

# PACIFICAR EL FINAL DE LA VIDA. CLAVES FILOSÓFICAS

PACIFY THE END OF LIFE. PHILOSOPHICAL KEYS

Francesc TORRALBA

## Resumen

El enfoque filosófico permite adentrarse en el significado antropológico de la enfermedad y de la muerte; en el valor que tienen estas experiencias para el ser humano. Tener en cuenta las claves filosóficas sobre la enfermedad es esencial para ponerse en la piel del que se halla en el tramo final de vida y desarrollar las estrategias e intervenciones oportunas para que este proceso goce de la máxima paz y atención integral.

**Palabras clave:** *Enfoque filosófico, experiencia de enfermedad, final de vida.*

## Summary

The philosophical approach offers insights about the anthropological meaning of illness and death; the value of such experiences for the human being. Considering the philosophical keys to disease is essential to put one self in the shoes of those in the final stages of their lives and develop appropriate strategies and interventions for them to enjoy maximum peace and receive comprehensive care.

**Keywords:** *Philosophical approach, experience of disease, end of life.*

## Introducción

Durante décadas, el debate bioético del final de la vida se ha focalizado sobre la expresión *morir dignamente*. No cabe duda de que una de las cuestiones más delicadas en el presente reside en dilucidar qué significa morir dignamente en una sociedad tecnológica que dispone de instrumentos y artefactos para prolongar desproporcionadamente la vida de las personas. El foco de interés en este artículo radica en una cuestión afín, pero distinta: *pacificar el final de la vida*. En el proceso de morir se desata un universo de emociones que alteran profundamente el estado de ánimo de la persona que perece, pero también de todo el entorno afectivo. En este artículo se ofrecen algunas claves para pacificar emocionalmente el final de vida, exigencia que deriva del deber de beneficencia de los profesionales de la salud.

## Pacificar el final de la vida

El objetivo fundamental de quienes cuidan a seres humanos en el tramo final de sus vidas es que puedan tener un final pacífico. Ello incluye una complejidad de elementos: requiere de la atención a todas las dimensiones de la persona (física, psíquica, social y espiritual) y, también, del entorno afectivo de la misma, pues el proceso final no solo afecta al enfermo que se acerca a la muerte, sino, también, a toda su circunstancia afectiva, familiar y a los profesionales que le cuidan y que le atienden.

En este proceso final, no solo es necesario velar para que el enfermo pueda decidir libre y responsablemente cómo desea dotar de contenido este tiempo de que dispone, qué acciones anhela realizar, sino que, además, es básico cuidar los vínculos con sus seres amados, facilitar, si cabe, procesos de encuentro y de reconciliación que permitan un final de vida con la máxima serenidad y sosiego. Lo ideal sería que la persona que se halla en este proceso tenga la sensación íntima de que ha dicho y ha hecho todo lo que sentía que tenía que hacer antes de despedirse del mundo. No siempre es así por múltiples razones.

Además de los aspectos puramente técnicos, farmacológicos y relacionados estrictamente con el control de los síntomas y de dolor somático, existen aspectos de carácter social, emocional y espiritual que no pueden olvidarse en esta fase final.

El enfoque filosófico permite adentrarnos en el significado antropológico de la enfermedad y de la muerte; en el valor que tienen estas experiencias para el ser humano. Tener en cuenta estas claves filosóficas sobre la enfermedad, como episodio vital y sobre la muerte del ser amado, como ruptura afectiva, es esencial para ponerse en la piel del que se halla en el tramo final de vida y desarrollar las estrategias e intervenciones oportunas para que este proceso de su existencia goce de la máxima paz y atención integral.

## La experiencia de la enfermedad

Los filósofos que han ahondado en la experiencia de la enfermedad, ya sea por motivos estrictamente personales o profesionales, llegan a la conclusión de que la enfermedad no puede considerarse, simplemente, como una alteración de alguna parte del cuerpo humano y, menos aún, un evento totalmente objetivable.

