

## LA MUERTE

Dr. Miguel Lladó B.

Saber qué es la muerte, y aceptarla o no, es un problema tan antiguo como el hombre y con tantas respuestas válidas que bien merece que le dediquemos un capítulo. Nos interesa, en este caso, la muerte del anciano que puede ser el final de un proceso crónico y, también, la muerte súbita o la que sigue a las enfermedades agudas.

Hecho culminante de raíz existencial, en la muerte y su interpretación intervienen muchos factores: la edad, el tipo cultural, la condición religiosa o agnóstica, el temperamento como base del carácter, las expectativas vitales, el temor a ese paso decisivo y sus consecuencias, entre otros. Si para el cristiano “no es la ruptura final del equilibrio y la disolución, sino el tránsito hacia el perfeccionamiento”, para el agnóstico puede ser simplemente el término del ciclo vital.

Pero más allá de estas consideraciones trascendentes —se crea o no en alguna forma de vida después de ésta— la muerte es una dimensión individual, o sea que cada uno avizora y tiene su propia muerte. Si decimos que no hay dos ancianos psicológicamente superponibles, con mayor razón podemos afirmar que no hay dos muertes idénticas en tanto pensamiento y sufrimiento previos. O en tanto alegría previa, como sucede con los que han apurado una vida colmada de malos momentos —y larga, porque estamos hablando de ancianos— y esperan a la muerte como la puerta de entrada a una vida mejor.

La muerte es importante en Geriátrica porque ronda siempre este campo de estudio. La normalidad del anciano se mueve dentro de los límites estrechos de un equilibrio inestable que puede romperse fácilmente, y por eso el riesgo de muerte es mayor. Corresponde al geriatra, entonces, tener un concepto claro de este fenómeno para tomar una actitud lo más correcta posible. Considerada como un proceso natural, a veces, cuando se presenta inesperadamente, sobre todo en jóvenes o niños, es antinatural y por eso provoca rechazo y protesta. En el anciano longevo, que ve mermadas sus fuerzas y sus posibilidades de seguir viviendo, la muerte puede ser mirada como la medida necesaria para dar paso a nuevas formas de vida (1). Pero esta medida no debe ser acelerada, de acuerdo a las exigencias de los familiares, ni retardada sólo por prolongar una vida vegetativa que ya no tiene objeto. Conocer el punto medio es difícil, pero lo será menos si nos interesamos por cada paciente anciano en el trance final, mucho antes de la agonía, para procurarle una muerte apacible.

No hablamos de nuestra propia muerte sino de la de los ancianos que atendemos como médicos. A ellos debemos insuflarles optimismo, pero ya en los trances que anuncian el resquebrajamiento orgánico y funcional hay que ir preparando el terreno para la aceptación de la muerte. Así como la jubilación, que es la muerte de la vida activa, necesita de preparación para aceptarla, la muerte, aun la no cercana, también precisa de esta preparación que haga posible recibirla como un fenómeno natural emergido de uno mismo.

Si algunas experiencias pueden prepararnos para la muerte (la ausencia, el engaño, el olvido, los malos amores), generalmente esto no es así y el hombre llega desnudo a la muerte. De ahí la importancia de la preparación progresiva y armoniosa. Después de todo, llegar a la muerte es cerrar los ojos y lanzarse a un pozo sin fondo o, tal vez, a una forma de vida distinta y no necesariamente material (2). Por eso algunos investigadores hablan de conseguir un "buen morir" para el anciano, "atenuando su angustia, disminuyendo su terror, aliviando su soledad, impartiendo calma y ayudando al moribundo a conservar su dignidad en tan trascendental momento". Pero para esto no basta la palabra conveniente, sino también la solución de esos pequeños detalles que pueden hacer soportables los últimos días: una habitación sin ruidos molestos, a media luz y bien ventilada; la dieta prescrita; evitarle incomodidades como dolores, náuseas, oliguria, incontinencia, etc.

