



La muerte como experiencia de vida y la labor humanista de anunciar la muerte en medicina

Arturo García-Rillo,* Leticia García-Pérez,** Jesús Duarte Mote***

RESUMEN

La muerte siempre ha sido un tema de controversia para la medicina, pues además de representar el término de la vida humana, hace manifiesta la incapacidad de la ciencia médica para detener la historia natural de la enfermedad. Expresa de manera concreta las limitaciones del médico frente al poder de la naturaleza. Además, es un evento cotidiano durante la práctica médica, pero ¿cómo se forma al médico respecto a la muerte?

El estudiante de medicina transita por experiencias, en aulas y hospitales, que le permiten conocer el concepto de muerte desde diferentes perspectivas. Aprendiendo los términos de muerte celular, necrosis y apoptosis (en las aulas y laboratorios); aprende anatomía practicando en cadáveres (en la sala de disecciones); para posteriormente presenciar el coma, la muerte cerebral y la muerte clínica (en sus prácticas de hospital). Es aquí donde se manifiesta el carácter, la templanza, la sensibilidad y el humanismo del estudiante y el médico al enfrentarse a la muerte de un semejante, trátase de la edad de que se trate. Por ejemplo: observar a un joven aferrarse a la vida, reflejando en su rostro el deseo de vivir a la edad en que empieza a proyectar su futuro y aspiraciones truncados por un padecimiento mortal; una madre joven que deja en la orfandad a sus hijos; un padre que es el único sostén de la familia; o aquel niño cuya inocencia y ternura ablandan a cualquiera; en fin, es muy difícil asimilar, que apenas hace un momento podíamos haber estado hablando con esa persona, la habíamos saludado y quizá hasta nos había manifestado su preocupación de morir, y, ahora esa persona es un cadáver.

Por lo que surge la pregunta sobre "cómo el profesional de la medicina informa al paciente la inminencia de la muerte".

Palabras clave: muerte, humanismo, medicina, informar.

ABSTRACT

The death always has been a topic of controversy for the medicine, so beside representing the term of the human life, makes manifest the disability of the medical science to stop the natural history of the disease. It expresses in a concrete way, the limitations of the doctor opposite to the power of the nature.

In addition it is a daily event during the medical practice, but how is to the doctor formed with regard to the death? The student of medicine passes along experiences, in classrooms and hospitals, which allow him to know the concept of death from different perspectives. Learning the terms of cellular death, necrosis and apoptosis (in the classrooms and laboratories); he learns anatomy practising in corpses (in the room of dissections); later to attend the coma, the cerebral death and the clinical death (in his practices of hospital). It is here where demonstrates the character, the temperance, the sensibility and the humanism of the student and the doctor on having faced the death of the similar one, it be a question of the age about which it treats itself. For example: to observe a young person to stick to the life, reflecting in his face the desire to live to the age that starts projecting his future and aspirations truncated by a mortal suffering; a young mother who leaves in the orphanhood his children; a father who is the only support of the family; or that child whose innocence and tenderness soften anyone; in end, it is very difficult to assimilate, that towards a moment we could have condition speaking with this person, we had greeted her and probably even his worry had demonstrated us of dying, and, now this person is a corpse. For what the question arises on " how the professional of the medicine informs to the patient the imminence of the death ".

Key words: death, humanism, Medicine, to report

"La indiferencia del Mexicano ante la muerte, se nutre de su indiferencia ante la vida"
Octavio Paz.

* Profesor de tiempo completo de la Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de México.

** Alumna de la Licenciatura de Médico Cirujano, Cuerpo Académico de Humanidades Médicas. Facultad de Medicina, UAEMéx.

*** Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General Dr. Nicolás San Juan, ISEM, Toluca, Estado de México.

Correo electrónico: hgnsduarte@yahoo.com.mx

Recibido: 14 de agosto 2012. Aceptado: septiembre 2012.

Este artículo debe citarse como: García-Rillo A, García-Pérez L, Duarte-Mote J. La muerte como experiencia de vida y la labor humanista de anunciar la muerte en medicina. Med Int Mex 2012;28(6):598-602.

Correspondencia: Dr. Jesús Duarte Mote. Avenida Nicolás San Juan sin número, Ex-Hacienda la Magdalena Toluca, Estado de México.

