

CONCEPCION DE LA MUERTE EN EL MUNDO DE HOY*

Prof. Sebastiano Fiume**

Elegir un tema como el del impacto que tiene en el hombre moderno el concepto de la muerte puede parecer un intento de querer ir con lo que está de moda. Sin embargo, he elegido intencionalmente el tratar este problema, con el fin de discutir uno de los fenómenos más importantes de nuestro tiempo. Esto es, a medida que el hombre ha dado lugar a los progresos de la técnica en la manipulación de la persona humana enferma, el problema del impacto del mismo ante la muerte ha llegado a ser de más amplia e intensa resonancia.

Cuando hablamos de la muerte quisiéramos, aun cuando de esta forma el problema llega a ser muy vasto, incluir todas aquellas situaciones de muerte civil en las cuales se encuentran los viejos, los marginados y aquellos que, sobreviviendo a las enfermedades inflamatorias o de algún otro origen, quedan sin esperanza, en un área de estancamiento que únicamente tiene como salida la muerte.

Es del todo inútil hablar de socializar a estas personas, ya que si la situación actual parece difícil, es fácil prever que una mayor intervención de los jóvenes podría empeorarla, en el sentido de empujar dentro de esta área de estancamiento a nuevos individuos de edad más precoz que la de los anteriores.

El problema de la muerte atañe además a otra gran cantidad de personas, las cuales han tenido que pasar por una unidad de reanimación y de terapia intensiva.

Nosotros mismos nos hemos enfrentado anteriormente a este aspecto peculiar de la vida moderna y hemos ilustrado las distintas manifestaciones que responsabilizan al médico, que envuelven a la familia en difíciles situaciones psicológicas y que colocan al enfermo en una situación irreversible de aislamiento o de pérdida de autonomía, al recuperar su físico pero no su cerebro, restituyendo así a la sociedad un individuo que ha perdido su autonomía y que depende totalmente del ambiente exterior.

Nosotros no queremos evaluar la tesis de Illich cuando habla de la inutilidad y sobre todo del desgaste económico que las unidades de terapia intensiva comportan. En realidad, nos interesa tratar fundamentalmente ciertos aspectos de estas unidades, en los cuales se intenta una lucha contra la muerte, aun cuando ésta parezca inminente. En este sentido, nos parece que la finalidad de estos servicios es en alguna forma traicionada. Según mi opinión, la tarea peculiar de los servicios de terapia intensiva es la de hacer superar un estado de peligro y no la de hacer perdurar, sin ninguna posibilidad de recuperación, a un enfermo en estado de coma *depassé*.

Todo esto implica un enorme gasto de dinero, de energía y de medios que podrían ser invertidos en tareas más apreciables.

No obstante ser esta situación bien conocida, la sociedad actual no sólo no regatea sus medios en favor de estas instituciones sino que, por el contrario, sigue creando nuevas o equipando las ya existentes.

Me parece que esta actitud, seguramente no censurable desde el punto de vista moral, tiene que ser adecuada a la disponibilidad de los medios técnicos y, por lo tanto, al tecnicismo que ha caracterizado a nuestro siglo. Demuestra una confianza ilimitada, a menudo irracional, en la capacidad técnica para revolucionar la condición humana, sobre todo caracterizada por su finitud.

Esta situación —angustiosa según Heidegger— ha sido, sin embargo, afrontada por la humanidad con distintas actitudes, las cuales reflejan las diferentes condiciones culturales que el universo ha afrontado durante su evolución.

Queremos referirnos de manera especial a todas aquellas creencias del hombre en los albores de su aparición en la tierra; cuando la fe absoluta en los poderes maléficos de ciertas personas o de determinados objetos, hacía creer que la muerte era debida siempre a terceros elementos extraños al individuo y pertenecientes a un mundo mágico, fundado sobre influjos maléficos de personas o entidades sobrehumanas.

Esto se ha ido sustituyendo progresivamente por una nueva actitud fundada en la ineluctabilidad de la muerte, unida a la misma naturaleza marcescible del cuerpo humano; actitud atenuada por la idea de la inmortalidad del alma. De aquí que el pensamiento de la muerte, penetrado de intensa religiosidad, es temido y deseado al mismo tiempo.

También esta actitud ha experimentado variaciones a lo largo de la evolución del tiempo. En efecto, el hombre ha pasado de una actitud propiciatoria para su alma, la cual se evidenciaba a partir de manifestaciones groseras de devoción (entierro en las iglesias, legados para misas perpetuas, etc.), dirigidas a la obtención de protección y a garantizar, en cierto sentido, la vida en el otro mundo, a una actitud distinta, procedente del concepto adquirido de enfermedad, que sin embargo es acompañado por el juicio divino que se emite en el momento de la muerte.