Los casos extremos se dan cuando el hombre trata de prolongar la vida o cuando, ante dificultades a veces soportables, trata de acortarla. La primera puede entenderse como el empleo de diversos medios para alargar la vida en años o la elaboración de concepciones filosóficas o religiosas "para darnos un sentido de continuidad después de la muerte" (3). Acortarla nos lleva a la eutanasia, activa o pasiva, que no es una solución para el paciente sino para los familiares. En cualesquiera de los casos, el anciano enfermo se angustia al saber que va a dejar este escenario y que la vida seguirá su marcha en su ausencia. Se pregunta qué será del espacio físico que ocupa su cuerpo y qué del psicológico "que llenamos con nuestra conducta". Le aterra la idea, y el convencimiento, de ir muriendo en el recuerdo de los familiares y amigos después de la muerte, y más todavía su desaparición total con la presencia de otras generaciones.

La preparación para la vejez y la muerte se encuentra en un buen planeamiento de la vida, a través de proyectos para cada edad y otros a largo plazo. Estos, que son la vocación, deben ser permanentes, de manera que no se terminen sólo porque se ha llegado a viejo. La vejez debe ser el remanso, el equilibrio de las antiguas tempestades, pero a la vez la época en que no se baja la guardia porque esos intereses permanentes siguen estables y, mejor, acrecentándose como una pasión sin término (4).

Un caso singular es el del paciente deshauciado. Después de exámenes minuciosos y tratamientos sin resultados positivos, el diagnóstico se confirma, se vuelve a dudar pero se confirma, y entonces el paciente queda

condenado a muerte. Aquí comienza el drama. De pronto las relaciones médico-paciente, que eran armoniosas, sufren el primer impacto de parte del médico que, impotente para curar, se olvida que otros de sus deberes son aliviar y consolar. Ya no visita al enfermo todos los días como solía hacerlo antes, o la visita es fugaz, o el interés por la evolución se reduce a pocas preguntas. Las enfermeras, movidas por las mismas razones, casi se alejan del paciente, le temen por no saber qué decirle o cómo mitigar sus dolores, y un buen día, si es una sala común, lo aislan con un biombo y terminan por recluirlo en un cuartito alejado de los demás (5). Defensor de la vida, el médico ve la muerte como una derrota personal, tanto es así que los médicos todavía jóvenes miden sus éxitos por el número de certificados de defunción que otorgan. De la otra parte, del enfermo, se opera un cambio paulatino en relación con esta actitud del personal que lo atiende: se angustia, se retrae, se da cuenta del peligro real y termina abandonándose.

Otras veces el paciente es ajeno al problema porque mentalmente no está en condiciones de juzgar su estado. Se va deteriorando, su vida se consume, y ahí sí tiene valor el comportamiento del personal auxiliar para mantenerlo aseado, procurarle sus alimentos y hacerle, hasta donde el paciente pueda reparar, agradables estos momentos. Este tipo de pacientes, sobre todo cuando caen en la depresión, necesitan ayuda constante. Diferenciar la depresión clínica de la que puede acompañar al envejecimiento y de la otra, la que aparece como parte de la enfermedad mortal, es importante porque el tratamiento es diferente en los tres casos. La depresión que antecede a la muerte necesita un tratamiento de apoyo para que no contribuya a acelerar el final.

Puede que la muerte sea un valladar donde se estrellan todas las conjeturas. Pero si sólo dijéramos que es la cesación de la vida, tendríamos que preguntarnos en qué momento termina la vida. El hombre no muere de una pieza sino a pausas. Clínicamente se le considera muerto cuando concluye la actividad cardiovascular y el probable difunto no enturbia con su aliento el espejo que se le coloca delante. O cuando no responde a la respiración artificial y a los masajes en el precordio. Más todavía, cuando la actividad eléctrica del cerebro no se registra en el electroencefalograma y la del corazón en el electrocardiograma. Pero eso es sólo clínicamente, aunque con esta apreciación pueda extenderse el certificado respectivo. Muere lo esencial del cuerpo, pero las células no agotan súbitamente su energía. La barba, por ejemplo, sigue creciendo unas horas. Muerto el cauce por donde caminaba (Nóvoa Santos decía que el sistema nervioso era el cauce por donde transitaba el alma), el alma se reintegra a la energía total del universo, o se hace nada, y esta aventura con sus dos nombres oficialmente ha terminado.