Se trata de una experiencia subjetiva de fractura, de ruptura con el propio cuerpo. Constituye una experiencia que se produce, ante todo, en la intimidad del ser humano y solo, después, puede ser tematizada científicamente, medida y manipulada técnicamente.

La patología tiene un impacto sobre la libertad y sobre la conciencia de la persona que la sufre, no solo en el sentido de que aniquila completa o prácticamente de un modo completo la capacidad decisoria, sino porque a través de ella se pone de relieve el carácter precario e inestable de todo ser humano que solo, algunas veces, se insinúa en la existencia (Schlink, 1932; Weizsaecker, 1956; Sontag, 1985; Schlink, 1981; Dethlefsen y Dahlke, 1989; Cattorini, 1994; Lolas Stepke, 1997; Torralba, 2001). La enfermedad debilita la voluntad, transfigura negativamente el horizonte de sentido de la decisión concreta. El malestar de orden físico, psíquico y social que genera la enfermedad influye negativamente en la realización de nuestra libertad. Concentra toda la atención del sufriente y, en este sentido, lo aísla de los otros, coartando su disponibilidad a la proximidad. El cuerpo que somos tiende a escucharse más, a estar más pendiente de sí. En la enfermedad, la precariedad de una función obliga a transgredir las propias perspectivas vitales, impide que la disposición hacia el otro hombre se traduzca ágilmente en actos y obras.

El enfermo espera reencontrar, de nuevo, una confidente sintonía con las cosas, espera curarse. La visión que un ser humano tiene de su enfermedad no puede asimilarse a una consciencia abstracta, que pueda poner a distancia el ser cuerpo. La experiencia de la enfermedad es, en este sentido, una epifanía vital de la vulnerabilidad del ser.

La enfermedad y la muerte ponen en peligro la totalidad del ser humano y no solo la parte inferior de él. La esencial corporeidad del ser humano impide la fuga hacia la solución dualista. Lo que toca al cuerpo, toca a la persona entera. El enfermo enferma todo y no solo su cuerpo. Esto significa que la experiencia de la enfermedad precede y resiste a la abstracción de la antropología dualista, como también a la categorización objetiva del saber científico. Esta experiencia se ofrece como una permanente reserva de significado, como un coagulo de símbolos.

Como consecuencia de la experiencia de la enfermedad, aflora la demanda de ayuda, la apertura al otro en términos de necesidad vital. Esta petición de ayuda revela, de un modo nítido, la vulnerabilidad sentida en el propio cuerpo.

La enfermedad manifiesta, por contraposición, la sorprendente belleza del tiempo de salud. Desde el punto de vista del enfermo, el equilibrio de la salud aparece como un ideal de difícil probabilidad. La precariedad de tal equilibrio, expuesto a tantas lesiones externas como internas y a la erosión del tiempo, induce a contemplar el sufrimiento como el destino previsiblemente normal del hombre.

La enfermedad, como menoscabo o minoración, acontece en el espacio de mi vida y es, por ende, asunto intransferiblemente personal. Me siento enfermo cuando soy incapaz de hacer algo, de conducir mi vida, de abrigar esperanzas y de satisfacer los deseos con plenitud. Y a pesar de mí, sin mi voluntad, contra mí. Me siento enfermo cuando descubro, aunque no duela, una rara lesión, una mancha desconocida, una tumoración. Puede acontecer que a una sensación de enfermedad no la acompañe la comprobación del mal por el experto. También puede ocurrir que alguien que se siente bien tenga una grave enfermedad asintomática. Esta dimensión subjetiva de la enfermedad (*illness*) que se relaciona directamente con la experiencia de sentirse enfermo no equivale a la rotulación del experto (*disease*).

Uno de los filósofos contemporáneos que más ha ahondado en la experiencia de la enfermedad desde una clave existencial y biográfica es Karl Jaspers.

Dice Karl Jaspers (1969, p. 195): «La enfermedad no acarrea la mutilación de un miembro, el impedimento mecánico por un único defecto, sino que llega a calar en el mismo proceso de la vida, debilitándola constitucionalmente; no significa necesariamente, sin embargo, una limitación de la personalidad».