La muerte adquiría así otra dimensión, unida al *redder rationem*, en la cual el sujeto que iba a morir se presentaba con cierta fastuosidad, rodeado por familiares que lo asistían moralmente, rezando e intercediendo por él, y por el cura que lo asistía y pedía el perdón a la divinidad.

Toda esta aparatosidad tomaba el sentido de una ceremonia trágica y austera en la cual el dolor de la separación de los familiares se unía con el terror y la espera del juicio supremo que la divinidad emitía sobre la vida del que iba a morir. Además, y sobre todo, el enfermo participaba del dramatismo de la separación con saludos, llantos, plegarias fúnebres, vestimentas lúgubres, etc.

Desde el inicio del siglo XX este cuadro se modifica en forma progresiva: la verdad de la muerte —dice Ariés— empieza a volverse un problema. Hay que aliviar al enfermo, al cual hay que evitar la pena de padecer por sí mismo el trauma de la separación.

* Texto leído en el "Congreso de Psiquiatría Social" que tuvo lugar en Lisboa del 8 al 15 de octubre 1978.

** Roma (Italia). El autor ha enviado en castellano este texto para su publicación en *Salud Mental*.

Pero este trauma no solamente hay que ahorrárselo al moribundo sino también a la sociedad y, de manera particular, a los familiares mismos.

La sociedad queda en efecto perturbada por el horror de la agonía y por la simple presencia hipotética de la muerte en la plenitud de la vida feliz (ya que está generalmente admitido que la vida es siempre feliz y que siempre tiene que aparentarlo así).

La evolución de este concepto se acelera de 1930 a 1950 con el cambio del lugar en que se muere. En efecto, ya no se muere más en la propia cama y en la propia casa sino en el hospital.

Este cambio del lugar en donde la muerte se realiza procede de una serie de factores que van desde los psicológicos, recién aludidos, hasta la revalorización del hospital, antes considerado como "el refugio de los desdichados y de los desheredados".

En el hospital el enfermo muere cuando su hora ha llegado, pero no más macerado por la tristeza de la temida separación y por el sufrimiento.

Y —nótese bien— no es la indiferencia hacia los moribundos lo que determina esta evolución del concepto de la muerte, sino que, por el contrario, como afirma Gorer, "el dolor reprimido, la prohibición de manifestarlo públicamente, la obligación de sufrir solos, a escondidas, hacen más pesado el trauma debido a la pérdida de la persona querida".

La muerte de un pariente es siempre sentida como en la época romántica, pero las manifestaciones son discretas y sin publicidad.

"Sólo nos falta un ser y todo aparece desierto". Pero este sentimiento, aun siendo sentido de esta manera, no puede manifestarse abiertamente.

La muerte (Gorer: *The Pornography of the Death Encounter*, octubre 1955), ha llegado a convertirse en un "tabú" y es rechazada por la sociedad moderna. "La prohibición de la muerte sigue a un largo periodo de varios siglos, en el cual la muerte era un espectáculo público, del cual nadie habría pensado sustraerse y que incluso era buscado" (Aries).

Mientras que antes el moribundo fallecía sin apuro y también sin demora, a fin de que la escena de la despedida no fuera ni eludida ni prorrogada, hoy día el moribundo es "el que no tiene que darse cuenta". Aislado en un hospital, lejos de sus cosas y de sus familiares, el moribundo desconoce en general la programación de su muerte, la cual a menudo es solamente conocida por el médico que impersonalmente lo tiene a su cuidado, y que a veces se encuentra también en la posibilidad de decidir el día y la hora en los cuales el enfermo cesará de vivir.

En una palabra, se ha transformado el hospital en una ciudadela en la cual se le han quitado las espinas a la rosa de la muerte. Pero también esta actitud, aunque reciente, ha sido ulteriormente influenciada por la escasa conexión de la persona humana con los preceptos religiosos. El cristianismo se ha vuelto un aparato represivo, mientras que antes aparecía como un medio de evolución: no ha sido capaz de integrar el progreso del espíritu sino que más bien ha tratado de reprimirlo y lo ha hecho a un lado. Por lo tanto, nuestra actual visión científica del mundo termina en un abismo, allí donde debiera empezar la metafísica.

Nuestra visión del mundo —según Niklas Stiller— al no encontrar colocación en el orden del cristianismo, ha caído en el desorden y en el miedo, el cual se convierte en pánico.

