



## Consideraciones sobre el paciente en estado terminal y muerte\*

*María Teresa Pérez García, MD. Profesora Asistente, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.*

### INTRODUCCIÓN

La medicina y los médicos enfrentamos una doble paradoja: por un lado, con los adelantos técnicos y el desarrollo científico se han creado las condiciones para prolongar la vida de los pacientes con enfermedades "terminales", lo que, sin duda es un logro, pero, también puede prolongar el sufrimiento.

Por el otro, cada vez nuestra población alcanza mayor edad, porque el desarrollo en las condiciones de vida de la comunidad y de la sociedad, implica prolongación en el promedio de supervivencia de las gentes, por lo que debemos enfrentar con mayor frecuencia el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades terminales o en condición "terminal".

Este trabajo presenta una reflexión acerca de la muerte y las formas actuales de ejercer la medicina en nuestra sociedad, que introduce al campo de las consecuencias que tiene, tanto para el paciente como para el terapeuta, el diagnóstico de enfermedad o estado "terminal". En su parte final, propone unas herramientas para hacer realidad la función primaria del médico: acompañar a su paciente durante el proceso de morir.

### CONSIDERACIONES ACERCA DE LA MUERTE

Como se trata de la única certeza de la existencia humana, la muerte impregna todas las mitologías y todas las culturas. La angustia sobre lo que supone la muerte y lo que sucede después de ella, ha inspirado mitos y leyendas muy diferentes que reflejan diversas actitudes, desde el miedo hasta la aceptación serena.

Sin embargo, en nuestra sociedad, como otros tantos, este tema, no forma parte de las conversaciones cotidianas. A pesar de su presencia tácita permanente, el hablar sobre la muerte resulta pesado, atemorizante. Quien menciona su posibilidad resulta ser "ave de mal agüero" y en muchas ocasiones, al médico que la manifiesta probable, se le mira como poco competente.

Aunque la muerte ronda las salas y los pasillos de los hospitales, tampoco es tema de conversaciones o disertaciones científicas y no forma parte de los contenidos del programa de estudios en la carrera de Medicina.

En la vida cotidiana nos referimos a la muerte con eufemismos; la anunciamos como "se acerca el fin" o "ha llegado el

momento" y la informamos como "descansó en paz". Resulta entonces muy difícil, encontrar las palabras para construir el diálogo con un moribundo, para hablar con su familia, para consolar y ayudar a manejar la pérdida.

Hasta hace pocos años, la medicina se ejercía desde un enfoque completamente paternalista, que prescindía de la opinión del paciente, respecto a su tratamiento. Se estaba acostumbrado a la actitud pasiva de los pacientes, que ni siquiera preguntaban sobre su diagnóstico ni sobre su tratamiento, de modo tal que las enfermedades y las decisiones terapéuticas, eran problema únicamente de los científicos.

Hoy debe ser el paciente quien decida si acepta o rechaza un tratamiento, quien indague sobre las repercusiones, quien realice el balance-riesgo beneficioso, partiendo de la información que tenga al respecto. Debemos ejercer la medicina a la luz no sólo del Código de Ética Médica, sino guiados por Las Cartas de Derechos del paciente. Sus concepciones, creencias y percepciones sobre la vida y sobre la muerte, deben ser prioritarias y determinantes, no sólo para la acción terapéutica sino para la ley.

\* Texto de la Conferencia presentada en el Congreso de Aexmun el 4 de agosto de 1997.

A partir de la década del 60, cuando se sistematizaron las técnicas de reanimación cardiopulmonar, se hace patente la confrontación entre el imperativo de ayudar al paciente a recuperar la vida, cuando nuestra acción terapéutica puede conducirlo a prolongar el sufrimiento y la necesidad de considerar las circunstancias que rodean esa vida del enfermo, para tomar la decisión sobre no prolongarla innecesariamente.

