Globethics Repository



Concepción y Definición de Muerte [Conception and Definition of Death]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Escobar Triana, Jaime
Publisher	Universidad El Bosque
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-18 09:34:25
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/215609

CAPÍTULO II
CONCEPCIÓN Y DEFINICIÓN DE MUERTE

Para Engelhardt "la controversia sobre la definición de muerte procede en gran parte de la falta de claridad acerca de la clase de vida que se declara terminada... una cosa es interesarse por saber cuándo cesa la vida biológica y otra por saber cuándo deja de existir la persona... la evolución desde una definición de la muerte basada en todo el cerebro puede interpretarse como el paso de una definición centrada en la vida biológica humana a otra centrada en la vida de la persona[18], es decir, en actos propios o ajenos con criterios de alabanza o rechazo la agencia moral exige la presencia de conciencia y la conciencia tiene un sentido y un significado que contrastan con las estructuras mecánicas, químicas y biológicas"[19]. Estos dos conceptos plantean situaciones que determinan posiciones antagónicas en la definición y declaración de muerte del ser humano.

Teniendo en cuenta que "la vida consciente es un bien imprescindible para materializar la mayor parte de los proyectos e ideales, aún cuando estos incluyan la perspectiva de arriesgar o quitar de la misma vida"[20],

---

18. Engelhardt, H. Tristram. *Los Fundamentos de la Bioética.* Ed.Paidos Básica. 1996 pp. 259.

19. Ibid pp. 360.

para definir persona se recogen los conceptos de la fundamentación de los derechos humanos, esto es, que un ser humano como persona posee valor, y es un fin en sí mismo (Kant), por tanto, con capacidad para decidir sobre sí mismo, que actúa como agente moral para alabar o rechazar actos propios y ajenos y reconoce como necesario, el respeto de esa capacidad de decidir tanto para sí, como para el otro. Podríamos tratar de entender qué es ser persona refiriéndola a la concepción del ser humano. Según Malherbe, J. F. "el hecho fundamental indica así, por sí mismo, el ser humano es un ser recíproco, heredero y habitante de un cuerpo tridimensional. Estamos siempre insertos en una estructura de reciprocidad... la existencia humana se inscribe en las tres dimensiones de la palabra: la dimensión del código (simbólico o lenguaje), la dimensión psíquica (de la comunicación) y la orgánica (del cuerpo). Yo llamaría a estas tres, dimensiones de la existencia humana..."[21]. Más adelante el mismo autor[22] hace referencia a la necesidad de un replanteamiento desde la filosofía y la antropología del enfoque conceptual del cuerpo[23-24]. Hace anotar la ambigüedad

---

20. Nino C.S. *Etica y Derechos Humanos.* Ed.Paidos Básica. 1989. pp.149.

21. Malherbe, J. F. *Hacia una Etica de la Medicina.* Ed.San Pablo, Bogotá, 1993 pp. 23 y ss.

22. Op Cit. pp. 41.

23. Diversos autores reclaman la necesidad de la reflexión filosófica acerca del cuerpo y de la persona humana. Entre ellos L. Dossey, Médico él mismo quien se lamenta del retroceso de la filosofía en la medicina moderna y al que se tenga la filosofía como imcompatible con la medicina científica y se le de a la palabra "filosofía" un sentido peyorativo. Kothari, M. Metha, L. Violence in moderm medicine en: *Science, Hegemony and Violence, A. Requiem for modernity.* The United Nations University Tokio, 1988 pgs. 168 y ss.

24. También Dossey muestra la necesidad de un nuevo paradigma médico que tenga en

entre el cuerpo que poseo y el cuerpo que soy, fuente del conflicto de la práctica médica. La aporía es señalada por Malherbe así: "por un lado, se lee el cuerpo en el registro del haber y se dispone con vistas al bien con intereses colectivos; por otro lado, se privilegia el registro del ser y del cuerpo, se lee en su coincidencia con la persona misma. Nos encontramos ante la aporía fundamental de la medicina que pretende sanar el cuerpo que *somos* olvidando que sus competencias miran únicamente al cuerpo que tenemos".