Pero antes que lo que pueda haber más allá de la muerte nos interesa el acercamiento a ella. No basta repetir lo que dijo el filósofo, que es la so-

ledad que nos queda de una presencia que hubo (6), porque eso puede ser la muerte para los que sobreviven. Y nosotros queremos una aproximación no como espectadores sino como posibles actuantes. Una cosa es enfermarse y verla venir lenta pero inexorablemente, y otra muy distinta encontrarla de pronto. Cuando la adivinamos o la intuimos, una desazón emerge de alguna parte y nos domina. Pero no todos llegan a la muerte de la misma manera. Algunos llegarán inermes y otros apoyados en el báculo de sus buenas acciones, de su pensar en el prójimo o de su certeza en una vía ulterior.

Las enfermedades incurables son los portadores que nos llevan monte abajo, aunque el camino, la forma de morir, tengamos que hacerlo a nuestro modo. Ya lo dijo Rainer María Rilke: "Oh, Señor, da a cada uno su propia muerte", y lo dijo el poeta que habló del miedo a la pérdida de la identidad y de la creación continua de Dios por los hombres. Cómo sufriría sabiendo, como sabía, que se necesita de la vida y creación de cada hombre para ir modelando a Dios y que, a su vez, cada muerte hace menos perfecto a Aquél. Porque, en lo más íntimo, la muerte puede ser la pérdida de la identidad, la captura del yo, o algo así como "la esperanza incierta de la aniquilación".

Para los que quedan la muerte es soledad, tanto más profunda cuanto menos sentido aparente tenga esa ausencia. Se fue y ya no le veremos más. El hombre de rostro enérgico como que distiende las arrugas y queda la cara lisa, incolora, muda. Alguien le cierra la boca dejándole algodón entre los labios. Le cruzan las manos sobre el abdomen que ha detenido sus alzadas y sus pausas. Para los que piensan que la vida es antes y después que la muerte, ésta apenas cuenta: nada hay sin la vida, ni siquiera la muerte. Para los otros, los que suponen que la muerte es más poderosa, con ésta termina radicalmente la vida. Se la teme, se la ignora, pero no puede eludírsela más allá de ciertos límites. No hay escondrijo posible. Como el sueño, que es su imagen, llega todas las noches, ella llega una sola vez y una sola noche. Porque esa vez se hace noche para siempre.

Los poetas idearon las elegías para cantar a la muerte. Jorge Manrique y José de Espronceda nos han dejado bellos versos sobre este tema. Somerset Maugham, el médico novelista, nunca se sentía más solo que cuando estaba en medio de una multitud ululante, y dicen que estar solo es irse muriendo un poco, ir dejando la vida en manos de los otros, pero Maugham pasó de los noventa años antes de reintegrarse a la tierra. La muerte, todos opinan, todos la evitan, todos quisieran volverle la espalda. Opina el rico, el flaco, y cada uno de los filósofos desde los esperanzados cristianos hasta los increíblemente agnósticos existencialistas. Duda y fe, certeza y desconfianza. Spinoza identifica el miedo a la muerte con la calidad inferior de la persona, y piensa que el hombre libre emplaza su sabiduría en una meditación constante acerca de la vida y no de la muerte. Los científicos, cuanto más diferenciados más se alejan de la idea de la inmortalidad del alma, como si el alma y el cuerpo fueran parte de lo mis-

mo, de la vida, y ésta tuviera su límite en la muerte.

