

## **El médico frente a la muerte**

**JORGE JULIÁN CALLE**

Médico Psiquiatra, docente, Universidad de Antioquia

**DIANA RESTREPO**

Médica, residente de Psiquiatría, Universidad de Antioquia.

### **1. Definición**

Para definir la muerte debemos primero definir la vida y ésta no es una cuestión sencilla. Cómo definir un fenómeno que abarca todo lo conocido, todo lo que es aprehendido por los sentidos y que es conscientemente procesado por la mente humana, pero que también continúa allí presente aunque de un modo singular en un paciente por ejemplo en muerte cerebral. Sabemos de la muerte, como compañera inseparable de la vida, como parte del proceso de vivir, como secuencia final. Sabemos de la muerte porque nos toca presenciar la muerte del otro, y como tal es sufrimiento, es desaparición, es ausencia. Podemos mirar la muerte también como un cese de funciones biológicas que sustentan el fenómeno que llamamos actualmente vida.

### **2. Justificación**

La muerte nos concierne a todos, pues somos seres nacidos para morir, realidad certera que nos marca desde el comienzo y que por ineludible y angustiante, marca nuestra condición de ser vivo. Sin embargo, y a pesar de lo simple que pueda parecer una ecuación como: “vida seguida por la muerte”, preferimos negar con empeño esta realidad. Dentro de las divisiones que a lo largo de la historia se ha hecho de los oficios desempeñados por el hombre, nos ha correspondido a los médicos desde finales del siglo pasado, pero fundamentalmente en los últimos 50 años, hacernos cargo de este momento singular en la vida de todo hombre: La Muerte. Este encuentro estrecho, cercano, mal entendido, del médico con la muerte de su paciente, no es algo gratuito ni producto del azar sino el resultado de una serie de progresos tecnológicos y de cambios en los paradigmas vida Xmuerte, salud X enfermedad, que han puesto al proceso de morir como un motivo claro de intervención médica.

Qué hacer, qué no hacer, definiciones de vida, de muerte cerebral, autonomía del paciente, posibilidades de sobrevida, lo que el paciente quiere, lo que la familia desea, lo que el médico decide, son asuntos de gran importancia para el médico de principios de siglo XXI, muy atareado con los avances tecnológicos que le hacen creer que puede proclamar cierto triunfo sobre la muerte. Y es aquí donde pensamos que nos corresponde precisamente a los médicos asumir una responsabilidad que hemos dejado en manos de otros.

### **3. La Muerte también tiene su Historia**

Parece lógico que la historia como registro del quehacer humano a través de los tiempos también deba dar cuenta de la muerte como fenómeno inmerso en una época, en una cultura y como último acontecimiento posible de ser descrito y celebrado de la vida de cualquier hombre.

A pesar de su familiaridad con la muerte, los antiguos temían la vecindad de los muertos y los mantenían aparte. Honraban las sepulturas, en parte, porque temían el regreso de los muertos y el culto que consagraban a las tumbas y a los hombres tenía por objeto impedir a los difuntos volver para perturbar a los vivos. La morada de los unos debía estar separada del dominio de los otros a fin de evitar cualquier contacto, salvo los días de los sacrificios propiciatorios. Era una regla absoluta. La ley de las Doce Tablas la prescribía: Qué ningún muerto sea inhumado ni incinerado en el interior de la ciudad; surge pues la necesidad de encontrar espacios destinados para depositar a los difuntos y qué mejor sitio que una tierra de iglesia donde un mártir pudiera proteger no sólo al cuerpo mortal del difunto sino a su ser entero para el día del despertar y del juicio.

Hasta la edad del progreso científico, los hombres han admitido una continuación después de la muerte. Podemos constatarla desde las primeras sepulturas con ofrendas del musteriense y todavía hoy, en pleno período de escepticismo científico, aparecen modos debilitados de continuidad, o negativas obstinadas al aniquilamiento inmediato. Las ideas de continuación constituyen un fondo común a todas las religiones antiguas y al cristianismo. De modo pues que éste no es un legado sólo para los cristianos, es el modo particular como el hombre se hace a un destino.