La muerte es un evento cotidiano durante la práctica médica, pero ¿cómo se forma al médico respecto a la muerte? En términos generales, al estudiante de medicina no se le prepara para hacer frente a los diferentes dilemas que plantea la muerte del paciente, entonces, ¿cómo accede al conocimiento de la muerte el estudiante de medicina?

El primer contacto con la muerte es a través de comprender la *muerte celular*; ésta se presenta cuando todos los mecanismos de adaptación y de resistencia celular se han agotado y dejan de funcionar. A este concepto encontramos dos vinculados estrechamente: la *necrosis* y la *apoptosis*.

La **necrosis**, es un concepto que está asociado a la muerte celular vinculada con su entorno homeostático, de manera que se comprende como un estado irreversible de la célula, con incapacidad de mantenimiento de la integridad de la membrana plasmática y escape de elementos citoplasmáticos, desnaturalización de las proteínas por autólisis o proveniente de enzimas líticas de leucocitos vecinos; ya que la necrosis atrae los componentes de la inflamación. Estos restos celulares son fagocitados por macrófagos.

La **apoptosis** se presenta cuando la célula pierde su anclaje, reduciendo su citoplasma y fragmentando su material genético: muere.

El segundo contacto con la muerte es a través del curso práctico de anatomía, la realización de disección en cadáveres. Tal vez ésta sea la experiencia más significativa en relación con la muerte.

Cuando por primera vez se está ante un cadáver, se genera la idea de que sólo son una serie de tejidos inertes, sin sensaciones ni pensamientos y preparados exclusivamente para fines de aprendizaje. Este proceso de desconexión no es nada fácil de lograr, pero cuando se logra es un gran avance, pues se seguirá haciendo a lo largo de toda la carrera y también en la práctica profesional.

Evidentemente que esta práctica en cadáveres, en la antigüedad era más cruenta y salvaje, como también salvaje lo fue el ser humano, en varios aspectos de su desarrollo a la civilización. Hoy, con los adelantos científicos y tecnológicos, ya se cuenta con modelos anatómico-orgánicos para estas prácticas, de manera eficiente y sin necesidad de recurrir al cadáver que cumplió ya su cometido en relación con el aprendizaje de la anatomía humana; cuando esté en desuso, ¿cuál será la experiencia del alumno de medicina con la muerte?, ¿cómo sustituir la sensación de tocar un cuerpo muerto, acartonado por la preparación para su

conservación y su olor a cloroformo? Y lo más relevante, ¿esto realmente contribuye a la formación del médico?

Visto así, pareciera que el estudiante de medicina aprende muy temprano a deshumanizarse pero no, es todo lo contrario, aprende a encontrar el equilibrio emocional en la transición de la vida a la muerte y que en su desempeño profesional le será de mucha utilidad.

El tercer contacto es la muerte clínica, definida como el cese de las funciones orgánicas de cualquier ser vivo; pudiendo ser ésta repentina o estar precedida por una etapa agónica, que pudiera durar días o meses antes de la muerte, siendo posible encontrar manifestaciones clínicas específicas que la presagian.

A la muerte clínica, está vinculada la muerte cerebral, también llamada muerte encefálica. Implica el cese irreversible de la actividad vital de todo el cerebro, incluido el tallo cerebral, comprobada mediante pruebas neurológicas y estudios altamente especializados como: tomografía por emisión de fotón único (SPECT cerebral), panangiografía cerebral y ultrasonido transcraneal.

La muerte en términos de ciencia médica

El tránsito por diferentes perspectivas de mirar la muerte, conduce al estudiante de medicina y al médico a comprenderla, en términos de la ciencia médica, como “el límite donde la función orgánica es incapaz de sostener la homeostasia, sobreviniendo de manera irreversible y definitiva el daño, causando el cese de todas las funciones vitales”. Sin embargo y gracias a los avances tecnológicos en medicina, actualmente es posible mantener la actividad cardíaca y respiratoria en forma artificial, en unidades de cuidados intensivos (UCI), evitando con esto el cese completo de las funciones vitales o muerte; de manera que la muerte se vincula con el coma (*del griego κόμα ο κομα, que significa sueño profundo*) que es sólo un estado severo de pérdida de la conciencia, resultado de una gran variedad de condiciones como: alteraciones metabólicas, enfermedades del sistema nervioso central, intoxicaciones, traumatismo craneoencefálico, convulsiones e hipoxia. Eventos que por sí solos presagian la muerte, y su pronóstico depende de la severidad de las causas y de la asistencia médica oportuna y eficaz.

