

CUANDO LA VIDA PESA, ¿ES REALMENTE LA MUERTE EL PROBLEMA? WHEN LIFE WEIGHS HEAVY, IS DEATH REALLY THE PROBLEM?

Xusa SERRA LLANAS

Resumen

En este trabajo se presenta una reflexión sobre el significado social y personal de los grandes tópicos de la naturaleza humana: nacimiento, vida, envejecimiento, proceso de morir y muerte, repasando su repercusión sobre las actitudes humanas y las reacciones emocionales que provocan, en las personas en general y en los profesionales sanitarios.

Palabras clave: *muerte, morir, sufrimiento, envejecimiento*

Summary

This paper presents a reflection on the social and personal meaning of the main topics of human nature: birth, life, ageing, the process of dying and death, while reviewing its impact on human attitudes and the emotional reactions they provoke in people in general and in health professionals.

Keywords: *death, dying, suffering, ageing*

Vida, muerte y evolución

Ya sea de forma pictórica o arquitectónica, expresada en verso o en prosa, el ser humano ha tenido siempre la necesidad de expresar las emociones que genera el morir, la muerte, y darles algún significado. Ya desde el momento de nacer, la naturaleza nos dota del instinto de supervivencia que permite que, como ocurre con los demás seres vivos, podamos preservar la vida gracias al temor a la muerte, aunque también, y de forma natural, este miedo decrece a medida que envejecemos. La naturaleza nos muestra ejemplos de la evolución del sentido de la vida y la muerte, donde ante una amenaza, un grupo de gacelas, de forma tranquila e instintiva, las más enérgicas, jóvenes y saludables son colocadas en el centro del grupo y las enfermas y ancianas quedan expuestas, formando el círculo exterior. Lo que impera ante todo es la necesidad y supervivencia del grupo.

Al igual que en las demás especies, los seres humanos hemos de morir, dejando paso a nuevas generaciones que empujan y buscan, lógicamente, su espacio. Por lo tanto la muerte, nuestra muerte o la de los demás, es necesaria, nos iguala como especie y es peaje inevitable para la existencia de la vida. No obstante, en nuestra sociedad se vive como si fuéramos el único eslabón de la cadena de evolución. Lo queramos o no, antes o después, de una forma u otra, algo hará que nos demos cuenta de que no existe el infinito y que la muerte termina rigiendo todo el comportamiento humano y transmutando a la vida en imaginaria e infortunada (Trainini, 2014), y seremos conscientes de que el verdadero problema no es la muerte como tal.

El morir y la muerte

Tanto la muerte como estado como el morir como proceso, se han convertido en generadores de profundas reflexiones desde la filosofía, las religiones y, en la actualidad, también desde la ciencia. Según el diccionario de la Real Academia Española, la muerte sería el momento de cesación o término de la vida, un proceso biológico que, en el pensamiento cristiano tradicional, supone la separación del cuerpo del alma, mientras que el morir constituirá el proceso y tiempo para llegar a la muerte.

Certificar el momento de la muerte ha sufrido variaciones a lo largo del tiempo. No era lo mismo morir en Roma que en Cerdeña, en un tiempo pasado que pre-

sente y también la muerte se confirma de forma distinta según patrones de cultura, necesidades y creencias.

Dudo en definir la muerte como un fenómeno puntual, ya que desde el momento de nacer iniciamos un proceso natural y cotidiano de transformación, que acaba con la claudicación y muerte a nivel físico (muerte celular) y psíquico.

Las definiciones legales de las bases para el diagnóstico de muerte se han adaptado a las necesidades culturales y sociales del momento. La legislación española actual no establece unos criterios diagnósticos de muerte, con excepción de los casos en que se va a realizar una extracción de órganos para trasplante. Por lo tanto, la Ley 30/79 de octubre de 1979 y el Real decreto 426/80, que la desarrolla, establece la muerte cerebral, en la concurrencia durante treinta minutos, al menos, de los signos: ausencia de respuesta cerebral como pérdida absoluta de la conciencia, ausencia de respiración espontánea, ausencia de reflejo cefálico, hipotonía muscular y midriasis, con electroencefalograma plano, demostrativo de inactividad bioeléctrica cerebral.

