se tiene en cuenta este conocimiento en la forma en que se organiza la propia vida -en relación con el trabajo, los amigos- y también, sobre todo, en la forma de comportarnos con los demás.

De aquí la importancia de que, como médicos, adquiramos conciencia de nuestra propia muerte, para poder ayudar a morir de forma más humana. Si defendemos la calidad de vida, también con la misma fuerza y orientación defenderemos la "calidad humana" de la muerte. La calidad de la muerte actual está íntimamente relacionada con la calidad hu-

mana en la relación de ayuda que seamos capaces de prestar al moribundo. La calidad de la muerte de mis enfermos está en íntima relación con los auténticos y válidos interlocutores que el moribundo encuentre en su entorno (9).

Ubicar la muerte en la vida no es fácil. Verdad es, con La Rochefoucauld, que "el hombre no puede mirar continuamente a la muerte, como tampoco al sol", pero también lo es que "hay muchas cosas que la sociedad rehúsa escuchar. Una de las más importantes: que la muerte es parte de la vida"(7).

Entre las muchas perspectivas que el médico puede adoptar para mirar a la muerte escojo con gusto una: la muerte como ingrediente necesario del vivir de cada día. El justificar en nuestro fuero interno la mutua implicación de la vida y de la muerte, no sólo no es necesariamente un signo de necrofilia, sino rasgo de una personalidad sana (4). Amar el día no es sólo saborear la belleza del amanecer, sino también acariciar la infinita nostalgia del último rayo de la tarde: "Viendo morir el sol, todo se hizo claro", nos dirá Luis Rosales (12). Contar con la muerte es dar estructura y peso a la vida.

Katembbaum y Aisembug piensan que todos los miedos a la muerte tienen una misma raíz: el miedo a la propia extinción. Lo triste es que este vivir con la muleta del miedo es apenas sobrevivir, como el enano de "La guerra del fin del mundo" de Vargas Llosa, en el que "su miedo a la muerte es tan grande, tan fabuloso, que le ha hecho sobrevivir"(16).

Hay que aprender a desarrollar una actitud en la cual uno ama la vida y enfrenta la muerte. Hugh Prather lo expresa bellamente: "Pocos pueden escoger cuando morirán/Pero yo acepto la muerte ahora/Desde

este momento renuncio a mi derecho a vivir/ Pero está amaneciendo y otro día me ha sido concedido/ Otro día para oír y leer, para oler y pasear, para amar y glorificar/ Estoy vivo otro día/ Pienso en aquellos que ya no lo están"(10).

Percatarse de que la propia vida es limitada, es el mejor revulsivo para vivir y la muerte aparece en la práctica como el lugar privilegiado en que la vida humana toma conciencia de sí misma. La muerte, el conocimiento de la propia muerte, saca al hombre del letargo y el sopor colocándolo frente a sí, y obligándole a preguntarse por sí mismo. Como ha escrito Pedro Salinas: "A la noche se empiezan a entender las preguntas"(13).

La insistencia como médico en la importancia de contar con mi muerte, no pretende en absoluto espantar a nadie con el ¡has de morir!, sino el de arrojarme más de lleno en esta vida, que sólo puede servirla densa y noblemente cuando se cuenta con todos los datos que ella nos ofrece, y uno de ellos es el de la muerte. Sin ella nos hemos convertido en una sociedad de "vivillos" y de "sobrevivientes", pero no de "confieso que he vivido" de Pablo Neruda. Un enfrentamiento con la muerte adensaría nuestra vida, despojándola de fruslerías y engaños. Descubriríamos con asombro y alegría la vida-vida, no la vida-receta para no enterarse de qué va el asunto. Nos haría recuperar la búsqueda de sentido, pues como canta Larralde "Unos mueren por morir, mo más/ Y otros por algo". Amar, elegir, angustiarse, es vivir humano y es grande, pero, parafraseando a Rilke: "Vivir en los abrazos sólo puede hacerlo/ quien puede morir en ellos".

Una segunda cuestión, asumida a la propia muerte, nos lleva a preguntarnos si todo

médico puede contar el fallecimiento de su paciente no sólo desde el punto de vista biológico, sino también desde la perspectiva psicológica. Sólo de esta manera podrá explicar cuáles son las reacciones habituales de un paciente ante su propia muerte y podrá asumir una actitud acorde a cada necesidad.