El efecto aislador de la enfermedad es, en lo más íntimo, inexorable. Uno se ve, en cierto modo, sin que nadie lo confiese, tratado con compasión y rodeado de silencio.

Los sanos -escribe Karl Jaspers, que fue médico y filósofo- no pueden entender a los enfermos. «Sin quererlo enjuician la vida, el comportamiento, el rendimiento de los enfermos como si estuviesen sanos. No comprenden lo que su rendimiento significa de auténtico tesón en lucha contra la debilidad... No caen en la cuenta de lo que vale, porque no saben lo que cuesta» (Jaspers, 1969, p. 209).

La contingencia del hombre, su dependencia radical, se le hace al enfermo no solo más consciente que al sano, sino también cualitativamente distinta. No puede abandonarse un solo día a sí mismo como existencia.

«La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara. A todos, al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque preferimos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como ciudadano de aquel otro lugar» (Sontag, 1985).

Al acercarnos asistencialmente a una persona enferma no se deberían olvidar estas claves filosóficas, pues solo si comprendemos lo que subjetivamente padece una persona cuando está enferma, podemos articular las estrategias y acciones oportunas para pacificar, en la medida de lo posible, el difícil episodio vital que está sufriendo.

## La muerte de un ser amado

Para pacificar el proceso de final de vida de un ser humano, resulta esencial reflexionar, filosóficamente, sobre lo que representa la muerte de un ser amado. Generalmente el foco de interés se sitúa en la persona que se despide del mundo, pero no se presta suficiente atención a cómo esta situación altera emocionalmente el entorno afectivo, el círculo de los allegados.

La muerte, considerada como un hecho objetivo, no es una situación límite, ni una epifanía de la vulnerabilidad. La muerte se convierte en una situación límite

cuando se trata del deceso de un allegado o de la propia muerte (Albom, 2000; Bowker, 1996; Carol, 1995; Ariès, 1983; Ariès, 1982; Evely, 1980).

Gabriel Marcel describe con mucha precisión la experiencia de la muerte del otro amado en su *Filosofía concreta*. «La muerte del ser amado con el que mantenía una comunicación efectiva, existencial -dice- se presenta primeramente como corte, como ruptura. Yo quedo irrevocablemente solo. La soledad en presencia de la muerte parece absoluta, lo mismo la del moribundo que la del superviviente» (Marcel, 1959, p. 270).

«La muerte de mi prójimo -añade- no tiene carácter absoluto y no llega a ser situación límite más que cuando mi prójimo es para mí el único» (Marcel, 1959, p. 271).

En los ámbitos donde se cuida a personas en el proceso final de vida, se debe también prestar mucha atención a los efectos que tiene este proceso en los más allegados y articular estrategias y acciones para pacificar esta situación, pues ello también tiene consecuencias en la relación con el enfermo. Sería interesante imaginar entornos y tiempos adecuados para que el ser allegado pueda expresar sus emociones y revelar sus vivencias con el fin de que pueda asumir con la máxima serenidad el proceso vital del ser que ama.

Escribe Marcel Légaut: «Después del estupor del trance próximo, el hombre, si es bastante adulto espiritualmente y aún goza del pleno uso de sus facultades, tiene que apropiarse de la muerte, hacérsela suya. Despojado de todo, incluso del personaje, puede entrar entonces en un estado de transparencia» (Légaut, 1993, p. 120).

El filósofo y matemático francés describe, en clave filosófica, lo que significa para un ser humano hallarse en la cercanía de la muerte:

Al morir sufro el no-saber absoluto, que está unido al hecho de que entro en un camino sin retorno; me encuentro como en el punto de petrificación de mi ser empírico: «Lo demás es silencio». Pero este silencio en el no-saber es también, en tanto que voluntad de ignorar lo que no me está permitido conocer, una pregunta que no implica respuesta aclarándome lo que soy, sino la pretensión de conducir y de experimentar mi vida en vista de mi muerte (Légaut, 1993, p. 120).