Miradas

En un pasado más o menos lejano, en nuestra sociedad, el moribundo era el protagonista dentro de su casa y mostraba el verdadero valor de su vida de una forma sincera y sin máscaras (Ariés, 1975). Como en el nacimiento, era habitual que en ese momento de la vida, la persona tuviera a su lado la compañía de los suyos como tesoro máspreciado. Sin embargo, a partir de la década de 1960, como consecuencia de la progresiva institucionalización de la muerte, la presencia de los familiares durante los últimos momentos de un ser querido se ve drásticamente disminuida y la persona empezó a morir en soledad y, muchas veces, fuera de su hogar.

En la actualidad miramos a la muerte de forma desairada, percibiendo una involución social en los pensamientos relacionados con ella, una actitud que promueve una mirada de inmortalidad personal y solo de probabilidad cuando se trata de la muerte del otro. Hemos llegado a un punto en que incluso las personas dolientes tienen que reprimir las manifestaciones individuales de duelo, porque la sociedad no acepta que se le recuerde la existencia de la muerte (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003).

Sin embargo, la realidad es que sobre los treinta años de edad, la naturaleza considera que la reproducción, en la mayoría de los humanos, ya se ha producido y, de forma gradual, el metabolismo del cuerpo inicia una cuenta atrás, mientras se desarrolla la siguiente generación. Cuando esto ocurre, intentamos por todos los medios y de forma obsesiva evitar la decadencia, prolongar la juventud del cuerpo de mil formas, de manera que la identidad de la persona puede llegar a ser tan manipulable y plana y como la superficie del espejo en el que se proyecta.

Percibimos la muerte a cualquier edad como una traición a la generosidad de los avances tecnológicos que garantizan luchar contra agentes externos y conseguir vivir más allá de la vida, como sueño decadente. Tanto es así, que solemos vivir la muerte como un suceso evitable incluso a edades avanzadas, de forma que nos cuesta *sangre, sudor y lágrimas* emitir su realidad... ha muerto.

No queremos morir, tampoco envejecer. ¿Sabemos realmente qué queremos? ¿Nos afecta el desequilibrio entre lo que deseamos y la realidad? Incluso las empresas cinematográficas han dado un giro y la construcción colectiva de la vejez ya no gira en torno a la muerte como referente principal de esa etapa de vida, sino en torno a los nuevos retos y problemas a los que el anciano se enfrenta consigo mismo, con sus familiares e instituciones. Ya no se muere de viejo, sino de enfermedad (Medina, 2014).

Personalmente, esta mirada me causa desasosiego y prefiero una mirada distinta. Si lo analizamos, llegar a ser elegido para formar parte de la vida y la Humanidad es realmente excepcional. El azar o la idoneidad natural hicieron en su momento que nuestro óvulo fuera escogido para ser fertilizado por uno de los millones de espermatozoides, y fue ese, precisamente el nuestro, el que consiguió sobrevivir. Los que fueran hermanos nuestros y que competían también por la vida, perecieron en el intento. Formar parte de la aventura de la vida es entonces un privilegio reservado a muy pocos y, si estás leyendo estas líneas, significa que en su momento fuiste también escogido.

La propia naturaleza que nos preparó para el nacimiento, a su hora y de forma natural, nos conducirá a la muerte. Cuando llegue este momento y las dimensiones se disgreguen (Serra Llanas, 2014), la Naturaleza también me ayudará en ello y solo espero que para entonces, nada ni nadie decida sin mi consentimiento alargar o impedir artificialmente este proceso.

Envejecer

Envejecer es un proceso continuo relacionado con el declive de las estructuras que se habían desarrollado en las etapas anteriores, presentando cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y social. Existen sociedades donde la persona anciana adquiere una categoría social por el respeto, autoridad y experiencia en la preservación del sistema comunitario. Esta calidad es a perpetuidad y ningún anciano líder puede dejar de serlo, ya que son transmisores de conocimientos y saberes ancestrales (Equipo Wani, 2014). El anciano es portador de valores que representan para los jóvenes un ejemplo y un estímulo en su deseo de llegar a viejos.

Nuestra sociedad, por lo contrario, rechaza la vejez como signo inequívoco de dependencia, claudicación y extinción, considerando a los ancianos como una carga social y un estorbo familiar. Un sentimiento social extendido es el cambio de estatus que han vivido los ancianos; donde antes eran considerados venerables ahora se sienten vejestorios (Casado, 2014).

