

# Tanatología: Una perspectiva distinta de la muerte

(primera parte)

MSP. Verónica De León R.<sup>1</sup>, Dr. Constantino Cuetos M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Directora y tanatóloga de la Institución «Dejálos ir con amor» LAP, <sup>2</sup>Profesor-Investigador Titular

T.C. C.U.H.C.-Facultad de Medicina U.A.S

*“Preocuparse por la muerte no significa una evasión ante la vida, la integración de la idea de morir, permite a nuestras vidas concebir proyectos más conscientes y meditados, no derrochando demasiado tiempo en cosas sin importancia”.*

*“Todos sabemos que hemos de morir algún día, pero nadie lo cree realmente. La muerte es evidente, inevitable y universal; en la dimensión de lo temporal todo ser viviente está condenado a morir”.*

Desde el principio de los tiempos el ser humano luchó contra la idea de la muerte, brujería, religiones, incluso la medicina fueron territorios en donde se combatía o por lo menos, se postergaba la muerte; el hombre notaba la proximidad de su fin y actuaba en consecuencia según su momento histórico cultural.

Así, por ejemplo, en las diversas tradiciones de la sabiduría oriental hay una concepción y aceptación más abierta del morir: en el hinduismo, el taoísmo y particularmente en el budismo, la muerte es concebida como un tránsito, como un cambio de ropaje del cuerpo hacia otras “vidas”.

Entre las civilizaciones que dieron gran importancia a la muerte, destacó la egipcia: con rituales sofisticados, creencia en otros mundos, viajes subterráneos, juicio individual al morir y situaciones de premio y de castigo. Como creyeron que el alma regresaba a ocupar el cuerpo del muerto lo momificaron para asegurar su supervivencia. Esta operación u osificación que pretendía hacer del muerto un dios se complementaba con invocaciones, lecturas y oraciones. Al final del proceso se colocaba a la momia la máscara funeraria mientras el sacerdote decía: “Nunca dejarás de estar vivo, nunca dejarás de rejuvenecer para siempre”. La última ceremonia era la apertura de la boca que se realizaba en la tienda de la purificación o a la entrada de la tumba. Al mismo tiempo se hacían aspersiones, ofrendas, sacrificios, fumigaciones con incienso, pronunciamiento de fórmulas mágicas y religiosas que se acompañaban con los rituales del oficiante.

De acuerdo con el mito, el muerto renacería cuando su principio vital reencarnara en el cuerpo intacto. Los egipcios, al igual que otras sociedades tradicionales, entendieron la muerte como una ruptura y trataron de hacerla más soportable a través de los rituales de despedida o funerales, cuya finalidad es preparar al muerto para su nuevo destino.<sup>1,2</sup>

En la década de los 50s surgió la tanatología

actual como disciplina sistematizada relacionada con el estudio de la muerte y el morir, la psiquiatra suiza Elisabeth Kubler Ross (1926-2004) fue la pionera en desarrollar esta disciplina a partir de investigaciones en los campos de la medicina, la psicología y la sociología. Su objetivo es rescatar y valorar el bien morir. Pero, para que esto realmente suceda, estas tres áreas del conocimiento humano tendrán su razón de ser si se nutren en la filosofía, la teología, (aunque uno mismo sea agnóstico), el amor, la compasión y en la creatividad necesaria para acompañar a cada ser absolutamente singular<sup>3</sup>.

El tema de la muerte es uno de los más difíciles de tratar en Medicina y en la Vida, en occidente es un tema tabú, que asusta y se niega, se oculta sin mencionar su nombre, es un tema multidisciplinario que rebasa con mucho el modelo hegemónico actual que se limita sólo al componente biológico. Su entendimiento implica para su cabal comprensión, de abordajes filosóficos, religiosos, espirituales, tanatológicos, artísticos, sociológicos y económicos.

La ciencia y la tecnología han logrado importantes avances en las últimas décadas, lo que ha permitido alargar la vida de los enfermos terminales a través de por ejemplo, los trasplantes de órganos con lo que la esperanza de vida actualmente es superior a los 70 años<sup>4</sup>.

Paradójicamente, estos avances científicos presentan nuevas inquietudes sobre el significado de la vida, el morir y la muerte. Hoy se tiene en cuenta la autonomía y la dignidad del paciente terminal; florece la filosofía del cuidado paliativo para los moribundos; los humanistas estudian los aspectos particulares de la muerte en la niñez, la ancianidad, el suicidio, la aflicción del duelo, la ansiedad de la muerte, las doctrinas escatológicas; se profundiza sobre las causas de la muerte, la enfermedad terminal, las conductas que amenazan la vida, los riesgos que se afrontan, los diferentes matices culturales y legales de la sociedad contemporánea; es en este contexto, en el que se le ha dado importancia a la Tanatología, disciplina que da sentido de coherencia, respetabilidad y capta al mismo tiempo, el halo misterioso que rodea la muerte<sup>5</sup>.