"La ética no obliga a que nos llenemos de soberbia y a que por eso, nos empecinemos en prolongar lo que la naturaleza ha llevado a su fin", afirma el Profesor Sánchez Torres en su libro Temas de ética médica (1).

El médico no es un adalid contra la muerte, como lo sugieren tantas ilustraciones y descripciones literarias. Su función no puede ser preservar la vida a toda costa, sin establecer diferencias entre la vida biológica y la vida humana: la vida de interrelación, de comunicación, de compartir la cultura y de construir la historia (2). Vida de otros, que los médicos debemos saber identificar, no sólo como un problema científico, sino como un problema humanístico.

La Asociación Médica Mundial aprobó en 1983, la que se conoce como la "Declaración de Venecia" que al respecto dice: " el deber del médico es curar cuando sea posible, y aliviar siempre el sufrimiento del paciente, como también proteger los intereses de éste. No habrá ninguna excepción a dicho principio, aún en caso de enfermedad incurable o de malformación. Si el sufrimiento del paciente con enfermedad terminal puede aliviarse o acortarse interrumpiendo el tratamiento, el médico puede hacerlo, a condición de que lo haga con el consentimiento del enfermo o de sus familiares inmediatos, si éste no puede expresar su propia voluntad."... "El médico debe evitar emplear cualquier

medio extraordinario que no tenga real beneficio para el paciente." (3).

En referencia a este tema, en nuestra legislación, la Ley 23 de 1981, más conocida como "Código de Ética Médica" dice en su artículo 13: "El médico usará los métodos y medicamentos a su disposición y alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad. Cuando exista diagnóstico de muerte cerebral, no es su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales".

Pero, tener en cuenta el sentir del paciente, respetar su voluntad y sus decisiones, parece más difícil cuando desconocemos los instrumentos para ponerlos de manifiesto.

### **UNA BREVE REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE NUESTRA PRÁCTICA MÉDICA ACTUAL**

La función prioritaria del médico ha sido siempre "asistir" a sus pacientes; vocablo originario de la palabra latina *assistere*, que significa "estar al lado de", acompañar. Pero, de igual manera, esta función es, una de las que más se ha visto afectada durante las últimas décadas.

Dos razones parecen explicar este cambio: en primera instancia, el haber prescindido en el ejercicio de nuestra profesión, del carácter de arte, como Aristóteles lo definiera: "una disposición susceptible de mover al hombre a hacer una creación, acompañada de razón verdadera" (4), haciéndola tan dependiente de la técnica, que el ser humano ha pasado a un segundo plano, para ser visto como una máquina y, el acto médico ha dejado de ser una creación, para convertirse en la repetición de esquemas preestablecidos, en el que, tanto el paciente como el médico, se encasillan, obviando su individualidad, su creatividad y su

autodeterminación.

Un segundo aspecto, es la práctica y la enseñanza de una profesión que, en su afán de incrementar contenidos, va perdiendo la identificación de su verdadero y único objetivo.

El médico de hoy, parece haber renunciado a ser, lo que fueran quienes construyeron los fundamentos de nuestra medicina occidental: el representante y ejecutor de uno de los métodos más refinados en el ejercicio de su práctica, capaz de darle a su saber teórico la finalidad creadora de actos médicos dirigidos al alivio del sufrimiento y a una mejor condición de la vida humana (5).

Se ha estructurado un área del saber, que de ser una de las más elevadas formas de ejercicio del humanismo y una de las que más ha aportado a la explicación de muchos de los grandes misterios de la naturaleza y de la especie, se ha convertido en una de las más paradigmáticas expresiones de la sociedad de consumo, que reduce la vida a la productividad económica y a la capacidad de poseer cosas, sin importar para nada el ser humano, materia prima maravillosa en este oficio de médicos y de todos los profesionales de la salud.