El envejecimiento de la población europea es un fenómeno relativamente reciente. Algunos estudios indican que, hasta finales del siglo XVIII, la esperanza de vida era de entre 27 y 35 años y así se había mantenido a lo largo de 8.000 generaciones. Hasta entonces, no se había producido ninguna variación realmente significativa en el envejecimiento de la población, desde que nuestros antepasados llegaron a Europa hace más de 60.000 años. Sin embargo, a principios del siglo XIX, la longevidad empezó a aumentar de forma lineal hasta nuestros días y parece que se convertirá en un proceso permanente y que se perpetuará de forma indefinida (Ayuso y Holzmann, 2014).

Según las predicciones, en los próximos 50 años, el número de ancianos se habrá multiplicado por cuatro (Alvarado García y Salazar Maya, 2014). El Consejo Nacional de Población (CONAPO), apunta que en el año 2015 habrá 15 millones de adultos mayores, mientras que en 2050 sumarán 42 millones (Mondragón, 2014). Para entonces, el grupo de personas mayores de 70 años superará al resto de grupos de edad. Esto supone que una buena parte de nuestros mayores van a convivir durante largo tiempo con pérdidas de todo tipo, especialmente las relacionadas con la salud, estatus, familiares, sociales o económicas, ya que pasarán entre un cuarto y un tercio de su vida en calidad de jubilados, lo que, a efectos administrativos, equivale a ser oficialmente viejos (Ribera Casado, 2014). Personas cargadas de sabiduría

y conscientes de que cada día que pasa quedan más desprotegidas e incapacitadas para decidir acerca de las cuestiones que afectan a su vida.

Parece, pues, que vivir más años no es, necesariamente, sinónimo de vivir mejor. La soledad, la pérdida gradual de bienestar físico y mental, y el propio envejecimiento, que debería ser motivo de satisfacción por lo que representa, se convierten en una carga negativa de pesimismo y melancolía. Numerosos estudios indican que las personas mayores y en especial aquellas institucionalizadas en centros geriátricos, acaban conviviendo con síntomas depresivos (Losada y Strauch, 2014), que, en muchos casos, es la fuente de desesperanza crónica y sufrimiento permanente, aunque tengan a su lado profesionales que intentan evitar con todo el cariño tal soledad y desasosiego (Sánchez Díaz y Rubio, 2014). En el estudio realizado por Rodríguez Feijóo (2014), casi el 60% de las personas institucionalizadas, nunca o casi nunca recibían visitas y el 55% no recibían ninguna llamada del exterior. Tal es la necesidad de sentirse acompañado y querido, que muchos ancianos prefieren malvivir en sus casas y morir en ellas, que tener que prescindir de su mascota al marchar a una Institución (Fraser, 2014).

El temor a la muerte puede convertir bienestar en sufrimiento

Desde el nacimiento, el miedo forma parte de nuestra vida de forma natural, porque, en su justa medida, nos hace cautos, protege y garantiza la supervivencia. Los vestigios encontrados de nuestros ancestros ya nos muestran el significado temeroso y valor que ya le daban a la vida y la muerte, así como los rituales que dedicaban a los difuntos nos hablan de su forma de convivir con la muerte.

El miedo también ha sido utilizado desde tiempos remotos como instrumento de contención, sumisión y gobierno de masas, y su utilización antes y ahora, ha dado poder a unos y, lógicamente, ha significado la sumisión y sufrimiento de otros. El miedo suele ser muy sensible, alimentarse rápidamente y contagiarse; así pues, un exceso de temor puede no ser saludable, ya que bloquea e inmoviliza el pensamiento y la capacidad de raciocinio.

Lo desconocido genera incertidumbre y temor, y la muerte es lo más enigmático que vamos a experimentar. Pero, más que la muerte en sí, lo que por lo general provoca más temor es el sufrimiento prolongado que puede representar el proceso

de morir. Aunque, de la misma forma que lo hace para el nacimiento, la naturaleza nos prepara para la muerte, nuestras actuaciones pueden, en ocasiones, perturbar el final de la vida de ancianos y personas gravemente enfermas.