En la Edad Media se observa un cambio: una sensibilidad y un valor mayor frente a la muerte real. Moralistas, espirituales y monjes mendicantes aprovecharon esta brecha de la familiaridad para introducirse en la plaza y explotar con fines de conversión este nuevo cuidado. Una literatura edificante, difundida por la naciente imprenta, desarrolló los temas de los sufrimientos y de los delirios de la agonía como una lucha de poderes espirituales en la que cada uno podía ganar todo o perder todo. Derivado de esto, tenemos que se debe vivir con el pensamiento de la muerte, no sólo en la cercanía de ella. Pero qué vida, una vida dominada por el pensamiento de la muerte y una muerte que no es el horror físico o moral de la agonía, sino la anti-vida, el vacío de la vida, incitando a la razón a no apegarse a ella: por eso existe una estrecha relación entre bien vivir bien morir. En los tratados de espiritualidad de los siglos XVI y XVII, no se trata por tanto, o por lo menos no es lo primordial, de preparar a los moribundos para la muerte, sino de enseñar a los vivos a meditar sobre la muerte. Hay técnicas para ello, una educación del pensamiento y de la imaginación cuyo maestro es San Ignacio con sus ejercicios espirituales, aquí la muerte se ha vuelto el pretexto para una meditación metafísica sobre la fragilidad de la vida, a fin de no ceder a sus ilusiones. La muerte no es más que un medio de vivir mejor.

Sólo hasta el siglo XVII los médicos serán los mejores mediums de las creencias comunes y protagonistas en este tema de la muerte. Sustituyen a los hombres de Iglesia que habían sido prácticamente los únicos en jugar este papel en la Edad Media y en el Renacimiento. No son siempre auténticos sabios, si es que esa palabra tiene un sentido; son crédulos porque los límites del dominio médico y de la ciencia de la vida son inseguros, porque los datos son transmitidos por relatos donde no es fácil separar la fábula de la observación. Además, como los hombres de Iglesia, son sensibles a las ideas en el aire de su época. En tratados médicos de 1600, la muerte y el cuerpo muerto constituyen en sí mismos objetos de estudio científico independientemente de las causas de la muerte: es decir que se estudia la muerte antes de conocer sus causas y no sólo para descubrirlas. Se mira al muerto como más tarde se mira al enfermo en su cama. Es una actitud extraña a la medicina actual, en la que la muerte no es separable de la enfermedad, de la que es uno de los dos fines, siendo el otro la curación. En nuestros días se estudia por tanto la enfermedad y ya no la muerte,

salvo en el caso especialísimo de la medicina legal. La muerte es percibida por el médico como un fenómeno complejo y mal conocido. Una segunda tesis, conforme con la filosofía de la Escuela, es que la vida no es ni materia ni sustancia, sino que es forma. Es luz y origen, un origen que es dado siempre y cada vez por el Creador, como el fuego por el sílex.

En el siglo XIX los médicos, que hablaban nuestro lenguaje de hoy, rechazaban como una superstición sin fundamento experimental, sin valor científico, la idea de que la muerte aparente haya representado un verdadero peligro. Pusieron en ello una pasión que sorprende. Es que el debate sobre la muerte aparente ponía en cuestión la existencia del tiempo de la muerte como un verdadero estado mixto, no admitían que pudiera haber tal mezcla de vida y de muerte. O era lo uno o lo otro. La muerte no tenía más duración que el punto geométrico, sin densidad ni espesor. No era más que una palabra equivocada del lenguaje natural, que había que desterrar del lenguaje unívoco de la ciencia para designar la detención de la máquina, simple negatividad. El concepto de muerte estado les sublevaba.