Con el desarrollo de la civilización, las grandes revoluciones sociales, las grandes guerras y la redefinición de intereses desde el marco fundamental del poder económico, el elemento básico de existencia, consolidación y desarrollo de la medicina dejó de ser la preservación y promoción de la salud, para convertirse en una fuerza de choque contra la enfermedad, desafiando a la naturaleza en una lucha sin cuartel contra la muerte. Por esta razón el médico frente al proceso de la muerte, como se resume en la tabla 1, no cuenta con los instrumentos necesarios para ayudar a bien morir.

**Tabla 1.** Posición del médico actualmente frente al proceso de morir.

- No la encuentra como tema de conversaciones.
- No la conoce en los programas académicos.
- Se refiere a ella con eufemismos.
- Le teme y no reconoce su presencia.
- Lucha contra ella sin consideraciones.
- Desconoce las apreciaciones del paciente.

Por último, una orientación básica hacia lo patológico, que da prioridad a los síntomas y a su preservación, con la seductora tentación a depender de las máquinas, de las computadoras, de los datos numéricos, cada vez más libres de error, le han dado fundamento al soñado arte médico exento de relación" (6), en el cual la condición humana, tanto del paciente como del médico, cada vez parece más ajena.

Hoy por hoy, disfrutamos la maravilla de explicar los síntomas y los signos clínicos, desde el nivel molecular de las estructuras celulares; de comprender muchos de los mecanismos primarios de la enfermedad a la luz de las reacciones bioquímicas que se suceden en las células y en su entorno. Sobre la base de estas nuevas interpretaciones, se abren múltiples posibilidades de intervención que pudieran servir, en un futuro, ojalá, no muy lejano, para detener o disminuir los efectos deletéreos de las enfermedades originadas en reacciones químicas, en la interacción de mediadores celulares, en la actividad desbocada de muchas células (7).

En aras de la ciencia se han invertido y siguen invirtiéndose millones de dólares, alcanzando logros importantes como la penicilina, la insulina, las vacunas, los trasplantes de órganos, la ingeniería genética. Se ha logrado el control de grandes flagelos para la humanidad como la fiebre amarilla, la difteria, la viruela y se han desarrollado las más sofisticadas técnicas de diagnóstico;

pero, quedarnos en esta revolución tecnológica, nos ha conducido a una nueva versión del ejercicio de la medicina, que llama George Simms "el intervencionismo biomolecular" (8), y que el profesor Rafael Muci-Mendoza califica como el Síndrome del "cerebro descalificado".

Se desconocen en la ejecución del acto médico, el arte de preguntar sin incomodar, la destreza de examinar sin avergonzar, la sapiencia de informar sin confundir y la habilidad de orientar acompañando.

De la misma manera que en todos los aspectos y sectores de la sociedad actual, la cultura médica genera también consumidores egoístas y aislados. Se trata de producir o de obtener unos ingresos que permitan competir en el consumo de la más avanzada tecnología, de los últimos descubrimientos en terapéutica y farmacología, de las más recientes publicaciones que sustentan todos estos adelantos.

Dentro de este contexto, en nombre de la ciencia y de la investigación, se realizan acciones, como el someter a un paciente con un cáncer avanzado a complicados estudios diagnósticos, que, aunque pueden aclarar el origen de la malignidad y le dan un logro al médico, es mucho más el sufrimiento que generan para el paciente, que las modificaciones en la historia natural de la enfermedad y, mucho menos, en la calidad de la corta vida que le queda.

Se convierte al ser humano, paciente o terapeuta, en una cosa instrumental, en un "objeto" de experimentación, que pone a prueba tanto la resistencia física como la afectiva en cualquiera de las dos condiciones, como paciente o como terapeuta. No en vano todo el mundo le teme a la posibilidad de llegar a ser paciente en estas condiciones y por eso existen sociedades y fundaciones

dirigidas a la defensa de una muerte digna, sin tanto sufrimiento.

