

LA MISTERIOSA TRAVESÍA, QUE ES «LA MUERTE»

Fecha de recepción: 01/05/2018

Fecha de aceptación: 20/06/2018

Mg. Francisca Funes

Contacto: ofelfran@yahoo.com.ar

- Doctorada en Enfermería - Universidad Nacional de Tucumán
- Magister en Salud Pública - Universidad Nacional de Catamarca
- Enfermera Perita Legal - Universidad Nacional de Lomas de Zamora
- Licenciada en Enfermería - Universidad Nacional de Rosario
- Miembro del Comité de Educación para la Salud - Hospital José María Ramos Mejía
- Miembro del Comité de Emergencia Hospitalario - Hospital José María Ramos Mejía
- Miembro del Comité de Calidad - Hospital José María Ramos Mejía

Palabras clave

- Fin
- Medio
- Dignidad
- Investigación biomédica

Key words

- End
- Medium
- Dignity
- Biomedical research

RESUMEN

Se ofrece un planteo desde el punto de vista médico sobre la muerte. Se analiza a la muerte como parte de la vida y ajena a la vida, abordando el pensamiento de varios filósofos y la historia de la medicina. Desde el paradigma médico se plantea la muerte cerebral, ¿es una verdadera muerte?, ¿hasta dónde puede llegar la medicina en su decisión sobre la vida y la muerte? ¿Qué papel tiene la ética en los trasplantes? ¿Y el problema moral y social?

Se aborda el derecho a morir de una manera digna y el proceso de agonía. La despersonalización que sufre la persona agonizante y la soledad y el miedo que provoca en las personas que la cuidan, para, a partir de allí enfrentar esos temores y ofrecer una compañía en este misterioso y natural proceso absolutamente desconocido.

ABSTRACT

A medical proposal on death is offered. Death is analyzed as part of life and alien to life, addressing the thinking of various philosophers and the history of medicine. From the medical paradigm brain death is posed, is it a true death? How far can medicine go in its decision about life and death? What is the role of ethics in transplants? And the moral and social problem?

It addresses the right to die in a dignified manner and the process of agony. The depersonalization that the agonizing person suffers and the loneliness and fear that it causes in the people who take care of it, in order to face these fears and offer a company in this mysterious and natural process that is absolutely unknown.

INTRODUCCIÓN

Presento el tema a partir de la carta publicada por la Dra. Elizabeth Kubler-Ross y por motivos que siempre me han preocupado, los cuidados que he brindado. He dedicado una parte importante

de mi tiempo, de mi interés profesional y de mis afectos, al trabajo clínico con los enfermos que transitan sus últimos días de vida. Esto ha constituido, además un enorme desafío, un permanente factor de enriquecimiento personal en mi vida. He generado también cuestionamientos y

cambios y me ha obligado a replantear modestamente una y otra vez los esquemas de atención de Enfermería.

Enfrenté, no sin dificultad, mis sensaciones contratransferenciales de fracaso, mi temor a estar incursionando en algo que podía exceder mis posibilidades, así como también mis propias ansiedades y creencias frente a mi muerte y a la de mis seres amados. También tuve que enfrentar, muchas veces con oculta tristeza, una sensación de soledad al percibir, de parte de algunos colegas, desinterés, escepticismo o franco rechazo hacia el paciente moribundo.

Considero que la educación y preparación que nos han dado en la Facultad hace que la muerte sea vista como un fracaso y no como una parte del proceso de la vida... debemos negarla...

Señaló Heidegger: «La finitud de la temporalidad (la muerte) es el fundamento oculto de la historicidad del hombre».

La sociedad contemporánea, sociedad econométrica que nos lleva a un «canibalismo mercantil» encuentra en el desarrollo tecnológico una excusa de ocultamiento donde rodeamos al paciente de sofisticados aparatos, que nos aleja de él en el instante más trascendental reflexivo de la vida, que es justamente la misma muerte.

Si bien el avance tecnológico ha salvado, y salvará con éxito muchas vidas, no se debe abusar de ello, su empleo tiene que ser racional para no prolongar agonías innecesarias, impidiendo una muerte digna entiendo como tal, aquella sin dolor, con lucidez para esa experiencia reflexiva y fundamentalmente con capacidad para recibir y transmitir afecto.