Para los médicos de las otras dos generaciones las de los siglos XVI, XVII y XVIII, el tiempo de la muerte era, por el contrario, un estado que participaba a la vez de la vida y de la muerte. La muerte no era real y absoluta hasta más tarde, hasta el momento de la descomposición. Por eso al retardar la descomposición se retardaba la muerte absoluta. El embalsamamiento, la conservación, permitían alargar ese tiempo de la muerte-estado en el que subsistía algo de la vida. La diferencia entre estas dos generaciones reside en la anterioridad de la vida o de la muerte, en el seno de la muerte. El hombre de otro tiempo hacia caso de la muerte, era una cosa seria que no había que tomar a la ligera, era grave y temible pero no tanto como para apartarla, para huir de ella para hacer como si no existiera o para falsificar sus apariencias. Todavía a principios del siglo XX, hasta la Primera Guerra Mundial, en todo el Occidente de cultura latina, católica o protestante, la muerte de un hombre modificaba solemnemente el espacio y el tiempo de un grupo social que podía extenderse a la comunidad entera. Se cerraban los postigos de la habitación del agonizante, se encendían los cirios, se ponía agua bendita, la casa se llenaba de vecinos, de parientes, de

amigos que cuchicheaban con toda gravedad. La campana sonaba en la iglesia de la que salía la pequeña procesión que llevaba el Hábeas Christi...

Después de la muerte, en la puerta se clavaba una esquela de duelo. Por la puerta entreabierta, la única abertura de la casa que no estaba cerrada, entraban todos aquellos a quienes la amistad o las conveniencias obligaban a una última visita. El servicio en la iglesia reunía a toda la comunidad, incluidos los tardos que esperaban al final del oficio para presentarse y tras el largo desfile de las condolencias un lento cortejo saludado por los viandantes acompañaba el ataúd hasta el cementerio. Y la cosa no se detenía ahí. El período del duelo estaba lleno de visitas: visitas de la familia al cementerio, visitas de los parientes y amigos a la familia... Luego, poco a poco, la vida recuperaba su curso normal y no quedaban más que las visitas espaciadas al cementerio. El grupo social había sido tocado por la muerte y había reaccionado colectivamente empezando por la familia más próxima, extendiéndose al círculo más amplio de las relaciones y de la clientela. La muerte de todos y cada uno era un acontecimiento público y esto no ha sido transformado en un milenio de cambios en actitudes y comportamientos frente a la muerte. Sin embargo, un tipo nuevo de morir ha aparecido en el curso del siglo XX en algunas de las zonas más industrializadas, más urbanizadas, más avanzadas técnicamente del mundo occidental.

Dos rasgos saltan a la vista del observador menos atento: su novedad, por supuesto, su oposición a todo lo que le ha precedido. La sociedad ha expulsado la muerte, salvo la de personajes destacados. Ya nada señala en la ciudad que ha pasado algo. Tan lentos fueron los cambios que parados durante varias generaciones, los contemporáneos no se daban cuenta de ello. Desde la segunda mitad del siglo XIX, algo esencial ha cambiado en la relación entre el moribundo y su entorno. El descubrimiento por el hombre de que su fin estaba cerca ha sido siempre un momento desagradable, pero se aprendía a superarlo. La iglesia velaba obligando al médico a jugar el papel de nuncius mortis: la misión no era deseada y hacia falta el celo del amigo espiritual para triunfar allí donde el amigo carnal vacilaba. En las novelas de Balzac se puede observar como el médico juega un papel social y moral considerable; es, con el cura, el tutor de los humildes y el consejero tanto de los

ricos como de los pobres. Cuida un poco, pero no cura, ayuda a morir. O bien prevé un curso natural que no le corresponde a él modificar.

La muerte se traslada al Hospital. Iniciada tímidamente en 1930-1940, generalizada a partir de 1950. Las secuelas fisiológicas han salido de la cotidianidad para pasar al mundo aséptico de la higiene, de la medicina y de la moralidad. Este mundo tiene un modelo ejemplar, el hospital y su disciplina. La habitación del moribundo ha pasado de la casa al hospital. Debido a causas técnicas médicas, ese traslado ha sido aceptado por las familias y facilitado por su complicidad. En adelante, el hospital es el único lugar donde la muerte puede escapar con toda seguridad a una publicidad, se convierte en el lugar de la muerte solitaria. Desde principios del siglo XX, lo que dominaba era el dispositivo psicológico que retiraba la muerte de la sociedad, que le quitaba su carácter de ceremonia pública, que hacía de ella un acto privado, reservado ante todo a los allegados. De ahí a la larga, la familia misma fue apartada cuando la hospitalización de los enfermos terminales se hizo general.

