



Journal of Behavior, Health & Social Issues

ISSN: 2007-0780

jcpedro@unam.mx

Asociación Mexicana de Comportamiento y
Salud, A. C.
México

Herrera P., Adela

Reflexiones sobre la vejez y la muerte

Journal of Behavior, Health & Social Issues, vol. 2, núm. 2, noviembre-abril, 2010, pp. 33-46

Asociación Mexicana de Comportamiento y Salud, A. C.

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282221720004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

REFLEXIONES SOBRE LA VEJEZ Y LA MUERTE

REFLECTIONS ABOUT ELDERLY AND DEATH

Adela Herrera P.

Dirigir la correspondencia a Clínica Las Condes – Facultad Medicina,
Universidad de Chile, Lo Fontecilla 441, Las Condes, Santiago, Chile.
Teléfonos: (56-2) 610 3250, o 610 3255, fax: (56-2) 610 32 59, correo
electrónico: doc.adela.herrera@gmail.com

DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA. UNIDAD
DE GERIATRÍA. CLÍNICA LAS CONDES, FACULTAD DE
MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE, SANTIAGO, CHILE

RECIBIDO: 10 DE AGOSTO DE 2010
ACEPTADO: 27 DE OCTUBRE DE 2010

Resumen

La despersonalización de la medicina, producto del individualismo y competencia, ha dejado desprotegida a la población anciana, que requiere reconciliarse consigo misma y, sobre todo, del anciano enfermo, que necesita reconocer sus aciertos y errores; que mira a futuro, la aproximación al final de su vida. En consecuencia, la medicina debe ser sensible a escuchar al paciente y responder sus preguntas, en las que el temor de los ancianos no es a la muerte en sí, sino al desamparo en el que se encuentran. Negar y temer la muerte es absurdo debido a que la vida es concedida con la limitación de la muerte.

Así, la muerte es aceptable, y los objetivos de la atención médica serán entonces el de acompañar y el de aliviar el sufrimiento, pero no el de intervenir en la prolongación de la vida biológica. La negación de la muerte, en nuestro mundo actual, ha conducido a cambios profundos que han tenido una repercusión directa en la atención a los enfermos incurables. Asimismo, se ha producido un cambio espectacular en la forma de morir. Por ende, se plantea una breve reseña de la muerte a lo largo de la Historia y cuáles son las directrices de la Iglesia en torno a la muerte y al sufrimiento. También se aborda la medicalización de la muerte y cómo se impide al moribundo comunicarse con su entorno, saldar deudas, perdonar y ser perdonado, y ser auténticamente él mismo durante el tiempo que le queda de vida. La conclusión acerca del rol que debe desempeñar el médico consiste en saber “escuchar” que muchas veces es lo que más necesita el paciente terminal, lo cual es mucho más sublime, más digno, más humano y ennoblece su quehacer.

Palabras clave: Vejez, muerte, medicina, pacientes terminales, apoyo psicológico, dolor.

Abstract

The depersonalization of medicine product of individualism and competition left the elderly unprotected. Older patients often need to reconcile with themselves, they need to recognize their successes and failures as they approach to the end of their lives. That is why medical practitioners should be sensitive to listen to the patient and give answers to their questions. The fear of the elderly is not death itself but to the abandonment in which they are. Denial and fear of death is an absurdity because life is granted with the limitation of death. The goals of medical care in this light are to accompany and to alleviate suffering but not necessarily to design interventions aimed to prolong the biological life. The denial of death in our world today, has led to profound changes that have a direct impact on the care of the terminally ill. Also there has been a dramatic change in how terminal patients die. This essay presents a brief review of death throughout history and what are some of the religious guidelines about the death and suffering. It also addresses the medicalization of death and how it prevents the dying patient to communicate with their environment, settle debts, forgive and be forgiven and be truly himself during the time left. This paper concludes that the proper role the doctor could assume is to "listen" to what the patient needs, and by doing so the work of the doctor will turn into a more sublime, decent, humane and ennobling task. *Key words:* Old age, death, medicine, terminal patients, psychological support, pain.

*Ningún hombre es libre si teme a la muerte;
sólo cuando vencemos el temor a la muerte
seremos libres.*

MARTIN LUTHER KING

Reflexiones personales

Al educarnos en el supuesto de ser cada cual una conciencia separada y única, preparamos el terreno para una sociedad necesariamente individualista, competitiva, egoísta y muy temerosa de que el "otro" invada las metas, la seguridad y las ideologías propias. Esta sociedad de consumo que se ha conformado y que sigue reforzándose día a día lleva a crear ciertas necesidades imperantes, las cuales se vuelven increíblemente atractivas, pero con precios económico, social y moral inalcanzables para las mayorías: no existe la equidad, solidaridad, ayuda desinteresada, autenticidad o amor por los demás, ni mucho menos conciencia de que con los actos se fomenta precisamente una sociedad que tanto amenaza a la persona; en suma, una sociedad donde no existe un trato humano. Además, condicionados por la educación convencional, las personas se identifican y creen de tal manera en los roles sociales que se olvidan de que son roles impuestos, y se comportan como si ellos fueran lo más importante en la vida.

A lo largo de mi vida he soñado con una medicina que observara a la persona en su conjunto y que

cubriera todas sus necesidades. La geriatría me ha otorgado las herramientas necesarias para enfrentar mi práctica clínica diaria; me he cuestionado a veces si con mi trabajo he aportado algo; al cerrar los ojos veo en una gran imagen a todos mis queridos pacientes con los que he trabajado; por supuesto, ahí veo mi aporte. Sin embargo, en una imagen reducida, observo la despersonalización de la medicina, cada vez menos comprometida, la que tiene más que ver con la gestión que con la curación "integral", lo que encuentro decepcionante y triste. Y es este mi duelo, duelo por la pérdida de la auténtica medicina, aquella donde las decisiones se toman junto a la cama del paciente y, en la medida que sea posible, con el paciente.

Y si esto es necesario en todos los grupos etéreos, adquiere máxima relevancia en el envejecimiento porque es precisamente el anciano quien más necesita reconocer sus aciertos y sus obras buenas, perdonarse sus errores y culpas... necesita "reconciliarse consigo mismo y aceptarse en todo lo que fue haciendo de sí"... Y mas aún, es el anciano enfermo el que vive su presente como una mezcla de logros y fracasos, de madurez e inmadurez, de capacidades mantenidas y reforzadas o de claudicaciones irreversibles. El anciano necesita aclarar al máximo su situación, respecto a sí mismo y al mundo que lo rodea. Mientras no logre clarificar sus dudas, mira hacia su futuro: "la aproximación al final de su vida", oscilando entre la serenidad y la angustia.

Reflexiones sobre la vejez y la muerte

Y es frente a la angustia cuando aparecen muchas de las interrogantes que los agobian en los confines de la vida. Interrogantes que sólo se podrá ayudar a dilucidar cuando se haya dado todo el tiempo necesario para conocer a nuestro paciente, sabiendo cuáles son sus inquietudes íntimas, la importancia del pretérito vivido, del futuro aún no realizado, la pena ocasionada a los suyos, y no tanto la pesadilla de la muerte en sí, ni de la corrupción cadavérica, ni de la soledad del sepulcro. En pacientes de alma religiosa, hay preocupación por el juicio de Dios y la salvación, y el médico debe procurar, a través del “diagnóstico espiritual”, dar tranquilidad en dicho aspecto. Y si fuese necesario, solicitando la ayuda de un sacerdote o de quien corresponda (“interconsulta espiritual”).