Pero de todo lo antedicho, lo siguiente es para mí, lo más importante. Por eso incluí como primera página la carta de la colega moribunda consciente de su futura muerte.

CARTA DE UNA ALUMNA DE ENFERMERÍA EN FASE TERMINAL

«Morir en primera persona del singular».

Soy una alumna de Enfermería y voy a morir. Te escribo esta carta a ti, que eres o que vas a ser enfermera, con la esperanza de que por el hecho de compartir mis sentimientos contigo, serás más capaz de ayudar a todos los que vivirán la misma experiencia que yo. En estos momentos, he salido del hospital, quizá por un mes, seis meses, un año... pero a nadie le gusta hablar de esto. De hecho, nadie quiere hablar de ningún tema. Los cuidados de Enfermería progresan, pero me gustaría que lo hicieran más rápidamente. Actualmente, se nos enseña que no hay que tratar de tranquilizar a los pacientes

a cualquier precio, que debemos olvidar el "todo va lo mejor posible". Está muy bien, sin embargo, queda en todo ello un silencio vacío y solitario.

Hemos retirado el protector "bien – bien" y dejamos al equipo de cuidados enfrentado a su vulnerabilidad y sus miedos. El enfermo moribundo no está considerado como una persona y por este hecho no se establece una comunicación verdadera con él: él es el símbolo de todos los miedos humanos.

¿Qué se nos enseña en enfermería psiquiátrica?: Es necesario conocerse a sí mismo antes de intentar ayudar a los demás. ¡Qué verdad es!

Pero hoy, el miedo está aquí y soy yo misma la que muero. Tú deambulas, entrando y saliendo de mi habitación, trayéndome medicamentos o tomándome la tensión. ¿Es el hecho de que soy una alumna de enfermería o el hecho de que sea un ser humano lo que te hace sentir insegura, que no sepas qué decir o qué hacer? Pero, si sabes sentir, no te puedes equivocar. Atrévete a admitir que te gustaría hacer algo, ya que esto solamente es lo que deseamos. A veces, podemos pre-

guntar "¿por qué?" pero, de hecho, no esperamos respuesta.

No te vayas, espera: todo lo que quiero es saber que alguien estará aquí para darme la mano cuando tenga necesidad de ella. Tengo miedo. La muerte puede llegar a ser una rutina para ti, pero es algo totalmente nuevo para mí. Quizá tú no me consideras un caso único, pero para mí es la primera vez que muero y sí es algo único.

Comentáis en voz baja mi juventud, pero ¿se es joven cuando se va a morir? Hay tantas cosas de las que me gustaría hablar contigo y no te gustaría mucho tiempo, pues en todo caso, tienes que darme muchos cuidados. Ojalá pudiéramos ser honestas y admitir, las dos, que tenemos miedo, acercándonos la una a la otra.

¿Pondría quizás en peligro tu imagen profesional demostrar que estás conmovida? Esto haría la muerte menos difícil en un hospital... habría AMIGOS cerca de mí». [1]

DESARROLLO

Es la muerte, al mismo tiempo, el testigo de nuestra mayor ignorancia. En su

[1] Carta citada por la Dra. Elizabeth Kübler-Ross en su libro «*On Death and dying*». Londres, 1970.

inmenso y perpetuo esfuerzo por dar sentido y coherencia al mundo, la conciencia ensaya con analogías dibujar el rostro de lo desconocido, la muerte; sería el abandono y el aislamiento, pero también el descanso y la paz.

Por eso al hablar de la muerte se suscitan dos reacciones diferentes, hay quienes consideran que es una temática a abordar no sólo médicamente sino desde el plano filosófico a fin de conocer algo más que calme tanto su sed de saber, como su angustia más secreta; el temor a desaparecer, los otros hacen un gesto de defensa, que no es otra cosa que negarse a saber o pensar sobre la misma angustia. Y esto es porque la muerte propia deja al descubierto que todo humano no puede imaginar su propio ser.

¿Desde dónde podemos hablar de la muerte? Desde diversos lugares, yo elijo mirarla desde la medicina.