## ¿QUÉ SE ENFRENTA CON EL DIAGNÓSTICO DE "ESTADO TERMINAL"?

La expectativa de vida para toda la humanidad, se ha incrementado, gracias a las modificaciones en los sistemas sociales y al desarrollo en las condiciones de vida (vivienda, trabajo, comunicaciones, transporte, agricultura y programas de salud pública y saneamiento ambiental), siendo nuestra medicina moderna, científica, tan sólo un factor coadyuvante en este proceso, pero debiendo asumir el reto de asistir a pacientes cada vez más viejos o cada vez más enfermos (9).

La forma en que nuestra sociedad valora la vida, desde el principio de productividad económica, desde un "tener" más importante que el ser, es uno de los factores determinantes para que nos genere tanto miedo enfrentar el acceso al límite biológico impuesto por la edad o por la enfermedad. En ese momento, siendo viejos, en estado terminal o muriendo, perdemos inevitablemente la capacidad de producir y de tener, perdemos el aprecio y el respeto de los demás.

Hoy, más que nunca, acercarse a la muerte, es una situación angustiante, solitaria y muchas veces muy dolorosa. El ser humano es el único animal de la naturaleza que tiene la capacidad de reflexionar y de pensar la muerte; de vivirla no sólo como evento biológico aislado, sino como punto de referencia en torno al cual construye, en cierto sentido, su modo de vivir. El manifestarse en los otros; el quedarse en la memoria y en la historia de la familia, de la sociedad o de la humanidad en general, son elementos en los que muchas personas fundamentan su vida.

Tal vez por ello, abogamos por una vida

con dignidad y sobre todo por una muerte con dignidad, es decir, porque este fundamental evento en el que culmina la vida, se dé en condiciones de enriquecimiento de la propia estima y la de los demás. Que no sea un evento que avergüence, que produzca mayores sufrimientos o que menoscabe la maravillosa condición humana.

Como ya se había mencionado, el diagnóstico de "condición terminal" es un diagnóstico médico. Es el médico tratante quien asume la responsabilidad de llegar y llevar a los demás a esta conclusión y ello tiene consecuencias (Tabla 2).

En esta fase de terminalidad aparece la reflexión sobre la vecindad de la muerte y ello, sin duda, es positivo, cuando en todo el transcurso de la vida no se ha hecho. A pesar de la resistencia cultural y profesional para aceptar la muerte, la anticipación de la misma ya es un componente de la enfermedad y genera cambios radicales en la forma de ver el mundo y de enfrentar la vida, tanto para el paciente como para todos los que se encuentran a su alrededor, incluido el médico.

**Tabla 2.** Cambios que determina el diagnóstico de "condición terminal".

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nuevas emociones.</li> <li>- Modificación de opciones.</li> <li>- Nuevas formas de relacionarse.</li> <li>- Modificación de los horizontes.</li> <li>- Modificaciones en la temporalidad.</li> <li>- Anticipación de la muerte.</li> <li>- Reflexión.</li> </ul> |
|---|

La percepción del tiempo, es uno de los elementos que se modifica. La temporalidad del individuo varía con la edad, con los cambios de contexto y con las interacciones que establece en su vida cotidiana. "La variabilidad del horizonte temporal es enorme. El niño tiene un horizonte existencial volcado hacia el futuro; el anciano, volcado hacia el pasado, en el recuerdo" (10).

"Cada episodio tiene su tiempo separado" afirman Boscolo y Bertrando (11). La simple condición de encontrarse enfermo impone cambios en la percepción de la vida cotidiana. La condición de terminalidad, con mayor razón, determina modificaciones radicales en la percepción, el horizonte y la importancia de los hechos.

De la misma manera que el anciano, el paciente definido como terminal vuelca su horizonte existencial hacia el pasado, pero la inminencia del final hace que su tiempo esté contado, que sea insuficiente para todo lo que queda por hacer y, al mismo tiempo, se vuelque hacia el futuro. Se establece aquí una dicotomía muy difícil de manejar para un ser humano, acostumbrado a la visión lineal del mundo, a la secuencia pasado, presente y futuro como tiempos distintos y distantes.

