



MORIR ES NADA

PEPE RODRÍGUEZ



Cómo enfrentarse a la muerte y



Lectulandia

El proceso de morir nos afecta a todos por igual; sufrimos con la muerte de las personas cercanas y nos angustia la perspectiva de la extinción propia, ¿pero comprendemos el hecho de morir?; ¿sabemos cómo encarar la recta final de la vida o qué hacer ante un diagnóstico terminal?; ¿conocemos qué necesidades tiene un adulto o un niño que se está muriendo?; ¿sabemos cómo afrontar el sufrimiento y superar el duelo? En *Morir es nada*, Pepe Rodríguez aporta explicaciones y recursos para afrontar la última etapa vital, para asumirla con dignidad, en una sociedad que la teme y oculta, y aprender a vivirla —y a vivir— de otra manera.

El autor aborda este proceso natural como una vivencia que se nutre de la percepción que cada uno tiene de su propia existencia y nos anima a vivir con plenitud y con plena conciencia de nuestro lugar en el mundo, desvelando, además, las claves sobre el hecho de morir visto desde la biología, psicología, sociología, medicina y el derecho. *Morir es nada* es un ensayo que ofrece guía, respuestas y soluciones para abordar lo fundamental en torno a la muerte: envejecer, atención y relación con enfermos terminales, derechos del paciente, afrontamiento de la muerte, duelo, niños y muerte, trato con funerarias, experiencias cercanas a la muerte, nuevas terapias génicas, etc.

Lectulandia

Pepe Rodríguez

Morir es nada

Cómo enfrentarse a la muerte y vivir con plenitud

ePub r1.0

smonarde 29.07.13

Título original: *Morir es nada*
Pepe Rodríguez, 2002
Retoque de portada: smonarde

Editor digital: smonarde
ePub base r1.0

más libros en lectulandia.com

Introducción. Apuntes, recuerdos y reflexiones

Yo moriré. Y tú, que ahora estás leyendo estas líneas, también.

Nadie escapa a la muerte, ni aunque pase su existencia evitando pensar en ella, La muerte es el único destino cierto que nos aguarda al nacer, todo lo demás, todo lo que somos capaces de hacer, obtener, disfrutar o sufrir es mera anécdota que rellena el espacio y tiempo que transcurre entre el alfa y omega de eso que llamamos «una vida». Cuando se nace, ya se tiene edad suficiente para morir. Nada es tan democrático como la muerte.

Mentiría si dijese que la muerte no me preocupa —las páginas de este libro no son sino el reflejo de mi disposición e interés para reflexionar sobre ella—, pero también es cierto que, aunque no me guste en absoluto la perspectiva que abre delante de mí, la tengo tan asumida que no me inquieta. Somos colegas, habita y prospera dentro de mis genes y células desde que comencé a respirar y ambos hemos vivido exactamente lo mismo, aunque no con la misma intención: mientras el «yo» que aspira a vivir construye presente y futuro, el «yo» que aspira a morir se ha limitado a cobrar el peaje biológico que debemos pagar para poder transitar por este conglomerado de experiencias irrepetibles que conforman la aventura de vivir.

Al igual que le sucede a muchos adolescentes, yo creía a esa edad que iba a morir muy joven, una sensación que todavía recuerdo hoy, aunque muy difusa, pero que entonces, a pesar de que aparentemente no me angustiaba, sí forzó que comenzase a vivir a un ritmo demasiado rápido para una edad tan temprana. Nada grave, al menos en mi caso, salvo cometer algunas tonterías antes de hora.

Tal como le sucede a la mayoría de la gente del primer mundo, también a mí se me presentó el riesgo en momentos de ocio —algo que debería hacerme meditar sobre 10 absurdos que somos los humanos al ponernos en peligro por mero placer—, estando a punto de dejarme la piel varias veces —al quedar atrapado entre unas rocas submarinas mientras pescaba buceando en apnea; al desprenderse parte de la cornisa de un acantilado y quedar colgado en una frágil pared rocosa; o en el decurso de algunos juegos con riesgo que eran normales en los días de mi adolescencia—; sin duda tuve mucha suerte en muchas ocasiones. La muerte esperada no parecía tener prisa por presentarse.