En primer lugar porque la medicina, tal como afirma Foucault [2] asume hoy responsabilidades en todos los campos de la vida del hombre, al punto de desbordar en objetos que no eran medicalizables y ahora lo son. Pero además porque la po-

sición del médico frente a la muerte es una posición paradigmática: el médico no se pregunta por el sentido de la muerte, pone manos a la obra para deshacerse de ella. Hacer retroceder a la muerte, atrasar su llegada, ha sido la fantasía de todos los tiempos y es el origen de la medicina.

Haciendo un somero análisis de esta actitud paradigmática vemos que podemos considerar a la muerte como:

- a) Parte de la vida.
- b) Ajena a la vida.

a) Esta concepción abrevia en sus orígenes de la Filosofía originariamente el alma era concebida como principio vital siendo para Aristóteles el corazón, el centro de dicho principio, mientras el corazón late el corazón está vivo.

b) Contrapuesto a esta consideración aparece la muerte ajena a la vida como algo que sobrevino al organismo vivo y altera su funcionamiento.

Una primera observación nos muestra que la vida y la muerte están sometidas a

[2] Conferencia que dio en la Universidad de Río de Janeiro en 1974.

las mismas leyes fisicoquímicas, sin embargo el vivo se nutre y crece, mientras el cadáver se descompone y desaparece. Esto nos permite preguntarnos: ¿Es la muerte un suceso o un proceso? ¿Es el segundo fatal que delimita con precisión el pasaje de uno a otro estado o por el contrario es un cambio gradual y progresivo? [3] El médico abandona la lucha cuando no puede poner más en marcha al corazón, si el corazón cesa de latir toda posibilidad de reanimación es imposible y comienzan a aparecer los signos indudables de muerte definitiva: la acidificación, el enfriamiento, la deshidratación, la rigidez. Estas características suponen un corazón detenido. [4]

El origen de esta interpretación es poscartesiano. El alma, el anima es ahora el espíritu, pero el espíritu que se sabe tal, es la conciencia reflexiva que recorre un corto camino hasta el yo. Esta conciencia es identificada con la mente y localizada en el cerebro. El hombre muere por consiguiente cuando cesa su conciencia, es decir su función cerebral. La muerte cerebral acusada por un electroencefalo-

grama chato, es de tal manera irreversible que hace inútil todo esfuerzo para devolver al enfermo la vida. La muerte sobreviene a la vida y es ajena a ella, hasta ese momento el hombre estaba vivo, a partir de entonces está muerto.

La pregunta de hasta donde prolongar una existencia, se hace acuciante a partir de 1967, cuando se realiza el primer trasplante cardíaco. Ello se explica fácilmente si se tiene en cuenta que en casi todos los casos de trasplante el éxito de la operación para el receptor impone la mayor proximidad temporal entre el momento de la declaración del fallecimiento del dador y el de la ablación del material de trasplante. Si adoptamos la concepción de la muerte como ajena a la vida, tendremos que determinar el momento en que esta ocurre sin importarnos los procesos biológicos que se sigan desarrollando porque estos serán ajenos a la vida en cuestión. Este es el caso cuando se establece por ley que alguien está muerto cuando el EEG es plano. Desde esta postura podemos preguntarnos si, para admitir la muerte, debe aguardarse el final de ese

[3] Mainetti J A, *La muerte en medicina*, La Plata: Quirón, 1975. p. 53.

[4] Mollaret decía que él como reanimador «sentía que no tenía derecho a desistir de su empeño» y agregaba «no obstante el permiso papal» refiriéndose al discurso que Pio XII dirigió a propósito de la reanimación en 1957 en que dice: «la técnica de la reanimación en sí no contiene nada de inmoral y se la puede utilizar lícitamente, pero como estas formas de tratamiento superan los medios ordinarios a los cuales se estaría obligado, no se puede sostener que sea obligatorio su empleo». Hoy lo extraordinario en 1957 es ordinario pero la pregunta sigue en pie. Cf Mainetti, José A., *MM*.

proceso inexorable o si es dable aceptarla una vez establecida la certeza de su iniciación, mediante la comprobación de algunos signos incuestionables al respecto. Resulta claro que una u otra respuesta justificará la disposición del cadáver para los fines que se persiguen, en sentido diferente. El establecimiento del momento de la muerte es en este caso más discutido y sobre todo menos utilitario, ya que los signos indudables de muerte aparecen necesariamente con un corazón detenido y los órganos de ese cadáver son inútiles para el trasplante.