La muerte se ha alejado; no sólo no está presente en el lecho de muerte, sino que el entierro ha cesado de ser un espectáculo familiar. Los niños permanecen al margen, no son informados, o bien se les dice que su padre ha salido de viaje o también que Jesús se lo ha llevado. En las encuestas públicas, la tasa de creencia en la vida futura está comprendida entre el 30 y 40 por ciento. En la actualidad la muerte y el duelo son tratados con la misma mojigatería que algunos temas hace un siglo. Hay que aprender a dominarlos.

Actualmente se admite, como hecho completamente normal que hombres y mujeres sensibles y razonables puedan dominarse perfectamente durante su luto a fuerza de voluntad y de carácter. Es evidente que la supresión del duelo no se debe a la frivolidad de los supervivientes sino a una coacción despiadada de la sociedad. Esta se niega a participar en la emoción del enlutado, una manera de rechazar, de hecho, la presencia de la muerte, incluso aunque en principio se acepte. Pienso que el médico, como parte de una sociedad, funciona con estas mismas reglas y códigos y su práctica médica se ve ampliamente influida por este cambio cultural. Incluso el rechazo de la muerte ha ido más allá de la

persona de los enlutados y de la expresión de duelo para extenderse a todo lo que afecta y que se vuelve infeccioso. Puede decirse que el duelo a lo que se parece es a una enfermedad contagiosa que corre uno el riesgo de contraer en la habitación de un moribundo o un muerto.

Podemos situar la medicalización completa de la muerte en 1945 aproximadamente; el hecho esencial es el progreso de sobra conocido de las técnicas quirúrgicas y médicas que trabajan con un material complejo, un personal competente y frecuentes intervenciones.

Las condiciones de su eficacia plena sólo están reunidas en el hospital, al menos eso es lo que se ha creído en nuestros días. El hospital no es sólo un lugar de gran sabiduría médica, de observación y de enseñanza, es lugar de concentración, de servicios auxiliares en el laboratorio farmacéutico, de aparatos refinados, costosos, raros. En el momento en que una enfermedad parece grave, el médico tiende a enviar a su paciente al hospital. El progreso de la cirugía ha acarreado el de los procedimientos de reanimación, de atenuación o de supresión del dolor y de la sensibilidad. Estos procedimientos no sólo fueron aplicados antes, durante o después de una operación, sino que se han extendido a todas las agonías a fin de aliviarle la pena al moribundo. Es éste uno de los temores más frecuentemente encontrados en pacientes que tienen la certeza de una muerte cercana; no les importa tanto el morir sino el momento alrededor de la muerte. Ésta era la situación en Francia en 1966, la revista *Médecine de France* publicaba una entrevista entre el filósofo Jankelevitch y los médicos J. R., Debray, P. Denoix, P. Pichat y “el mentiroso es aquel que dice la verdad”, afirmaba Jankélevitch; “yo estoy contra la verdad, apasionadamente contra la verdad”.

Posición que va acompañada por un profundo respeto por la vida y por su prolongación: “Si prolongaseis la vida del enfermo veinticuatro horas, habría merecido la pena. No hay razón para privarle de ellas”. Para un médico, vivir es un bien, cualquiera que sea ese ser: un ser disminuido, un pobre ser enfermo. Decía La Plane que existen médicos que nunca dicen nada; esta mentira de facilidad frecuentemente adopta la forma del silencio.