El establecimiento de esta noble y hermosa “relación clínica” me ha permitido recopilar muchas de las interrogantes que los agobian en los confines de la vida. La gran mayoría de éstas quedaron plasmadas, paradigmáticamente, luego de preguntar a un paciente muy religioso y con una larga enfermedad terminal: “Si de usted dependiera, ¿dónde preferiría estar: en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) o en su hogar?” Su respuesta fue: “En el Cielo”... Inmediatamente, él me solicita que tome apuntes de todas las interrogantes que él necesitaba dilucidar y que explicaban su gran ansiedad:

- ¿Cuánto puede prolongarse la vida?
- ¿Cómo puedo entender y aceptar mi propia muerte?
- A mi edad, ¿qué significa seguir viviendo? O bien, ¿sólo está prolongándose una agonía?
- Si yo tomo una decisión, ¿usted como médico está preparada para apoyarme?
- ¿Es muy angustiante sentir la falta de aire, morir ahogado?
- Si solicito ayuda para no sentir la angustia de la falta de aire, ¿podré aspirar al Cielo? ¿Esto no cambiará el plan que Dios tiene para mi vida?
- ¿Tiene Dios un destino para los que sufren como yo estoy padeciendo?
- ¿Cómo puedo continuar alimentando mi crecimiento espiritual?
- ¿Haré sufrir más aún a mi familia con la decisión que yo tome? ¿Están ellos preparados para respetar mi voluntad?
- ¿Cómo sé yo si es que en el momento que pierda la conciencia se van a respetar mis deseos? ¿Quién

velará porque esto ocurra? ¿Usted me acompañará hasta el final?

- ¿Me recomiendan que es mejor que esté en mi casa con todos los recursos que me presta la UTI porque desean para mí una muerte digna o sólo porque hay necesidad de camas?
- Si me voy a mi casa y se agrava mi condición, ¿qué hago? ¿Vuelvo a la UTI? Y si ésta es mi decisión (o la de mi familia), ¿habrá disponibilidad de cama o se dará preferencia a un paciente más joven o con una enfermedad rápidamente reversible?
- ¿Y si me agravo y pierdo la conciencia, quién decidirá por mí? ¿Quién velará porque se cumpla con mi voluntad? Y si lo dejo por escrito, ¿se cumplirá con mis deseos? ¿Usted respetará mi voluntad?

Sólo cuando todas estas interrogantes encontraron una respuesta, mi paciente logró alcanzar la “salud espiritual”.

Introducción

La vida es en sí valiosa y estimable, independientemente de las condiciones en que ella se configure en un momento dado. De otro modo, sería inexplicable el apego que a ella mantienen los enfermos crónicos y los terminales. Y es frente a las situaciones límites de la medicina donde la consideración de la calidad de la vida aparecerá como relevante para decidir los pasos por dar. Sabiendo que la calidad de vida es subjetiva, sólo la razón, la prudencia y, fundamentalmente, el amor podrán orientar el diagnóstico médico y el camino por seguir en cada caso concreto. Esto se consigue escuchando al enfermo, afrontando los temores y dando respuesta a sus dudas.

El Hombre tiene componentes bio-psico-sociales y espirituales. En cuanto psíquico, conoce, quiere, siente y actúa. En cuanto espiritual, es capaz de darle sentido a todo, de descubrir ese sentido, aún allí donde parezca encubierto. El médico, que debería ser el sabio por esencia, pues es el guardián de lo más sagrado: la vida, la salud, debe entender también hasta lo más profundo el porqué está obligado en un momento a entregar esa vida de la que ha sido custodio, a aquello que sería lo absolutamente opuesto: la muerte.

La cultura occidental tiende a ocultar la muerte, no hablando de ella, aletargándola en renovados placeres a fin de no recordarla, pues estima que

el saber que ella es nuestro término, convierte los goces, esfuerzos y batallas por realizaciones, en algo absurdo, y a la vida, en una pasión inútil (Sartre). En un atmósfera así, estar obligado a dar un diagnóstico que apunta a un calvario, se torna para el médico, un acto muy difícil, en ocasiones intolerable, que de todos modos debe realizar, pues la verdad, de alguna manera, directa o indirecta, apremia decirla.

Muchas veces creemos que la angustia desatada en el enfermo, al enterarse del diagnóstico, deriva sólo del terror por la muerte. Sin embargo, existen otras personas que, por variadas circunstancias – tendencia a la depresión, soledad, vida fracasada, baja autoestima, remordimientos, oportunidades perdidas, injusticias con los demás y, sobre todo, para con los familiares, manifiestan un miedo que no tiene que ver tanto con la propia muerte, como con el desamparo de otros. Vuelve a revelarse como agobiante, no la muerte en sí, la aniquilación del ser, sino lo incierto de una posible vida feliz de seres que se quieren. De ahí la expresión que hemos oído tantas veces en asilos de ancianos “No temo a la muerte, no tengo nadie a quien hacerle falta”. No es el dolor por la muerte en sí, sino por el menoscabo de vidas amadas, lo que prueba que la vida muestra siempre un sentido valioso aun para quien está ya a punto de abandonarla.

La vida, al tener presente la necesidad de crecer, madurar, gozar y elevarse hasta lo más grande, no debería experimentar sobresaltos tan angustiosos al acercarse al paso de uno de sus momentos naturales. Por lo demás, la presencia dinámica de la muerte en la mente del hombre es lo que hace que experimente su temporalidad, sepa que los momentos provechosos para realizar algo se le escapan de la mano si no se está alerta, que tiene plazos para desarrollarse, y que los instantes favorables, las épocas oportunas, no vuelven.

En el fondo pareciera que una parte notable del dolor de morir, sea un dolor de la vida por no haberse realizado de acuerdo con las posibilidades tenidas; dolor por un pasado pobre, por no haber sido aún más vida. El resto lo hace la nostalgia al aproximarse al fin de un viaje maravilloso, como es el breve viaje por el mundo. Quizás, en el caso de los ancianos, habría que precisar que no es tanto la pérdida de las posibilidades respecto al futuro lo que entristece, sino, más bien, la pérdida del poder de repetir el pasado y, en otros, de no poder corregir o cambiar

un pasado del cual “se arrepienten” y que no les permite vivir en paz su presente... no encuentran la “paz espiritual”.

Negar y temer la muerte es un absurdo: “La vida nos ha sido concedida con la limitación de la muerte; hacia ésta nos dirigimos. Temerla es, por lo tanto, una insensatez, ya que los acontecimientos seguros se esperan; son los dudosos los que se temen”. Sólo son capaces de amar verdaderamente la vida, de acometer grandes acciones, de correr riesgos y creer en el futuro quienes saben que disponen de una única existencia, que están destinados a morir tarde o temprano.

La conciencia frecuente de la mortalidad posible e inmediata durante la travesía de la vida en salud suele ser un poderoso preventivo de derrumbe psíquico cuando la muerte se convierte en una realidad: “Para morir bienaventurado, a vivir hay que aprender. Para vivir bienaventurado, a morir hay que aprender”.

Morir es un acontecimiento cierto futuro que incide manifiesta o subrepticamente en los acontecimientos del presente. “Muerte, amor y vida están ligados y tienen un lugar bien determinado en el tiempo y en la gran corriente del reino viviente sobre la Tierra, del cual nosotros somos gotas”.

La condición para aceptar la muerte es “vivir la propia vida”. “En la medida en que he vivido, puedo permitirme morir. Si considero mi vida insuficiente, gris o desdichada, no quiero dejarla; insisto en vivir más, para tener más oportunidades y ocasiones, que de hecho no tengo. En cambio, si logro congraciarme con mi vida, si puedo saludarla, perdonarla, amarla, entonces puedo separarme sanamente y con satisfacción de la vida. Para obtenerlo, tengo que perdonarme los errores que he cometido, apreciarme, mostrarme agradecido por las cosas que me ha dado, aceptar aquello que ya no puede cambiarse, abrazarme a mí mismo y darme una mano para hacer frente a la mayor de las pérdidas: mi muerte”.