En el imaginario popular la muerte verdadera no está ligada a la muerte cerebral, tampoco a lo que se llama la muerte biológica, es decir la descomposición celular, sino a la detención del corazón, y esto es porque la desaparición instantánea y total de todo signo vital del organismo parece ajena a toda realidad biológica.

Vemos entonces que la muerte, que parecería tan fácilmente determinable, no lo es tanto, depende de una decisión que no tiene nada que ver con lo biológico sino con el significado que queramos darle a ese último acto de nuestra vida. ¿Hasta dónde puede llegar la medicina en su decisión sobre la vida y la muerte? El

paradigma médico del hombre actual obliga muchas veces al médico, a emplear todos los recursos que la ciencia y la técnica ponen a su disposición para prolongar indefinidamente un estado que parece desesperado. [5]

¿Podemos decir realmente que los enfermos terminales hoy «están viviendo su muerte»?

Podemos recordar las tantas veces señalada pérdida del culto de la muerte en una cultura que racionalmente la rechaza. El progreso de la medicina está ligado a la conquista de derechos sobre el cuerpo y el cadáver humano, y en este sentido se podría hablar de una historia de la «apropiación» médica de la muerte: desde la disección y la necropsia a los trasplantes de órganos y la experimentación en «neo-muertos» o «cadáveres vivos». La revolución tanatológica de los trasplantes consiste en la utilización del cuerpo y el cadáver del hombre como materiales terapéuticos, de allí que originan resistencias irracionales que asimilan estas prácticas a formas de sacrificio, canibalismo o antropofagia.

Las técnicas de trasplatación tropiezan con límites éticos, jurídicos y religio-

[5] Mainetti, José A. MM., p. 187.

sos. Los trasplantes como actos de disposición sobre el cuerpo y el cadáver son hoy universalmente aceptados. [6] Tampoco nos resulta ajena la justificación de automatanasia, abstención o renunciamiento terapéutico como alternativa al encarnizamiento o activismo cuando éste no está racionalmente fundado ni humanamente inspirado en casos de coma excedido, considerados como irreversibles y aún en pacientes simplemente conectados a aparatos. El temor, la resistencia, la ignorancia hacen a la muerte un tema tabú. Tal vez esto sucede porque lo que en última instancia está realmente en juego es la calidad de la vida y la dignidad de la muerte. Lo que realmente se cuestiona en silencio es si el vivir y el morir de cada uno son responsabilidad médica.

Y entonces la pregunta se multiplica y la administración de la muerte como contracepción, aborto, infanticidio, eliminación de disminuidos físicos y mentales, suicidio, suicidio asistido, geronticidio y eutanasia, ya no es un problema médico, es un problema moral y social.

El hombre tiene derecho a morir de una manera digna cuando se prevea que es inevitable la muerte, sino estaría siendo

rebajado al rango de esclavo de la técnica. En tal caso parece más humano «dejarlo morir en paz y dignidad», que prolongar sus sufrimientos. El problema suplementario que aparece es el límite del sufrimiento y el límite de la esperanza. Cuando el primer interesado no era el primero en advertir su próxima muerte, a otros correspondía la tarea de avisarle, era obligación del médico, [7] incluso existía el *nuncius mortis*, el amigo que anunciaba la muerte.

Es a partir del siglo XVI y XVII que el médico ya no habla y si le preguntan lo hace con reparo, tampoco los amigos intervienen, el papel le cabe, desde el siglo XVII a la familia. Antes cada uno nacía en público y moría en público, presidía su muerte, era el protagonista. Hoy no sólo se ha perdido el carácter de ceremonia pública que tenía el momento de morir, sino que lo que debía ser evidencia se ha vuelto disimulo, el primer deber de la familia y el médico es ocultarle al enfermo la gravedad de su estado. El enfermo muere en la ignorancia de su muerte. En nombre del amor y la caridad hay que mentir al enfermo. Se da un juego macabro: la familia no le cuenta al enfermo su estado para evitarle sufrimientos, y el en-

[6] Hoy se habla comúnmente de bancos de tejidos y órganos, y preocupa la posible creación de bioemporios, cf Mainetti, José A. *MM*, p. 27.