En noviembre de 1973, con 20 años escasos, tuve la inmensa fortuna de sobrevivir a un accidente de tráfico que debió haber sido mortal. No sufrí ni un arañazo, pero viví una experiencia tan impactante que alteró radicalmente mi percepción del vivir y del morir. El incidente fue un caso de lo que hoy se conoce como «Experiencia Cercana a la Muerte» (ECM), con sus episodios de revisión del proceso vital, sensación de placer infinito, visión del túnel, llegada hasta el mismísimo *confín de la muerte*, etc.

Hoy casi todo el mundo ha leído o escuchado historias de ECM, pero en esos días eran un hecho desconocido para la inmensa mayoría de la humanidad, puesto que quienes habían pasado por alguna la ocultaban o reservaban el *secreto* para sus parientes más cercanos. Los médicos a los que algún paciente había relatado una historia de ECM la ignoraban y despreciaban absolutamente achacándola a la imaginación del sujeto. Este tipo de casos sólo comenzaron a ser conocidos y debatidos años después, en parte debido al interés popular y suspicacias científicas levantados por el *best-seller* que Raymond Moody publicó en Estados Unidos, en 1975, bajo el título de *Life after life* (Vida después de la vida)^[1].

A finales de la década de los años setenta me enteré de que muchas otras personas, en distintos países y diferentes circunstancias, habían pasado por experiencias parecidas a la mía. No me sorprendió lo más mínimo tal abundancia de casos, pero sí me dejó perplejo la importancia que se les concedía y la explicación, más religiosa que científica, que se les adjudicaba.

La ECM que tuve el privilegio de disfrutar —y que se relata con detalle y analiza en el capítulo 14— fue muy importante en mi vida, sin duda, pero al día siguiente del accidente, mientras hacía mi vida normal, lo único que me parecía extraordinario era que mi cuerpo hubiese superado sin el menor daño una serie de impactos —mi automóvil derrapó yendo a 140 kilómetros por hora y se precipitó por un terraplén— que debieron ser mortales; la ECM, en cambio, la sentí como algo lógico en esas circunstancias, como una percepción tan personal y subjetiva que no podía tener valor ninguno salvo para mí mismo, por eso me limité a comentar vagamente lo sucedido con un par de amigos, fijé las sensaciones vividas escribiendo una especie de síntesis poética y, a pesar de mi gran curiosidad Innata, ni se me ocurrió intentar saber más sobre ella. ¿Le buscamos explicaciones al amor? ¿Indagamos sobre el mecanismo de la amistad? Seguramente no, ya que nos limitamos a vivir esos sentimientos, a disfrutarlos en los momentos en que emergen y nos inundan para, después, aprender de ellos y madurar con y desde ellos. Algo parecido representó la ECM para mí, por eso no comprendía tanto alboroto en torno a algo tan íntimo y *lógico*.

A pesar de no tener entonces, 1973, ninguna formación en bioquímica cerebral^[2], pocos segundos después del accidente, tan pronto como recuperé la orientación y lucidez, tuve la certeza de que esa tremenda experiencia, aunque pareció expandirse hacia el mundo de la realidad física, sólo había ocurrido dentro de mi cerebro y gracias a alguna de las moléculas que éste era capaz de producir^[3], así que esa experiencia, fascinante y demoledora, no me aportó ninguna certeza acerca del *más allá*, sino que, antes al contrario, me fortaleció la seguridad en el *más acá*. Sin embargo, produjo en mí un efecto inesperado: desde ese instante, consciente de que comenzaba a vivir de prestado, dejé de pensar en la muerte, desapareció mi convicción de que moriría joven, la muerte dejó de significar un presumible hecho

doloroso, y mi actitud ante la vida se relajó totalmente, facilitando el poder tomar distancia y relativizar todo cuanto me afectase.

¿Qué fue lo que sucedió? Desde mi punto de vista, tanto por experiencia personal directa como por los conocimientos científicos que hoy tenemos, considero —al igual que todos los investigadores científicos de este fenómeno— que hay suficientes mecanismos de orden biológico que permiten explicar, sin misterio ninguno, lo que cientos de miles de personas se empeñan en interpretar como una prueba indiscutible de la existencia del «espíritu» y de la supervivencia post mórtem; pero no adelantemos aquí acontecimientos y reservemos el análisis de este tipo de experiencia y de sus causas para el capítulo 14.