No obstante, muchos están convencidos de que algún día las ciencias biomédicas lograrán impedir la vejez y suprimir la muerte, a la que se considera una enfermedad.

Así, una muerte es “aceptable” cuando se cumple con tres condiciones:

1. Las posibilidades de la propia vida han sido consumadas en su totalidad.
2. Las obligaciones morales que se tiene hacia aque-

Reflexiones sobre la vejez y la muerte

llos que dependen de nosotros han sido canceladas.

3. Nuestra muerte no hiere la sensibilidad o el sentido común, ni es un atentado contra la aceptación racional de la naturaleza humana como finita. Nótese que es ésta una definición biográfica, y no biológica, pues contiene aspectos del propio proyecto de vida y del imaginario social.

Una muerte que cumpla con estos criterios será motivo de tristeza, pero no se la podrá considerar un mal que hay que evitar. Los objetivos de la atención médica serán entonces el de acompañar y el de aliviar el sufrimiento (*caring*), pero no el de intervenir prolongando la vida biológica. No obstante, también aquí se ha de ser prudente pues el sufrimiento puede tener distintas connotaciones según las personas. Así, habrá quienes deseen evitar el dolor a toda costa y quienes prefieran padecerlo si ello, por ejemplo, les permite mantenerse lúcidos.

La conciencia tiene el poder de cambiar el envejecimiento, pero es una espada de doble filo: tanto puede curar como destruir. La diferencia radica en cómo se acondiciona o adiestra tu conciencia para adoptar diversas actitudes, supuestos, creencias y reacciones. Cuando estas pautas mentales son *destructivas*, la persona se ve impulsada por su mente a una conducta destructiva; cuando las pautas mentales son *constructivas*, la persona se ve motivada hacia una conducta de mejoramiento de sí misma.

Encontrar un sentido al dolor, el sufrimiento, la vida y la muerte es una *necesidad espiritual* del ser humano y que, precisamente, lo distingue del resto de los seres vivos.

La necesidad de plantear el tema que nos ocupa es fruto de la época y del avance tecnológico, que no muchos años atrás no hubiera tenido sentido en la medida que no se presentaban a disquisición situaciones como las actuales. Los descubrimientos científicos y la medicina, con sus incesantes y asombrosos avances que permiten prolongar cada vez más y más la vida, nos confronta con la anteriormente impensada posibilidad de intervenir sobre la muerte, su tiempo y su forma.

“El conocimiento científico incrementa nuestro poder real sobre las cosas, pero aminora y lesiona nuestra fantasía y nuestra omnipotencia mágica” (José Bleger), lo cual es especialmente visible en la construcción y el análisis de las ideas sobre la muerte.

Además, en nuestra época, la sociedad hedonista promueve la permanencia en la eterna juventud por medio de toda clase de artificios, y rechaza todo signo de deterioro, envejecimiento o cualquier otra cosa angustiante que nos contacte con el dolor y con el dolor de vivir. Al hacerlo lleva al extremo una tendencia propia de nuestro aparato psíquico, el principio del placer que, al optar por lo que acarrea satisfacción, rechaza el dolor y el sufrimiento. En los signos de envejecimiento que se rechazan, asoma el espanto ante el irremediable sendero hacia la tumba.

Entonces, ofrecer al ser humano la posibilidad de intervenir sobre su destino optando por la evitación del dolor es, sin dudas, una oferta muy tentadora; pero, como todo en la vida, también tiene su lado opuesto, pues para hacerlo deberá inevitablemente instalarse en la idea de su propia muerte, lo cual es angustiante por esencia y absolutamente contrario a esa tendencia hedonista que con gusto eliminaría del abanico de posibilidades.

La negación de la muerte, tan característica de nuestro mundo actual, ha conducido a cambios profundos que han tenido una repercusión directa en la atención a los enfermos incurables.

En sólo una generación, se ha producido un cambio espectacular en la forma de morir.

Durante siglos, las personas morían de una manera más o menos similar, sin grandes cambios. Era la muerte familiar: el enfermo moría en su hogar, rodeado de su familia (incluso los niños), haciendo del hecho de morir el acto cumbre de su existencia. De este modo, era más fácil vivir la propia vida hasta el último momento, con la mayor dignidad y sentido, rodeado de los seres queridos. En la actualidad predomina la muerte en el hospital, donde es mucho más difícil “vivir la propia muerte” como un hecho consciente y digno. Además, con la “medicalización de la muerte” se añaden otras dificultades como la eutanasia o el encarnizamiento terapéutico, aspectos éticos que cada vez adquieren mayor relevancia en el proceso de morir, sobre todo cuando esto sucede en el hospital.

La Muerte a través de la historia. Breve reseña

El comportamiento del Hombre ante la Muerte a lo largo de la historia ha estado siempre lleno de ambigüedad: entre la inevitabilidad de la muerte y su rechazo. La conciencia de la muerte es una característica fundamental del Hombre. El animal envejece

y muere. El Hombre también envejece y muere. Sin embargo, existen tres diferencias fundamentales:

- El Hombre es el único animal que sabe que envejece.
- El Hombre es el único animal que sabe que va a morir.
- El Hombre es el único animal al que le duele la vejez y que le teme a la muerte.

Dijo Schopenhauer: "El animal conoce la muerte tan sólo cuando muere; el Hombre se aproxima a su muerte con plena conciencia de ella en cada hora de su vida".

El fenómeno de la muerte ha propiciado, desde tempranas épocas, los más complejos y elaborados sistemas de creencias y prácticas mágico-religiosas, que le han servido a la Humanidad de todos los tiempos y culturas, para explicar, entender y manejar el hecho natural y físico de la muerte.

A partir del siglo IV, la Iglesia luchó contra la tradición pagana de muchedumbres que en el trascurso de mil años bailaron en los cementerios, desnudas, frenéticas, blandiendo sables. La muerte era una ocasión para la renovación de la vida.

A fines del siglo XIV, al parecer cambia el sentido de esas danzas: de un encuentro entre los vivos y los muertos, se transformó en una experiencia meditativa, introspectiva.

Las sociedades primitivas concebían la Muerte como resultado de una intervención por un agente extraño. No atribuían personalidad a la muerte. Ésta era el resultado de la intención maligna de alguien. Ese alguien que causaba la muerte podía ser un vecino que, por envidia, le miraba a uno con "mal de ojo", o una bruja, o un ancestro. Durante el Medievo cristiano y musulmán, la Muerte se consideró como el resultado de una intervención deliberada y personal de Dios. En el lecho de muerte no aparece la figura de una Muerte, sino sólo la de un ángel y un demonio luchando por el alma que se escapa de la boca de la mujer moribunda.

Durante el siglo XV, se cambia tal imagen y aparece la que más tarde se le llamaría la "muerte natural". La Danza de los Muertos representa esta situación (*Némesis Médica*, I. Illich, 1975). La muerte puede entonces convertirse en una parte inevitable, intrínseca de la vida humana, más que en la decisión de un agente extraño. La muerte se vuelve autónoma

y durante tres siglos coexiste, como agente distinto, con el alma inmortal, la Divina Providencia, los ángeles y los demonios.