Al mismo tiempo que el horizonte cerrado en el pasado, impuesto por la conciencia de terminar, impide proyectos y cambios, que pudieran ser beneficiosos en este momento, el encontrarse totalmente abierto al futuro hace más embarazoso el que se pueda aprender de la experiencia y favorece la repetición de errores, fenómeno que no sólo afecta al paciente sino a quienes lo rodean, familiares y terapeutas.

Esta nueva forma de percibir el tiempo puede determinar una nueva forma de relacionarse. Para el que termina la vida, puede ser demasiado rápido, cuando quedan muchas cosas por hacer, pero, también puede ser demasiado lento, cuando se enfrenta mucho sufrimiento físico. Para su familia, que muy probablemente está sufriendo por la próxima ausencia, el tiempo puede pasar muy despacio o demasiado rápido y no necesariamente en concordancia con la percepción temporal del paciente. Se establece una relación entre

enfermo, "realmente" enfermo y sanos, que en este momento resulta muy distante.

Para el médico tratante, puede ocurrir, que la carencia de opciones de intervención y la inminencia del momento hagan el tiempo tan corto, que no logre pensar, reflexionar y actuar de acuerdo a las circunstancias o que ejecute acciones innecesarias o fútiles, que prolonguen el sufrimiento, generándose una discordancia entre su temporalidad y la de los demás implicados en el proceso, condiciones que lo ponen en riesgo.

Tradicionalmente se ha utilizado el sistema de Kübler-Ross, que divide el proceso de enfrentarse a las pérdidas en cinco estados consecutivos: negación, angustia, ajuste, depresión y aceptación (12). Sin embargo este modelo de interpretación deja por fuera varios aspectos fundamentales. La temporalidad en el sentido de condicionar una secuencia, que no necesariamente debe darse; la presentación de otras muchas respuestas emocionales diferentes a las descritas, que no se tienen en cuenta y por ello, no se identifican y la negación de la individualidad y la diferencia en la manera de afrontar las circunstancias de la vida, que tiene cada persona.

Entre las propuestas que pueden presentarse, se encuentra el miedo. Miedo a la posibilidad de morir. Miedo a la forma de morir. Miedo a las consecuencias del morir. En fin, miedo a lo desconocido. Este miedo no sólo afecta al paciente sino que se presenta en sus familiares, en sus amigos y también en el equipo de profesionales que lo atienden.

Puede también presentarse un gran sentimiento de culpa. En el paciente, por lo hecho y lo dejado de hacer durante su vida; en la familia, por lo ofrecido o no ofrecido a quien va a morir, y en el

terapeuta, por sus propias acciones técnicas frente a la enfermedad. Estas diversas formas de percibir la culpa pueden influenciar las relaciones que se establecen entre unos y otros, las percepciones respecto a la enfermedad y a la vida cotidiana.

Se puede ingresar en un círculo de esperanza y desesperanza, que modifica la forma de percibir la realidad y justifica la toma de decisiones, que pueden llegar a ser peligrosas: consultas a personal no entrenado, acciones terapéuticas que pongan en peligro la vida, rechazo a las terapias hasta el momento empleadas y al médico tratante; en fin, un ir y venir angustiados, cuyo vaivén puede dejar efectos más deletéreos que beneficiosos.

Cualquiera sea la razón, esta es una de las respuestas que suele determinar un mayor distanciamiento entre los allegados, el personal de atención y el paciente. La primera percepción en los demás es la de que el paciente "no ha comprendido" la dimensión del problema. Una segunda puede ser que "no le importan" las consecuencias de su enfermedad ni las que puede tener su muerte. En fin, se establece un cierre de la comunicación, cuando más se requiere abrirla.

No hay duda que en este proceso también participa el terapeuta. Su manera de enfrentar el sufrimiento, su percepción de la enfermedad y sus propias consideraciones sobre el morir, son elementos determinantes de la forma en que va a comunicarse con el enfermo y de la forma en que va a asumir la responsabilidad que implica su diagnóstico de "estado terminal".