La muerte del cuerpo y, ¿el alma?

Pensar en muerte desde la medicina induce a mirar la separación del cuerpo y el alma como la terminación de

la vida humana. La ciencia ha demostrado que el cuerpo se reincorpora a los ciclos biológicos de la materia, pero, ¿el alma? ¿Acaso el alma se reincorpora a la dinámica del universo? ¿Existe una vida después de la muerte? ¿Es posible la reencarnación? ¿El alma es inmortal? Responder a cada una de estas interrogantes, cuando el estudiante de medicina se enfrenta a la muerte, no puede recurrir a conceptos de carácter universal, pues su interpretación es variable según la religión que profesa, el entorno cultural, las costumbres, el grado de preparación académica, la historia de vida de cada uno, las vivencias directas con la muerte y la interpretación personal hacia la vida.

En este contexto, la idea de muerte y resurrección complace y conforta al hombre, la esperanza de una vida, después de esta, colmada de bondades y libre de todo mal entusiasma a todos los creyentes.

Sin embargo, las leyes de la naturaleza de todas las especies, nos indican el nacer, crecer, reproducirse y morir, transformación de la materia a su estado último, confirmado en la *postura heideggeriana del ser para la muerte. Nacemos para morir, vivimos para morir; ese es nuestro destino.*

La tarea humanista de anunciar la muerte en medicina

La forma de dar una mala noticia en medicina es única e irrepetible, la inteligencia y sensibilidad humanista del médico se va desarrollando con preparación y práctica, además de la experiencia en eventos similares.

El médico que ejerce con sentido humanista, aprende a generar, con su paciente y los familiares, un ambiente de cordialidad y confianza, interés mutuo y reciprocidad, enmarcado también con un diálogo sencillo, entendible, compasivo hacia el paciente, respetando su autonomía, identificando además su entorno, preparación y cultura, así como también qué tan receptivos y comprensivos puedan ser, tanto el paciente como sus familiares, al darles la mala noticia.

Anteriormente se creaba un ambiente de paternalismo por parte de familiares y profesionales de la salud, en el que ambos preferían ocultar al enfermo su situación, pensando que esto era lo mejor para él. Hoy este esquema es menos válido y los códigos éticos y legales abogan cada vez más por la autonomía de los enfermos y esto implica proporcionar una buena información que permita al enfermo y a los familiares colaborar en los tratamientos y afrontar el desenlace de la enfermedad.

Informar es un acto legal, la *Ley General de Salud* obliga e indica el deber de informar oportuna y verazmente de su diagnóstico a los pacientes, salvo dos excepciones:

- 1) El privilegio terapéutico, cuando el médico considera que la información puede ser perjudicial al enfermo (antecedentes psiquiátricos y tendencias suicidas).
- 2) Cuando el enfermo rehúsa a ser informado.

Al no contar el médico con formación en el área de la comunicación y las humanidades corre el riesgo de contemplar el binomio salud-enfermedad partiendo de una perspectiva totalmente biológica y, por tanto, deshumanizada.

Para dar la información, el médico deberá responder a los siguientes cuestionamientos:

- ¿Quién? El médico o un familiar
- ¿Qué? y ¿Cuánto? La verdad, completa o parcial
- ¿A quién? Al paciente y a quien él lo autorice
- ¿Cómo? Con sentido humanista
- ¿Cuándo? En el momento oportuno
- ¿Dónde? En un sitio adecuado

Una propuesta muy completa que sugiere Robert Alexander Amiel Buckman, médico oncólogo y miembro de la *Humanist Association of Canada*, para informar las malas noticias en medicina es:

Preparar el entorno

El lugar donde se da la noticia de muerte debe ser el más adecuado, un lugar privado como el consultorio médico o domicilio del enfermo, si está hospitalizado aislarlo para la noticia, procurando que esté en condiciones para comprender la información que se le da. Si el paciente está recuperándose de una sedación o procedimiento anestésico, así como, si el médico percibe un estado depresivo del paciente, posponer la información. Es un acto de sutileza esperar a que el paciente o los familiares pregunten.