A comienzos de la Edad Media, Europa se libera de su temor a la Muerte, que es a la vez temor al Juicio Final y al Infierno, por medio de las representaciones de la Danza Macabra o Danza de los Muertos, el tema más popular de la poesía, el teatro, la pintura y las artes gráficas (desde el siglo XIV hasta el XVI). A través de la aterradora iconografía, la Muerte era representada como enemiga del Hombre: portadora de arcos, flechas, látigos, redes, guadañas, relojes de arena, montada en un caballo, en forma de arpía, de esqueleto ambulante o caballero apocalíptico cabalgando sobre un montón de hombres tendidos en el suelo, en una actitud arrolladora y exterminadora.

La meditación sobre la caducidad de lo terrenal llega a ser un asunto de primordial importancia en ese mundo turbulento, en el cual la Muerte arremete contra la Humanidad, con saña inusitada. En el teatro religioso, que era aquel del pueblo, se pide que, ante todo, se le hable de la Muerte, de la omnipotencia de la Muerte y de la milagrosa salvación del alma de la garra de los pérfidos demonios, empeñados en llevarse la presa. Se aprovechan las fiestas religiosas para ofrecer a un público numeroso y altamente interesado funciones teatrales, en que se mezclan todas las clases sociales.

Naturalmente, una vez transformada la muerte en esa fuerza natural, la gente quiso dominarla aprendiendo el arte o la destreza de morir. A fines del siglo XV, la publicación más divulgada era el *Ars Moriende* (*El arte del bien morir*), de autor aún anónimo. Era un libro de cómo hacer, en el sentido moderno, una guía completa para el negocio de morir, método que habría de aprenderse mientras estaba uno en buena salud y saberse al dedillo, para utilizarlo en esa hora ineludible.

El hombre medieval se imaginaba una lucha enconada entre ángeles y diablos que se disputaban el alma del que acababa de morir. Por eso, era tan importante "morir de buena muerte": morir con la esperanza de "ganar el Reino de los Cielos". El momento cúspide era el momento de la agonía, en que el Diablo, recurriendo a su amplio repertorio de mañas y astucias, hace un último y supremo esfuerzo por inducir al fiel a la apostasía. Fue en el tiempo en que se creó el *Ars Meriende*, cuando se agregó al *Avemaría* la segunda parte: "Y ruega

Reflexiones sobre la vejez y la muerte

por nosotros, pecadores, ahora y en la hora de nuestra muerte”.

Las descripciones del Infierno eran aterradoras; por lo tanto, lo que se jugaba era la salvación o condenación eterna (*El condenado por desconfiado*, Tirso de Molina). En tanto, el perdurable efecto de la muerte, en la mente y el corazón de los hombres, queda muy bien ejemplificado en el Apocalipsis, el Corán y la *Divina comedia* de Dante.

La Danza de la Muerte o Danza Macabra hace pensar en la muerte a quienes viven despreocupados, sin pensar en su salvación, entregados al juego de las pasiones terrenales; los hace pensar en la muerte repentina, que los puede sacar inesperadamente de su existencia espléndida, su posición poderosa, de sus actividades y placeres; la muerte repentina, que, en aquella época de la peste negra, era un suceso diario, un terror cotidiano. En la Danza Macabra, el efecto psicológico sobre las masas estriba, en parte, en el contraste entre vivos y esqueletos (en ella participan todos, de todas las capas sociales y de todas las edades; a cada uno lo saca a bailar un esqueleto; la muerte lleva el ritmo).

Según Aries (*La mort inversée*), el hombre de la segunda mitad de la Edad Media y del Renacimiento deseaba participar de su propia muerte, porque veía en ella un momento excepcional en que su individualidad recibía su forma definitiva. No era amo de su vida sino en la medida que era el amo de su muerte. Su muerte le pertenecía y sólo a él. A partir del siglo XVII, la soberanía sobre la propia vida y, por ende, sobre la muerte, la compartió con su familia.

En el siglo XIX, el Romanticismo tuvo una visión dramática de la muerte. Aparecieron en escena el dolor y la desesperación frente a la muerte del otro, del ser amado y, por lo tanto, la familia nuclear y los sentimientos de sus miembros pasaron a ser muy importantes, por cuanto la familia reemplazaba a la comunidad tradicional. Además, cobra importancia el concepto de privacidad, característico de los vínculos de la familia. Así, el otro es tan próximo que su muerte desencadena emociones dolorosas e incontenibles. La muerte es exaltada. Se la considera terrible, pero hermosa, y deja de ser asociada al mal (catolicismo), cuya existencia comienza a ponerse en duda. La creencia del Infierno declina, aunque no del todo a principios del siglo XIX. Los católicos empiezan a entender la idea de Purgatorio como

paso a cierta purificación, al cabo del cual la “vida en el más allá” deviene en la Gloria Eterna. Es en el siglo XIX cuando el otro mundo es el lugar de reunión eterna de aquellos que han sido separados por la muerte.

A diferencia del cristianismo, en el islamismo la muerte es natural y sencilla, y en las ciudades islámicas los cementerios constituyen un lugar de encuentro, paseo o distracción. En la mayoría de los países musulmanes, los creyentes desconocen el sistema de concesiones temporales y economía industrial de la muerte. Todo difunto, rico o pobre, descansa en su tumba hasta el día de la Resurrección anunciada en el Corán.

¿Cómo puedo entender y aceptar mi propia muerte?

Ante el compromiso que adquirí con mi paciente y en un intento por entender el misterio de la muerte, busqué en la bibliografía y, apoyada en mi humilde experiencia clínica, las respuestas a las múltiples y profundas interrogantes que el paciente plantea.

El anciano ante la muerte

La muerte y el hecho indelible de que todos vamos a morir algún día han sido siempre tabú, al menos en nuestra sociedad. A los niños y jóvenes se los intenta mantener alejados del tema de la muerte, y sólo en la adultez comenzamos a reconocer el hecho de la muerte como existente; pero, lamentablemente, no como el hecho natural que es. El cine, la televisión y la cultura popular tienden a mostrarnos la muerte como algo oscuro y terrorífico, y rara vez se encuentran visiones más positivas de la Muerte, donde ésta se entienda como un paso más de la vida y quizás un paso hacia una vida mejor. Nuestras actitudes hacia la Muerte, entonces, tienden a tener más que ver con las influencias que se reciben de la cultura y familia, que con una valoración más objetiva de los hechos y un análisis profundo y personal.

A todos infunde temor la enfermedad y la muerte. Pero no se habla de ello, ni con los demás ni con uno mismo. En lugar de sobreponernos a este temor saliendo con franqueza al encuentro de la enfermedad y de la muerte como posibilidades más reales de nuestra existencia y entablar al respecto una conversación grave, esta conversación se elude como si la enfermedad y la muerte no existieran.

Las costumbres sociales contemporáneas facilitan mucho esta actitud. En épocas anteriores de la Historia,

eran muy visibles para todo el mundo la enfermedad y la muerte. La muerte tenía una forma que atañía a cada cual de una manera inmediata. En la Danza de la Muerte se imprimía un significado que todo el mundo entendía. La Muerte, al igual que la Enfermedad, eran presencias constantes. No puede decirse lo mismo en la actualidad. A los enfermos se les retira de la vida pública: se hallan internados en hospitales o instituciones de larga estancia. A los enfermos graves se los instala en salas aparte: están enfermos, por así decirlo, en secreto. En caso que alguien fallezca, los demás enfermos generalmente no se enteran de manera directa; la muerte se desliza subrepticamente por la sala, no le está permitido mostrarse. Con frecuencia se cuida de que el moribundo, poco antes de su traspaso, abandone el hospital. Si, por una parte, esto responde a la buena intención de que el enfermo regrese al ambiente familiar, junto a sus deudos, para despedirse de todos ellos, por la otra significa también significa que se destierra a la Muerte del hospital; no se le permite que ocupe un lugar en este centro de "curación". Incluso al propio moribundo se le intenta enmascarar la Muerte. El médico le administra morfina, con frecuencia, para por primera vez ahorrarle un fin demasiado doloroso, pero no deja de hacer con ello lo que todo el mundo desea en secreto: que la muerte acontezca en plena inconsciencia. En la mayor parte de los países, el cementerio no está situado ya en el centro de la ciudad, sobre todo en las grandes urbes, donde hay que buscar donde se encuentran los muertos; en las afueras de la ciudad, bajo una cúpula de verdor, cercado, cubierto, oculto se halla el lugar del último reposo.

