



# Revista Colombiana de Anestesiología

## Colombian Journal of Anesthesiology

[www.revcolanest.com.co](http://www.revcolanest.com.co)



### Reflexión

## Sobre la muerte: a quien pueda interesar

Jorge H. López R.<sup>a,\*</sup> y Oscar López R.<sup>b</sup>

<sup>a</sup> MD FACP, Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

<sup>b</sup> Psicólogo, MSc en Sociología, Pereira, Colombia

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

##### Historia del artículo:

Recibido el 9 de agosto de 2011

Aceptado el 2 de febrero de 2012

On-line el 22 de junio de 2012

##### Palabras clave:

Muerte

Enfermedad

Filosofía

Médico

#### R E S U M E N

**Introducción:** Podría decirse que la enfermedad y el temor a la muerte son los problemas principales que obligan a la mayoría de las personas a buscar ayuda médica. Sin embargo, sorprende que a la enfermedad se le dedique casi todo el tiempo de la enseñanza en las facultades de medicina y que la muerte se tome simplemente como algo implícito; pocas veces el tema de la muerte, como fenómeno real y vivencia universal, es discutido en las clases para los futuros médicos.

**Objetivo:** Por medio de un ensayo de reflexión, se pretende motivar al lector médico de que además de criterios científicos o empíricos, existen otras miradas válidas y enriquecedoras sobre la agonía, la muerte y el morir, como son la mirada filosófica y teológica. Para ello tomamos como base un artículo recientemente publicado en esta revista y del que haremos alusión más adelante.

© 2011 Publicado por Elsevier España, S.L. en nombre de Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación.

#### About death: To whom it may concern

#### A B S T R A C T

**Introduction:** One could say that disease and fear of death are the key issues that make most people seek medical help. However, it is striking to find that most of the time devoted to teaching at medical schools focuses on disease while death is simply unspoken. Death as a real and universal fact is a topic rarely discussed in a doctors-to-be classroom.

**Objective:** This essay is intended to make the medical reader aware of the fact that in addition to scientific or empirical criteria, there are other valid and enriching perspectives about agony, death and dying; i.e. the philosophical and theological perspective. To that end, the background is a recently published article in this journal that will be referred to in the next pages.

© 2011 Published by Elsevier España, S.L. on behalf of Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación.

##### Keywords:

Death

Disease

Philosophy

Physician

\* Autor para correspondencia: CALLE 80 No 10 - 43 Bogotá, Colombia.

Correo electrónico: [jlopezr@unal.edu.co](mailto:jlopezr@unal.edu.co) (J.H. López R.).

## Pensando la muerte

De manera equivocada los médicos, enfrentados en su quehacer diario con la muerte, dejan que esta sea abordada muchas veces por teóricos y filósofos, algo notorio, pues en realidad la muerte debe ser tratada, escudriñada y esperada por cada ser humano. Ellos, los filósofos, han abordado el tema y de allí han surgido expresiones famosas y controversiales, desde una visión optimista del conocido sofisma de Epicuro: «La muerte no existe para mí, mientras existo ella no es y cuando ella sea yo ya no existiré», o una visión pesimista algo más difícil de digerir: «La individualidad de la mayoría de los hombres es tan miserable e insignificante que nada pierden con la muerte» (Schopenhauer, *Metafísica de la muerte*).

Morir y nacer, como anota Edgar Morin, «no solo es una suerte excepcional, es un misterio ontológico». La vida es en cada instante una victoria sobre la muerte, y en nosotros los humanos toma el carácter de conflicto que cada uno resuelve bien o mal; y aunque la muerte sea una realidad constante, y el acto de morir sea parte de la condición humana, sin embargo no nos acostumbramos fácilmente a ella.

En el adulto, la muerte suscita gran cantidad de emociones intensas y confusas; sin embargo, no es tanto la muerte la que suscita dichos temores, sino los elementos que la acompañan, sea la agonía, el dolor, la sensación de impotencia y muchos otros elementos casi mágicos con los que se envuelve. No en vano decía Tolstoi que el momento de nacer y morir son como dos agujeros que nos asoman al más allá.