Algo más tarde, mi vida profesional me ha llevado a asumir muchos riesgos personales y a tener que enfrentarme en no pocas ocasiones a la intención de muerte agazapada bajo diversas caras e intereses, pero he seguido teniendo suerte, al menos hasta hoy. Irónicamente, varios amigos y amigas que llevaron siempre existencias tranquilas han fallecido tempranamente en situaciones totalmente ajenas a su realidad cotidiana, pero así es la lógica de la vida y la de la muerte. Son muchos los factores que inciden en nuestro camino de vida —que, por eso mismo, también lo es de muerte—, unas veces nos son favorables y otras no, pero ninguno podemos eludir por demasiado tiempo el momento de la extinción.

«El fracaso definitivo es morirse antes de tiempo», sentenció el cantante Carlos Cano tras superar su primer aneurisma de aorta —lamentablemente no remontó el segundo y falleció a los 53 años, en la plenitud de su carrera y vida—, pero, tal como concordamos cuando un día le recordé su frase, el fracaso peor y más lamentable es morirse sin haber sabido vivir. No es tan importante cuán pronto o tarde se extinga una vida sino 10 mucho o poco que su impronta ha empapado a los demás y viceversa.

Fracasar definitivamente ante la muerte, si es que queremos seguir usando este concepto engañoso —no o se puede hablar de fracaso ante algo inevitable—, sería pasar la vida acumulando aspectos materiales sin disfrutar plenamente de experiencias emocionales, o esperar a un hipotético *más allá* para procurarse un mínimo de esa subjetividad que llamamos felicidad. El proceso de morir, en cada persona, se alimenta de la percepción que ésta tenga de su propia vida previa, por eso, cuanto peor sea el balance personal de la vida —en el ámbito emocional—, peor será el tránsito hacia la muerte, y viceversa. Morir no puede ser jamás ningún fracaso, puesto que es una necesidad para uno mismo y para los demás. La longevidad excesiva, lejos de ser un don acabaría resultando una carga, un castigo durísimo de soportar; y nuestro declive y extinción le es imprescindible a los demás para dotarse del espacio necesario para poder madurar y crecer como personas independientes y, también, para poder llegar a ser miembros de hecho y de derecho dentro de una

organización social tan compleja como es la humana, en cualquiera de sus posibles versiones.

Sin embargo, dado que no solemos ver las cosas de este modo, el hecho de la muerte inquieta hasta 10 indecible y mueve a la mayoría de nuestros conciudadanos a intentar ocultarse su existencia, a ignorarla o negarla impulsados por un vano intento de exorcizar su amenazadora presencia, a camuflarla bajo metáforas que no logran calmar el miedo por su llegada ni colmar el vacío que deja tras su paso.

Recuerdo que hace tan sólo treinta años, en mi pueblo, en casa de mis padres, cada mes llamaban al timbre y un agente de seguros de la compañía El Ocaso anunciaba a voz en grito: «¡los muertos!». La escena se repetía en todas las casas y en todos los pueblos; ese hombre venía a cobrar el recibo por la mensualidad del nicho reservado en el cementerio local y nadie se extrañaba lo más mínimo de su peculiar tarjeta de presentación —que no aludía al nombre de la compañía aseguradora sino a su función de cobrador del «recibo de los muertos»—; hoy esta escena es imposible. De hecho, ya muy poca gente paga durante su vida una cuota para cubrir los gastos de su entierro. Por esos días, cuando una visita, familiar o no, llegaba a una casa, se le solía ofrecer la habitación de invitados apuntando con orgullo: «en esta cama murió la abuela...» o cualquier otro familiar. Eso se tomaba entonces como un cumplido, pero ahora sería una invitación a huir despavoridos del lugar para ir a buscar alojamiento en cualquier otra parte, ¿qué diablos nos ha ocurrido en tan poco tiempo?

Si revisamos la historia de un medio de expresión tan reciente como es el cine, podremos ver la curiosa evolución —más bien lamentable degradación— que ha sufrido la concepción de la muerte a lo largo de los últimos años. Hasta la década de los años sesenta, la muerte estaba integrada en el argumento central de una película y era vivida como sustancial y significativa por los personajes que se veían afectados por ella y que maduraban y se transformaban desde ella; el hecho de la muerte tenía un sentido claro y pleno. En esos días no existía este concepto en las películas de dibujos animados, donde ningún personaje moría a pesar de la violencia explícita que siempre caracterizó a la factoría Disney.