Lain-Entralgo da gran importancia en la definición de persona a la capacidad de ensimismarse: "Ser humanamente persona es ser capaz de ejecutar todas las actividades que la introspección me permite descubrir en mí y la comprensión me hace atribuir a los demás", lo que le permite decir simultáneamente "Yo sé lo que soy" y "Yo sé quien soy"[25].

Retomando a Tristram Engelhardt quien en su texto Los Fundamentos de la Bioética reconoce el fracaso del proyecto de la ilustración de edificar una moral dotada de contenido concreto y vivencial a partir de la razón, y al proponer un fundamento ético

---

consideración la física cuántica, subátomica y la teoría de la relatividad de Einstein que reemplazaron la física newtoniana y euclidiana sobre las cuales se basa el concepto de los cuerpos en la medicina actual, con la esperanza de incorporar la exactitud y precisión que caracterizaban sobre todo a la física clásica, es decir, sobre un paradigma newtoniano y cartesiano desde hace más de doscientos años. Dossey, L. *Tiempo, Espacio y Medicina.* Segunda Edición, Kairós, Barcelona, 1992, pp. 16, 84 y ss.

25. Lain-E.P. *Alma, cuerpo, persona.* Ed. Galaxia Gutemberg Barcelona, 1995, pp. 170.

diferente a la fuerza o a la coacción, para resolver las controversias morales, postula entonces como única fuente moral de autoridad universal (o secular según el propio autor) el consenso, esto es, la autoridad del acuerdo y del consentimiento, el respeto mutuo y el reconocimiento plural del otro en su diferencia.

Es lo que Engelhardt denomina el "Principio de permiso" que propone articular con el "principio de beneficencia". Este último responde a la necesidad de dar un contenido mínimo a esa bioética universal y al contrario del principio de permiso (que es previo y condición necesaria para el acuerdo), necesita ser especificado dentro del ámbito concreto de una comunidad moral particular existente para que se pueda aplicar contextualizando en la práctica concreta: "La autoridad moral secular no es ni mas ni menos que la autoridad de quienes quieren colaborar... si se resuelven las controversias morales mediante el acuerdo mutuo se puede justificar la autoridad moral de la empresa común: el consentimiento mutuo"[26].

De esta forma se definirá la muerte de una persona, por una parte, con fundamento en los principios de dignidad, autonomía e inviolabilidad (C.S. Nino) y por otra, con los de permiso y beneficencia (H. T. Engelhardt), teniendo en cuenta que el concepto de persona que encarna ese ser humano, ya se haya hecho explícito o no en el desarrollo de su vida misma con base en:

- Su capacidad de decidir sobre sí mismo.

---

26. Engelhardt, T. *Los Fundamentos de la Bioética*, Ed. Paidós Básica, Barcelona, 1996, pp 259.

- El respeto mutuo de esa capacidad al que nos obliga una bioética universal.
- La autoridad moral que otorga el acuerdo mutuo de no usar la fuerza.
- La exigencia de no hacer daño (No Maleficencia- Beneficencia), según las propias convicciones, pero teniendo en cuenta el acuerdo y el respeto mutuo.

"Antes, la gente moría según su voluntad, en su propia cama sin muchos padecimientos, con la reconfortante presencia de sus allegados íntimos y el médico, el de cabecera, dispuesto a aliviar la agonía, consciente (el médico) de que su papel, vencido ya el organismo, no era otro que el de obrar con verdadero sentido humanitario. En cambio hoy las salas de cuidados intensivos y de cuidados especiales son escenario de lo que hoy se ha llamado acertadamente "ensañamiento terapéutico"..., sinónimo de "distanasia", vale decir, de la utilización de procedimientos encaminados a diferir una muerte bienhechora"[27].