Hay que tener en cuenta que, en poco tiempo, hemos pasado de acoger la enfermedad y la muerte dentro de los hogares, en un contexto familiar, cálido, natural y ritual, a vivirlo como una claudicación relacionada con el agotamiento, impersonal y cargada de sufrimiento. No obstante, las experiencias de la persona que se prepara para morir siguen siendo las mismas, con la necesidad de sentirse envuelta de humanidad y aceptación por parte de los demás, ya que necesita desapegarse de todo lo que tiene, las personas, su vida, su cuerpo y todo el mundo que ha conocido (Serra Llanas, 2010).

La sociedad del bienestar, tantas veces ensalzada, puede convertirse en utopía cuando evitamos aceptar las adversidades de la vida, las enfermedades y la muerte. Al nacer, nadie puede garantizarnos una larga vida, como tampoco que estará exenta de adversidades, plena y gratificante hasta el momento de morir, pero es paradójica la forma en que negamos la muerte natural a cualquier edad. Nos encontramos con una sociedad que, siendo mortal, rehúye la muerte que ha dejado de ser admitida como un fenómeno natural (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003). Un estado de bienestar algo dudoso, ya que vivimos el consumismo como base del desarrollo de este bienestar, y, la cronicidad de las enfermedades y su mantenimiento farmacológico como panacea de una larga vejez.

Podríamos considerar que en los avances de la medicina a menudo no consiguen tanto hacerte vivir como impedirte morir (Bobbio, 1997). Silenciar la muerte implica silenciar su proceso y esto solo tiene un resultado: sufrimiento. Se sabe cómo mueren las personas, pero en la mayoría de los casos se desconoce cómo quieren hacerlo; por un lado, porque se es incapaz de hablar sobre el tema; por otro, porque el *afectado* no se lo ha planteado (Martí García, 2014).

Profesionales de la salud, entre la familia y el moribundo

Los cambios sociales, culturales y tecnológicos, positivos en muchos aspectos, han generado también una pérdida de conocimiento familiar hacia el enfermo y, como consecuencia, de la forma de cuidar de él (Broggi, 2011).

Por otro lado, la negación social de todo lo relacionado con la muerte y el morir conduce a una complicada situación ya que, al intentar apartar el tema del universo familiar y cotidiano, es habitual observar actitudes de ocultación, silencio y engaño, ante enfermedades graves y de mal pronóstico (Sontag, 1996). Los niños también quedan al margen y pierden la oportunidad de ver de forma cercana y natural el declive de la vida y la muerte. No es extraño, pues, que muchos niños crezcan tristes, enfadados y carentes de recursos adaptativos ante las adversidades.

La persona muere irremediamente y, si la familia no acepta su proceso, el conflicto genera más conflicto y la lucha sigue presente incluso después de la muerte. Para los profesionales de la salud, testigos en todo momento del proceso, este desencuentro suele generar gran malestar, ya que se encuentran entre el desasosiego del paciente y la lucha de la familia por evitar la muerte.

Pero también puede darse la circunstancia de que, habiendo asumido la familia durante años el cuidado de la persona dependiente, no se tenga la debida conciencia de las dificultades, la fatiga emocional y el estrés que esta situación puede suponer para ella (Guerra Ramírez, 2014). En este sentido, es imprescindible que estas familias reciban soporte profesional que les ayude a elaborar estrategias para comprender y asumir el momento en que es necesario abandonar la lucha, sin que se produzcan, después de tanta dedicación y sacrificio, sentimientos de culpa.

En ocasiones, también puede ocurrir que sean los propios profesionales de la salud los que se obstinan en evitar la muerte, de manera que el propio tratamiento se convierte en el verdadero problema. El empleo de técnicas médicas de modo descontrolado o innecesario, ha causado justificado temor social ante tratamientos carentes de utilidad, que, además, resultan onerosos para el paciente o su familia (Pardo, 2001).

No obstante, cuando la familia y los profesionales que rodean a la persona que se prepara para morir respetan sus necesidades y sus prioridades, todo es distinto. Si se aprende a acompañar y comprender al que muere, puede también recordarse con emoción y percibir el lado amable de la muerte. Para mejorar este momento de la vida y evitar que se convierta en una carrera de obstáculos, es necesario un cambio cultural, educativo, social y profesional. La muerte como fenómeno inevitable puede afectar actitudes y comportamientos e incidir en la calidad de los cuidados del profesional (Tomás-Sábado y Guix Llistuella, 2001)

Puede ayudar el mejorar las relaciones interprofesionales y el dialogo con las familias. Plantear una modificación de planes de estudio vigentes, ofrecer una formación humanística en el acompañamiento en el sufrimiento y también conocimientos económicos que muestren las consecuencias de pruebas innecesarias.