A partir de esos años, la muerte se convirtió en un mero recurso cinematográfico, en una excusa irrelevante por sí misma, en poco más que una necesidad para lucirse con los primeros efectos especiales —recuérdese, por ejemplo, las muertes a cámara lenta en los *westerns* de Sam Peckinpah—; en las películas comenzaron a aparecer muchas muertes, la mayoría gratuitas y descontextualizadas, como un mero telón de fondo de la historia narrada, y sólo alguno de los muertos, si acaso, reclamaba de los demás venganza pero jamás reflexión. El paso de los años empeoró este abordaje, convirtiendo a la muerte en mera consecuencia de un acto «violento» o de «justicia», la muerte natural, en el cine, salvo excepciones, pasó a ser el asesinato. Obviamente, el mismo proceso afectó a la televisión, al resto de los medios de comunicación y a

los propios dibujos animados destinados al público infantil.

El hecho de la muerte se transformó en algo banal, absolutamente vacío de significado psicosocial, en un suceso que no se debe sino a una situación de violencia inusitada, que es algo ajeno a uno mismo, una «desgracia», algo «no merecido». Exactamente igual que estaba sucediendo en la sociedad urbana. La degradación de la conceptualización de la muerte en los medios de comunicación se derivó del cambio social al respecto espoleado por la sociedad de consumo, siendo consecuencia y catalizador fundamental, aunque no su causa.

La memez, ñoñería y superficialidad característicos de finales del siglo xx y principios del xxi, ha proseguido con el mismo esquema, aunque añadiéndole toques de la moda *new age* en argumentos donde el muerto se convierte en un ángel y protagoniza un nuevo modelo de héroe absurdo. La norma viene a ser más o menos ésta: una persona, siempre joven —no sea cuestión que nos demos cuenta de la relación que tiene el envejecer con la muerte—, fallece instantáneamente a causa de un accidente —no hay enfermedad, ni dolor, ni angustia, ni...— Y se traslada hasta el cielo, donde, tras alguna situación jocosa, se le hace regresar a la tierra en forma de ángel para perfeccionar quién sabe qué y, claro está, para pasárselo muy bien. También desde esta perspectiva se convierte la muerte en un episodio banal y se oculta absolutamente su relevancia psicosocial.

Para completar este escueto apunte sobre tamaña majadería, compartida por todos, baste recordar que el patético modelo que ofrecen los medios de comunicación respecto de la muerte —y de cualquier otro asunto— es el que predomina durante el proceso de formación de nuestros hijos. Las consecuencias de ello no se limitan a favorecer la adquisición de un sentido profundamente deformado y pobre del hecho de morir —algo suficientemente grave ya de por sí—, sino que conducen a una actitud de indiferencia y frialdad ante la vida que incrementa la incomunicación, el fracaso, la violencia —el vandalismo juvenil y las agresiones y asesinatos son problemas en aumento en nuestras sociedades—, las conductas adictivas, la apatía e indiferencia social, insolidaridad, etc. Que cada cual medite sobre su entorno y se aplique las conclusiones.

Actualmente, en las sociedades industrializadas, sometidas al patrón urbano y consumista, prima el absurdo comportamiento de rechazar de forma radical justo lo único que es absolutamente consustancial con la vida, eso es los hechos, no siempre consecuentes, de envejecer y de morir. Instalados en la frágil atalaya que nos ha permitido construir la prepotencia de creemos la especie elegida y superior —gracias a la vieja teología antinaturalista propia de las religiones monoteístas—, y la tendencia a percibimos cercanos a la omnipotencia —gracias a la nueva idealización de un desarrollo científico sin fin—, conceptualizamos la muerte como algo disonante, como una incoherencia o un absurdo, como un error inadmisible y fuera de

lugar que debería remediarse cuanto antes de una vez por todas.

De ahí que a menudo calificuemos la muerte de nuestros allegados como «injusta», «mala suerte», «desgracia», «increíble», «injustificable»... , pero aunque podamos percibir una muerte bajo cualquiera de esas etiquetas, la extinción no tiene nada que ver con ellas. Vida y muerte son dos caras inseparables de la misma moneda. Todos cultivamos con vehemencia el mito del «todavía no era su hora» — que también nos aplicamos a nosotros mismos, claro—, pero no puede haber un mejor o peor momento para morir; se muere y punto, con independencia de que uno mismo o los demás estén o no preparados para asumir las consecuencias de cada pérdida.