Si la premisa básica del médico es que todas las enfermedades pueden y deben curarse, la posibilidad de la muerte del paciente, se convierte en una situación de fracaso, en una condición de

frustración, percepciones que condicionan un gran distanciamiento. De igual manera ocurre si su función se orienta hacia la preservación de la vida a toda costa, desconociendo la propia condición de mortalidad, porque no va a poder identificar la vecindad o la presencia de la muerte en su paciente y difícilmente podrá ayudarlo.

### ¿CÓMO RECUPERAR NUESTRA FUNCIÓN DE ACOMPAÑAR?

Tal vez el más importante y el más indicado "momento" para acompañar sea justamente éste. El momento o mejor, el período en que un ser humano se acerca al final de su vida.

La OMS define las funciones del cuidado paliativo, como ese cuidado total y activo para aquellos cuya enfermedad no responde a los tratamientos curativos, en el que el control del dolor y de los otros síntomas molestos y el apoyo psicológico, social y espiritual son fundamentales. La meta, es alcanzar una mejor calidad de vida para los pacientes y sus familias (13).

Abre esta definición un espectro de trabajo y funciones tan amplio que sobrecoge, porque parece rebasar nuestra capacidad humana. Reaparece la pregunta: ¿no hay nada más que hacer? Y con ella una nueva respuesta: por el contrario, es éste el momento en que debemos y podemos hacer más por el paciente y su familia. Pero no sólo con la inversión de todos los recursos económicos, institucionales y técnicos, sino con nuestro esfuerzo y conocimiento humanos.

Si bien es una empresa que exige la presencia de todo un equipo interdisciplinario, son muchas las tareas que puede y debe asumir el médico tratante, en su atención al paciente en trance de morir (Tabla 3).

**Tabla 3.** Funciones que puede desempeñar el médico para acompañar a bien morir a su paciente.

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de la disnea y del dolor.</li> <li>- Prevención del hambre y la sed.</li> <li>- Control de la deshidratación.</li> <li>- Atenuación de la angustia.</li> <li>- Transmisión u ofrecimiento de serenidad.</li> <li>- Apoyo en la búsqueda de conciliación.</li> <li>- Intentar resolver la ausencia y la soledad.</li> </ul> |
|---|

Controlar el dolor físico, disminuir la dificultad respiratoria, prevenir el hambre y la deshidratación, que es lo que debemos saber hacer desde el punto de vista técnico. Pero, atenuar la angustia, ofrecer serenidad, ayudar a reconciliarse consigo mismo y con los demás; crear oportunidades para resolver la ausencia o la soledad, entregar el tiempo necesario e impulsar para arreglar las cuentas, elementos fundamentales para ayudar al bien morir, parece mucho más difícil de hacer, puesto que sobre estas tareas es muy poco el entrenamiento que hemos recibido o la información que hemos leído.

La construcción de un diálogo sobre la muerte o sobre su posibilidad nos es tan difícil, sencillamente por la conciencia de que no hay palabras o razones que puedan reconfortar al paciente que debe enfrentarse a la etapa final de su vida.

Como cualquiera otra de las comunicaciones humanas depende del contexto en que ésta se da; de la condición y del momento en que se encuentra el paciente; de su edad, su sexo, sus niveles de productividad, el tipo y la calidad de sus relaciones interpersonales y sobre todo la memoria, los temores y leyendas que atraviesan su vida cotidiana.

En cuanto al contexto, éste no es un tema para tratar en público, es indispensable un sitio privado, en que el paciente sienta que el acto médico es

impecable y completo, de modo que el diagnóstico no aparece como arte de magia sino como resultado de una revisión exhaustiva, que debe incluir un examen físico completo, en el que el paciente se haya sentido palpado.

Para profundizar en la conversación, es necesario contar con una información sobre lo que el paciente conoce acerca de su enfermedad y de su condición. Cuánto y qué quiere saber el paciente sobre las mismas. Cuáles son los recursos afectivos, la red social de apoyo y las condiciones económicas con que cuenta.

