

DR. MARCOS GÓMEZ SANCHO: "EL MÉDICO ANTE LA MUERTE"

Para los profesionales de la salud, y más específicamente para los médicos, la muerte también representa, al igual que para el resto de seres humanos, "un personaje tremendamente incómodo". Una mezcla de sentimiento de fracaso, falta de formación específica y también la angustia ante su propia muerte pueden explicar la escasa asistencia que algunas veces se da a los enfermos. Partiendo de esta premisa, el doctor Marcos Gómez Sancho, director de la Unidad de Medicina Paliativa del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín y presidente de la Comisión Central de Deontología de la OMC, ahonda en este artículo sobre algunos de estos principales motivos por los que, a su juicio, el médico no siempre presta suficiente atención a los pacientes terminales

Madrid, 12 de abril 2012 (medicosypacientes.com)

Dr. Marcos Gómez Sancho: "El médico ante la muerte"

(Director de la Unidad de Medicina Paliativa del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín y presidente de la Comisión Central de Deontología de la OMC)

Introducción

Ya formidable y espantoso suena,
dentro del corazón, el postrer día;
y la última hora, negra y fría,
se acerca de temor y sombras llena.

Quevedo.

La muerte no es sólo un hecho biológico. No lo es, al menos, para el hombre, que le ha querido buscar siempre un significado. La historia de la humanidad trata de la vida del ser humano, pero también de su postura ante la muerte.

A todos nos infunden temor la enfermedad y la muerte. Pero no hablamos acerca de ello. Ni con los demás ni con nosotros mismos. En lugar de sobreponernos a este temor saliendo con franqueza al encuentro de la enfermedad y de la muerte como las más reales posibilidades de nuestra existencia y entablar al respecto una conversación grave, eludimos esta conversación haciendo ver que la enfermedad y la muerte no existen. Las costumbres sociales contemporáneas facilitan mucho esta actitud.

Durante más de mil años, las personas morían de una manera más o menos similar, sin grandes cambios. Era la muerte familiar. El enfermo moría en su casa, haciendo del hecho de morir, el acto cumbre de su existencia. De esta manera, era más fácil vivir la propia vida hasta el último momento, con la mayor dignidad y sentido, rodeado de los seres queridos.

La negación de la muerte, tan característica de nuestro mundo actual, ha conducido a cambios profundos y que han tenido una repercusión directa en la atención a los enfermos incurables.

En solamente una generación se ha producido un cambio espectacular en la forma de morir. Hoy en la mayoría de los países predomina la muerte en el hospital, donde es mucho más difícil "vivir la propia muerte" como un hecho consciente y digno. Otros riesgos se añaden a estas dificultades y que hacen referencia a la medicalización de la muerte. Asuntos como la eutanasia o el encarnizamiento terapéutico son algunos de los aspectos éticos que cada vez adquieren mayor relevancia en el proceso de morir, sobre todo cuando esto sucede en el hospital.

El comportamiento del hombre ante la muerte a lo largo de la historia ha estado siempre lleno de ambigüedad, entre la inevitabilidad de la muerte y su rechazo. La conciencia de la muerte es una característica fundamental del hombre.

Así nos encontramos con una sociedad que, siendo mortal, rechaza la muerte. Este rechazo social a la muerte, no creo precisamente que le haya ayudado al hombre en el momento en que tiene que enfrentarse a ella. Contrasta, en efecto, este rechazo total por parte de la sociedad y la angustia, mayor que nunca, que el hombre, individualmente, siente ante ella. La muerte ha dejado de ser admitida como un fenómeno natural necesario. Es un fracaso.

Para los profesionales de la salud, y más específicamente para los médicos, la muerte es también un personaje tremendamente incómodo. Una mezcla de sentimiento de fracaso, falta de formación específica y también la angustia ante su propia muerte pueden explicar la escasa atención que algunas veces se presta a los enfermos.

El Médico ante la muerte de su enfermo

Ni como hombre, ni como médico

podrá acostumbrarse a ver morir a sus semejantes.