El solicitar ayuda, ¿me impedirá aspirar al Cielo? ¿Cómo puedo continuar alimentando mi crecimiento espiritual? ¿Esto no cambiará el plan que Dios tiene para mi vida?

Pío XII dirigiéndose a un grupo internacional de médicos reunidos en el Vaticano en 1957 y ante la pregunta: ¿existe la obligación moral de rechazar analgésicos, a fin de aceptar el dolor físico en nombre de la fe?, el Papa respondió: "La analgesia está en concordancia con el deseo del Creador de que el sufrimiento sea controlado por el hombre".

En la actualidad, las líneas directrices de la Iglesia en su actitud ante el sufrimiento han tomado una postura bastante más sensata. Así, las recomendaciones de la Pastoral de la Salud (Cerreras, 1993) establecen:

No buscar arbitrariamente el sufrimiento.
Eliminar el sufrimiento innecesario.
Aliviar el sufrimiento de los demás.
Asumir el sufrimiento inevitable en comunión con el Crucificado.

Porque, efectivamente, el dolor y el sufrimiento son muchas veces inevitables. Son consustanciales con la existencia humana. El dolor posee un poder reformador (C. Cantú): "Posee un poder reformador, nos hace más buenos, más compasivos, nos centra en nosotros mismos, nos persuade de que la vida no es una distracción, sino un deber".

Como consecuencia de una educación religiosa anómala, algunas personas creen que, de alguna manera y como buen cristiano, está obligado a sufrir como sufrió Jesucristo. Es inimaginable la cantidad de dolor evitable que se ha padecido a través de la historia por culpa de esas ideas.

Jesús de Nazaret fue torturado y asesinado, y de ninguna manera se trasluce en su doctrina que se está obligado a sufrir como Él. Al contrario, los Evangelios no se cansan de ponderar la misericordia del Maestro hacia los dolientes y su constante curar y aliviar a los enfermos, de toda clase de enfermedades, corporales y espirituales. Jesús quería el fin de todo sufrimiento. Él tomó las dolencias humanas y cargó con las enfermedades. Además, se preocupó de que sus seguidores hiciesen lo mismo que Él: "Los envió a proclamar el reinado de Dios y a curar a los enfermos". No se sabe en qué momento de la Historia sus seguidores, o algunos de sus ellos, comenzaron a desobedecer el mandato divino de curar y aliviar el sufrimiento.

¿De dónde habrán partido esas historias de que el dolor es bueno y necesario para compartir con Dios una eternidad apacible y feliz? Frente a cualquier duda es necesario decir que Jesús (Dios) no podía querer para sus hijos algo que tampoco quería para Él: al comenzar su agonía, también Él pidió a quien podía ayudarlo que le aliviase su sufrimiento: "Padre mío, si es posible, que se aleje de mí ese trago" (Mateo 26, 39).

En efecto, no era sufrir lo que Jesús buscaba en su caminar hacia la Muerte, sino la obediencia a Dios, la verdad y el amor por el Hombre. Si esa búsqueda lo llevó al calvario, no era ésa la meta de su camino. La cruz para Jesucristo es solamente el precio de la fidelidad y el amor.

Reflexiones sobre la vejez y la muerte

El dolor, la cruz y la muerte no son bienes que deben buscarse y en los cuales complacerse. Para los religiosos, es la obediencia fiel a Dios; son la verdad y el amor los que cuentan. Por ellos vale la pena vivir, resistir, luchar y morir si es necesario. Es decir, *sufrimiento por amor, no amor por sufrimiento*.

Mientras tanto, la "cruz" seguirá siendo una locura y un escándalo en la economía de la salvación. Dios ha puesto su fuerza salvadora para dar a entender que hasta en lo más absurdo e incomprensible su gracia resulta eficaz. El dolor no es una bendición de Dios; la "cruz" lo es; pero precisamente porque libera del pecado, del dolor, del sufrimiento, de la Muerte. La "cruz" sigue siendo "cruz", misma que el Crucificado no buscó directamente. Y el dolor sigue siendo dolor. Quien sufre no es solamente por eso un predilecto de Dios. El Dios de Jesús no es quien castiga: Él es el que salva. La voluntad de Dios no es el sufrimiento, sino la liberación del mismo. Dios no nos hizo dioses. Nos hizo limitados y libres. Y allí, en la limitación y en la libertad, están los orígenes del sufrimiento y del mal.

La resignación, como respuesta religiosa al sufrimiento inevitable, no puede aplicarse; no puede aceptarse su aplicación al dolor físico susceptible de alivio.

La idea del sufrimiento como castigo por nuestros pecados debiera ser sencillamente abandonada. Nuestros pecados son sólo los errores necesarios de cualquier aprendizaje, y el sufrimiento que conllevan, el precio de la sabiduría; una de las formas en que la existencia nos devela sus secretos.

Para muchos, el concepto de "muerte digna" se asocia al hecho de morir sin dolor, sin sufrimiento, rodeado de sus familiares y sin un exceso de intervencionismo exterior. Permitir que el paciente experimente un dolor insoportable, o un sufrimiento intolerable, es una práctica médica inmoral. El alivio insuficiente del dolor y el sufrimiento es la más escandalosa y persistente de las negligencias médicas. El hombre sensato y amante de la Humanidad sabe que no puede ser masoquista, encontrando un gozo enfermizo en el dolor. Sabe que la enfermedad, como cualquier otro sufrimiento, es en sí misma un mal. Marx decía: "Adornar con rosas las cadenas para que escondan las esclavitudes que provocan". El dolor es dolor, y el sufrimiento es sufrimiento. Y duele. Y se sufre. No sentirlo es insensibilidad.

Unamuno expresaba: "Aunque lo creamos por autoridad, no sabemos tener corazón, estómago o

pulmones hasta que no nos duelen, oprimen o angustian. Es el dolor físico, o la molestia, lo que nos revela la existencia de nuestras propias entrañas. Y así también ocurre con el dolor espiritual, con la angustia, pues no nos damos cuenta de tener alma hasta que ésta nos duele".

Encontrar un sentido al dolor, el sufrimiento, la vida y la muerte es una necesidad espiritual del ser humano y que, precisamente, lo distingue del resto de los seres vivos.

La misión de los profesionales de la salud es, en efecto, el alivio del dolor y del sufrimiento y posponer el momento de la muerte ("curar enfermedades") siempre que sea posible; el alivio del sufrimiento, no tanto. En consecuencia, los profesionales debemos recordar que *no estamos ahí para que el enfermo no sufra, sino porque sufre*. En los casos en los que no sea posible evitar el dolor o el sufrimiento, al Hombre le corresponde darle un sentido. Según sea nuestra actitud ante estas situaciones, el dolor y sufrimiento pueden llegar a ser un camino de perfeccionamiento y crecimiento interior. Alfred de Musset, poeta francés del siglo XIX decía: "El Hombre es un aprendiz; el dolor es su maestro".