La ciudadela ha cedido, no ofrece más protección, la muerte tiene de nuevo sus espinas y no se habla más de ella. ¿Cómo se enfrentará el dolor? Nadie —se afirma—

nos obliga mientras tanto a enfrentarnos con la muerte: pagamos a los especialistas que nos libran de estas molestias. Desde el momento en que estamos obligados a partir de la constatación de que, antes o después, ella nos alcanzará, preparamos a estos especialistas con todo lo mejor: con el pensamiento científico y con la racionalización procedente del humanismo. Les pagamos bien, los honramos y les creamos un ambiente de trabajo lo más favorable posible.

Mientras que antes eran los curas los que cumplían la función principal con respecto al dolor y a la muerte, ahora son los médicos.

Y ya que la muerte se ha vuelto un pozo sin fondo, con el cual nadie quiere tener intereses, los médicos, que de ella se ocupan cada día, son circundados por el siniestro resplandor de los iniciados. Caballeros sin mancha ni miedo, se enfrentan con las exigencias y responden a las proyecciones que de ellos se esperan.

En esta nueva organización funcional convergen sobre el médico los atributos del brujo, del hechicero y del sacerdote de las religiones primitivas.

Los médicos han aceptado esta función que consiste en distribuir confianza, esperanza y tranquilidad a los que están por morir. Sin embargo, debido a la rapidez a la cual nos ha acostumbrado nuestro tiempo, también esta actitud se está modificando.

El psicólogo David Gutman escribe: "Hemos aprendido a humanizar a los pobres, a las minorías, a los diferentes. Ahora nos estamos dando cuenta de que la de los moribundos es, en absoluto, la categoría más deshumanizada de todas. La sociedad industrial contemporánea, demasiado ocupada en enfrentar los problemas de los vivos, no ha sabido tomar en consideración el problema más fundamental, es decir, el de los que están por morir: el derecho a una muerte natural, sin angustia, sin miedo, sin sufrimiento".

El problema del impacto ante la muerte es de gran actualidad en los países anglosajones, pretendiéndose hacer posible para cada ciudadano "una buena muerte".

La muerte, que hasta hace unos años era un argumento, un tabú, al punto de que se encerraba a los moribundos en adecuadas secciones apartadas, como las de terapia intensiva, en donde el enfermo era del todo despersonalizado, ha llegado a ser de nuevo objeto de estudio.

Según los partidarios de la buena muerte, ésta no debería realizarse en los tristes y anónimos pasillos de los hospitales, sino posiblemente, como en los tiempos pasados, en la propia casa, en la propia cama, rodeados por el cariño y los cuidados de los parientes y de los amigos. No obstante, una encuesta desarrollada entre las familias de los moribundos ha puesto en evidencia que el 80% desea lo contrario por miedo a no encontrarse en condición de asistirlos. Por lo tanto, aún admitiendo que para una "buena muerte" el lugar más oportuno sea la propia casa, nos damos cuenta de que las personas que trabajan todo el día fuera de la casa, no se encuentran en posibilidad de asistir a una persona en graves condiciones.

La alternativa en esta situación son los *hospices*, estructuras particulares que se encuentran entre la clínica y el hotel, los cuales, nacidos en Inglaterra como instituciones, se están difundiendo también en América. Los *hospices* están diseñados de tal manera que se haga lo menos penoso posible para el enfermo y para sus familiares el decurso final de la enfermedad; por ejemplo, los equipos médicos están reducidos al mínimo para no dar al enfermo la sensación de estar en un hospital. La preocupación fundamental es "ofrecer al enfermo un ambiente lo

más parecido al de la casa: acogedor, adornado con esmero, con pisos alfombrados y con cortinas de colores vivos”.

Se anima a los enfermos a llevar una vida lo más normal posible, recibiendo visitas a cualquier hora del día o de la noche —incluidos los niños— y saliendo del edificio acompañados por parientes o por asistentes sociales.

El punto cardinal que gobierna la actividad de los médicos y de los enfermeros que trabajan en los *hospices* ingleses o americanos, consiste en la sinceridad con el enfermo, en la franqueza para decirle las cosas como son. En el momento en que franquean el umbral de la institución, los pacientes saben de qué enfermedad están afectados y qué tiempo les queda de vida.

La difusión de los *hospices* y los cursos escolares de “educación hacia la muerte” pueden dar una idea del absoluto pragmatismo con el que los anglosajones tratan de enfrentar un problema tan complejo y traumático como el de la muerte. Prácticamente se ayuda al enfermo a morir bien y a no vivir a la fuerza a costa de inútiles e inhumanos sufrimientos. Y en efecto, a menudo el médico (el joven en particular) se cree comprometido a luchar, por un malentendido sentido del deber, para que el enfermo siga viviendo.