En 1981 el historiador francés Aries<sup>6</sup> expresó que las actitudes cambian con el tiempo y reflejan los temores, las esperanzas, las expectativas, la conciencia

comunitaria y también individual de la muerte. Las clasificó en cuatro períodos: la muerte doméstica, de uno mismo, del otro y la muerte prohibida.

**La muerte doméstica.** Esta actitud predominó hasta la Edad Media. La muerte se miraba con familiaridad según la prédica del Eclesiastés: “Hay tiempo de nacer y tiempo de morir”. Ese *misterium tremendum et fascinans* era considerado como la parte final de una vida consagrada al trabajo y al temor de Dios. Como la expectativa de vida era muy corta se pedía que la muerte no fuera repentina: *A subitanea et improvisa morte, libera nos, Domine*. La cercanía de la muerte convertía el cuarto del moribundo en un lugar público, pues la muerte era sentida por la comunidad<sup>7</sup>.

El moribundo confesaba sus faltas, decía adiós, daba bendiciones, impartía órdenes y consejos, tomaba una actitud decorosa, recibía los últimos sacramentos y esperaba la muerte, todo esto después de hacer el testamento, preparación para dar a cada uno lo suyo: “el cuerpo a la tierra, los bienes a los herederos, las deudas a los acreedores, la limosna a los necesitados y el alma a Dios”. Era de usanza negar la extremaunción a quien no hubiera hecho el testamento. También se negaba la asistencia médica. Claro que entre las funciones del médico se incluía la amonestación para que el enfermo confesase y recibiera la Eucaristía. Para la época, el Papa Pío V otorgaba un plazo de tres días para la confesión del enfermo so pena de negar la atención médica<sup>8</sup>. Las oraciones católicas que mejor recuerdan la muerte domesticada son el *Miserere mei Deus secundum magnam misericordiam tuam... ten piedad de mí, Señor, conforme a tu clemencia... lávame más y más de mi culpa y de mi pecado purifícame; purifícame con el hisopo y seré limpio y más blanco que la nieve... y el De profundis clamavi ad te, Domine; Domine, exaudi vocem meam... desde el fondo del abismo he gritado hacia Ti, Señor; Señor, escucha mi voz... que tus oídos estén atentos al grito de mi súplica*<sup>9</sup>.

**La muerte de uno mismo.** Esta actitud predominante en los siglos XII a XV miró la muerte como individual e íntima. Se descubrió la idea de la vida como una biografía sometida a los conceptos judiciales del mundo, extensibles al más allá. La iconografía religiosa, inspirada en el evangelio de San Mateo, muy cercano al pensamiento de los egipcios, enfatizaba la resurrección de los cuerpos, el proceso del juicio y la separación de justos y condenados. En este período florecieron los pequeños manuales sobre el Arte de Morir o *Ars Moriendi* que instruían al moribundo, con letras y hermosos y terroríficos grabados en madera, sobre el comportamiento debido en tal circunstancia para vencer las asechanzas del demonio, morir de buena muerte, tener un juicio celestial benigno, expiar menos “tiempo” en el purgatorio, alcanzar la gloria celestial y librarse de la condenación eterna. Las asechanzas eran cinco: las dudas de la fe, la mala conciencia, ese abominable animal según Lutero, el apego a las riquezas, la desesperación por los sufrimientos y la soberbia al enorgullecerse de la virtud.<sup>(10)</sup> Según Gómez Sancho,

el *Ars Moriendi* “era un libro de ‘cómo hacer’ en el sentido moderno, una guía completa para el negocio de morir, un método que habría de aprenderse mientras estaba uno en buena salud y saberse al dedillo para utilizarlo en esa hora ineludible”. La oración de la iglesia que mejor describe este período de terror es el *Dies Irae*, *dies illa*, poema compuesto por el franciscano Jacopone da Todi en el siglo XIII, donde evoca el día del juicio sin esperanza en el Ser Supremo: día de ira, el día aquel, que reducirá el mundo a cenizas... cuán grande será el terror, cuando aparezca el juez para sentenciarlo todo con rigor... ¿qué he de decir, entonces, miserable de mí?. Al parecer la liturgia romana seleccionó las partes más tristes y desesperadas de las plegarias visigóticas para incorporarlas a esta cadena de temores, castigos y fuegos eternos.<sup>(11)</sup> Fue en esta época cuando se agregó al Ave María aquello del “Y ruega por nosotros, pecadores, ahora y en la hora de nuestra muerte”. También de las representaciones de la Danza Macabra o Danza de los Muertos, tema recurrente en la literatura, las artes gráficas y los libros de horas, donde los vivos en su diversidad social bailan con los muertos, recorderis permanente de la fugacidad de la vida y la cercanía de la muerte al igual que el *tempus fugit* de los relojes. Cada representación de la Danza Macabra trae su sentencia explicativa que es la de un “*Memento mori*”<sup>12</sup>.