A. Camus.

La muerte es estrictamente personal. Para responder a los miedos y a las condiciones humanas de las personas murientes será siempre necesario enfrentarse con nosotros mismos. Nuestras actitudes hacia el morir son una armadura compuesta de elementos positivos y negativos, y así es para el muriente, para su familia, para los parientes, para los amigos y para todos los profesionales de la salud. No es realista esperarse sólo actitudes positivas, tanto de nosotros

mismos como de los demás. A veces el moribundo nos hará sentir enfadados o frustrados. ¡El hecho de morir no vuelve a las personas simpáticas! Entre los murientes se encuentran todos los tipos del género humano. Algunos son agradables, otros no. Con algunos es fácil tener una relación, con otros no. A algunos nos sentiremos capaces de ayudarles, a otros no. Alguno, con su muerte nos causará dolor, otros por el contrario nos proporcionará un sentido de alivio. Es nuestra obligación asimilar e identificar todos los sentimientos en nosotros mismos y en los demás; establecer un modelo de no negación; reconocer que esta diversidad de emociones forma parte de la experiencia humana; fundir los sentimientos negativos y los positivos y, en fin, no actuar en base a las emociones puras, sino filtrar nuestros sentimientos a través del Yo consciente y actuar según un sentido de responsable coherencia hacia nosotros mismos y los demás.

Existen algunos motivos por los que, a mi juicio, el médico no siempre presta suficiente atención a los enfermos terminales.

Falta de formación

“Para ser médico cinco cosas procura:
salud, saber, sosiego, independencia y cordura”.

Aforismo popular.

Por una parte, porque en la Universidad no se nos ha enseñado nada en absoluto sobre lo que tenemos que hacer con un enfermo incurable. En una encuesta realizada por nosotros a 6.783 médicos de Atención Primaria (el 32.17% de todos los de España), 6.351 (el 93.63%) reconoce no haber recibido una formación adecuada para atender correctamente a los enfermos terminales y sus familiares. 6.520 de los médicos encuestados (el 96.13%) reconocen que sería muy necesario que en los programas de estudios de las Universidades se añadiese un curso de Medicina Paliativa.

Por esta razón, en muchas ocasiones no se puede echar la culpa a los médicos, ya que carecen de recursos para hacer frente a las muchísimas demandas de atención que va a formular el paciente. Los estudiantes de Medicina inician sus estudios con una gran carga de empatía y de genuino amor por el paciente, antiguamente llamado vocación. A lo largo de los años de Universidad el aspirante a médico va adquiriendo los conocimientos técnicos necesarios para hacer frente a las enfermedades orgánicas pero se le va inculcando un distanciamiento humano con respecto al enfermo lo que conduce a una relación terapéutica fría y deshumanizada.

Los profesionales sanitarios son cada día más hábiles en el manejo de aparatos y en la utilización de técnicas complejas, pero a menudo se sienten desprovistos y desarmados de cara a la angustia y la soledad del moribundo e incapaces de establecer una relación de ayuda con él. No han sido preparados para ello.

Desgraciadamente, el hecho de no saber manejar la situación, puede dar lugar a una conducta defensiva por parte del médico y que contribuirá en gran medida a empeorar las cosas.

Sensación de fracaso profesional

“Contra la muerte y la duda,
no crece, en el jardín, hierba alguna”

Anónimo medieval.

En segundo lugar, porque en la Universidad, como acabamos de ver, se nos ha enseñado a salvar vidas. Así, aunque sea inconscientemente, la muerte de nuestro enfermo la vamos a interpretar como un fracaso profesional. Por ilógico que sea, ya que la muerte es inevitable (la mortalidad del ser humano continúa siendo del cien por cien: una muerte por persona), el médico tiende en lo más íntimo a sentirse culpable de no ser capaz de curar a su enfermo. La

condena del enfermo es entendida como un signo de impotencia de la Medicina, como un acontecimiento mutilante que humilla no sólo y no tanto el prestigio exterior del médico como la fe íntima que cada médico debe nutrir en su capacidad de curador. Con la caída de la esperanza cae en el médico también el interés por el enfermo. Aunque esto suceda, obviamente, a nivel inconsciente, la consciencia de nuestra inutilidad como curador, comporta en el médico un daño a su autoestima, una herida a su narcisismo, un golpe a su sentido de omnipotencia, un despertar de aquella neurosis de fondo que quizá motivó la elección de la profesión.