Pero, sea cual fuere la idea de la inmortalidad del alma, el hecho concreto de la muerte no puede negarse. La muerte existe y ocurre una sola vez. Parte de la vida o instancia diferente, la muerte existe. Podemos aproximarnos a su esencia con ánimo de naturalista o afán trascendente, o dudar de su importancia, y en cualesquiera de los casos sólo conseguiremos rozarla y pasar de largo. La muerte es un enigma inextricable ante el que se estrellan todas las conjeturas. Se la asimila a un gran sueño, a un sueño sin despertar, y no son pocos los que en trances especiales tienen miedo a dormirse como significando que tienen miedo a no despertar. Un sueño sin ensueños. Pero, ante la muerte, lo que más queda y estremece es el sentimiento de impotencia, la seguridad de no volvernos a ver y una angustia vaga y doliente que nos ata al recuerdo del muerto

Estos razonamientos nos permiten decir que la muerte, por presentarse sólo una vez, es realmente importante para todos. Lo es para los familiares y amigos, que pierden definitivamente al anciano que cuidaron y para éste, para el anciano, que ya no podrá completar su programa vital. Pero si la muerte en sí es importante, también lo es el miedo a la muerte que, a veces, es un temor sin fundamento porque nada indica su posible presencia y, otras, es un temor, un terror especial cuando es evidente e inevitable. Este miedo, según Schopenhauer, ha sido el principio creador de la filosofía y de las religiones (7).

Siendo el anciano una persona potencialmente enferma, no puede contar con el mañana antes de que pase el ahora. Este tiene la brevedad de un suspiro pero sin él no cuenta el futuro. En la vida el ahora es la clave. Sin ahora no hay porvenir, sin ahora no hay vida. Y esta falta de ahora es la muerte. Pero el ahora viene del pasado, a veces resbalándose y otras por caminos menos llanos, pero de ahí viene, lo que quiere decir que sin pasado no hay ahora, que para que haya muerte se necesita de la vida.

¿Son, entonces, vida y muerte cosas diferentes pero sucesivas, o eslabones, o circunstancias antagónicas que se excluyen? Vida y muerte no pueden coexistir, pero para que haya muerte debe existir la vida primero. ¿Y la vida no viene de la oscuridad, del abismo insondable, de la nada, y la nada no es algo así como la muerte? ¿Dónde está el comienzo entonces? ¿Primero la vida, primero la muerte?

El anciano se hace estas preguntas para conciliar su pánico a la muerte con un orden de ideas más o menos coherente. Porque siempre el miedo a la muerte emerge en mayor o menor grado: si es un fenómeno natural, y lo natural no se acalla. Claro que este miedo tiene una gradiente limitada, desde el que tiene pavor a caer en el gran abismo hasta el que apenas se preocupa. Detrás del hombre, como su sombra, está el pasado que trata de tirar para que no avance el tiempo. Pero, ¿se detuvo alguna vez, podrá detenerse el tiempo con el avance de la técnica? Queda lo de Jericó, cuando el sol detuvo su marcha, y el sol con su parte de tiempo también detuvo el tiempo. Esto llevado al hombre significaría que puede alejar

a la muerte si la ciencia, que también es milagro, le presta sus conquistas para desandar el camino de los años.

Ya en el caso concreto del anciano moribundo, debemos manejar la situación con profundo respeto por la intimidad del paciente y con el trato que quisiéramos de estar en su lugar. No exagerar la nota como si le tuviéramos lástima, sino tratarle con simpatía, con el calor humano que no siempre acompaña al que desempeña una función técnica. Si el estado general desmejora y requiere de rehidratación parenteral, no seguir con este tratamiento hasta que ya no dé resultados, sino que hay que manejar la situación con ponderado criterio clínico que no tenga que ver con opiniones interesadas en acortar o prolongar la vida. En todo caso, no hacer nuestras las ideas de los que piensan que el viejo ya vivió y hay que dejarlo morir para bien suyo y descanso de los familiares. Luchar hasta donde se pueda y sea honesto, y después, si no queda otro camino, ayudarle a bien morir en paz consigo mismo y con el mundo en que vivió. De esta manera, cuando ocurra el desenlace no nos quedará el sentimiento de culpa que acompaña y sigue a los momentos de duda.