En la sociedad moderna actual se ha debilitado en gran medida la capacidad individual para saber afrontar el hecho de la muerte, que se niega con obstinación — rebajándonos con ello a una conducta tremendamente inmadura— y, cuando aflora, suele sumir en el desconcierto y la ansiedad a quienes toca de cerca. La revolución industrial, eso es los drásticos cambios que impuso en la organización social^[4] y su ruptura con lo natural^[5], anuló progresivamente el universo de relaciones simbólicas y rituales que habíamos construido durante siglos a fin de poder encaramos con la muerte y, en consecuencia, nos ha dejado con escasos recursos emocionales para afrontar el proceso natural de la extinción. Hoy, una persona muerta es un estorbo que el propio sistema social impele a hacer desaparecer lo antes posible; su proceso final suele transcurrir en un hospital y un tanatorio, en medio de una tediosa y fría asepsia, pulcritud y burocracia; el fallecido viene a ser una especie de fracaso^[6] y su muerte no es un hecho a socializar, a compartir, a trascender, sino un mero trámite legal — para seguir adelante con la vida obviando la muerte— realizado casi siempre con demasiada frialdad emocional, salvo en lo que afecta a los deudos más directos, claro está.

Conforme hemos ido degradando —desde la perspectiva de las necesidades emocionales humanas— la manera de vivir, en igual medida ha ido empeorando la forma de enfrentarse al hecho de morir. Y viceversa, dado que la actitud ante la vida y la muerte se influyen una a la otra dentro de un círculo de interacciones sin fin. Pretender seguir con la vida obviando el hecho de la muerte, manteniendo la ficción del «no pasa nada», obliga a integrarse en la farsa social de una cultura de consumo que solamente potencia el ver, admirar y desear aquello que es joven, saludable y exitoso en cualquiera de sus facetas posibles... por lo que quienes no tienen alguno o todos estos atributos acaban condenados a pagar un elevado precio en forma de marginación más o menos directa; envejecer o recibir el anuncio de una enfermedad terminal conlleva comenzar a caminar hacia una marginación social más o menos sutil, hacia un dejar de ser y de estar y, a menudo, también, hacia un dejar de significar.

Con frecuencia oigo hablar de la dictadura de la muerte, pero la única dictadura evidente, hasta la fecha, es la que nos impone la vida o, mejor dicho, la que se deriva de la forma que tiene cada cual de vivirla. De hecho, la tiranía bajo la que mantenemos nuestras propias vidas suele cerrar los puentes y puertas que posibilitarían poder vivir —compartir— la vida y la muerte de quienes nos importan tal como deberíamos, tal como, tras su desaparición, pensamos que debimos hacer y no hicimos.

Durante el año y pico que he pasado redactando este libro, seis amigos que fueron importantes en mi vida fallecieron. Su muerte fue un suceso inesperado —accidente de tráfico, atentado terrorista de ETA y fallo orgánico fulminante— y de cuatro de los decesos me enteré a través de la prensa. Al despertarme y conectar la radio, sin más, una voz cualquiera anunciaba su muerte, era una noticia más dentro de la sección de política o de sociedad. De repente desaparecieron de mi horizonte. No tuve oportunidad de acompañarles en su extinción, no pudimos despedirnos, no tuvimos ocasión de decirnos aquello que seguro teníamos pendiente para el próximo encuentro. No podrá haber ya un próximo encuentro.

Me afectó muy especialmente la muerte del querido Josep M.^a Bardagí, músico con un talento tan grande como enorme era su corazón de amigo para quienes tuvimos el privilegio de intimar con él^[7]. Habíamos pasado tres años sin vernos —manteniendo unas pocas conversaciones telefónicas— y nos encontramos en la sección de música de la librería Fnac, ambos llevábamos mucha prisa, pero tras un abrazo largo y hermoso nos regalamos algo más de media hora en la cafetería del lugar. A cada tanto mirábamos el reloj de reojo y con disgusto, queríamos seguir charlando pero teníamos compromisos que cumplir. Quedamos para un almuerzo con eterna sobremesa en la semana siguiente pero él no podía. Lo aplazamos para la otra semana pero yo estaba de viaje. Acordamos día para otra semana después... pero dos días antes del encuentro, un edema pulmonar acabó con su vida. Ya no podremos tener esa sobremesa eterna que, con él, siempre se quedaba corta. Lo único eterno será su ausencia. Teníamos que ponernos al día de lo que habíamos hecho y sentido en los últimos tres años, pero estábamos tan ocupados ambos que aplazamos lo fundamental, disfrutar de la amistad, para volcamos en lo accesorio, cumplir con la actividad profesional. Un error que, en este caso, ya no puede corregirse.