El personal sanitario, en general, y una vez desahuciado el enfermo, tiende a retirarle el trato social aunque eso sí, siempre manteniendo el adecuado cuidado físico para diferenciar así el cumplimiento de la obligación. Cuando se exploran las causas de esta modificación de las conductas —que llevaban incluso a abreviar, objetivamente, el tiempo de estancia al pie de la cama por parte de los médicos en los países de sala—, los motivos aducidos, eran nuevamente causas que encubrían el rechazo del paciente. Un rechazo que era consecuencia desagradable de la molesta sensación de haber perdido el control sobre él; pero, por otro lado, de la percepción y vivencia de la pérdida de ese paciente tal y como si fuera un fracaso propio (amen de los propios y personales miedos a la muerte).

Esta sensación de fracaso es una consecuencia indirecta del presupuesto según el cual la medicina tendría un remedio contra todo. Profesionales y profanos parecen haberse confabulado en las últimas decenas de años en alimentar la ilusión de que todo mal puede curarse. Y bajo esta ilusión aparece en filigrana el carácter inevitable de la muerte. Quizás pasivamente, el médico se deja engalanar de la aureola de omnipotencia. Cuando el cirujano que realizó el primer trasplante de corazón, Christian Barnard, dijo que “La muerte es un enemigo, cederle sin lucha equivale cometer la mayor de las traiciones...”, estaba expresando esta misma idea. Si consideramos a la muerte como un enemigo, es comprensible que cuando la muerte — el enemigo— vence (lo que antes o después sucede siempre), los médicos nos sintamos vencidos y fracasados.

La muerte siempre estuvo excluida del saber médico (salvo en medicina legal);

Angustia ante la propia muerte

Sólo el hombre fuerte

va del brazo con la muerte.

B. Lazarevic.

Parte importante de este problema, además de lo ya mencionado, es que la confrontación ante la muerte del otro nos obliga a afrontar la realidad, tantas veces negada, de la propia muerte.

Los profesionales de la salud, antes que doctos eruditos, somos seres humanos con las mismas características fundamentales que aquel que yace esperando nuestro cuidado: somos de la misma y perecedera materia. Es en escenarios como este, donde afloran nuestros prejuicios y creencias (las propias y las inculcadas a lo largo de nuestra formación profesional), al igual que nuestras ansiedades y temores de muerte y nuestra propia historia personal. Cuanto más semejanza perciba entre el enfermo y sí mismo, más relevante será el problema (por ejemplo, cuando el médico se encuentra ante un miembro de su familia, un colega, una persona de su edad, etc.).

El paciente con cáncer despierta nuestra propia angustia de muerte y por lo tanto, agrade a nuestro sentimiento de inmortalidad. Porque plantea una situación que sabemos que podremos manejar cada vez menos, agrade a nuestro sentimiento de omnisapiencia y omnipotencia. Porque parecería que estamos obligados a reprimir o negar nuestras emociones, aparentamos estar por encima de ellas. Por todo esto respondemos a la agresión con agresión (que puede ser la dimisión y fuga).

Las reacciones del médico frente a la próxima muerte del paciente son consecuencia de su particular apreciación de la muerte o del morir, de cómo afrontaría la eventualidad de su propia muerte. La previsible y cercana muerte del paciente nos enfrenta a nuestro personal destino, recordándonos nuestra caducidad. La serenidad o la angustia con que imaginamos encarar la propia muerte es lo que cualifica la capacidad de respuesta profesional, es lo que determina la disponibilidad para ayudar al paciente.

Los médicos somos casi los únicos, en nuestra comunidad, a quienes se nos atribuye la inmortalidad, la omnipotencia y la falta de sentimientos, aunque la verdad sea muy distinta. No hay cosa más curiosa y digna de meditación que el inocente asombro de la gente porque el médico está enfermo o porque el médico está emocionado.