Los hombres causamos buena parte del sufrimiento en la Tierra. Pero hay otro sufrimiento que es inherente a la limitación humana y, por lo tanto, inevitable.

No es Dios el responsable del sufrimiento, sino la libertad del Hombre. Cuando Dios hace libre al Hombre, introduce la incertidumbre en el mundo. Ya nada es previsible ni puede planearse. El Hombre libre es la improvisación de la Historia. A partir de entonces, todo puede ser, todo es posible: en bien y en mal, en heroísmo y en cobardía, en sublimidad y en bajeza.

La muerte familiar

La sociedad actual y el problema de la muerte: medicalización y negación de la muerte

La muerte es un hecho tildado de ambigüedad: natural, trasclásica –como el nacimiento, la sexualidad, el hambre, la sed o la risa, social, como cualquier episodio de la praxis humana–; pero también cultural, percibido, vivido bajo una apariencia que debe servir para explicarlo y para justificarlo. Este suceso llega a todos los hombres de todas las clases y de todas las naciones, pero les llega en situaciones sociales

específicas. Está determinado para cada hombre según su dependencia de clase, familia, nación, cultura y religión.

Cada hombre piensa su muerte y la de los suyos; cada hombre muere su muerte, y esa muerte está ampliamente predeterminada (Siegler).

Se dice que al ser la muerte algo natural, todos los hombres son iguales ante ella. Dicho así, se atribuye a la muerte significaciones universales, trascendentes en relación con las prácticas reales de la muerte, que sirven para justificar la muerte como natural y, por lo tanto, para ocultar la ausencia de igualdad frente a la muerte, para disfrazar la desigualdad de las oportunidades de la vida de los hombres, para hacerlas aceptar como naturales (la fatalidad), es decir, para hacer aparecer como natural e inevitable un sistema de vida fundado en la desigualdad.

La sociedad de hoy está basada en el binomio producción-consumo, y la muerte viene a anunciar el final del consumo. Por este motivo, se promueve el consumo y se rechaza la muerte. La muerte aprobada socialmente ocurre cuando el hombre se ha vuelto inútil no sólo como productor, sino también como consumidor. Y, en un último esfuerzo, consigue transformar la propia muerte en mercancía de consumo, en correspondencia con el estatus social (la potente industria funeraria mueve cada año muchos millones de dólares).

Vivimos en una sociedad donde los medios de comunicación nos bombardean continuamente con un prototipo de imagen a imitar (gente joven y bella), donde el objetivo es la acumulación de bienes, de fama y de poder y, en la cual, poco tiempo y ganas hay de pensar en el asunto escabroso de nuestra finitud, de nuestra propia muerte.

En nuestra sociedad actual existe una auténtica glorificación de la competitividad. En nuestra cultura se exalta la rivalidad y se admira el triunfo conseguido en situaciones de enfrentamiento que, en una forma más o menos obvia, siempre requieren un vencedor y un vencido. Sería mejor que las personas se comparasen y compitiesen consigo mismas, con un legítimo y sano deseo de superación, que intentar continuamente ser mejor que el vecino y tener más que éste, ascendiendo puestos a costa del prójimo, muchas veces a costa de derrotar al colega, compañero o familiar. La ciencia, el saber, la información, la fuerza física, incluso el talento, se erigen en instrumentos de poder y, querámoslo

o no reconocer, éste está fundado siempre en generar lo menos aceptable de la condición humana: el temor al otro.

Además, en nuestra sociedad contemporánea existe un culto a la belleza, la juventud y el dinero, porque se busca en ellos la seguridad. La expresión "pobre viejo" resume todo el desprecio del mundo, la miseria total. La pobreza era una bienaventuranza en el Evangelio; ahora se ha convertido en una maldición. Quien no tiene juventud ni dinero está sin protección contra lo que más tememos: la muerte. Protección evidentemente ilusoria, porque también mueren los jóvenes y los ricos.

Pero, pobres y viejos nos frustran ante la imagen que buscamos. Nos presentan un espejo en el que no queremos reconocernos, una imagen "que no coincide". Rechazamos vernos en ellos como realmente somos: profundamente minusválidos, pobres, débiles, mortales.

Evely, en *El hombre moderno ante la muerte*, dice:

A base de querernos parecer a un modelo artificial, nos convertimos en unos extranjeros ante nosotros mismos.

A base de alejar a todos los seres que nos recuerdan que hemos de morir, creamos el desierto a nuestro alrededor.

A base de apartar lejos de nosotros la debilidad y la muerte, hemos apartado la vida. Porque la vida humana es frágil, vulnerable, mortal. No existe vida humana sin cierta aceptación de la muerte, sin cierta familiaridad con ella.

Al envejecer, sabemos que nos acercamos al final de la vida, porque en nuestra época la muerte se asocia con la vejez.

El rechazo por la vejez no solamente se explica por causas estéticas; las señales de vejez apuntan a un cuerpo repelente, temido, causa de espanto: del "cuerpo-cadáver". La muerte celular, la muerte de la tersura de la piel, la muerte de la firmeza muscular, la muerte de la agilidad, la muerte de la agudeza de los sentidos (especialmente la vista y el oído), la menopausia metaforizan "pequeñas muertes" irreversibles que anuncian, desde el deterioro del cuerpo vivo, el advenimiento inexorable del cuerpo muerto. En la juventud puede proyectarse imaginariamente la inmortalidad, en la vejez no puede dejar de "concretarse" la marca certera de la mortalidad.

Reflexiones sobre la vejez y la muerte

“En mis sienes jaspea la ceniza precoz de la muerte” (Gabriela Mistral)

Así, nos encontramos con una sociedad que, siendo mortal, rechaza la muerte. Este rechazo social a la muerte no ayuda al Hombre en el momento en que tiene que enfrentarse a ella. Contrasta este rechazo total por parte de la sociedad, con la angustia, mayor que nunca, que el Hombre, individualmente, siente ante ella. El Hombre de hoy tiene problemas muy graves. Se hace cada vez más necesario que el Hombre experimente la tragedia de su destino: la muerte.

Nuestra sociedad competitiva, mercantil y triunfalista tiene pocos hábitos y actitudes compartidos, solidarios. Sin embargo, se ha unificado en una respuesta de vergüenza frente a la muerte. Admitirla sería como aceptar un fracaso en el mandato social de ser felices y tener éxito. La muerte, hecho esencial a la existencia humana, pasa a ser un acontecimiento absurdo; es una falla sin justificación, puesto que ya no se cree en la existencia del mal (que le daría sentido), ni en la sobrevivencia del alma (que la anularía). Esta pérdida de sentido hace que el temor a la muerte sea difícilmente manejable.

Se ha llamado *desocialización de la muerte* a la falta de solidaridad y al abandono con respecto a los ancianos, los moribundos, los difuntos y también los supervivientes. El resultado de esta actitud es la sustitución de funciones. Acompañar al agonizante, al moribundo, amortajar el cadáver, velarlo, recibir los pésames son cosas que hoy día los familiares ya no quieren hacer. Así, de la *muerte familiar* hemos pasado a la *muerte escamoteada*, escondida, oculta.