La Muerte Como Hecho Factual-Nivel Descriptivo

La muerte es un inevitable hecho biológico en el cual cesa toda actividad vital y todo lo que nace muere aunque la muerte es del individuo y perdura la especie[28].

La muerte como el nacimiento son una experiencia individual y tanto la una como la otra marcan dos límites inexperimentables e

27. Sánchez Torres F. *Reflexiones en torno del Derecho a Morir Dignamente. La Eutanasia* Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente. Santafé de Bogotá, 1989, pp.88.

28. Lain P. E. *Cuerpo y Alma.* Ed.Espasa Calpe, Madrid, 1991, pp. 352 y ss.

incognoscibles pues nadie experimenta su propio nacimiento ni tampoco su propia muerte. Son experiencias que siempre captamos a través del otro. Nadie regresa después de la muerte a revelarnos esa experiencia ni realmente existe esa experiencia de la muerte de cada quien.

Se dice que sólo existen informaciones acerca de las condiciones que se viven previas a la muerte (vida aún) por quienes regresan de la frontera sin haberla desde luego traspasado. Son relatos de moribundos que se recuperan después de un estado inminente de riesgos de morir.

La muerte definitiva del ser humano se da por la total inactividad del cerebro. La muerte es el acto o el hecho más sólido de las experiencias humanas. En el orden cultural, la muerte es un evento social que exige ciertos ritos colectivos.

"El destino de nuestro cuerpo es la muerte: el cuerpo muere, y con él toda la realidad terrenal del hombre.... Sepulto e incinerado, mi cuerpo se descompondrá en sus moléculas, y éstas se incorporarán al ingente proceso de la evolución cósmica"[29].

La muerte es en plural. La vida, se ha dicho, es el conjunto de funciones que resisten a la muerte.

---

29. Lain P. *El cuerpo Humano Teoría actual.* Ed.Espasa Calpe, Madrid, 1989, pp. 332 y ss.

Niveles o Ámbitos Del Morir

Los fenómenos del mundo físico tienden hacia la muerte:

"Fue en el transcurrir del S. XIX, con el segundo principio de la termodinámica, que hizo su aparición esta idea, que llevada a su extremo, concierne al universo entero... En este sentido pretender que el universo tiende hacia su muerte no significa otra cosa que el proceso de homogeneización de la energía". De esta manera la muerte es la reincorporación al cosmos, y a una especie de "inmortalidad del ser humano". "Tal es el estatuto de la noción de muerte: es solo un pasaje de una cierta potencialidad a una cierta actualización, pasaje inmanente a la naturaleza misma de la energía, por lo tanto de toda cosa, sin que jamás se pueda cumplir por entero. Por tanto los seres humanos somos parte del cosmos y dentro de él actuamos en los procesos de vivir y del morir como diferentes formas de energía"[30].

La Muerte Biológica

La sociedad francesa de Tanatología, creada en 1966, afirma en el comienzo de su primer manifiesto: "La muerte es la certidumbre suprema de lo biológico... la muerte en sí misma tiene un carácter interpersonal y metafísico, pero deja siempre un cadáver actual y real".

---

30. Thomas, L-V. *Antropología de la muerte*, FCE México, 1983, pp. 19 – 20.

Los signos de la muerte y su importancia:

Dos son los signos clínicos: detenimiento de la respiración y del corazón (pero aquí puede realizarse la reanimación).

Electroencefalograma llano durante 24 a 48 horas.

Muerte aparente: Se intercalan entre la vida y la muerte total (que abarca a los tejidos) diferentes etapas.

En la muerte aparente, detenimiento de la respiración con enlentecimiento considerable de los movimientos cardíacos, clínicamente imperceptible; la muerte relativa con detenimiento franco de la circulación es "la vida bajo las apariencias de la muerte real"; la muerte absoluta donde las alteraciones tienen un efecto acumulativo y son irreversibles.