Una cosa es saber que se ha de morir y otra es estar en constante contacto con quien va muriendo y tener que reflexionar: "todo esto me sucederá algún día a mí". Por el contrario, el médico que afronta su muerte fantaseada tiene que poder ayudar al que afronta la muerte real biológica. Esta idea de la necesidad de elaborar la propia muerte ha sido expuesto en un bello Epigrama de Nicolás Guillén:

Pues te diré que estoy apasionado

por un asunto vasto y fuerte

que antes de mí nadie ha tocado:

Mi muerte.

Viendo morir a un hombre, ha dicho un médico, "es a nosotros mismos, en realidad, a quien vemos morir". De frente a esta angustia, es inevitable que algunos médicos pongan inconscientemente en juego mecanismos de defensa, que pueden ir desde la dimisión y abandono, hasta la hiperactividad terapéutica, tan valiente como inútil.

La dilución de la vida en su término conlleva la medicalización de la muerte, y tal como es practicada, frecuentemente tiene por efecto expropiar al hombre de su muerte. Se pueden considerar tres maneras de evitar “médicamente” la confrontación con la muerte. Primero, hay una forma brutal de proceder; es la eutanasia activa. Una segunda forma, más sutil, más hipócrita, intensamente practicada en nuestro país, es jugar la comedia con el moribundo. Se adoptan actitudes, se dicen palabras con respecto a que la muerte no está allí. Este engaño impide al moribundo comunicarse con su entorno y ser auténticamente él mismo durante el tiempo que le queda de vida. Esta comedia se termina habitualmente por la utilización de “cocktails líticos” (tan utilizados antaño) que poseen esta extraña virtud de permitir que el moribundo se deslice en una especie de inconsciencia y de evitar, de esta forma, que perturbe los equipos que le cuidan. En fin, se puede evitar la implicación personal en un diálogo con el moribundo, obstinándose en hacerlo vivir después de la hora de su muerte. Es, sin duda, la más fuerte tentación a la cual se someten los médicos, quienes soportan difícilmente su impotencia frente a la inminencia de su fracaso.

Todo profesional de la salud debería tener interés en analizar y comprender los diferentes componentes de su malestar. Una toma de conciencia de las razones ocultas que le empuja a huir ante tales situaciones, permite a veces rectificar su actitud y estar más cómodo en semejantes circunstancias.

A estos factores, más que suficientes de por sí, hay que añadir el hecho de que los enfermos la mayoría de las veces están engañados con respecto a su enfermedad. Mentir un día tras otro, tener permanentemente que inventar explicaciones a las preguntas del enfermo, es algo difícil de soportar para cualquiera.

Se ha confundido la misión tradicional del médico, esto es, aliviar el sufrimiento humano y que en líneas generales se puede expresar según el viejo aforismo:

Si puedes curar, cura.

Si no puedes curar, alivia.

Y si no puedes aliviar, consuela.

Aliviar y consolar es con frecuencia lo único que podemos hacer por ayudar al enfermo, pero que no es poco. El hecho de que al enfermo no se le considere muerto antes de morir, que no se considere abandonado por su médico, que le visita, le escucha, le acompaña, le tranquiliza y conforta, le da la mano y es capaz de transmitirle esperanza y confianza, es de una importancia tremenda para el paciente, aparte de una de las misiones más grandiosas de la profesión médica, profesión que posee la humilde grandeza de tener al Hombre como objeto. El médico tiene que estar ahí —cueste lo que cueste, porque la muerte es índice de su fracaso, tal y como hoy se entiende—, para ayudarlo a morir. Ser médico es, en primer lugar, ser nada más que médico, y al mismo tiempo, ser médico hasta el final. Ningún médico está autorizado a abandonar a su enfermo por el mero hecho de padecer una enfermedad incurable y grave.

El médico debe aprender, por fin, que la muerte es algo natural. Cuando el médico rechaza la muerte, termina por abandonar al enfermo; cuando la niega y se niega a dejar morir a su enfermo, caerá en el encarnizamiento o furor terapéutico (intento curativo persistente). Solamente cuando es capaz de aceptarla como algo natural y, antes o después, inevitable, se dedicará a cuidar a su enfermo hasta el final y sin sensación de fracaso. La muerte es el precio que paga todo ser pluricelular desde el mismo momento de su nacimiento.