E. Kübler-Ross, quien fundamenta su estudio en doscientas entrevistas a pacientes terminales(8), describe el proceso arquetípico psicológico del enfermo terminal distinguiendo en él cinco fases. En un primer momento, el paciente tiende a negar la realidad inminente de su fallecimiento y se engaña a sí mismo buscando el modo de no darse por enterado de su situación. A este mecanismo de defensa que es la actitud negativa radical a aceptar el hecho próximo del desenlace, casi siempre sucede otra fase en la que la aceptación de la muerte se traduce en una profunda cólera. Es el periodo en que dominan los sentimientos de ira, cólera, envidia y resentimiento, se producen continuas reacciones airadas, en el que molesta profundamente la vitalidad ajena y en que obsesiona la pregunta "por qué precisamente a mí".

La tercera fase, de la negociación, es la etapa en la que se intenta posponer la muerte, pidiendo a Dios una prórroga o realizando todo tipo de promesas. Es este período sucede una fase depresiva, en la predominan los sentimientos de pérdida, culpabilidad y vergüenza. En esta fase depresiva hay dos momentos: una depresión reactiva inicial y una depresión preparatoria, que se presenta como la profunda tristeza que el paciente terminal tiene que soportar a fin de prepararse a sí mismo para abandonar este mundo. Es la situación en la que el paciente se separa de todas las personas y cosas que ama. Este pro-

fundo y radical desasimiento se caracteriza, frente a la primera depresión reactiva, por el profundo silencio y porque se piensa mucho más en el futuro que en el pasado.

La última fase, de aceptación, a la que llegan la mayoría de los pacientes, se caracteriza por la desaparición de la ira y la depresión, que son sustituidos por la aceptación de la muerte. Se trata de una situación casi desprovista de sentimientos. El círculo de sus intereses disminuye, desea permanecer sólo y en silencio, y no ser molestado con problemas del mundo exterior. Este momento final se asemeja al de la primera infancia, cuando no se nos exigía nada y se nos concedía todo lo que pedíamos, de suerte que tras haber trabajado y dado, gozado y sufrido, volvemos a donde comenzamos, y el círculo de la vida se cierra.

Para Hinton, en su obra *Experiencias sobre el morir*, la angustia, la depresión o la negación de la muerte son expresamente "molestias psicológicas"; mientras que la aceptación y la resignación ante la muerte, que producen tranquilidad espiritual, parecen las más adecuadas al paciente que se encuentra mortalmente enfermo(6). Hemos de considerar el tratamiento que se requiere para hacer que el enfermo, suficientemente aliviado, alcance una tranquila aceptación del hecho de su muerte.

Mucho hemos aprendido de los Protocolos de trabajo de distintos Servicios de Medicina Paliativa para alcanzar a comprender y ordenar estas fases, que son intercambiables entre sí y aparecen y reaparecen, más cuando el enfermo está insuficientemente tratado. Pero no me resisto a replantear con Arregui (1) si el problema no es si se muere con resignación o con angustia, sino si hay motivos

para estar angustiado o resignado. Lo que importa no es morir con resignación, porque ese sea el modo más higiénico o el menos doloroso recomendado por la medicina. Sino si la resignación, la depresión o la angustia, son las actitudes correctas ante la propia muerte. La actitud correcta ante la propia muerte depende esencialmente de cómo se haya vivido. Sustituir un problema existencial por una cuestión psicológica es errar absolutamente el tiro.

Dijimos antes que la calidad de la muerte está en íntima correlación con los auténticos y válidos interlocutores que el moribundo encuentre en su entorno. El principio fundamental que cualifica el servicio al moribundo es el acompañamiento como ayuda humana. El que acompaña no es el que da consejos, ni el que tiene respuesta para todo. Es el que sabe caminar junto al moribundo con paciencia, el que sabe escuchar y, tantas veces, estar callado, pero junto a él, a ser posible, estableciendo una relación empática. Es como un espejo en el que el paciente se mira por dentro de su interior porque el acompañante se lo facilita, y donde sus quejas son percibidas con comprensión y compasión. El mejor acompañante, sea del grado profesional o familiar que sea, es el que está en situación de compartir con él sus sentimientos, comprendiendo sus variaciones de fase, sus angustias y sus esperanzas. Quien sepa ser un verdadero acompañante, se transforma él mismo en un signo, por medio del cual le es posible al moribundo una experiencia decisiva de trascendencia.