**La muerte del otro.** La percepción de la muerte como destino natural y como biografía dio paso, en el siglo XIX, a la actitud por la cual el miedo y la fascinación por la muerte personal fueron transferidos a otra persona, casi siempre el ser amado. Se dio importancia a la aflicción por la pérdida, la separación del ser querido. Se vio la muerte como el último acto de la relación personal. Esta actitud anticipó las experiencias del duelo manifestadas por el estrés corporal, la preocupación psicológica, los sentimientos de culpa, la inexpresividad y la desorientación. Las diferentes manifestaciones artísticas reflejaron la aflicción por la separación de los seres amados y el reencuentro después de la muerte y no tanto el sueño eterno. Entre las manifestaciones de la muerte del otro figuran el repique de campanas, los funerales, la señalización de las tumbas, la visita a los cementerios y la observación de sus obras artísticas. “La visita de este hermoso cementerio casi lleva a desear la muerte”<sup>13</sup>.

**La muerte prohibida.** Las actitudes descritas todavía tienen influencia. La muerte se mira con ternura, dramatismo o se ansía para el reencuentro con los seres queridos. Hoy, la actitud ha cambiado debido a la prolongación de la vida, la menor influencia de la religión, la desintegración de la familia, la asistencia al moribundo fuera de su casa, la medicalización de la muerte. Hay menos conciencia y respeto por la muerte. La preocupación es vivir con calidad la vida y no vivir para la muerte. Las enseñanzas de los textos sagrados que por más de dos milenios sirvieron de guía para la buena muerte y la salvación del alma como el *I Ching*, el libro tibetano de los muertos, el libro de los muertos de

los egipcios y las *Ars bene Moriendi* fueron reemplazados por la mejor asistencia en la fase terminal<sup>14</sup>. Antes se escribía más sobre la muerte y menos de la angustia de la vida. En Francia, en el siglo XVII, el tema de la muerte estaba presente de 7 a 10% de los libros editados<sup>15</sup>.

Otro aspecto importante de la actitud hacia la muerte en el siglo XX es la percepción de lo que significa ser humano, alguien con autonomía, derechos, expectativas y creencias propias sobre la muerte y el más allá. El hombre es un individuo, miembro de la especie pero también persona y por lo tanto ser único.

La muerte es un concepto abstracto; el morir o "morida" es un proceso real, actividad que se efectúa en una circunstancia determinada. En los últimos años muchos investigadores han descifrado en parte las vivencias del moribundo en relación con la conciencia, la trayectoria, las etapas, las fases del morir y la definición de la muerte apropiada.

**Conciencia de la muerte.** Inicialmente el paciente desconoce los signos de la muerte próxima por ignorancia o engaño. Luego, sospecha su situación al observar los cambios de actitud de las personas, las diferentes terapias, la visita de médicos especializados, el agravamiento de la enfermedad y la falta de respuesta a los interrogantes. Ante la sospecha decide seguir la trama del engaño y se comporta como si nada hubiera pasado. Este engaño se debe al temor de enfrentar la situación. De allí que el paciente sufra más y llegue, en ocasiones, a la desesperación, caso en el cual busca la salida a través de la verdad que lo lleva a sentirse libre y tomar las decisiones más convenientes para su situación<sup>16</sup>.

**Trayectoria del proceso de morir.** Puede ser un proceso lento en las enfermedades degenerativas; rápido y esperado en casos de infarto del miocardio; rápido e inesperado como en el deterioro súbito de una condición hasta entonces estabilizada. Durante el proceso de morir se puede tener la certidumbre de muerte en tiempo conocido, por ejemplo en casos de metástasis o desconocido como en la esclerosis múltiple. También puede haber incertidumbre de muerte en tiempo por esclarecer como en la cirugía exitosa de cáncer, pero con posibilidad de recurrencia e incertidumbre de muerte en tiempo desconocido como en las enfermedades crónicas de evolución incierta<sup>17</sup>.