Todo ocurre como si nadie supiera que alguien va a morir, ni los familiares más cercanos, ni el médico... ni siquiera el sacerdote cuando, con un subterfugio, se lo hace venir. Reducido a una suma orgánica de síntomas, difunto ya en el sentido etimológico del término (privado de función), al moribundo ya no se le escucha como a un ser racional, tan sólo se le observa como sujeto clínico, aislado cuando ello es posible, como un mal ejemplo, y se lo trata como a un niño irresponsable cuya palabra no tiene sentido ni autoridad. Los moribundos ya no tienen estatus y, por lo tanto, tampoco tienen dignidad. Son seres clandestinos. (*Vivir el morir*, Ariés)

Medicalización de la muerte

Los cambios a través de los siglos, en relación con la muerte, son tan lentos que casi no son advertidos por los contemporáneos. Desde hace un tercio de siglo, la muerte, otrora familiar, se ha convertido en algo vergonzoso que es causa de interdicto. El embuste, la mentira al enfermo acerca de su enfermedad y el cerco de silencio se tornan algo corriente. Ya no se muere en casa, sino en el hospital, a solas, rodeado si acaso por desconocidos. La vida obligadamente feliz debe alejar toda idea de muerte. Las apariencias de “siempre vivo” predominan en la sociedad.

Se esconde el paso de la muerte; se la disfraza a los niños. El muerto debe ser evacuado lo antes posible. Entonces, el luto se hace en la intimidad y se comparte poco el dolor. La muerte prohibida pertenece a una sociedad industrializada donde predominan los valores narcisistas de felicidad, poder y lucro. En nuestra sociedad estamos asistiendo a una verdadera sociopatía de la muerte, que racionalmente la niega, pero que de hecho no ofrece la necesaria protección física, psíquica, moral ni espiritual contra ella. Quizás el abandono de una cultura de la muerte conduce a su culto irracional, a su retorno obsesivo en la angustia del Hombre de nuestro tiempo.

Se tardó poco tiempo en averiguar cuál era el sitio ideal para esconder al moribundo: el hospital. Pero muchas veces, la llegada del enfermo moribundo al hospital no está exenta de problemas: cae en nuestras manos, y no somos capaces (porque así se nos enseña) de estarnos “quietos” cuando no en pocas ocasiones lo menos malo que podríamos hacer por ese enfermo es estarnos “quietos”.

Actualmente, la mayoría de las personas van a morir al hospital. La muerte ha cambiado de cama. Ya no se muere en el domicilio rodeado por los seres queridos. Se han elegido los hospitales con su masificación y deshumanización para que la muerte pase desapercibida y se convierta en algo ajeno, aséptico, silencioso y solitario: paradigma de *miseria espiritual*.

La muerte ha dejado de ser admitida como un fenómeno natural necesario; es un fracaso. Es la opinión del médico que la reivindica como su razón de ser. Pero él mismo no es más que un portavoz de la sociedad, más sensible y más radical que la media. Cuando la muerte llega, se considera como un accidente, como un signo de impotencia o de torpeza, que es preciso olvidar. No debe interrumpir la rutina hospitalaria, más

frágil que la de cualquier otro medio profesional. Por lo tanto, debe ser discreta, "de puntillas". Sin duda, es deseable morir sin darse cuenta, pero también conviene morir sin que los demás se den cuenta.

La participación de la familia en la muerte de uno de sus miembros se ve muy acotada, o desaparece casi del todo, cuando el enfermo es hospitalizado. Los adelantos de la medicina han dado popularidad al hospital como único sitio adecuado para el que va a morir, aunque el recurso de la hospitalización también se debe a que las familias actuales difícilmente pueden hacerse cargo del cuidado de un enfermo terminal. Pero, además, y sobre todo, el hospital coloca a la Muerte fuera del hogar y permite ponerla a cierta distancia.

El hospital de hoy es un sitio para diagnosticar y curar, y para ello, en él trabajan profesionales preparados y entrenados, y por este motivo es un mal sitio para llevar a los enfermos terminales que, por definición, ya están diagnosticados y son incurables. El intento de domesticar el morir y a la muerte puede convertir la agonía y la indigencia humanas en una situación cruel, desproporcionada, injusta e inútil, tanto para el paciente como para su familia.

La sociedad, actuando mediante el sistema médico, decide cuándo y después de qué indignidades y mutilaciones el paciente morirá. La medicalización de la sociedad ha traído consigo el fin de la época de la muerte natural. El Hombre occidental ha perdido el derecho de presidir su acto de morir. La salud, es decir, el poder autónomo de afrontar la adversidad, ha sido expropiada hasta el último suspiro. La muerte técnica ha vencido y destruido a todas las demás muertes: ha ganado su victoria sobre el acto de morir.

El deseo de tener una muerte propia es cada vez más inusual. Dentro de poco será tan raro como llevar una vida personal... se llega, se encuentra una existencia ya preparada, no hay más que revestirse en ella... se muere como parte de la enfermedad que sufre ... Pues, desde que se conocen todas las enfermedades, se sabe que las diferentes salidas mortales dependen de las enfermedades, y no de los hombres: el enfermo, por así decirlo, no tiene nada más que hacer ... Su muerte, naturalmente, es trivial; sin más requisitos. Antes se sabía que cada cual contenía su muerte, como el fruto a su semilla. Uno tenía su muerte, y esta conciencia daba una dignidad singular, un silencio orgulloso. Morían según lo que eran y según aquello que hubieran llegado a ser.

La medicalización de la muerte, y tal como es practicada, tiene como consecuencia expropiar al hombre de su muerte. Según J. Q. Benoliel (*Institutional dying: A convergente of cultural values, technology and social organization*) existen tres maneras de evitar "médicamente" la confrontación con la muerte.

La eutanasia activa: una forma tremenda de proceder
Jugar a la comedia con el moribundo: es una forma más sutil, más hipócrita, muy practicada en nuestra sociedad. Se adoptan actitudes, se dicen palabras respecto a que la muerte no está allí. Este engaño impide al moribundo comunicarse con su entorno, saldar deudas, asuntos pendientes, perdonar y ser perdonado y ser auténticamente él mismo durante el tiempo que le queda de vida.

Esta comedia termina habitualmente con la utilización de verdaderos "cocteles líticos": estos poseen la extraña virtud de permitir que el moribundo se deslice en una especie de inconsciencia y de evitar en esta forma que perturbe los equipos que lo cuidan: se elude la implicación personal en un diálogo con el moribundo, obstinándose en hacerlo vivir después de la hora de su muerte. Es, sin duda, la más fuerte tentación a la cual se someten los médicos, quienes difícilmente soportan su impotencia ante la inminencia de su fracaso; más aún cuando todavía se les enseña que su fin último es "curar".

Vejez, espiritualidad y muerte

La condición para aceptar la muerte es vivir la propia vida, como sugiere Simmons: "En la medida en que he vivido, puedo permitirme morir. Si considero mi vida insuficiente, gris o desdichada, no quiero dejarla; insisto en vivir más para tener más oportunidades y ocasiones, que de hecho no tengo. En cambio, si logro congraciarme con mi vida, si puedo saludarla, perdonarla, amarla, entonces puedo separarme sanamente y con satisfacción de la vida. Para obtenerlo, tengo que perdonarme los errores que he cometido, apreciarme, mostrarme agradecido por las cosas que me ha dado, aceptar aquello que ya no puede cambiarse, abrazarme a mí mismo y darme una mano para hacer frente a la mayor de las pérdidas: mi muerte".

Y es función del médico *detectar la sintomatología espiritual y encauzarla hacia quien provea adecuado diagnóstico y tratamiento*; ya que, al menos en mi

Reflexiones sobre la vejez y la muerte

experiencia personal, uno los objetivos más importantes en mi constante trato con personas mayores en el ocaso de la vida es poder ayudarlos para que sean capaces de decir: “Me encuentro en paz, en armonía interior”, “La vida es linda; valió la pena vivirla”, “No tengo nada pendiente”.

El paciente que se halla en esta etapa es el que no le teme a la muerte porque ha alcanzado la “salud espiritual”, la cual es posible conseguir y acrecentar incluso cuando el bienestar físico, psíquico y social esté deteriorado irreversiblemente (Biblia).