Criterio de la muerte en plural: no existe ningún signo patognomónico decisivo, sino más bien un conjunto de presunciones, en 3 categorías: en el nivel clínico, arreflexia total, hipotermia progresiva, apnea definitiva, midriasis bilateral, ausencia de respuesta a los cardioestimuladores; en el plano radiológico: detenimiento de la circulación en la arteriografía carotídea; desde el punto de vista eléctrico: trazado llano en el electroencefalograma bajo estímulos, en registros de varios minutos repetidos durante 24 a 48 horas.

Signos precoces: pérdida de las funciones cerebrales.

Signos semitardíos: enfriamiento del cuerpo y deshidratación; rigidez cadavérica. Livideces cadavéricas.

Signos tanatooftalmológicos.

Sin embargo, en la actualidad la definición del momento de la muerte ya no es tan puntual, puesto que las funciones fisiológicas o vitales pueden mantenerse artificialmente por medio de los aparatos y las máquinas, medios técnicos que pueden no solo ayudar sino reemplazar órganos vitales. De esta manera, los criterios fisiológicos, físicos y bioquímicos no son sólo los criterios de muerte.

Muerte cerebral: si bien las funciones perdidas del corazón pueden recuperarse por la reanimación, no ocurre lo mismo con las funciones cerebrales que cuando se pierden son irrecuperables y por tanto llevan a considerar como criterio de muerte cuando las ondas en el electroencefalograma se hacen planas y se pierde la irrigación cerebral. Así que, la muerte cerebral es la cesación e irreversibilidad de todas las funciones cerebrales incluido el tallo cerebral. Pero el mantenimiento de las funciones del corazón, los pulmones y órganos viscerales por medio de técnicas y medios de resucitación en pacientes que han perdido todas sus funciones de centros cerebrales y tallo cerebral plantean el dilema de un cerebro muerto en un cuerpo viviente. De otra parte, el requerimiento de donantes de órganos viables para trasplantes plantea problemas éticos y legales sobre la muerte y la necesidad de adoptar criterios que concilien los diversos enfoques sobre la muerte cerebral.

"La President's Commission for the Study of Ethical problem in Medicine and Biomedical and Behavioral Research" de los Estados Unidos desarrolló criterios o estándares para la determinación de la

muerte cerebral que han sido adoptados mundialmente con algunas modificaciones.[31]

Para llegar al diagnóstico de muerte Cerebral se deben seguir los siguientes pasos:[32]

No respuesta: cuando no hay respuesta del paciente a estímulos externos visuales, auditivos y táctiles y es incapaz de comunicarse de ninguna manera.

Respuesta pupilar ausente y no respuesta de movimientos oculares provocados por el reflejo vestíbulo-ocular o irrigación del oído con agua helada.

Ausencia de reflejos corneal y nauseoso y de movimientos faciales o de la lengua.

Flacidez de los miembros, no hay movimientos, aunque pueden presentarse movimientos de retirada primitivos en respuesta a estímulo local doloroso, mediado por el nivel de la médula espinal.

Prueba de Apnea: se puede realizar un test de apnea para comprobar que no ocurren respiraciones a un nivel de Pco2 de por lo menos 60

---

31. Guidelines for the determination of death. Report of the medical consultants on the diagnosis of death to the President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Jama*, 246, 1981.

32. Brain death. In Wynngaaden J B, Smith L H, Bennet JC (eds): *Cecil Texbook of medicine*, 20th edition. W.B. Saunders Company, 1996.

mmHg. La oxigenación del paciente se puede mantener suministrando oxígeno al 100% por medio de una cánula insertada en el tubo endotraqueal cuando el Pco2 suba. La incapacidad para desarrollar la respiración está relacionada con la falla medular.

Debe conocerse la naturaleza del coma: Debe investigarse y conocerse la enfermedad estructural o la causa metabólica sistémica irreversible que pueda explicar el cuadro clínico[33].