En nuestro entorno existe una especie de acuerdo tácito para no hablar de la muerte. Vivimos en una cultura materialista donde la muerte no parece contar en los planes de los que mueven los hilos de la vida del hombre moderno, y para ello se busca todo lo que pueda hacer olvidar la realidad. La verdad es que una vida cumplida a cabalidad no suscita las emociones extremas que hoy embargan a muchos, y es solo el sentimiento de una vida realizada lo que le da sentido a la muerte.

En los pueblos primitivos la vida y la muerte eran fenómenos supra-individuales y no sucesos con los que debía enfrentarse el individuo, pues este propiamente no moría, sino que iba a un lugar donde lo esperaban los que habían muerto antes. Todo era una larga cadena. En suma, el secreto de la vida está en la muerte. Y esto se debe a que creían en una supervivencia después de la muerte, y la muerte era solo el cambio de un modo de existencia, el muerto tenía un poder mayor que cuando estaba vivo y había que contar con él. En la relación difunto-vivo podía suceder que el primero perjudicase al segundo, pero a la vez podía suceder algo opuesto, es decir, el vivo también podía servirse de los conocimientos superiores del difunto, y por ello al muerto se le consultaba y hasta se le llegó a llamar «dios» (1 Samuel, 28, 13).

En la concepción judía el culto al muerto era exagerado, pues podía rivalizar con el de Yaveh, y era ir contra el primer mandamiento, el amor a Dios. Por eso comenzaron a tomar distancia frente a estos cultos, cosa que no hicieron otros pueblos, como ocurre en muchas regiones en México y en muchos sectores de Colombia. Para curarse de ello, el Levítico elimina el celo exagerado de ciertos ritos funerarios (Lev 19, 28; 21,5 ss.; Deut 14,1).

Para el israelita, la muerte era una realidad compleja, y para ellos la debilidad, la enfermedad, el cautiverio y la opresión del enemigo son ya una especie de muerte; el enfermo, al no poder realizar muchas de las cosas, es ya una especie de muerto, y como anota A.R Johnson, «la muerte en sentido estricto para el israelita es la forma más débil de la vida, y así cualquier debilitamiento de la vida es una forma de muerte».

Pero la muerte ha sido tema no solo de las religiones; la literatura y la poesía la han tratado en muchas formas por demás amplias y hermosas, pues como reflejo de nuestras humanas inquietudes ellas sondan los problemas que a todos los humanos nos aquejan, y ninguno tan punzante como el de la muerte. Así, Unamuno, en su obra *El sentimiento trágico de la vida* afirmaba que el único problema que realmente le interesaba era el de la muerte, el cual lo atormentó durante toda su existencia. El poeta Rilke se quejaba de que cada día se nos dejaba cada vez menos morir nuestra muerte, pues así como cada uno tiene su vida, también su propia muerte.

## ¿Dónde morir?

Obviamente una cosa es dónde uno muere y otra dónde desearía morir, y este asunto tiene múltiples facetas. Aunque las investigaciones son escasas e incluso no concluyentes al respecto, los expertos estiman que hay tres factores que juegan un papel determinante que influencian la discrepancia entre el sitio preferido y el sitio real de muerte, en especial en adultos mayores. Estos factores son las características sociodemográficas, las características relacionadas a la salud y los recursos personales y sociales.

**Características sociodemográficas.** El sitio donde acontece la muerte está estrechamente ligado a factores como la edad, el sexo, la educación y la zona geográfica, de tal forma que las personas más ancianas, las mujeres y las de alto nivel educativo, así como los habitantes de zonas urbanas, con mayor frecuencia mueren en sus casas.

**Características relacionadas con la salud.** Las características de la enfermedad y la discapacidad, tales como la duración, los tratamientos requeridos, la complejidad y la intensidad del tratamiento, se relacionan de manera significativa con el sitio de muerte. Como es de esperar, un tratamiento que requiere tecnología médica compleja hará más difícil la tarea del cuidador en el entorno domiciliario.