El cuidado de un ser amado que se halla en proceso final de vida activa en el cuidador y en la persona allegada la reflexión sobre su propia muerte. Se produce un mecanismo de proyección. En este, sentido, es una experiencia reveladora que altera emocionalmente todo el entorno afectivo y profesional y que estimula la

reflexión sobre lo que realmente merece la pena vivir y el significado último de la existencia.

Dice el filósofo nipón, Keiji Nishitani (1999, p. 40): «Este abismo se encuentra siempre a nuestros pies. En el caso de la muerte, no nos encaramos a algo que nos espera en un futuro sino a algo que viene al mundo con nosotros desde nuestro nacimiento. Nuestra vida choca con la muerte a cada paso; todo el tiempo mantenemos un pie plantado en el valle de la muerte. Nuestra vida permanece en el borde del abismo de la nihilidad, al cual puede regresar en cualquier momento. Nuestra existencia es, a la vez, una no-existencia, oscila desde y hacia la nihilidad, feneciendo sin cesar y sin cesar recordando su existencia. Esto es lo que se denomina el devenir constante de la existencia».

## Conclusiones

De lo dicho en este breve artículo, se deducen dos conclusiones que, a nuestro juicio, son muy relevantes para los profesionales que cuidan de personas que se hallan el proceso de final de vida. En primer lugar, la calidad del cuidado depende estrechamente de la calidad de los vínculos que establezca la persona enferma con sus más íntimos allegados. Velar para que la circunstancia afectiva sea lo más pacífica y serena posible repercute positivamente en su proceso de final de vida. En segundo lugar, morir en paz depende, en gran parte, de la resolución de temas pendientes, de cuestiones abiertas o de procesos de reconciliación que los profesionales pueden activar a través de su intervención, dentro del equipo interdisciplinar.

## Referencias

- ALBOM, M. (2000). *Martes con mi viejo profesor: una lección de la vida, de la muerte y del amor*. Madrid: Maeva.
- ARIÈS, Ph. (1982). *La muerte en Occidente*. Barcelona: Argos Vergara.
- ARIÈS, Ph. (1983). *El hombre ante la muerte*. Madrid: Taurus.
- BOWKER, J. (1996). *Los significados de la muerte*. Nueva York: Universidad de Cambridge.

- CAROL, L. (1995). *La muerte de los seres queridos*. Barcelona: Plaza & Janés.
- CATTORINI, P. (1994). *Malattia e alleanza*. Firenze: Angelo Pontecorboli Editore.
- DETHLEFSEN, T. y DAHLKE, R. (1989). *La enfermedad como camino*. Barcelona: Plaza & Janés.
- EVELY, L. (1980). *El hombre moderno ante la muerte*. Salamanca: Sígueme.
- JASPERS, K. (1969). *Entre el destino y la voluntad*. Madrid: Guadarrama.
- LÉGAUT, M. (1993). *Llegar a ser uno mismo*. París: AML.
- LOLAS STEPKE, F. (1997). *Más allá del cuerpo*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- MARCEL, G. (1959). Filosofía concreta, *Revista de Occidente*, 270-271.
- NISHITANI, K. (1999). *La religión y la nada*. Madrid: Siruela.
- SCHLINK, B. (1932). *El tesoro escondido del sufrimiento: de su experiencia personal*. Barcelona: Labor.
- SCHLINK, B. (1981). *Las bendiciones de la enfermedad*. Barcelona: Clie.
- SONTAG, S. (1985). *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona: Muchnik.
- TORRALBA, F. (2001). *Filosofía de la Medicina*. Barcelona: Mapfre Medicina.
- WEIZSAECKER, V. (1956). *El hombre enfermo*. Barcelona: Miracle.

Francesc TORRALBA  
Rectorado de la Universidad Ramon Llull  
C/ Claravall 3  
Barcelona 08022  
FrancescTR@blanquerna.url.edu