En el *Newsweek* se ha escrito que es un error seguir enseñando en la universidad que la muerte del paciente es “una derrota del médico” y que, como consecuencia de esta actitud, éste termina por sentir el deber de lidiar con la muerte una lucha porfiada y obstinada o, por el contrario, por sentirse asustado hasta el punto de huir ante ella.

Para finalizar, y para no caer en pragmatismos que sería de lo más inoportuno aplicar a un tema que implica la personalidad de cada enfermo, tan distinta en sus características personales y ambientales, nos parece oportuno recurrir a una palabra de buen sentido, que ha tenido adecuada aceptación en la prensa. Nos referimos más que nada a una exacta descripción hecha por Víctor y Rosemary Zorza (El Nuevo Diario, 1-2 de julio de 1978) concerniente a los últimos días de vida de su hija Jane, hospedada en un *hospice*. Ellos sostienen que también la muerte puede tener un semblante dulce, e inician su crónica de la siguiente manera: “a veces, lo que más tememos es muy distinto de lo que esperábamos. . . La forma especialmente penosa en que se ha desarrollado el tumor maligno de nuestra hija Jane parecía anunciar un periodo de sufrimientos y tormentos tales que temblamos ya sólo de pensarlo. Luego nos dimos cuenta de que el periodo de máximo sufrimiento fue aquel durante el cual los médicos se negaban a decir cuales eran sus posibilidades de supervivencia. Cuando finalmente, tras meses de incertidumbre, le fue comunicado que le quedaba poco tiempo, Jane lloró un poco y después sonrió con los ojos todavía lúcidos. No hubo grandes y angustiados sollozos, sino más bien una triste resignación, casi de alivio, acompañada de muy pocas lágrimas. La muchacha afirmó: “Ahora quiero disfrutar

cada día que me queda, quiero ser feliz y quiero que ustedes me ayuden a serlo” .»

Los esposos Zorza trazan un diario muy exacto de los días que precedieron a la muerte de su hija y sus distintos estados de ánimo. Ella fue especialmente feliz cuando se le permitió volver a su casa. La casa tenía un sentido atemporal y la presencia de todas las cosas queridas le proporcionaba una sensación de alivio. Los Zorza hablan también de la actitud de los médicos, los cuales se sentaban a la cabecera de la muchacha, charlaban de los viejos tiempos, le apretaban la mano, le preparaban la comida vegetariana que ella prefería. Pero este estado de aparente serenidad siguió únicamente hasta que se presentaron dolores intensos y fue necesaria una nueva ida al *hospice*. Ahí, lo sucedido, es decir: la disminución de los dolores, no fue un milagro, sino la aplicación espaciada y ponderada de los conocimientos médicos y de cariñosos cuidados por parte de las enfermeras a una enferma de cáncer y a su familia. La enferma fue satisfecha en sus deseos, tanto en lo que se refería a su propia persona como en relación a la disponibilidad hacia su familia, ya que ayudar a los parientes era tan importante como ayudarla a ella misma. Jane parecía feliz: hablaba de la muerte y del miedo que leía en los ojos de sus padres y sostenía que “ella también hubiera tenido miedo si lo hubiera intuido en la expresión de sus seres queridos”. “Si hubiera logrado —decla el padre— hacerme aceptar el pensamiento que siempre había rechazado y demostrarme que era posible morir con tranquilidad y con dignidad cuando llegara la hora, esto habría sido una gran herencia y el máximo regalo que hubiera podido dejarnos, y con el simple hecho de aceptarlo le habríamos devuelto el mismo don facilitándole la muerte”.

Todo lo dicho hasta ahora atestigua el intento del hombre por tratar de superar el trauma del tránsito de la vida a la muerte, pero ¿es en realidad posible superar este trauma?

Creo que más que la muerte, como afirmaba Jane, lo difícil de lograr es la aceptación de la muerte: el hombre, en efecto, no tiene miedo a la muerte sino a la agonía, la cual significa lucha. Agoniza el que vive luchando en contra de la misma vida. Una frase de S. Teresa de Jesús afirma en efecto: “muero porque no muero” (Unamuno: *La Agonía del Cristianismo*).

Afirma López Ibor: “La muerte es la terminación de la agonía, de una crisis que es la que hace sufrir y por eso tantos prefieren, aún hablando de ella, la muerte sin agonía. Toda agonía es lucha y sufrimiento. En la agonía de la crisis angustiada, la marea anuladora del yo se defiende y se entrega, los instintos se someten y acaban por sublevarse; todo el ser es lucha pura que hace presentir algo, que no sabe qué es, pero que se presiente como algo tremendo, insoportable”.