Las pérdidas de amigos habidas mientras escribía este libro, pero también el haberme replanteado el papel que, en el pasado, adopté durante la enfermedad, fallecimiento, funerales y duelo de personas más o menos próximas, fueron la causa de un cambio bastante radical en el contenido final de esta obra, que en *Un principio* dedicaba un espacio muy secundario a lo que era, y sigue siendo, la parte II —«Enfrentando el destino: cómo asumir la muerte en nuestra vida»—, mientras que ahora supone un aspecto central y básico de la reflexión que plantea el texto

acabado.

Al tener que trabajar a fondo en las cuestiones que obliga a plantearse este libro, me di cuenta de que si bien tenía una idea muy clara y sólida de lo que, para mí, es el hecho de morir —que se plasma, básicamente, en la primera parte del texto y que, por supuesto, es discutible—, también comprobé que tenía demasiados vacíos a la hora de responder a las necesidades psicosociales que derivan del proceso de morir. Pregunté a muchos amigos y conocidos y todos estaban en mi misma situación o peor. Tenemos y mantenemos una tremenda ignorancia acerca de cuanto es necesario para afrontar la muerte de los demás y la propia; desconocemos las pautas que deberíamos adoptar para hacernos presentes y útiles durante la enfermedad, el sufrimiento, la agonía y la muerte de las personas que nos son próximas, y las que pueden y deben adoptarse para ayudar a quienes están en duelo.

Basta imaginar a cualquier persona de nuestro entorno afectada por un diagnóstico de enfermedad terminal para que las ideas dejen de fluir, para que nos quedemos paralizados, vacíos... hasta que, para huir de esa confrontación con el sufrimiento, pasamos a pensar en otras cosas y borramos de la mente tal probabilidad. Pero lo grave es que nos comportamos exactamente igual cuando lo temido se hace realidad. ¿Somos capaces de mirar a los ojos del amigo o amiga que está muriendo y comportamos como el amigo o amiga que se espera que sigamos siendo?, ¿o preferimos espaciar los contactos con esa persona para obviar una realidad que duele? En general, solemos poner distancia con quienes están muriendo, justo cuando más nos necesitan, por una razón: porque no sabemos qué hacer, qué decir, ni cómo estar.

Escribir este libro me ha permitido ser plenamente consciente de lo mucho que nos falta por saber —y por hacer— para poder afrontar de la mejor manera posible el hecho real e inevitable de la muerte, de la propia y de la de los demás. Habiendo superado ya la mitad de mi posibilidad de vida, reflexionar sobre el hecho de morir ha sido un privilegio que, sin duda alguna, ha modificado y seguirá modificando aspectos que son importantes para poder mejorar lo que me quede de existencia. Confío en que algo parecido le ocurra a la mayoría de los lectores, sea cual fuere su edad.

A lo largo del libro se aborda buena parte de lo fundamental que, sobre el proceso de morir, puede aportarse, hasta ahora, desde los enfoques biológico, etológico, psicológico, sociológico, médico y tanatológico. No se incluye en este texto el enfoque desde lo religioso, que considero muy importante, porque será abordado de forma más amplia y específica en otro libro posterior, pero, fundamentalmente, porque la visión y reflexión que se presenta aquí sigue vías muy ajenas al universo de las creencias, proponiendo una base para comprender y actuar que tanto puede complementar y mejorar un creyente de cualquier religión con su fe, como un ateo desde su postura contraria. Ante el hecho de la extinción no cabe descartar nada que

pueda ayudar a alguien a asumida mejor pero, en principio, para este autor, es obvio lo que resulta obvio y, tal como afirmó Keith Campbell, «la interacción de espíritu y cerebro no está positivamente excluida por el conocimiento contemporáneo. Sin embargo, para la mayoría de los que investigan la función cerebral, la hipótesis corriente es que no ocurre tal cosa».^[8]