Las experiencias previas con la enfermedad y con la muerte son elementos determinantes de la forma como el paciente se va a enfrentar a ellas. Los mitos y las creencias que se tienen sobre una enfermedad, las metáforas que se han creado en torno a ella, los significados y consideraciones que la rodean, indefectiblemente forman parte de los recursos o de los impedimentos que se le presentarán para manejar la nueva situación. Susan Sontag lo refiere así: "Se proyecta sobre la enfermedad lo que uno piensa sobre el mal. Y se proyecta a su vez la enfermedad (así enriquecida en su significado) sobre el mundo"(14).

El elemento básico para arrancar en este acercamiento, es la propia reflexión. Es desde nuestro sentir, desde nuestras propias consideraciones que es posible abrir un diálogo con alguien en estas condiciones. No importa si nuestra percepción es de temor y angustia o serenidad y aceptación. Cualquiera de estos sentimientos puede ser el punto de partida para establecer un diálogo; para iniciar la conversación.

Con nuestras propias reflexiones como marco de referencia, es posible establecer una comparación que conduzca al paciente a exponer sus sentimientos y emociones. Obviamente,

el médico tiene que estar preparado para escuchar, disponiendo del tiempo suficiente y abriendo elementos para continuar la conversación.

Es muy probable que durante la conversación, se presenten momentos de silencio por parte del paciente, que deben ser respetados por el médico, quien, además los puede emplear para su propia reflexión, en la identificación y valoración de sus percepciones. Este último recurso es fundamental para hacer congruencia entre el lenguaje digital (las palabras) y el analógico (sus gestos y su corporalidad).

Aunque no existen orientaciones precisas que permitan enfrentarse a la culminación de la vida, algunas estrategias de aplicación clínica son: ayudar a enfrentar lo ineludible de la muerte; reconocer que la familia de quien está muriendo es parte del proceso y requiere también de nuestro apoyo, además de información y orientación sobre su papel frente a las nuevas circunstancias; abrir expectativas para que tanto el paciente como sus allegados puedan reconocer los elementos dolorosos de su relación para que entre ellos puedan resolverlos (15).

De igual manera es fundamental, garantizar toda la asistencia médica y técnica que permita liberar del sufrimiento físico al paciente y de ser necesario, la asesoría de una institución especializada para la familia; proponer y respaldar el empleo de rituales o ceremonias en las que participen tanto el paciente como su familia, que faciliten poner en evidencia las diferentes apreciaciones sobre el momento y por último, colaborar en la creación de medios para decir adiós. Poder despedirse parece ser un buen medio para resolver de una forma más rápida el duelo (16).

He mencionado sólo algunas de las

herramientas que se consideran de utilidad para aproximarse a un paciente que se enfrenta al diagnóstico de "estado terminal" y asumir la responsabilidad que éste le impone al médico. Estos recursos se encuentran al alcance de nuestra mano, cuando la ejecución del acto médico es impecable y cuando el médico actúa con la plena conciencia de su propia condición humana. Sin duda, la creatividad individual que surge de la responsabilidad y el compromiso con que se asuma la tarea, dará origen a otras herramientas cuyo resultado sea mejor dentro de la particularidad.

## CONCLUSIÓN

Es desde nuestra percepción de la muerte, que podemos mirar a quien se encuentra en trance de morir, como otro humano que puede estar sufriendo. Hacer nuestra la responsabilidad de ayudar al bien morir, es cuestión de reflexionar y de clarificar los conceptos con que nos enfrentamos a la posibilidad de nuestra propia muerte y de llevar el tema a nuestras conversaciones científicas y cotidianas.