Deben descartarse ciertas causas: La temperatura corporal debe estar por encima de 32 c para descartar la hipotermia.

Que no haya duda sobre intoxicación por drogas o bloqueadores neuromusculares. Que el paciente no esté en Shock.

Persistencia de la disfunción cerebral: EEG isoeléctrico confirmación por seis horas o silencio electrocerebral, realizados de acuerdo a los estándares técnicos de la Sociedad Electro-encefalográfica Americana.

Doce horas sin un EEG confirmatorio. Veinticuatro horas por lesión cerebral anóxica sin un EEG isoeléctrico confirmatorio.

Exámenes Comprobatorios (no son necesarios para diagnosticar muerte cerebral): EEG con actividad cerebral no fisiológica.

Ausencia de circulación cerebral demostrada por examen angiográfico (es el principal signo legal en muchos países europeos).

---

33. Coma, in: Aminoff MJ, Geemberg D.A. Simon RP (eds): *Clinical Neurology*, Third editon, Appleton & Lange, 1996.

Respuestas de potenciales evocadas del tallo con ausencia de función en estructuras vitales del tallo cerebral.[34]

Diagnóstico De Muerte Cerebral Total

La definición de muerte cerebral total está aprobada por la American Medical Association y la American Bar Association y es ley en 46 estados norteamericanos. Criterios para su diagnóstico:

1. Opcional: Que exista un hecho neurológico capaz de producir muerte cerebral.

2. Realización de un examen que muestre ausencia de función del tallo cerebral.

Hallazgos al examen físico:
*Coma profundo "ojos cerrados de inconsciencia".
*Ausencia de movimientos oculares; no respuesta pupilar.
*Reflejos cornéanos ausentes.
*No reflejos nauseoso o de la tos. No respuesta motora.
*No respuesta de respiración espontánea al suspender el ventilador por tres minutos. Para demostrar este hallazgo el paciente debe estar al aire del cuarto diez minutos previos a la prueba. Nota: si el paciente es un potencial donante no debe realizarse esta prueba, o si se hace, debe seguirse el protocolo en la unidad de cuidado intensivo usando oxígeno al 100% y realizarse solamente después de consultar con el coordinador de transplantes.

---

34. Reis, C. E. Brain Death Criteria. MED students - Neurology. MED students Homepage http:/www.medstudents.com.br/neuro/5.htm

Confirmación por laboratorio:

Ausencia de circulación cerebral demostrada por marcadores radionucleidos.

EEG no confiable, especialmente en casos de sobre dosis de droga o hipotermia.

Aspectos legales: si se satisfacen los criterios anteriores, el paciente está legalmente muerto, y no se requieren tratamientos adicionales. Es importante registrar el tiempo de la muerte en la historia antes de desconectar el ventilador.

Aspectos Humanitarios: Los pacientes con muerte cerebral no deben mirarse como muertos; es importante actuar con la familia para facilitar la buena relación, disminuir su frustración y prepararla para aceptar la muerte de su ser querido.

Ocasionalmente es conveniente dejar el ventilador conectado por un breve período para permitir realizar estos ajustes convenientes.

Muerte Cardio-pulmonar:

Tradicionalmente por siglos se ha aceptado la muerte cardio-pulmonar como criterio de muerte. Todos los 50 estados de Norteamérica reconocen la muerte cardío-pulmonar, la cesación de los latidos cardíacos y la respiración como muerte.

Cuando deba pronunciarse sobre esta muerte, obsérvense los siguientes pasos:

Examinar acerca de hipotermia o sobredosis de droga pues son factores de confusión.

*Auscultar la respiración.

*Auscultar los ruidos cardíacos.

*Examinar los reflejos cornéanos con una mota de algodón o un pañuelo de papel.

El paciente se declara muerto si no hay respuesta positiva a ninguna de las pruebas mencionadas. Debe registrarse el momento de la muerte.