[7] Existe un documento pontificio que obligaba al médico a anunciar la muerte.

fermo, que probablemente se da cuenta que se muere, tampoco habla de ello para evitar sufrimientos a su familia. El disimulo reemplaza al escándalo. El hospital se ha convertido en el centro de la muerte moderna, hace aceptable la muerte que se vuelve privada. Atreverse a hablar de ella provoca situaciones dramáticas. Antes era necesaria una imagen repugnante de la muerte para asustar, ahora basta nombrarla.

Es en el siglo XV que se pasa de la muerte padecida a la muerte dominada. Desaparece la creencia en la inmortalidad del alma y es reemplazada por la de la inmortalidad del cuerpo, la permanencia del cuerpo. La trasgresión ya no es el pecado sino la enfermedad, la muerte. Esta entonces comienza a asociarse con la idea de fracaso, de culpa. El moribundo, representando su papel protagónico tanto en la edad media como en la época romántica, no deja de estar aterrado por lo que le sucedía, de modo que lo que explica la renuncia del agonizante a su propia muerte, no es el miedo ancestral a la muerte que siempre lo tuvo. El rechazo médico es compartido por todos, nunca nadie se va a morir. Siempre hay alguna esperanza. La muerte pertenece a la medicina, Mainetti la llama «la muerte medicalizada».

La pregunta que podemos hacernos es entonces, ¿en qué va a consistir mi muerte? ¿en la descomposición última de mi cuerpo? ¿en un inexorable hecho biológico? Si bien es cierto que la muerte nos angustia y nos pone frente a la mayor encrucijada, sólo la muerte cierra la existencia. Es mi más extrema y más propia posibilidad. No es un suceso extremo, es mi propio fin.

«La agonía no es la pérdida de conciencia, es la más vigorosa e íntegra toma de conciencia en la profundización de la propia libertad, es el recogerse del existente en todo lo que es. Es soledad, la suprema soledad, todo lo ajeno al yo queda absolutamente lejano, el tiempo deshace la pluralidad sucesiva y se reduce a lo uno del yo en el presente ya sin tiempo. Ya no hay cosas, ni personas, ni palabras, ni tiempo».[8] La agonía consciente, al menos, es el instante de la soledad que exige la profundidad y la sacralidad de la muerte. Es el momento de la soledad que encuentra la soledad; toda la existencia, empeñada siempre en comunicarse y siempre en la imposibilidad de conseguirlo plenamente. Es la soledad del que está sólo consigo mismo, con su pasado cumpliéndose en el último acto de su vida que es morir. La muerte específica y

[8] Sanabria, José Rubén. «El tema de la muerte en la filosofía de M. F. Sciacca», *Giornale di Metafisica*, Anno XXXI, N 4-6, 1976 p. 711.

preforma la vida tan profundamente que la determina en lo que ella es con certeza. Para Heidegger la existencia auténtica es proyección hacia la muerte que la anticipa como su posibilidad más propia. Nos vemos desde ella, como a la luz de ella. Es aceptación de la finitud. Somos seres expósitos, puestos fuera «arrojados», ello nos pone constantemente en riesgo, constantemente frente al mayor riesgo, el del fracaso, el de la muerte. [9]

Esa es la realidad fundamental que me constituye como hombre y más que como hombre como este hombre que soy. Si el cuerpo es el que me permite vivir, también es el que me promete morir. Aceptar la muerte no parece natural, tampoco lo es aceptar el límite.

Para la tradición judeo – cristiana la enfermedad no sólo era motivo de aflicción sino también fruto de elección y ocasión de mérito. Desde aquí la labor médica era iluminada desde otro sentido, la atención del incurable y del moribundo deja de ser un ejercicio técnico y pasa a cargarse de un sentimiento de consuelo y de condolencia.