**La muerte digna o apropiada.** Según Veisman, para que alguien muera dignamente, debe tener poco dolor y sufrimiento con mínimo empobrecimiento social y emocional. Dentro de los límites de su incapacidad, debe funcionar en el nivel más alto y efectivo posible, aunque sólo quede una muestra de sus capacidades anteriores. Debe reconocer y resolver conflictos anteriores, así como satisfacer cualquier deseo que sea consistente con su condición presente y sus ideales, tener la posibilidad de ser atendido por personas de su confianza así como la opción de buscar o renunciar a personas significativas. No perder la esperanza, bien de la

curación, de la ausencia de dolor, de lucidez mental hasta el final, buena calidad de vida en la fase terminal y ser asistido por un médico humanista. En pocas palabras, la muerte con dignidad es la muerte que alguien escogería para sí mismo si tuviese la oportunidad<sup>18</sup>. Los atributos del proceso orientado hacia la buena muerte se resumen en seis temas, que involucran los componentes biomédicos, psicológicos, sociales y espirituales: adecuado tratamiento del dolor y los síntomas asociados; buena comunicación y decisión; preparación para la muerte; espiritualidad y sentido existencial; contribución al bienestar de otros, sea en regalos, tiempo o conocimiento; confirmación de ser una persona única e íntegra<sup>19</sup>.

Estudios antropológicos, sociológicos, y psicológicos muestran que cuanto más avanzamos en el tiempo, y más ascendemos en la escala social y urbana, hay menos proximidad con la muerte, menos conciencia de muerte y más soledad. La muerte antaño era una figura familiar, era parte de la cotidianidad. Admitirla hoy, es casi provocar una situación excepcional teñida de dramatismo. Algunos estamos saliendo de ese período de negación de la muerte: en que se la escondía, se tenía vergüenza, se la negaba. "De eso no se habla", "Es obsceno", "Es demasiado triste". Los ritos de la muerte habían perdido validez. Frente a la muerte sólo se intentaba eliminar el cuerpo que delataba el fracaso humano<sup>20</sup>.

El desarrollo contemporáneo de la ciencia y la tecnología ha contribuido a fortalecer la creencia a esperar imposibles. Nadie debiera enfermar. Nadie debiera envejecer, nadie debiera morir. Nadie debiera sufrir. Esta negación de la muerte y de la naturaleza humana, no logra sostenerse en la realidad. En consecuencia, la muerte se asocia al fracaso de la ciencia y la tecnología.

Al Médico se le educa y entrena para enfrentar la enfermedad y para conservar la vida pero no se le forma en el manejo de la muerte, que es una circunstancia ineludible, el final previsible de todos los pacientes y una experiencia inevitable a corto o mediano plazo y con menor o mayor frecuencia para el equipo médico.

Lo anterior se deba quizá, porque el contenido psicodinámico de la respuesta del Médico ante la muerte sea en principio negar la vulnerabilidad de la vida y la limitación de los esfuerzos ante lo impostergable de la muerte; también quizá porque desde el primer año de la carrera, la filosofía siempre tiende hacia la vida, a promoverla y preservarla y porque no se habla de la muerte, sólo hasta que tenemos que vivirla con los propios pacientes o cuando nos toca la experiencia con alguien muy cercano, es que llegamos, después de un enorme esfuerzo de autocrítica, a percatarnos de que la muerte es la que le da el sentido de existencia a la vida y nos enseña a valorarla en una dimensión más objetiva: la de la finitud que nos hace simplemente humanos.

A lo anterior es necesario agregar las contradicciones de nuestra sociedad mercantil, dado que la Medicina es cada vez más una actividad

profesional que se ve afectada por costos progresivamente mayores. La forma de morir es considerada claramente selectiva: depende de la capacidad adquisitiva de cada quien, lo que plantea un serio dilema filosófico sobre la dignidad intrínseca de los seres humanos<sup>(21)</sup>.

La ambivalencia y la incertidumbre propias del tema de la muerte no tiene lugar en las estadísticas de los Comités de morbi-mortalidad: sería muy interesante, por ejemplo, el planteamiento de una metodología estadística para un Comité de mortalidad digna<sup>22</sup>.

Se debería tener un papel definido con respecto a las anteriores consideraciones, muchos de los pacientes y sus familiares tienden a adoptar aquellos patrones de conducta y creencias de su Médico en el momento de verse enfrentados a la muerte: tal es el estado de indefensión y vulnerabilidad de esa experiencia.