Es importante anotar aquí qué se entiende por estado vegetativo persistente.

Definición: pérdida total de la función cerebral cortical con funcionamiento del tallo cerebral.

Características:

Coma con sueño que va de pocos días a pocas semanas. Después abre los ojos y se inician los ciclos de sueño vigilia.

Ojos abiertos inconscientes. Los ojos se mueven de manera ocasional pero no enfocan o siguen el movimiento de un objeto. El paciente está "despierto pero ausente". (En casos diferentes al estado vegetativo persistente cuando ocurre la recuperación, el seguimiento de objetos por los ojos es a menudo el primer signo de recuperación. Esto debe diferenciarse del breve tornar de los ojos del paciente en estado vegetativo persistente hacia la fuente de sonido que es un reflejo primario).

Gruñidos y ruidos ininteligibles; gestos y movimientos de masticación sin propósitos. Incapacidad de deglutir por incoordinación por lo cual debe alimentarse por tubo.

Están presentes muchos reflejos incluyendo el corneano, tusígeno, nauseoso y sobresalto.

Presencia de movimientos bruscos involuntarios, reflejos, sin propósitos.

Pronóstico:

Después de tres meses el pronóstico de recuperación es virtualmente ninguno. Es posible establecer carencia de recuperación de funciones independientes después de un mes en paciente cuya causa de estado vegetativo persistente es la hipoxia cerebral.

Diagnóstico: El diagnóstico es clínico. No existen pruebas de laboratorio para confirmarlo. Se debe confirmar por examen neurológico. El estado vegetativo permanente no es reconocido legalmente como "muerte".

Conducta: Se requiere una buena comunicación con la familia para ayudarla a entender que el paciente por definición no está sufriendo. Las sensaciones tales como dolor, hambre, sed, y el sufrimiento como el goce y conciencia son mediados corticalmente y están ausentes en el paciente en estado vegetativo.

Usualmente el paciente no está dependiendo de un ventilador y así la decisión ética es si se suspenden los líquidos y la nutrición. Esta

decisión se facilita si el paciente tiene unas instrucciones previas o ha subrogado un consentimiento informado confiable. Las normas generales para establecer un mal pronóstico son:

*Tres meses después de un episodio de hipoxia en niños o adultos jóvenes.
*Doce meses después de una lesión de la cabeza en un niño.
*Seis meses después de una lesión en la cabeza en un adulto.

Después de estos intervalos la recuperación es extremadamente improbable y aquellos pocos que se recobran permanecen como pacientes para "nursig home" con severo déficit neurológico.[35-36]

Los conceptos de muerte cerebral fueron establecidos inicialmente en la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard y publicados en JAMA en 1968. Su principal objetivo fue definir al coma irreversible como un nuevo criterio de muerte para resolver dos problemas: 1) hasta dónde se pueden llevar las llamadas "medidas de asistencia extraordinarias" (la tecnología para el cuidado del moribundo) y 2) para la superación de la obsolescencia del criterio tradicional de muerte en lo que concierne a los transplantes de órganos. Ese mismo año, en la Declaración de Sydney la Asamblea Médica Mundial apoyó este concepto[37].

---

35. Levy D.E. Et al, predicting out come from Hypoxic – is chemie coma. *Jama*, 1985, 253: 1420 – 1426.

36. Report of council scientific affairs and council on Ethical and judicial affairs of the AMA . Persistent vegetative state and decision to witthraw or withold life support. *Jama*, 1990, 263 : 426 - 430.

37. Araya, B.R. Pragmatismo versus metafísica. Una polémica sobre la muerte cerebral. Servicio médico-legal. Comisión de Bioética, Chile. *Simposium sobre muerte cerebral*, Santiago, 1995.

La Muerte Como Proceso

El proceso de morir comprende diversos estados de ánimo, que se manifiestan por comportamientos del moribundo, y que además, se modifican por los procedimientos de la biomedicina y las determinaciones que toma el personal de salud que rodea y actúa en el medio hospitalario al paciente terminal y al moribundo.