Para que el morir ocurra en un contexto humano y humanitario los médicos y todo el personal del equipo de salud, debe ser capaz de consolar y de ofrecer serenidad al tiempo que resuelve los problemas diagnósticos y terapéuticos. Acompañar, para ayudar a superar el miedo y la soledad, puede ser valioso instrumento que apoye la aplicación del conocimiento científico para disminuir el sufrimiento. Dice Rimpoché en su "Libro tibetano de la vida y de la muerte": "la muerte es una parte natural de la vida que todos debemos afrontar tarde o temprano. Según mi entendimiento, son dos las actitudes que podemos adoptar ante ella mientras vivimos: o bien elegimos no pensar en ella, o bien podemos hacer frente a la perspectiva de nuestra propia muerte y, reflexionando con claridad sobre ella, tratar de reducir al mínimo el

sufrimiento que puede producir" (17). "No menos importante que prepararnos para nuestra propia muerte es ayudar

a otros a morir bien. Puesto que los moribundos son igualmente incapaces de valerse por sí mismos, deberíamos aliviar

su malestar y su angustia y asistirlos en la medida de lo posible para que mueran con serenidad" (17).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Sánchez F.** Derecho a una muerte digna. En: Sánchez F. Temas de ética médica. Santa Fe de Bogotá: Giro Editores Ltda.; 1995, 345-363.
2. **Maturana H.** Ser y llegar a ser; educación y responsabilidad. En: Maturana H. El sentido de lo humano. Chile: Editorial Hachette 1994: 241-257.
3. **Sánchez F.** Derecho a una muerte digna. En Sánchez F. Temas de ética médica. Santa Fe de Bogotá: Giro Editores Ltda; 1995; 352.
4. **Aristóteles.** Ética Nicomaquea. Medellín: Editorial Bedout; 1982.
5. **Jaeger W.** La medicina griega considerada como PAIDEIA. En: PAIDEIA: los ideales de la cultura griega. 7a. reimpresión: México: Fondo de Cultura Económica; 1985: 783-829.
6. **Drane JF.** El carácter, la virtud y la estructura de la relación médico-paciente. En Drane JF. Cómo ser un buen médico. Ediciones San Pablo; 1993: 29-45.
7. **Giroir BP.** Mediators of septic shock: New approaches for interrupting the endogenous inflammatory cascade. *Crit Care Med* 1993, 21: 780-789.
8. **Simms GR.** Learning to let go. Ethical implications in terminal care. *Postgraduate Med* 1981; 81: 13-14.
9. **Corr ChA.** Death in modern society. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N. Oxford Textbook of Palliative Medicine. New York: Oxford University Press; 1994: 28-35.
10. **Boscolo L, Bertrando P.** Tiempo y relaciones. En: Boscolo L, Bertrando P. Los tiempos del tiempo. Una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémicas. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.; 1996: 39-64.
11. **Boscolo L, Bertrando P.** Tiempo y relaciones. En: Boscolo L, Bertrando P. Los tiempos del tiempo. Una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémicas. Ediciones Paidós Ibérica S.A.; 1996: 61.
12. **Kübler-Ross E.** On death and dying. New York: Macmillan; 1969.
13. **Doyle D, Hanks G, MacDonald N.** Introduction. In: Doyle D, Hanks G, MacDonald N. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford G.B: Oxford University Press; 1994: 28-34.
14. **Sontag S.** La enfermedad y sus metáforas. 2ª edición: Barcelona: Mushnik Editores; 1985.
15. **Mc Daniel ISH, Hepworth J, Doherty WJ.** Caring for dying patients and grieving families. In: Mc Daniel SH, Hepworth J, Doherty WJ. Medical family therapy. Harper Collins publishers, Basic Books; 1992: 231-249.
16. **Mc Daniel LSH, Hepworth J, Doherty WJ.** Caring for dying patients and grieving families. In: Mc Daniel SH, Hepworth J, Doherty WJ. Medical family therapy. Harper Collins. Publishers, Basic Books; 1992: 240-249.
17. **Rimpoché S.** Libro tibetano de la vida y de la muerte. Prólogo del Dalai Lama. Editorial Urano; 1994.