Tal vez sea importante no hacer distinciones entre ancianos enfermos no graves y graves, ni entre éstos y los desahuciados. El interés y el entusiasmo no deben disminuir en relación con los posibles resultados, porque al médico no debe preocuparle el éxito sino el cumplimiento de ciertos deberes mínimos que conforme pasa el tiempo se van acrecentando para identificarse poco a poco con los problemas del paciente.

Elizabeth Kübler-Ross (1 y 5) distingue cinco fases en la respuesta del paciente ante un diagnóstico fatal. La primera es de negación o rechazo de la realidad y dura un tiempo variable mientras se acomoda a la nueva situación. La segunda es de rebeldía o protesta, incapaz de aceptar que esto le ocurra a él, y se manifiesta por cólera y quejas continuas contra el personal que lo atiende, el que, a veces, no se pone en el lugar del enfermo y reacciona marginándolo en la asistencia. La tercera fase es la de negociación, que es "una tentativa psicológica para posponer lo inevitable". Esta tentativa se basa en promesas que luego incumple, como "si no hago tal cosa, me salvaré". La cuarta es de depresión, y sigue al fracaso de la negación y la cólera como solución al problema. Es una reacción ostensible y justificada ante la cercanía del desenlace, que terminará no sólo con la vida sino también con la identidad personal y los objetivos que no tuvieron realización completa. La quinta fase es de moderada aceptación del destino, sin ser un período de resignación y menos de felicidad. Hay menos ansiedad y depresión, y se tiende a aceptar lo inevitable dentro de "cierto grado de tranquila expectativa" (5).

Los ancianos que van a morir no pasan necesariamente por todas estas etapas; algunos las saltan y otros viven dos a la vez, y no faltan los que pasan por fases distintas de las descritas. El tratamiento, entonces, tiene que individualizarse, pero habrá siempre uno de tipo general, el contacto

humano, que no se opone con los medicamentos y más bien los potencializa. Los tranquilizantes, usados a larga mano, a menudo son más útiles para el personal asistencial que para el paciente. La palabra y el gesto siguen siendo los mejores medios cuando se acerca el final.

Un aspecto en discusión es el que se refiere a la manera cómo debemos abordar al paciente desahuciado. ¿Se le debe decir la verdad, se le debe dar esperanzas? Los criterios varían según los pueblos. Entre nosotros, generalmente, se revela la verdad a un familiar cercano y se la oculta al paciente. Depende, en todo caso, de la estructura mental del enfermo, por lo que hay que valorarla y hacer lo más conveniente para los actores del drama, los familiares y el moribundo, particularmente éste. Los autores recomiendan: "una verdad a medias, una mentira piadosa, o la verdad sabiamente dosificada" (1). Después, ya el médico a solas frente a la muerte (puede formar parte de un grupo asistencial, pero en lo más íntimo está solo), se preguntará si procedió bien, y, reaccionando, rechazará toda medida extrema sin sentido, tratando siempre de aliviar. Ya inerte, reconocerá lo difícil que es entregar un paciente a la muerte cuando se han agotado los recursos de la ciencia. Quedan, entonces, los supremos auxilios de la fe. Pero esta fe no debe ser sólo el reavivamiento de ciertas creencias tibias, sino todo un reacondicionamiento espiritual de apoyo en manos del médico, de la enfermera, del psicólogo y de la asistencia social. Hay que darle sentido a la vida en todas sus etapas, y también en ésta cercana a la muerte.

Se puede llegar a una buena muerte procurándonos una buena vida. Debemos cultivar esos valores ideales tan venidos a menos en esta sociedad consumista. Pensar en los demás, pensar en el vecino como postulaba Sartre, es un deber que no espera respuesta y sí satisfacciones personales. Sentir el dolor ajeno como propio y alejarnos discretamente en las horas de alegría de los otros, para que ellos la gocen plenamente, son actitudes olvidadas que debemos reencontrar. No son las comodidades las que pueden hacernos felices, sino nuestra proyección e interrelación con las personas que nos rodean y, en el caso del personal asistencial, con las que llegan enfermas al centro de trabajo. A ningún paciente se le debe designar por un número, o por sus iniciales, sino por sus dos nombres. Lo del tuteo no es regla general: quienes piensan que tutear a un anciano no es correcto, se darán con la pequeña sorpresa de la viejita que nos dice que la llamemos por su nombre "y nada de usted, por favor".