Lo importante es que se le ayude, que el moribundo no se sienta sólo en ese último trance, que se sienta hombre, que asuma su propia muerte con dignidad. Delicada tarea

la del médico de hacer, y hacer hacer o enseñar a hacer, a ayudantes y familia del enfermo, este exigente papel.

Por fin, en cualquier caso hay que dejarlo, como expresó Rilke, morir su propia muerte. Tenemos el deber de conceder al otro la posibilidad y ayudarle a que en su modo de morir sea él mismo. La ayuda a morir no es algo, en el fondo, diverso de la ayuda a la vida. El auxilio a la vida se orienta hacia la autorrealización del ser humano, es decir, a que tenga posibilidades óptimas de morir él mismo su propia muerte" (15).

Suscribo las condiciones que señala el Dr. David J. Roy para morir con dignidad:

- Morir sin el estrépito frenético de una tecnología puesta en juego para otorgar al moribundo algunas horas suplementarias de vida biológica.

- Morir sin dolores atroces que monopolicen toda la energía y la conciencia del moribundo.

- Morir en un entorno digno del ser humano y propio de lo que podría ser "vivir su hora más hermosa".

- Morir manteniendo con las personas cercanas contactos humanos sencillos y enriquecedores.

- Morir como un acto consciente.

- Morir con los ojos abiertos, dando la cara valientemente y aceptando lo que llega.

- Morir con un espíritu abierto, aceptando que muchos interrogantes que la vida ha abierto queden sin respuesta.

- Morir con el corazón abierto, es decir con la preocupación del bienestar de los que quedan con vida (2).

Por último nos acogemos a la protesta de mis eficientes discípulos. Hay que retomar en la formación de la Licenciatura, la enseñanza

de estar junto al moribundo, de saber qué hacer, cómo ayudarlo, como estar ahí. No sé si es sólo un problema de la Deontología, que va a reincorporarse como asignatura optativa en tantos planes de estudio, o es también labor del clínico, del cirujano, del patólogo, de dar en cada momento de los sucesivos episodios docentes una visión, fecunda por la experiencia, de esta difícil labor que es ayudar a morir.

Bibliografía

- 1.- Arregui, Jorge V. El horror de morir: el valor de la muerte en la vida humana. Ed. Tibidabo. Barcelona 1992.
- 2.- Delgado, R. La esperanza en situaciones límites. Ed. Fund. Santa María 1982, p.53.
- 3.- Elías, N. La soledad de los moribundos. F.C.E. México.1987, pp. 17-20.
- 4.- Fernández Martos, JM. La muerte como ingrediente de la vida. Ed. Temas de Hoy. Madrid 1982, p. 146.
- 5.- Ferrater Mora, J. El ser y la muerte. Ed. Aguilar, Madrid 1962, pp. 56-64.
- 6.- Hinton, J. Experiencias sobre el morir. Ariel, Barcelona 1974, pp.171-191.
- 7.- Hugues Cassem E. "Muerte y negación", en Sociología de la muerte. E. Fübler Ross y otros. Ed. Sala, Madrid 1974, p. 103.
- 8.- Kübler-Ross E. Questions on death and dying. Macmillan. New York 1977.
- 9.- Manso Albillos, D. El derecho a morir con dignidad. Estudios. 1982, p. 413.
- 10.- Prather H. Notes to myself. Bantam Books. Londres 1976.
- 11.- Revista Concilium, nº 199, mayo 1985, p. 113.
- 12.- Rosales, L. Obras completas. Ed. Espasa Calpe, Madrid, 1990.
- 13.- Salinas, P. La voz a tí debida. Clásicos Castalia, Madrid, 1989, p. 95.
- 14.- Sporcken, P. Ayudando a morir. Ed. Sal Terrae, Santander 1978, p. 29.
- 15.- Tagore, R. Pájaros perdidos (267) en Obras escogidas. Aguilar, Madrid 1981, p. 1149.
- 16.- Vargas Llosa, M. La guerra del fin del mundo. Plaza y Janés, Barcelona 1982.