En Estados Unidos se asiste desde hace algunos años a una inversión completa de las actitudes. Tal cambio no se ha debido a la iniciativa del cuerpo médico, le ha sido impuesta más bien por un medio paramédico de psicólogos, de sociólogos, más tarde de psiquiatras, que han tomado conciencia de la gran piedad de los moribundos y han resuelto desafiar la prohibición. Su trabajo costó. Cuando Feifel, antes de 1959, quiso, sin duda por primera vez, interrogar a los moribundos sobre ellos mismos, las autoridades hospitalarias se indignaron, el proyecto les parecía cruel, sádico, traumático. Cuando Elizabeth Kubler Ross, en 1965, buscó a su vez moribundos que interrogar, los jefes de servicio a los que se dirigía protestaron: moribundos, pero si no los había. No podía haberlos en un servicio bien organizado. Esta resistencia del medio hospitalario no consiguió detener el interés y la simpatía de algunos pioneros que rápidamente crearon la escuela. La primera manifestación fue el libro colectivo editado por H. Feifel, en 1959, *The Meaning of Death*.

Diez años más tarde otra obra colectiva, *The Dying Patient*, contenía una bibliografía de trescientos cuarenta títulos posteriores a 1955, y solamente de lengua inglesa, sobre el morir, dejando de lado los funerales, el cementerio, el duelo. El volumen de esa literatura da una idea del movimiento que sacudía al pequeño mundo de las ciencias humanas y que terminaba por alcanzar fortaleza médica y hospitalaria. Una mujer jugó desde luego un papel esencial en esa movilización, porque era médica y supo imponerse a sus pares, a pesar de muchos desalientos y humillaciones: Elizabeth Kubler-Ross, cuyo libro, *On Death and Dying*, aparecido en 1969, conmocionó a América y a Inglaterra, donde se han editado más de un millón de ejemplares.

La corriente de opinión, nacida de la piedad hacia el moribundo, se ha orientado hacia la mejora del morir, devolviendo al moribundo su dignidad descuidada. Excluida del saber médico, salvo en los casos de medicina legal, considerada como un fracaso provisional de la ciencia, la muerte no había sido estudiada por ella misma; se la había dejado de lado como un tema de filosofía que no hacía resaltar a la ciencia. Las recientes investigaciones tratan de devolverle una realidad, de reintroducirla en los estudios médicos, donde había desaparecido desde finales del siglo XIX.



El médico que había sido durante mucho tiempo, junto con el sacerdote, el testigo y el anunciador de la muerte, sólo la conocía en el hospital. La práctica de la medicina no hospitalaria ya no ofrece la experiencia de la muerte. A partir de entonces el médico mejor informado, podrá preparar mejor a sus enfermos, según se cree, y se verá menos tentado a refugiarse en el silencio.

Es la dignidad de la muerte lo que plantea problemas. Esa dignidad exige ante todo que sea reconocida, no ya sólo como un estado real, sino como un acontecimiento esencial, un acontecimiento que no está permitido escamotear. Una de las condiciones de este reconocimiento es que el moribundo sea informado de su estado. Los médicos ingleses y americanos han cedido a la presión, sin duda porque de este modo podían compartir una responsabilidad que empezaban a encontrar insoportable.

La medicina ha disminuido casi por completo el dolor y por ende el sufrimiento del moribundo y de su familia, pero entonces ¿qué hacer con la muerte? Una salida es una confesión de impotencia: no admitir la existencia de un escándalo que no ha podido impedirse, hacer como si no existiera y por consiguiente, forzar despiadadamente el entorno de los muertos a callarse. Sin embargo, esta actitud no ha aniquilado a la muerte. Al contrario, ha dejado volver sinuosamente los antiguos salvajismos bajo la máscara de la técnica médica. La muerte en el hospital, erizada de tubos, está a punto de convertirse hoy día en una imagen popular, más terrorífica. Por eso una pequeña elite de antropólogos, más psicólogos y sociólogos que médicos o curas, ha sido sorprendida por esa contradicción. Se proponen, según sus términos, menos aceptada y ya no vergonzosa. Se sigue proponiendo reconciliar la muerte con la felicidad. La muerte sólo debe convertirse en la salida discreta, pero digna, de un vivo apaciguado, fuera de una sociedad que ayuda, a la que no desgarrar ya ni altera demasiado la idea de un paso biológico, sin significación, sin pena ni sufrimiento y finalmente sin angustia.