**Recursos personales y sociales.** Las características del sistema de soporte formal e informal, especialmente el de familiares cercanos, juega un papel determinante con respecto al sitio de muerte. Se ha visto que la existencia de redes de apoyo social, de sistemas de salud y de grupos de apoyo tanatológico se relaciona con una mayor tasa de muerte en casa. También se ha visto que aquellos con buen soporte familiar y con un cuidador más joven tienen mayor tendencia a morir en casa; de otro lado, un fácil acceso a los servicios hospitalarios y a instituciones de larga estancia predispone a morir en el hospital<sup>1</sup>.

En China se encontró que el 92% de ancianos con edades entre 80 y 105 años morían en casa<sup>2</sup>. En Estados Unidos se ha encontrado que el 58% de los ancianos mueren en el hospital, el 22% en sus casas y el 20% en hogares de ancianos<sup>3</sup>. Con respecto a los pacientes con enfermedad de Alzheimer, el

40% morían en casa, el 30% en hospitales y el 30% en hogares geriátricos<sup>4</sup>.

Un estudio en Bélgica encontró que la mitad de las personas mayores de 60 años mueren en un hospital, una cuarta parte en un hogar geriátrico y una cuarta parte en su casa. La probabilidad de morir en el hospital era mayor en el sexo femenino, y menor en los muy ancianos. Los autores concluyen que el lugar donde un viejo muere está basado principalmente en factores relacionados con el contexto social<sup>5</sup>.

Esto contrasta con un estudio donde se interrogaba específicamente a personas ancianas hospitalizadas por enfermedad cardiopulmonar sobre el lugar donde ellos preferían morir. Cerca de la mitad (43%) respondieron que en su casa, el 48% elegirían el hospital y el 9% no tenían clara la respuesta. La elección estaba determinada por el deseo de estar en un entorno familiar y rodeado de sus allegados para los primeros, y para los segundos la razón era que no querían ser una carga para los suyos, o preocupación porque el cuidado recibido fuese el adecuado<sup>6</sup>.

Un estudio de Israel hecho en más de 1.000 personas mayores de 70 años indagó directamente asuntos sobre preferencias del sitio de muerte de estas personas. Se encontró que el 70% de los entrevistados preferían morir en sus casas, el 23% preferían morir en el hospital y el 5% preferían morir en un hogar geriátrico. Al comparar los que preferían morir en sus casas con los que preferían instituciones se encontró de manera significativa que los que eligieron el hogar eran casados, económicamente seguros, vivían con alguien y residían en áreas rurales. También se documentó que los ancianos que preferían morir en casa sufrían de enfermedades menos severas, tenían menos síntomas somáticos y eran en general más sanos y menos discapacitados. Además, los que preferían morir en casa referían mayor satisfacción con su vida y presentaban menos problemas de salud mental que sus contrapartes. Con respecto al soporte social, los que preferían morir en su residencia mostraban de manera significativa mayor confianza por sus familiares y amigos y mantenían un contacto más frecuente con sus allegados, comparados con los ancianos que preferían morir en otro lugar. Por análisis multivariado se demostró que solamente el contacto social, la confianza en la familia y los ajustes de vivienda eran de manera estadísticamente significativa los factores de preferencia para elegir el sitio de muerte. Además se encontró que ciertas tendencias de la personalidad, tales como la autoestima y el sentido de control, no predijeron las preferencias por el sitio de muerte. Según los investigadores, sus hallazgos sugieren que los ancianos son realistas en cuanto a su preferencia al reconocer que una muerte digna en el hogar depende más del soporte social que su deseo intrínseco.

Finalmente, los autores consideran que el cuidado de un ser humano próximo a la muerte es una tarea demandante que puede llevar a un estrés físico y emocional excesivo. Recomiendan que con el fin de que más ancianos puedan morir en sus hogares se hace necesario mayor apoyo para los familiares cuidadores con el fin de mejorar sus habilidades para afrontar dicha situación. Esto podría lograrse con programas de entrenamiento específico que involucre a voluntarios, amigos y vecinos para que ayuden con las tareas y los factores emocionales inherentes al proceso de morir<sup>1</sup>.

