

La muerte y su tránsito del hogar al hospital

Death and its passage from home to hospital

Sonia Indacochea-Cáceda¹

Indacochea-Cáceda S. La muerte y su tránsito del hogar al hospital (Editorial). Rev Soc Peru Med Interna. 2018;31(3):83-85.

La muerte, si bien atañe a la persona de manera personal en su propia biografía, también se hace necesario considerar el contexto histórico y cultural al que aquella persona pertenezca. “Ninguno de nosotros, occidentales modernos, se enfrenta a su muerte como a un hecho puramente biológico”.¹

¿Cómo se ve la muerte en la sociedad occidental actualmente? En su libro Antropología de la muerte, Thomas² compara las culturas africanas con la occidental y señala: “hay una sociedad que respeta al hombre y acepta la muerte, la africana; hay otra sociedad letal, tanatocrática, donde la muerte obsesiona y aterroriza, que es la occidental”. Cuando compara ambas civilizaciones, la africana es rica en signos y símbolos, donde el hombre es el centro, se valoriza al anciano, y donde existe respeto por el cuerpo; mientras que, en la civilización occidental predomina el individualismo, el hombre considerado como un consumidor, no se valoriza al anciano y existe un desprecio por la vida. Ante ese escenario, la sociedad africana integra de manera natural a la muerte dentro de su ciclo vital y la acepta, mientras que la sociedad occidental escapa de la muerte y le genera angustia.²

En la misma línea de reflexión, en Japón el budismo mezclado con el shintoísmo considera el concepto de *mudyoo*, que significa que todas las cosas y la vida de las personas son transitorias en el tiempo y conllevan

una actitud de resignación que se evidencia en la actitud de las personas ante la muerte; el concepto de *inga oofoo* que implica el premio o castigo que recibe la persona que muere por sus acciones buenas o malas; concepto de *butsudan* que es una especie de altar dentro de una casa donde se recibe una vez al año al alma de sus ancestros.³

En los siguientes párrafos quisiera destacar los cambios ocurridos en occidente a través de la historia. La muerte domesticada era la forma de morir predominante hasta el siglo XII, en la cual la persona conocía la proximidad de su muerte y se preparaba para este suceso, tranquila y naturalmente con serenidad esperaba el momento, rodeada de sus familiares, amigos, vecinos y hasta niños. Era en su ciudad un acontecimiento social su próxima partida. La muerte era aceptada como un período más de la vida humana, como el nacimiento. Es decir, se había domesticado a la muerte, y esta permanece bajo el control de la persona.⁴ La muerte ocurría en el hogar, de manera familiar y simple, sin dramas, solo “los médicos de finales del siglo XVIII, que descubrían las primeras reglas de higiene se quejaban de la superpoblación de las habitaciones de los agonizantes”.⁴

Hasta el siglo XVIII la muerte era asunto del moribundo y este plasmaba a través del testamento sus ideas y creencias, su voluntad;⁴ posteriormente, las personas dejan de lado su propia muerte y se ocupan de la muerte del otro, “el hombre de los tiempos modernos” comenzó a experimentar reticencia respecto al momento de su muerte. Una reticencia jamás expresada, probablemente jamás concebida con claridad”.⁵ Las circunstancias alrededor de la muerte por parte de la persona y de su

1. Médica internista. Hospital EsSalud Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú.



entorno familiar y cultural van cambiando, hasta llegar al siglo XX en que la muerte se convierte en un tema tabú del cual no se quiere pensar, ni mucho menos hablar. Aparece una actitud frecuente es la muerte eludida por la cual la persona decide no plantearse el problema de su propia muerte, o en todo caso, intenta alejar ese pensamiento, que al ser contrario a la vida, es enemigo de esta.⁶ Kubler-Ross⁷ afirma “creo que deberíamos adquirir el hábito de pensar en la muerte y en el morir de vez en cuando, antes de encontrárnosla en nuestra propia vida”.

La muerte genera miedo y angustia en las personas. “El miedo ante la muerte, es también, sin duda, un miedo a perder o ver destruido lo que los propios mortales consideran que tiene sentido y llena la vida”.⁸

Actualmente, se busca desarrollar lo relacionado a la vida, prolongarla lo más posible gracias al desarrollo de la medicina y de la ciencia y constituye un “éxito” que la esperanza de vida al nacer haya aumentado en las últimas décadas y que los tratamientos oncológicos modernos y costosos incrementen la supervivencia unos pocos meses. Ahora, “nuestra sociedad vive privada de la consciencia de su propia finitud”.⁹

En la primera mitad del siglo XX, las personas van a los hospitales, lugares impersonales y desconocidos, ya no están sus seres queridos cerca y muchas veces mueren solos, muy solos, todos muy distantes del dolor y el sufrimiento que tienen los moribundos. Es cierto que los hospitales tienen la tecnología y el personal especializado para tratamientos médico y quirúrgico pero el acceso a estos no siempre es justificado para los pacientes terminales, en los que importa la calidad de vida y, por tanto, la calidad de su muerte.