Pero el personal que asiste a los ancianos enfermos, a los crónicos desahuciados, debe liberarse del sentimiento de culpa o de frustración que le acompaña. En algunos lugares se realizan reuniones semanales para analizar el estado de estos pacientes, y en otros este personal se somete a pruebas grupales de catarsis, a "autopsias psicológicas" (5) en relación con el comportamiento frente a un moribundo determinado.

Diferente es la situación del anciano moribundo que es tratado en

su domicilio. Si la familia es pudiente, una enfermera se ocupa del trabajo asistencial (higiene personal, movilización periódica, alimentación, medicamentos prescritos, ayuda espiritual). Si no se dispone de medios económicos, lo que comenzó como un deber hace tiempo, cuando el viejito se hizo dependiente, va tornándose una carga pesada que no siempre se comparte: una persona, generalmente la hija que se quedó soltera, se hace del "muerto" como le llaman (a veces por los gastos que origina y otras, tal vez, como el deseo inconsciente de que llegue verdaderamente a la condición de muerto). La tarea es penosa, y nuestro deber profesional, cuando nos llaman, debe ser para el moribundo y a la vez para ese familiar que da su afecto pero se va agotando, no siempre sabe qué hacer, se angustia y termina con una labilidad emocional que se evidencia en el llanto casi inmotivado o en la risa inoportuna.

El destino del moribundo, del desahuciado, desde que se certifica el diagnóstico hasta que se le entierra, debiera correr en el aspecto económico a cargo del Estado. No tomando en cuenta a los que tienen alguna forma de seguridad social, ni a los pudientes, el resto (acaso el 40% del millón de ancianos) debe tener el amparo estatal en sus últimos momentos, mejor si este amparo sigue a la pensión de vejez universal.

Freud opone al instinto de vida o Eros el instinto de muerte o Tanatos, éste como una contribución inconsciente del hombre a su propia destrucción (8). Igual dicotomía podemos advertir en las teorías que tratan del envejecimiento: la de la actividad, que sostiene que sólo es feliz la persona activa, que produce y se siente útil, y que el anciano, por la pérdida de rol o función, es desgraciado; y la de la desvinculación, que dice que toda persona de edad necesita de cierto aislamiento social para sentirse mejor, y que, por lo tanto, no tienen valor los intentos de "acción" con los ancianos (9). Dicotomía con oposición es la regla en esta etapa de la vida y aún en la muerte: buen estado orgánico y decrepitud, optimismo y depresión, confort y pobreza extrema, agnosticismo y creencia en una vida ulterior, conservación de las funciones mentales y demencia, aseo y abandono. Dentro de estos extremos se mueve la mayoría de viejos.

*De los pacientes institucionalizados en una unidad geriátrica, el 40% muere en estado de coma, el 16% en forma súbita, otros durante el sueño y el resto en el curso del deterioro progresivo (10).*

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Jiménez Herrero, F.: Iniciación en Geriatria y Gerontología I. España, s/f.
- (2) Lladó, M.: Breve acercamiento a la muerte. Lima, Galeno, No. 63, mayo de 1976.
- (3) Sánchez Hidalgo, E. y L.: La psicología de la vejez, 2a. ed. Puerto Rico, 1975.
- (4) Beauvoir, S.: La Vejez. Buenos Aires, 1970.
- (5) Reichel, W.: Aspectos clínicos del envejecimiento. Buenos Aires, 1981.
- (6) Ortega y Gasset, J.: Esquema de las crisis. Madrid, 1942.
- (7) Ato del Avellanal, R.: La importancia de morir, Lima, 1964.
- (8) Martín, E. y Junod J.P.: Gérontologie, 10a. ed. París, 1977.
- (9) Lehr, U.: Psicología de la senectud. Barcelona, 1980.
- (10) Exton-Smith, A.N.: Terminal illness in the aged. Lancet, 2: 305; 1961.