Las relaciones que se dan en el médico en su interactuar con el moribundo se ven afectados por su propio miedo al morir y por la errónea idea de tomar como fracaso o derrota la muerte del paciente.

Por otra parte, el paciente puede morir solitario en medio de una maraña de dispositivos tecnológicos de las unidades de cuidado crítico y de manera despersonalizada.

Los estudios sobre la muerte y los moribundos de E. Kübler-Ross[38] pusieron de manifiesto los mecanismos de reacción que entran en funcionamiento durante una enfermedad terminal y ante la muerte inminente.

Describe la autora cinco fases que no necesariamente deben tomar el mismo orden y pueden variar en el tiempo de acuerdo con la gravedad mayor o con la aceleración del proceso de morir.

La fase de negación y aislamiento en la cual el paciente rechaza la verdad en forma total, parcial o selectiva, continua o alternadamente del diagnóstico realizado por el médico.

---

38. Kübler-Ross E. *Sobre la Muerte y los Moribundos*, Grijalbo, Barcelona, 1974 (original en inglés *On Death an Dying*, McMillan publishing co, 1969).

Fase de Ira en la que el paciente se vuelve agresivo contra su familia, y el personal, aunque se desplaza en todas direcciones y casi al azar. Es una fase difícil de afrontar por quienes lo rodean.

Fase de regateo o pacto en la que el paciente muestra cierta placidez, pero realizando casi siempre secretamente pactos especialmente con Dios. Reconoce lo que está ocurriendo y se transa por la prolongación de su vida.

Fase de depresión. Es una fase en que sus manifestaciones anteriores se sustituyen por una sensación de pérdida. Es la reacción más duradera e importante. Añora el pasado y hace énfasis en su incapacidad para las actividades. Se preocupa por el futuro y comienza a desprenderse gradualmente de todo.

Fase de aceptación en que acepta su destino serenamente sin depresión ni enojo. Disminuye su capacidad de interés y prefiere las visitas cortas y que no le perturben con noticias del mundo exterior.

La comprensión de estas fases por parte del médico y el personal de salud permite manejar la relación con el paciente y le permite instruir y conversar con la familia y parientes para sobrellevar la situación y promover una mejor ayuda al moribundo e inclusive para contextualizar en el proceso cualquier decisión.

La Dignidad Humana Frente a la Muerte

La actitud de los médicos hacia el paciente moribundo en relación con la verdad ha cambiado en los últimos treinta años notablemente.

Ha sido tradicional que el médico negara la verdad al paciente con mentiras piadosas, y en complicidad usualmente con la familia. Las cosas se han invertido, y es así como desde los años sesenta hacia acá el paciente reclama el derecho a la verdad y el médico, se atreve a entrar en comunicación con el paciente para hablar de su enfermedad, de su pronóstico, de las posibilidades de supervivencia, de las intervenciones a que es sometido y la calidad de vida que puede sobrevenir después de la actuación médica.

Cuando se iniciaron las investigaciones por parte de Elizabeth Kübler-Ross en Chicago (1965) y ella se propuso buscar moribundos en los hospitales para hacer sus estudios sobre la muerte, casi siempre fue negada por parte de los médicos la posibilidad de que existieran moribundos, y más aún que fueran a ser interrogados aduciendo crueldad. Sin embargo, su investigación prosiguió en diversos hospitales, en especial apoyada por estudiantes de teología para investigar sobre lo que creían era el hecho más trascendental de la vida: la muerte[39].

Feifel, hacia el año de 1959 publicó su libro The Meaning of Death, McGraw Hill, Nueva York. En este libro se muestra como pionero acerca de la importancia de decir la verdad al paciente y hablar con él acerca de la posibilidad de su muerte[40]. Siguiendo este camino Elizabeth Kübler-Ross optó por hacer sus estudios sobre la muerte y consignarlos en su libro "Sobre la Muerte y los Moribundos", publicado en 1969.