#### **4. El Quehacer médico**

La muerte ha cambiado de definición. Ha dejado de ser el instante en que se había convertido, en la puntualidad que permitía el más allá de la dualidad del alma y del cuerpo.

La muerte médica de la actualidad ha reconstruido ese margen de ese instante pero ganándole espacio sobre el más acá y no sobre el más allá. El tiempo de la muerte se ha alargado y subdividido a la vez. Los sociólogos gozan desde ahora de la satisfacción de poder aplicarles sus métodos clasificatorios y tipológicos: Está la muerte cerebral, la muerte biológica, la muerte celular. Las antiguas señales, como la parada del corazón y de la respiración, no bastan. Son reemplazadas por una medida de la actividad cerebral, el electroencefalograma. El tiempo de la muerte se ha alargado a gusto del médico: éste no puede suprimir la muerte, pero puede regular su duración, de algunas horas que era en otro tiempo, a algunos días, a algunas semanas, a algunos meses, a algunos años. En efecto se ha vuelto posible demorar el momento fatal.

Ha ocurrido que esta prolongación se convierte en una meta, y que el equipo hospitalario se niega a detener los cuidados que mantienen una vida así. El caso más sensacional es sin duda el de Karen Ann Quinlan, una joven americana de veintidós años quién fue mantenida en un respirador en el hospital a pesar de la presión de la familia e incluso a pesar de decisiones judiciales. La razón para esto era que no estaba en muerte cerebral, es decir que su electro no era plano. Lo interesante para discutir aquí es la posibilidad que tiene la medicina de hacer a un casi muerto subsistir casi indefinidamente.

Así, la muerte actualmente depende de un acuerdo entre la familia, el hospital, la justicia incluso, o de una decisión soberana del médico. El moribundo que ya se había acostumbrado a ponerse en manos de sus allegados abdicó poco a poco, dejando a su familia la dirección del fin de su vida y de su muerte. A su vez la familia ha descargado esta responsabilidad sobre el médico que poseía los secretos de la salud y del sufrimiento, que sabía mejor que nadie lo que había que hacer y al que por consiguiente, correspondía elegir con total soberanía.

##### **5. Como enfrenta el médico la muerte de un paciente.**

En su intento por comprender el universo y las leyes que rigen su permanencia, el hombre ha configurado un modo particular de acercarse a éste a través del conocimiento. Desde sus

orígenes la medicina y el ejercicio médico se ha regido y nutrido en la investigación en torno al cuerpo. La medicina se constituyó a partir del conocimiento exhaustivo de órganos, tejidos, huesos, funciones, enfermedades y curaciones. La medicina se constituyó en ciencia independiente donde el organismo es el objeto de estudio a través de dos correlatos, el dolor y la enfermedad y de sus dos metas fundamentales, el tratamiento y la prevención de estos dos males. En la época moderna la instauración definitiva del método científico introdujo un nuevo estatuto en el conocimiento médico; el énfasis se hizo más que en el hecho de estar enfermo en la enfermedad como tal; el cuerpo quedó a merced de la medicina científica y el médico pasó a comandar los estudios anatómico fisiológicos. El cuerpo como conjunto fue desmembrado en cada una de sus piezas, parte a parte se fueron reconociendo sus elementos más íntimos en el complejo funcionamiento global. Esto fue de la mano de la tecnificación lo que produjo para la medicina un distanciamiento cada vez mayor del sujeto: la lesión orgánica se convirtió en la fuente del conocimiento médico y el componente psíquico presente en la evolución de una enfermedad desapareció del discurso médico o no se le prestó mayor importancia y aún más, se ha ignorado la enorme incidencia que, en este sentido, cobra el conjunto de relaciones que gesta un sujeto en su interacción social. Teniendo presente esta perspectiva histórica es claro entender como la medicina es una profesión curativa. A los médicos se les forma para que intenten descubrir la enfermedad, la traten y la eliminen. En términos generales los esfuerzos siempre están orientados a ayudar a las personas a vivir más y a funcionar mejor. Este enfoque de la práctica médica es casi una visión de túnel a favor de curar a cualquier costo, de luchar sin cuartel por la vida, sin importar sus circunstancias ni su calidad. Sin proponérselo, ha ido dejando de lado un enfoque más claro y amplio que incluya la atención médica y humana adecuada para el paciente en proceso de morir.