Un tipo de muerte aceptable hoy en día es la muerte repentina, inesperada, considerada una bella muerte por que el difunto no fue consciente de ella y porque no se perturbó las actividades cotidianas de su entorno y del medio hospitalario. Es una muerte escondida que no interrumpe la vida de los vivos. No se ha escuchado al moribundo, sus deseos, sus sentimientos, sus necesidades.

En los hospitales se pierde la individualidad para volverse un paciente más de los que fallecerán próximamente. “La habitación del moribundo ha pasado de la casa al hospital”.⁵ Es probable que ni los familiares, ni los médicos, ni el personal de salud, ni el propio paciente

quiera enfrentar el tema. Todos se ocultan información, quizá con la malentendida intención de que “el paciente no sufra”. Urmeneta ha llamado a esto la “conspiración del silencio”. En ocasiones, los mismos familiares se alejan porque tienen otras actividades más “urgentes” que atender al enfermo agónico y dejan para el personal de salud esta tarea.

La persona agonizante recibe el tratamiento médico más avanzado que existe pero con frecuencia se piensa que los contactos con las personas con las que el moribundo o moribunda se siente unido y cuya presencia puede aportar el mayor confortamiento a quien está despidiéndose de la vida, perturban el tratamiento racional del paciente y la rutina del personal hospitalario. Y, en consecuencia, se reducen o se impiden estos contactos en la medida de lo posible.⁸

Mucho se ha dicho sobre los médicos durante el proceso de la muerte de nuestros pacientes. Se dice que el médico no puede suprimirla pero puede “regular su duración” y que el alargar la vida y prolongar la muerte es “una meta” de nuestro trabajo profesional.⁵ Sin embargo, nosotros sabemos que cuando no podemos curar, nuestra tarea es acompañar a nuestros pacientes en el proceso natural de las enfermedades terminales, que no podemos cambiar, y darles la mejor calidad de vida que sea posible.

Desde esta perspectiva no debemos olvidar el miedo y la angustia del moribundo, expresada magistralmente por Leon Tolstoi en su libro “La muerte de Iván Ilich”.¹⁰ Una sola cuestión interesaba a Iván Ilich: ¿era grave su estado? Pero el médico no dio importancia a tal cuestión, completamente inoportuna. A su entender era inútil, y ni aun el razonamiento soportaba. Lo importante para él era restablecer el diagnóstico diferencial entre un riñón flotante, un catarro crónico y una enfermedad en el *coecum*. No se trataba de la vida de Iván Ilich, sino solo de la discusión entre el riñón flotante, el catarro crónico y la enfermedad del *coecum*.

Cúan lejos estamos muchas veces de nuestros pacientes próximos a morir, cuán poco vemos el dolor escondido de sus palabras y de sus miradas. Iván Ilich no entendió mucho, realizó preguntas que no tuvieron respuestas. Y, aquello desanimó a Iván Ilich, lo que provocó un sentimiento de gran piedad hacia sí mismo y de inmenso rencor hacia el médico, tan indiferente ante una cuestión tan grave. Pero no replicó nada.⁶

A su dolor, se suma el sentimiento de abandono. Muchas veces estas personas ya vienen de un aislamiento previo que en nuestra sociedad occidental ocurre con frecuencia con los viejos y los enfermos crónicos, estrechándose en estos casos sus círculos de familiares y amigos, pareciera que van haciéndose invisibles para nuestras miradas.

Finalmente, la persona, el paciente y la muerte son temas abiertos, inacabados, sin fronteras, abordados desde muchas disciplinas, cada una aproxima un poco a la verdad, y la medicina es solo un espacio más de observación y de reflexión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arregui J. EL horror de morir. Barcelona: Tibidabo Ediciones S.A. 1992.
2. Thomas LV. Antropología de la muerte. México: D.F.: Fondo de Cultura Económica.;1983.
3. Shuuichi K. El concepto de la muerte en dos culturas: Japón y México. Estudios de Asia y África. 1987;XXII:132-139.
4. Ariés P. Historia de la muerte en Occidente: desde la Edad media hasta nuestros días. Barcelona: El Acantilado; 2000.
5. Ariés P. El hombre ante la muerte. Barcelona: Penguin Random House. 2011.
6. Aranguren J. Ética. Madrid: Biblioteca Nueva; 2009.
7. Kubler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. 4.ª Ed. Barcelona: Ediciones Grijalbo S.A.;1993.
8. Elías N. La Soledad de los moribundos. México D.F. Fondo de Cultura Económica; 1989.
9. Scalzi E. México Documento disponible en: <https://es.scribd.com/document/146403969/La-Muerte-en-Diferentes-Culturas> (Fecha de acceso: 7-6-2013).
10. Tolstoi L. (s.f.). La muerte de Iván Ilich. Disponible en: http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/Colecciones/ObrasClasicas/_docs/MuertelvanIlich.pdf.