La familia y la escuela nos enseñan desde una determinada cultura a vivir, pero no nos prestan ayuda frente al morir.

¿O es que no sabemos morir porque no sabemos vivir?

Pensamos en vivir como si jamás tuviéramos que morir, precipitadamente, sin reparar en que esa precipitación, esa prisa es en última instancia la presencia más presente de la muerte. Por un lado porque nos precipita en la angustia, por otro porque no nos permite «detenernos» en el placer, hacernos «morosos» de la vida y ésta «se nos escapa», «el tiempo corre», lo que es lo mismo que decir que la vida se nos acaba sin que la hayamos vivido.

Sólo podremos hablar de una ética, cuando seamos capaces de afrontar nuestra propia muerte y por consiguiente la muerte del otro a pesar del temor, la angustia y miedo.

Tomando a Borges, en «El milagro secreto», un cuento, aparece la idea de la muerte como tiempo detenido. Se trata de un hombre al que buscan y van a fusilar y que antes le pide a Dios que le conceda un minuto para completar toda su obra. Quizá ese es el deseo y el temor que llevamos todos dentro, partir sin que hayamos dejado terminado algo, cualquiera sea esa obra. Fromm nos dice que el horror a morir que experimenta mucha gente y que es tal vez el origen de la

[9] París, Carlos, Unamuno, estructura de su mundo intelectual, Península, Madrid, 1968, p. 91-93.

muerte como tabú, es el resultado del fracaso que representa no haber sabido vivir. «Morir es dolorosamente amargo, pero la idea de tener que morir sin haber vivido es insoportable». [10]

CONCLUSIÓN

El que va a morir está solo, infinitamente solo. Somos seres humanos y tenemos un lenguaje en todos los sentidos de la palabra, porque existe el «otro». Debemos responderle con ternura, amor verdadero; el tomarle una mano, comprenderlo y dejarlo expresar con serenidad. El poder compartir ese miedo como un sentido natural frente a la muerte absolutamente desconocida, ayudándolo a pesar de nuestro propio temor, a cruzar la orilla en paz, sabiendo que «el otro» está a su lado para acompañarlo en esa misteriosa y única travesía, que es «La Muerte».

Dra. Elizabeth Kubler – Ross en su libro *«On Death and dying»*. Londres, 1970.

Kübler-Ross E, *«On Death and dying»*. London: Tavistock, 1970.

BIBLIOGRAFÍA

BLANCO L, Muerte digna. Consideraciones bioético-jurídicas. Buenos Aires: Ad hoc, 1997.

BULACIO C y NADER R, "La cultura en un mundo de cambio". En *Notas del mundo actual*. Argentina: Programa del CIUNT. Serie II, 1997. p. 51.

CORNIGLION M, Vencer a la muerte. Barcelona: Planeta, 1986.

PARIS C, Unamuno. Estructura de su mundo intelectual. Barcelona: Península, 1968. pp. 92-93.

KUBLER-ROSS E, "On death and dying". New York : Scribner Classics, 1997.

MAINETTI J A, La muerte en medicina, La Plata: Quirón, 1975. p. 53.

FROMM E, Ética y Psicoanálisis. México: Fondo de Cultura Económica, 1947. p. 164.

GUIRAUD P, El lenguaje del cuerpo (3ª ed.) México: Fondo de Cultura Económica, 2001.

[10] Fromm, Eric. *«Ética y Psicoanálisis»*, FCE, México, 1947, p. 164. Con el temor irracional a la muerte se relaciona el temor a envejecer.

HEIDEGGER M, Ser y tiempo. Madrid: Trotta, 2003.

HEIDEGGER M, Tiempo y ser (4 ed) Madrid: Trotta, 2009.

LUNA F y SALLES A, Bioética. Investigación muerte. Buenos Aires: Sudamericana, 1995.

MARIO B., La ciencia, su método y su filosofía. Buenos Aires: Siglo XX, 1992.

NADER R, Mito, misterio y destino humano. Tucumán: Universidad Nacional de Tucumán, 1997.

SANABRIA JR, El tema de la muerte en la filosofía de M.F. Sciacca. Giornale di Metafisica, 1976; 31(4):696-714.