Jamás me he topado con nada parecido al «alma» en todo lo que he estudiado de psicología o biopsicología; tampoco he sentido nada en mí, ni percibido en otros, que precisase de un alma para expresarse, basta y sobra con los maravillosos mecanismos cerebrales que tenemos, capaces de dar soporte físico y percepción de realidad a todas nuestras emociones, desde la más maravillosa hasta la más trágica, mediante la acción de diversos neurotransmisores y sistemas cerebrales específicos. Esos circuitos cerebrales que me han permitido ser como soy —y como es cada uno—, que atesoran y gestionan eso que llamamos «conciencia», «personalidad», «yo»... desaparecerán al mismo ritmo que muera la masa neuronal. ¿Surgirá en ese momento una entidad denominada «alma» que, cual caballero medieval, salve de la extinción aquello que fui? ¿Se comportará como una especie de informático previsor y, antes del formateo definitivo, hará un backup de mi banco de memoria o «disco duro», dejándolo listo para mejor ocasión? Lo que sé, lo que siento y lo que intuyo me impiden creer en eso que llamamos «alma», pero cada quien es bien libre de creer en aquello que guste o precise.

Yo no necesito un «alma» y una promesa de «vida futura» para obligarme a ser mejor y actuar con corrección; ya me obligo a sacar de mí lo mejor posible sin más interés que el de sentirme bien conmigo mismo, algo totalmente subjetivo, cierto, pero que no lo es ni más ni menos que la propia construcción cultural del sistema «moral» —gestionado por cualquiera de los mil guardianes del paraíso que han surgido en los últimos ocho mil años— que predomine en cada sociedad.

Sin embargo, la mayoría de la humanidad cree en la supervivencia post mórtem, aunque mucho me temo que no es una postura mejor ni peor que la de negar tal posibilidad. La muerte no distingue entre creyentes y no creyentes; sólo las características con que cada cual ha integrado la muerte en su modelo de ciclo vital —adoptando la esperanza en algún tipo de vida *más allá*, o aceptando el fin aquí y ahora— nos distingue a unos de otros. Hay una sola manera de extinguirse, pero pueden ser tan variadas como las propias personas las formas posibles de percibir el acto y el hecho de morir; no las hay mejores o peores, sólo cabe diferenciar, tal vez, entre las que disminuyen o eliminan la angustia ante la extinción y las que no.

Mi vida —como la de otros muchos, pero al contrario de lo sucedido con las de otros muchos más— me ha llevado a pensar que no hay ningún principio en el fin, y no me encanta la idea, claro. He invertido mucho esfuerzo en mi propia vida y he invertido tanto o más esfuerzos, afectos y emociones en la vida de otros. No me gusta

perder todo aquello por lo que he vivido y luchado, me disgusta imaginar que en un momento concreto dejaré de sentir y dejarán de sentirme, pero ¿puedo hacer algo para evitado? Sin duda no. Aunque, en cualquier caso, sí puedo cambiar mi percepción en relación a ese momento y vivir de acuerdo a la lógica biológica a la que estamos atados todos los seres vivos pluricelulares.

Vivir y percibir de otra manera, para poder afrontar el hecho de la muerte con serenidad y dignidad en medio de una sociedad que lo teme, distorsiona o niega, es hoy, más que nunca antes, una necesidad acuciante. Pero para embarcarse en lo que psicólogos y demás científicos sociales denominan como «pedagogía de la muerte» debe comenzarse por estar dispuesto a hablar, leer y reflexionar sobre la muerte con absoluta normalidad.

PARTE I. ENFOCANDO EL HECHO DE MORIR

1. El sentido biológico y social de envejecer

Podemos imaginar, si así nos place, que el ser humano es un proyecto divino hecho ex profeso para cumplir algún propósito que sólo ese *creador* debe conocer. Pero, con alma o sin ella, ese buen dios hipotético nos dejó un mensaje bien claro en nuestros genes: los humanos, como todos y cada uno de los seres vivos actuales o del pasado, somos una colonia de muchos billones de células con tareas muy específicas y coordinadas hacia un mismo fin, somos un sistema biológico muy complejo y nos debemos sólo a él —al propio sistema biológico, claro, no a ninguna divinidad—, a sus reglas y a sus intereses, que, en síntesis, se reducen a perpetuar la especie de la manera más eficaz posible, eso es replicar el sistema biológico humano una y otra vez con absoluta independencia de los sentimientos, esperanzas u objeciones que pueda tener o plantear esa entidad, de base biológica; que denominamos «conciencia».