Conclusiones

Es indispensable tener presente la idea de dignidad de vida al decidir entre la vida y la muerte en situaciones en que la vida no puede prolongarse indefinidamente y en cualquier condición en que se ha perdido la dignidad intrínseca. Considerar la dignidad de la vida parece éticamente más recomendable que detenerse sólo en su calidad. Para Roa la idea de *calidad de vida* tenía que ver con “el agrado que la vida me provoca o con el grado en que las molestias que ella trae *per se* son compensados por dichos agrados” (concepto emitido en su lecho de muerte).

Para nosotros la muerte está siempre presente en nuestra mente; es nuestra acompañante habitual, dinamiza y pone plazos para todo quehacer, pero no integra en su interior la esencia misma de la vida. Ésta es actividad innovadora incesante; la muerte, dormición perpetua. Si la muerte formase parte de la estructura natural biológica y antropológica nuestra, nos sería familiar, y su recuerdo no provocaría estremecimiento. Pero es en realidad un acompañante imperceptible e incesante que camina a nuestro lado a lo largo de la existencia e impone más que un término, una violencia, una corrupta disolución, desencadenando una escalofriante visión de lo siniestro. Sin embargo, se nos olvida que la antípoda de lo siniestro es el amor; sólo el auténtico amor del médico y de quienes velan junto al anciano proporciona el ansiado horizonte de serenidad y paz, pues el amor intimida a la muerte, convirtiéndola no en una aniquilación, sino en un letargo.

El amor a los seres queridos –que prima sobre todo temor– hace soportable en el anciano el miedo al dolor y a la muerte. Sabe que al mostrar él cierta paz y tranquilidad evita el sufrimiento de los otros, y eso le da entonces sentido al sufrimiento: es un

sentido para los demás. El sufrimiento también tiene sentido cuando se evita el dolor de otros.

Cabe preguntarnos qué papel le corresponde a la sociedad actual, donde se ejerce esta medicina moderna, ya que condiciona en gran medida las actitudes de los profesionales de la salud. Quizás un gran cambio de estas actitudes se logrará cuando se acepte que ya somos una sociedad envejecida, sólo así se entenderá que las menos de las veces vamos a curar, pero las más de ellas tendremos que saber atender, asistir, aliviar, acompañar (incluso en el duelo) y, por sobre todo, saber “escuchar”, algo que nadie nos enseña y que muchas veces es lo que más necesita el paciente terminal, lo cual es mucho más sublime, más digno, más humano y ennoblece nuestro quehacer diario.

Referencias

- Arenillas, M. G., Vargas, E., & Moreno, A. (1995). Ensayos clínicos en ancianos. *Problemas éticos en relación con el paciente anciano*. (pp. 195-204). Madrid: EDIMSA.
- Beauchamp, L., & Chilfress, F. (1999). *Principios de Bioética*. (Cuarta Ed.). España: Masson.
- Callahan, D. (2000). *The Relevance of the Age for Health Care*. Callahan.
- Cox, C., & Sachs, G. (1994). Instrucciones anticipadas y la PSDA Estadounidense. *Clínicas de Medicina Geriátrica. Ética clínica*, 3, 413-426.
- Cuyas, M. (1998). *Cuestiones de Bioética. Fundación MAPFRE Medicina*. España: Madrid España.
- De Beauvoir, S. (1989). *La vejez*. Barcelona: Edhasa.
- Faden, R., & German, P. (1994). Calidad de vida: consideraciones en geriatría. *Clínicas de Medicina Geriátrica. Ética Clínica*, 3, 521-532.
- Fins, J., & Blacksher, E. (1998). The Ethics of Managed Care: Report on a Congress of Clinical Societies. *Ethics in Managed Care. Journal of the American Geriatrics Society*, 46 (3), 309-313.
- Gracia, D. (1989). *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema.
- Gracia, D. (1998). Fundamentos y enseñanza de la bioética. En: *Estudios de Bioética Ética y Vida* (1). Colombia: El Búho.
- Gracia, D. (1998). Fundamentos y enseñanza de la bioética. En: *Estudios de Bioética, Ética y Vida* (2). Colombia: El Búho.
- Gracia, D. (1998). Fundamentos y enseñanza de la

- bioética. En: *Estudios de Bioética, Ética y Vida* (3). Colombia: El Búho.
- Gracia, D. (1998). Fundamentos y enseñanza de la bioética. En: *Estudios de Bioética, Ética y Vida* (4). Colombia: El Búho.
- Gracia, D. (1991). *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema.
- Gracia, G. (1995). Problemas éticos en relación con el paciente anciano. (Pp. 11-17). Madrid: Médicos.
- Hamel, M. B., Teno, J.M., Goldman, L., & et al. (1999). Patient Age and Decisions to Withhold Life-Sustaining Treatments from Seriously, Hospitalized Adults. *Ann. Intern. Med*, 130, 116-125.
- Herrera, A. (2004). Bioética y Envejecimiento. Un Paradigma de Discriminación En: Bioética. Fundamentos y dimensión práctica. (371-353). Chile: Mediterráneo.
- High, M. (1994). Toma de decisiones subrogadas: ¿Quién decidirá por mí cuando yo no pueda hacerlo? *Clínicas de Medicina Geriátrica. Ética Clínica*, 3, 427-444.
- Lázaro, M., Morelo, L., González-Esteban, J., & Ribera, J.M. (1994). La geriatría vista desde la atención primaria. *Rev. Esp. de Geriatr. Geront.*, 29 (supl 1), 24.
- Mahowald, M. (1994). Diversas maneras de pensar: aspectos generales y problemas éticos. *Clínicas de Medicina Geriátrica. Ética clínica*, 3, 385-400.
- Marshall, B. (1998). *Ethical and Legal Issues. Practice of Geriatrics*. Duthie, Katz, Third Ed.
- Martínez, A. (1995). Anciano, coste sanitario y soporte social – Papel del Estado. Problemas éticos en relación con el paciente anciano. (pp. 211-218). Madrid: EDIMSA.
- Pellegrino, E. (1993). The metamorphosis of medical ethics. *JAMA*, 269, 1159, available via: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.269.9.1158>
- Pinillos, J. L. (1994). *Una aproximación pluridisciplinar al entorno de la vejez. Colección Gerontología y Sociedad*. (pp. 9-20). España: Fundación Caja de Madrid.
- Ribera, J. (1995). Paciente anciano y atención sanitaria: ¿un paradigma de discriminación? En: *Problemas éticos en relación con el paciente anciano*. (Pp. 19-32). Madrid: EDIMSA.
- Ribera, J. (1995). El problema de la información. En: *Problemas éticos en relación con el paciente anciano*. (pp. 111-120). Madrid: EDIMSA.
- Roa, A. (1998). La Bioética en la medicina del año 2000. En: Roa, A. (Ed.). *La Medicina hacia el año 2000*. Santiago: Universitaria, 154-157.
- Rodwin, M. (1998). Conflicts of Interest and Accountability in Managed Care: The Aging of Medical Ethics. En *Ethics in Managed Care. Journal of the American Geriatrics Society*, 46 (3), 338-341.
- Suárez, J. (1998). *Medicina Intensiva Geriátrica Proporcionalada. Bioética y Medicina Intensiva. Dilemas éticos en el paciente crítico*. Madrid: Ed. Méd.
- Warren, J., Sobal, J., & et al. (1986). An Issue in Research with Elderly Patients. *Informed Consent by Proxy. The New England Journal of Medicine*, 315, 1123-1128.