---

39. Kübler-Ross E. *Sobre La Muerte y los Moribundos.* Grijalbo, Barcelona, 1974.

40. Citado por: Ariés Ph. *El hombre ante la muerte,* Taurus Edit, Madrid, 1983. pp.488 y ss.

A través de este proceso se fue recuperando el interés por el estudio de la muerte, no solamente desde la filosofía, sino además, por la necesidad de que se afrontara en muchos aspectos por parte de la ciencia buscando devolver el hecho natural de la muerte a los propios pacientes y a los mismos médicos sin escamotearla.

Casi siempre, y desde principios del siglo XX, en la formación de los médicos la muerte se toma como el enemigo o como un fracaso de la medicina científica, y por tanto, no se hablaba de ella. Parece que los estudios de la medicina y de la persona se detenían en los umbrales de la muerte y de allí se regresaban abandonando al paciente a su propia suerte y cuando más, cubriéndolo con un manto de mentiras piadosas.

El propósito mismo de estudiar la muerte y entender el proceso del morir es un intento de devolver al moribundo la dignidad que estaba abandonada o descuidada o perdida en esta parte final de la vida.

Como lo plantea Ariés,[41] : "Es la dignidad de la muerte lo que plantea problemas. Esa dignidad exige ante todo que sea reconocida, no sólo como un estado real, sino como un acontecimiento esencial, un acontecimiento que no está permitido escamotear".

Es entonces cuando la medicina científica con sus enormes progresos hace crisis en relación con el sujeto mismo de su práctica, es decir la persona humana. Y es en este momento cuando surge la inquietud acerca de la definición de la persona humana y cuál es el

41. Op. cit pp. 489.

criterio de dignidad, desde el punto de vista de la práctica médica. ¿Cuál es la dignidad ontológica y axiológica de la persona humana?.

1. Su capacidad de decidir sobre sí mismo.

2. El respeto mutuo de esa capacidad al que nos obliga una bioética universal.

3. La autoridad moral que otorga el acuerdo mutuo de no usar la fuerza.

La exigencia de no hacer daño (No Maleficencia-Beneficencia), según las propias convicciones, pero teniendo en cuenta el acuerdo y el respeto mutuos.

Si la dignidad de la persona significa el control sobre su propia vida, y el paciente elige evitar las incomodidades y la deshumanización de las unidades de cuidado crítico con el hecho de posponer la inevitable muerte, en un esfuerzo por preservar algo de la dignidad en sus días finales, la medicina científica se apropia y programa la muerte del paciente, a su arbitrio aceptable, reforzada por la tecnología moderna con tubos en todos los orificios naturales y quirúrgicos, mientras al mismo tiempo una variedad de profesionales "bien entrenados" intentan sostener la vida o prolongarla artificialmente. El paciente con una enfermedad terminal, con estado de conciencia, dispone del derecho a controlar su destino y pedir al médico que no tome medidas desproporcionadas o extraordinarias para prolongar su vida. Este derecho se debe respetar. Este es un derecho propuesto en "The

Living Will", por la "Euthanasia Educational Council", como modelo para que las personas puedan tomar libremente este privilegio[42].

Como veremos más adelante, los movimientos por la muerte digna se han venido acrecentando en los últimos años, y hacen referencia a la eutanasia pasiva como muerte con dignidad.

Resumiendo, podemos decir con Kübler-Ross:[43] "cuanto más avances hacemos en la ciencia, más parecemos temer y negar la realidad de la muerte".

---

42. Rakel, R.E. *Principles Of Family Medicine.* W.B. Saunders Co. Philadelphia, London, Toronto, 1977, pp. 380.

43. Kübler-Ross, E. *Sobre la Muerte y los Moribundos*, Grijalbo, Barcelona 1974, pp. 21.