Recientemente la Revista Colombiana de Anestesiología publicó un interesante artículo sobre el sitio preferido para morir de ancianos residentes en la isla de Ibiza, en España. Los autores entrevistaron a 105 personas mayores de 64 años (media, 75 años) vistos en un centro hospitalario en diferentes servicios (urgencias, atención domiciliaria, cuidado intensivo, entre otros). Dos terceras partes de los entrevistados expresaron que el hogar era el sitio preferido para morir, una cuarta parte prefería una unidad de cuidados paliativos hospitalaria y tan solo el 7% prefería una unidad de cuidados agudos. Otros hallazgos de este estudio están acordes con lo referido en la literatura al respecto; se encontró que las personas que viven con sus familiares mayoritariamente prefieren morir en su hogar, mientras que las personas muy enfermas o dependientes en sus actividades de la vida diaria tienen tendencia a preferir el entorno hospitalario para morir<sup>7</sup>.

El médico de hoy tiene que atender un mayor número de personas ancianas, y a medida que se envejece aumenta de manera exponencial el riesgo de morir. Si recordamos los tres principios básicos de la bioética comprenderemos que cualquier persona tiene derecho a recibir los cuidados médicos y paliativos que le permitan una vida digna hasta el último día (principio de la justicia); haremos los procedimientos médicos adecuados que busquen calidad de vida más que cantidad, de esta manera no se caerá en el error del nihilismo terapéutico (rechazar un procedimiento adecuado solo porque se es viejo) ni en el error de someter ancianos a procedimientos muy invasivos que conducen a aumentar costos y prolongar la agonía y no aliviar el sufrimiento próximo de la muerte (principio de la beneficencia y no maleficencia), y finalmente se respetará el deseo del adulto mayor para escoger cómo, cuándo y dónde morir (principio de autonomía).

## Conclusión

La muerte es un hecho inherente a todos los seres vivos, y en particular a nosotros, los seres humanos. Si bien en los animales el instinto de conservación los lleva a evitar la muerte, el hombre actúa ante la muerte de una manera compleja. Esta complejidad del abordaje de la muerte va desde cómo quisiéramos morir, cuándo y dónde. Si los médicos no están preparados para abordar esta discusión con sus pacientes, no cabe duda de que cualquier proceso médico y terapéutico será incompleto. Se invita pues desde este breve artículo a reflexionar no solo como médicos, sino también como personas con una vida finita.

## Financiación

Recursos propios.

## Conflictos de intereses

Ningún conflicto de intereses declarado.

## REFERENCIAS

1. Iecovich E, Carmel S, Bachner YG. Where they want to die: correlates of elderly persons' preferences for death site. Soc Work Public Health. 2009;24:527-42.
2. Gu D, Liu G, Vlosky DA, Yi Z. Factors associated with place of death among the Chinese oldest old. J Appl Gerontol. 2007;26:34-57.
3. Weitzen S, Teno JM, Fennell M, Mor V. Factors associated with site of death: A national study of where people die. Med Care. 2003;41:323-35.
4. Owen JE, Goode KT, Haley W. End of life care and reactions to death in African-American and white family caregivers of relatives with Alzheimer disease. Omega: J Death Dying. 2001;43:349-61.
5. Van Rensbergen G, Nawrot TS, Van Hecke E, Nemery B. Where do the elderly die? The impact of nursing home utilisation on the place of death. Observations from a mortality cohort study in Flanders. BMC Public Health. 2006;6:178, doi: 10.1186/1471-2458-6-178.
6. Fried T, van Doorn C, O'Leary J, Tinetti M, Drickamer M. Older persons preferences for site of terminal care. Ann Intern Med. 1999;131:109-12.
7. Cortés H, Correa OL, Alonso-Babarro A. Preferencia del lugar de muerte y factores relacionados en personas mayores de la isla mediterránea de Ibiza. Rev Col Anest. 2011;39: 30-7.