Con este modelo hemos ido formando probablemente las últimas generaciones de médicos y en nuestro currículo de pre y post grado brilla por su ausencia el tema de la muerte. Es probable que al iniciar nuestra formación médica exista un romanticismo o una negación protectora sobre el tema de la muerte. Nos embarcamos en un proceso de formación duro, aprendemos destrezas técnicas que nos permiten formular diagnósticos y tratamientos pero poco se reflexiona sobre algo tan humano y tan propio como es la muerte. Es claro que

ésta no es la situación sólo del médico sino que él responde dentro de una cultura negadora de la muerte, lo importante es tomar conciencia de esto y plantear la muerte como un tema obligado de reflexión y de estudio.

La muerte ha dejado de ser admitida como un fenómeno natural necesario. Es un FRACASO. Es el enemigo contra el cual el médico lucha y esta lucha es SU RAZON DE SER. Pero el médico 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. La muerte ha sido preparada, pues, para conciliar un fenómeno accidental, a veces inevitable, con la seguridad moral del hospital. El personal hospitalario ha definido un estilo de muerte aceptable: la muerte de aquel que parece que no va a morir. Disimulará mejor cuanto menos sepa.

## **6. Mecanismos de Afrontamiento del Médico frente a la muerte**

Por todo lo enunciado hasta ahora, es fácil deducir que los mecanismos con que cuenta el médico para enfrentar la muerte de sus pacientes van en estrecha relación a lo que el medio le impone: Negación. No obstante, esta negación no es tan perfecta como para evitar una dosis importante de angustia, la cual puede ser masivamente reprimida pero quizás evidenciada en problemas de licor, de drogas, comportamientos suicidas y de aparente poca lógica en un médico. Se exige hoy más que antes reflexionar qué nos lleve a la medicina, qué busquemos con cada acto médico, que significado tiene para nosotros la muerte de un paciente pero esencialmente la propia. Toda esta tecnología de la que venimos hablando está en la mano de un hombre tan humano como cualquier otro, tan marcado por la muerte, pero al mismo tiempo tan convencido de su magnificencia y poderío técnico, que no gasta tiempo en algo ajeno a sí mismo. La no elaboración apropiada de un tema tan importante como éste en la práctica médica es probable que contribuya a la enorme dificultad para abordar las situaciones que se plantean en cuartos de hospitales, en unidades de cuidados intensivos, en salas de urgencias y cirugía.

Son dos escenarios diferentes, el del médico y el del paciente, con objetivos y expectativas dispares. Parece como si en algunos momentos el médico actuara para sí mismo y no para un otro que lo necesita, es su necesidad, su miedo, puesto en escena. La ética médica nos impone que las decisiones que toma el médico deben basarse en lo que es mejor y más adecuado para el paciente, pero el médico tiene problemas para tomar decisiones que rondan las cuestiones de la vida y la muerte porque durante sus estudios no tuvo la oportunidad de hacerlo y como tales temas no se discuten tampoco pudo analizarlos ni evaluarlos adecuadamente cuando se vio enfrentado a ellos. Recibió entrenamiento para muchísimas cosas pero no para pensar la muerte como algo más allá de un hecho biológico, por tanto da atención a la enfermedad, a su conocimiento, a la parafernalia instrumental pero no a la persona enferma. El enfoque ha sido evidentemente técnico cuando el momento exige una posición eminentemente humana.