Además de la alienación propia de la vida en nuestra sociedad consumista, este estado de crisis existencial, hace ávidos de orientación, apoyo y guía a las personas que no han querido saber del proceso de morir, sobretodo, si sus familiares tienen sentimientos de enojo y culpa; su Médico debe ser capaz de poderlos orientar y darle un sentido a esta experiencia, así como guiar a los familiares en el manejo de sus propias vivencias y apoyo al moribundo. Si somos capaces de orientar y resolver un proceso de parto, debemos serlo también para un proceso de muerte, tal es la amplitud de nuestro contacto con la realidad humana.

El momento del inicio de una vida humana o el momento del alta de un paciente gravemente enfermo son situaciones felices en la práctica cotidiana. La muerte digna de un paciente que ha sido adecuadamente conducido en su proceso también debería de ser una de las situaciones más nobles del quehacer médico.

### **EL PACIENTE TERMINAL.**

Tanatológicamente se llama paciente terminal a toda persona que tiene pleno conocimiento de padecer una enfermedad incurable y que por lo tanto será la causa más probable de su muerte. Esta claro que el tiempo entre ese diagnóstico y el momento de la muerte será muy variable y dependiente de muchas situaciones totalmente individuales.

Siempre debe empezar a conducirse a un paciente desde el punto de vista tanatológico con la mayor antelación posible. Es claro que si se tiene algún tiempo previo para trabajar con él y sus familiares se tendrán mayores posibilidades de éxito en la ayuda, que si se hace solo hasta el momento de encontrarlo moribundo y a un paso de la muerte.

La ayuda tanatológica en el proceso de morir, cualquiera que sea el momento en el que se empiece a intervenir, implica desde la participación médica con algún psicofármaco en el caso de ser necesario y estar indicado, así como por procesos de apoyo emocional, espiritual, religioso, de orientación legal

etc. de forma que pueden llevar algún tiempo en consolidarse estas acciones para lograr un mayor beneficio del paciente y sus familiares, por lo que el Médico debe conocer que existen etapas bien definidas y estudiadas con respecto al proceso de morir<sup>23</sup>.

### **EL PROCESO DE MORIR.**

Muchos autores han abordado el tema. Los más destacados han sido George Engel y Weissman A.<sup>(24)</sup> pero por su influencia dentro del ámbito tanatológico, médico y cultural en general, Elisabeth Kübler-Ross<sup>25</sup> es la autora de mayor trascendencia en el tema, por lo que a continuación se exponen sus postulados acerca de este proceso. Debe recordarse que se trata de una experiencia totalmente individual, que involucra muchos procesos psicológicos que pueden dar incluso manifestaciones frecuentes de psicopatologías; y que debe considerarse como un apoyo continuo, dado que no se trata de etapas que deban seguirse unas a otras en forma rígida, ni con duración definida entre ellas. La experiencia del Médico ante el proceso bien conducido es fundamental para poder comprender el proceso y poder ayudar al paciente y sus familiares.

1) **NEGACIÓN Y AISLAMIENTO.** Se trata de un período defensivo que permite amortiguar el impacto inicial y da oportunidad para que otros mecanismos de defensa de la personalidad salgan a flote. Estos a veces son sanos y apropiados y a veces no lo son.

2) **IRA.** Implica un proceso de proyección de sentimientos muy primitivos de rabia, envidia, resentimiento, etc. tiene componentes tanto racionales como irracionales de muy difícil manejo para el paciente, para sus familiares y para su Médico, se debe ser especialmente comprensivo, paciente y prudente en ésta etapa.

3) **NEGOCIACIÓN.** Es una etapa que se da por accesos, breves y progresivos hasta que el paciente llega a liberarse de sus temores irracionales, deseos inconscientes de castigo y culpas. Es una etapa en donde el paciente necesita un acompañamiento muy dirigido y profesional.

4) **DEPRESIÓN.** Es un estado psicoafectivo de tipo negativo, en el que el paciente tiene enfrente y sabe, que se dirige hacia su propia muerte.

5) **ACEPTACIÓN.** Siempre y cuando se haya tenido suficiente tiempo y recibido la ayuda idónea y su conducción en las fases anteriores, se llega a esta etapa habiendo vivido juntos, el paciente y el Médico estas etapas, aquí se tiene una de las experiencias más formativas y de mayor templanza humana y espiritual que un Profesional de la Medicina pueda vivir. A partir de esta etapa se debe procurar la ayuda a los familiares, que en algún momento deberán empezar a vivir su proceso de duelo.

**La prioridad siempre deberá ser: conservar la dignidad humana del paciente hasta el final.**  
(Segunda parte: Metodología Tanatoterapéutica) **BM**