Averiguar cuánto sabe el paciente

Es importante averiguar cuánto sabe el paciente y sus familiares del caso. Es común que el paciente se anticipe a la noticia porque escuchó comentarios o recibe información de otros enfermos, o personal médico y paramédico, en su peregrinar por los pasillos del hospital, salas de espera y en los lugares mismos donde le realizan estudios de laboratorio y gabinete. A veces una simple mueca o un “gesto” por parte del personal médico y paramédico que entra en contacto con el paciente o sus familiares, ante la

revisión de un estudio clínico, es suficiente para insinuar la gravedad de la enfermedad e incluso presagiar la muerte.

Indagar cuánto quiere saber

Hay pacientes que no exigen saber de su enfermedad, únicamente depositan la confianza en el médico, dándole facultades para realizar todo lo que esté a su alcance; otros en cambio querrán saber hasta el mínimo detalle.

Compartir la información

Se debe estar completamente seguro, tener la certeza diagnóstica, el pronóstico de incurabilidad y de muerte inminente, antes de dar una mala noticia. Corroborarlo con todos los medios de apoyo diagnóstico al alcance y en algunos casos con otros médicos especialistas.

Identificar y respetar sentimientos

El profesional de la medicina siempre debe ser objetivo, comprender bien las emociones de confianza, miedo, desesperación, confusión, negación y resignación. Finalmente toda persona se pregunta a sí misma, ¿soy alguien?, ¿valgo la pena?, ¿en verdad les intereso? El ser humano, en esencia, conserva siempre una esperanza.

Plantear seguimiento futuro

Siempre que se va a informar una mala noticia en medicina, hay que tener algo para ofrecer, nunca quitar la esperanza por completo. Ofrecer un plan de tratamiento aunque sea paliativo. “Un médico es bueno no sólo por su título y sus diplomas, sino por el reconocimiento de sus pacientes y sus colegas”. Un objeto de esperanza del enfermo, es la dignidad que está ligada a su identidad, y, en la antesala de la muerte, quizá sea todo lo que tiene.

De la actitud que tome el médico al dar la noticia de muerte, dependerá la actitud del paciente y sus familiares, pues aunque éste es un acto humano muy doloroso y sublime, es ineludible, se tiene que dar.

El médico, conocedor de la historia natural del proceso salud-enfermedad, tiene la obligación de identificar perfectamente la patología, su intuición clínica lo lleva al diagnóstico certero, y si tuviera duda, existen los apoyos diagnósticos o la opinión de otros especialistas, antes de informar y alarmar al enfermo, un diagnóstico de certeza permite emitir el pronóstico del mismo.

Perspectivas y realidades.

Los avances en ciencia y tecnología son extraordinarios y alentadores en cuanto al diagnóstico temprano y tratamiento oportuno en infinidad de padecimientos; la medicina del futuro estará basada en la biología molecular, los genes, las proteínas y las células troncales o células madre, que ganan terreno e importancia en la epidemiología genética, la medicina preventiva, curativa y regenerativa.

Mientras se cristalizan los beneficios prometedores de estas áreas, las limitaciones médicas en enfermedades terminales siguen siendo las mismas, pero, aún tratándose de un caso en el que ya no hay ninguna posibilidad de preservar la vida hay que ofrecer algo, nunca quitar la esperanza por completo, ofrecer aunque sea un tratamiento paliativo que aminore el sufrimiento del paciente.

La relación médico-paciente basada en la honestidad, el respeto, la ética y el sentido humanista que ennoblece a los profesionales de la salud, permitirá siempre al médico conocer bien a su paciente, su entorno social, cultural y psicológico; si el médico se interesa únicamente en el área biológica, limita la posibilidad de ganarse la confianza del enfermo y sus familiares, degradándose esta relación a un simple acto mercantilista.

La inteligencia del médico no sólo se basa en la adquisición de conocimientos teórico-prácticos, sino en la noble tarea de servir con eficacia, entendiendo a esta como sinónimo de calidad.