Si hemos de vivir muchos años, quizá debamos plantearnos de qué forma vamos a vivirlos y si el vivir por vivir es el único objetivo.

Referencias

- ALVARADO GARCÍA, A.M. y SALAZAR MAYA, Á.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25 (2):57-62.
- ARIÉS, P. (1975). *Essai sur l'histoire de la mort en Occident*. París: Ed. Senil.
- AYUSO, M. y HOLZMANN, R. (2014). *Longevidad: un breve análisis global y actuarial*. Madrid: BBVA (mimeo).
- BOBBIO, N. (1997). *De senectute y otros escritos biográficos*. Madrid: Taurus Ediciones.
- BROGGI, M.A. (2011). *Per una mort apropiada*. Barcelona: Edicions 62.
- CASADO, J.M.R. (2014). *Dignidad de la persona mayor*. En *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia* (433-443). Real Academia Nacional de Farmacia.
- FRASER, C. (2014). Beneficio de la compañía de animales para los ancianos. *Investigación y Educación en Enfermería*, 9 (2):155-164
- GUERRA RAMÍREZ, A.E. (2014). *El eco de las voces ausentes: aproximación de la valoración enfermera en el maltrato al anciano*. Trabajo fin de grado. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- LOSADA, A.V. y STRAUCH, M.A. (2014). Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado. *Neurama. Revista Electrónica de Psicogerontología*, (1):48-62.

- MARTÍ GARCÍA, C. (2014). *Miedo a morir: estudio experimental de las repercusiones de la angustia ante la muerte en población joven, aplicaciones en procesos de fin de vida*. Tesis Doctoral. Granada: Universidad de Granada
- MEDINA, J.Í.A. (2014). Los mitos sobre la vejez en el cine. *Antropología. Boletín Oficial del INAH*, (97):35-45.
- MONDRAGÓN, G.D. (2014). La tanatología y sus campos de aplicación. *Horizonte Sanitario*, 8 (2):28-39.
- PADILLA, M.A.S., DE LA TORRE, A.E.H. y OLID, C.S. (2014). La jubilación, hito de la vejez: revisión de aproximaciones psicosociales recientes. *Quaderns*, 16 (2):27-41.
- PARDO, A. (2001). Obstinación terapéutica. *Bioética y Ciencias de la Salud*, 4 (4):30-38.
- RIBERA CASADO, J.M. (2014). *Dignidad de la persona mayor*. En Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia (Vol. 80).
- RODRÍGUEZ FEIJÓO, N. (1996). Actitudes de los ancianos hacia su vida en el geriátrico. *Signos Universitarios*, 15 (30):115-123.
- SÁNCHEZ, L.J.R., DÍAZ, A.J.C. y RUBIO, A.B. (2014). Intervención breve de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en ancianos institucionalizados con sintomatología depresiva. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14 (3):445-448.
- SERRA LLANAS, X. (2010). Servicio de acompañamiento creativo al proceso de duelo. *Revista Ágora de Enfermería*, 14 (4):158-159
- SERRA LLANAS, X. (2014). *I jo, també em moriré?* Barcelona: Columna.
- SONTAG, S. (1996). *El sida y sus metáforas*. Buenos Aires: Ed. Taurus.
- TOMÁS-SÁBADO, J. y GÓMEZ-BENITO, J. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56 (3):257-279.

TOMÁS-SÁBADO, J. y GUIX LLISTUELLA, E. (2001). Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enfermería Clínica*, 11(3):104-109.

TRAININI, J.C. (2014). Permiso para morir: cuando el fin no encuentra su final. *Revista Argentina de Cardiología*, 82(3):250-251.

EQUIPO WANI, E. (2014). Preceptos esenciales de la nación comunitaria moskitia para garantizar su existencia, la protección de la naturaleza y armonía con otras culturas. *Wani revista del Caribe Nicaragüense*, (36):82-85.

Xusa SERRA LLANAS
Hospital General De Catalunya (Quirón Salud)
Pedro i Pons, 1
08190 Sant Cugat del Vallès
Barcelona
xusa.serra@hgc.es