CONCLUSIONES

¿Quién y a quiénes se les puede decir que vayan en paz y sin miedo al encuentro con la muerte?, ¿habrá un ser humano capaz de mostrar tal indiferencia ante la muerte?, si acaso lo hay ese no debe ser el médico, quien finca su razón de ser en la empatía por sus semejantes y con sus conocimientos tratar de serles útil, para lo que es necesario, propiciar una relación médico-paciente óptima, pues esta es más que el vínculo entre dos seres humanos: el médico que intenta ayudar al enfermo y el enfermo que entrega su humanidad al médico para ser atendido, hecho que por fortuna no es reemplazable por la tecnología ni aparato científico alguno.

Ante el anuncio de la muerte el médico se convierte en el único pilar que sostiene la estructura de anhelos y esperanzas reales del enfermo por sobrevivir, aunque sea un día o un instante más para estar con su familia pues

siempre faltan cosas por decir, una indicación, un consejo o un perdón, poner en orden algunas situaciones sociales o familiares que al morir, prematuramente, quedarán a la deriva y sin remedio (documentos o repartición de bienes, etc.).

Con todo, el médico siempre tendrá una explicación acerca de las causas que motivaron el estado actual del enfermo, incluyendo: una justificación de culpa por negligencia, descuidos del paciente o sus familiares por desapego a tratamientos o a realizarse los estudios de laboratorio y gabinete correspondientes en forma oportuna, que marcarían la diferencia entre la vida y la muerte (cáncer detectado oportunamente); está también la falta de recursos económicos (un altísimo porcentaje en los sectores más desprotegidos de la sociedad) para poder realizarse los estudios correspondientes; o la demora de esos estudios, que con frecuencia se observan en algunas Instituciones Públicas de Salud, ya sea porque los servicios con los que se cuenta han sido desbordados por la demanda, mala administración, carencia de recursos gubernamentales, una práctica burocrática y deshumanizada que deja de lado la calidad de la atención y, por ende, la eficacia de los resultados. Hablar de eficacia, entonces, es hablar de calidad científica, moral y humanista.

El paciente y sus familiares están cada día más y mejor informados de sus derechos. En la actualidad es frecuente que los pacientes adultos se hagan acompañar a la consulta médica de familiares más jóvenes, ávidos de saber y que tienen a su alcance, en el hogar o la escuela, una computadora y cotejan cada palabra o diagnóstico que el médico

menciona acerca de la enfermedad, para saber más de ella y sus consecuencias.

Por ello, el médico debe estar mejor preparado para responder al reto que se le plantea. Es aceptable que cada médico tenga su propia manera de pensar, su filosofía y sus creencias, sus debilidades y sus propias experiencias, al igual que los pacientes. Sin embargo, a la hora de comunicar la noticia de una muerte inminente habrá de poner a prueba su inteligencia, objetividad y vocación de servicio humanista.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abreu LF. Bioética y biomedicina. En: González JV. Perspectivas de Bioética: V. UNAM. CNDH. Fondo de Cultura Económica, México. 2008:123.
2. Gómez SM. "Cómo dar las malas noticias en Medicina". 3ª Edición.. Madrid. 2006:47.
3. Gómez SM. "Decir o no la verdad". En Gómez SM. (eds.) Medicina paliativa en la cultura latina. Madrid. Aran. 1999:845-858.
4. Bakan D. Enfermedad, dolor, sacrificio. Hacia una psicología del sufrimiento. México, Fondo de Cultura Económica. 1979
5. Ortiz-Quezada F. El acto de morir. México: McGraw-Hill, 2000.
6. Vattimo G. Introducción a Heidegger. Barcelona: Gedisa Editorial. 2002.
7. Bascuñán, ML, Roizblatt A, Roizblatt D. Comunicación de malas noticias en medicina: un estudio exploratorio. Med Univ Navarra 2007;51(2):28-31.
8. <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
9. www.diariomedico.com/index.php/buscar?q=como+comunicar+malas+noticias&entqr=0&sort=date%3AD%3AL%3Ad1&output=xml_no_dtd&ud=1&oe=UTF-8&ie=UTF-8&proxyreload=1