El físico John Dobson, refiriéndose al hecho de que nuestros genes nos sobreviven, afirmó con fina ironía que «las directrices fundamentales del programa genético sirven para dirigir una corriente de entropía negativa^[9] sobre nosotros mismos y transmitir la línea genética. Por eso nos sentimos los protagonistas de la acción quienes saboreamos sus frutos. Esto no es más que un espejismo genético. Los genes nos han persuadido de que siguiendo sus dictados alcanzaremos la paz de lo inmutable, la libertad de lo infinito y la bienaventuranza de lo indiviso. Pero, en vez de eso, lo que tenemos al final es una familia. El lector ya debe haberlo comprobado.»^[10]

A nadie nos gusta envejecer, y se lo podemos contar y hasta cantar al dios de cada uno, pero eso no cambiará el hecho de que nuestro sistema biológico sea el único que mande de modo inexorable en nosotros. Tal vez no estará de más saber que el proceso de envejecer no es biológicamente útil y que por eso son tan escasos los mamíferos longevos, entre los que nosotros, la especie humana, nos contamos como una de las excepciones a la regla.

En la reunión de la Asociación Americana para el Avance de la Ciencia, celebrada en San Francisco en febrero de 2001, durante la sesión dedicada a debatir «¿Cuánto puede vivir el ser humano?», Jay Olshansky, científico de la Universidad de Chicago, afirmó que, desde el punto de vista evolutivo, «hemos superado nuestro período de garantía como máquinas vivientes (...) diseñadas para durar cuarenta años» y aunque se eliminen las enfermedades relacionadas con el proceso de envejecimiento «aparecerán otros desajustes».^[11] Otro colega, Leonard Hayflick, biólogo celular de la Universidad de California, una de las máximas autoridades en procesos de envejecimiento —y quien demostró, en los años sesenta, que las células sólo se pueden dividir un número determinado de veces antes de morir—, no fue menos gráfico al decir que «somos la única especie en la que se observan tantos individuos

viejos. Evolutivamente no existe necesidad de vivir más allá de los treinta o treinta y cinco años».

Efectivamente, la mayoría de los científicos actuales admite que, desde la perspectiva evolutiva, el organismo humano «carece de valor» tras haber cumplido su función reproductora (transmisión de la carga genética) —algo que debería haberse realizado ya en torno a los treinta años—, por lo que resulta biológicamente lógico que no haya sido diseñado para permanecer vivo demasiado tiempo.

Con todo, debemos recordar que si bien los humanos somos producto de nuestra biología, también es cierto que, a lo largo de nuestra evolución, a fin de poder sobrevivir mejor como especie, se formó una intrincada interrelación entre nuestras necesidades biológicas básicas, las emocionales y las derivadas de la progresivamente compleja organización sociocultural que elaboramos.^[12]

La posibilidad de envejecer, por tanto, aun siendo inútil para la perpetuación de la especie, aportó una ventaja evolutiva muy importante a fin de poder transmitir conocimientos a las nuevas generaciones y mantener una organización social tan sofisticada como la humana. Así que, los años que vivimos de más —considerándolo desde la perspectiva de las necesidades meramente biológicas— son un maravilloso regalo de nuestro proceso evolutivo que deberíamos saber agradecer mejor. Nada hace a nuestra especie acreedora del derecho absoluto a vivir más, tal como nos gusta creer y hasta exigir; por el contrario, sólo a causa de nuestra inteligencia y habilidad hemos conquistado el bien relativo de alargar más o menos nuestra vida.

Los humanos percibimos la muerte como un castigo, como algo injusto y absurdo que nos acarrea el dolor de la pérdida irreparable de los otros y la angustia del saberse también destinado a la extinción. Pero, sin embargo, la muerte es parte fundamental de la posibilidad misma de existir desde que comenzamos nuestro desarrollo embrionario. En nuestro organismo, la muerte y la vida se refuerzan una a la otra hasta conformar una dinámica de dependencia total. Vivimos porque estamos muriendo continuamente; morimos porque hemos vivido continuamente.

A pesar de la imagen externa que presentamos y de la forma en que nos percibimos como especie, la pura y dura realidad es que nuestro organismo está conformado por colonias de billones de células organizadas —concretamente por un aglomerado de unos cien billones de células—, que han pasado por un largo proceso evolutivo de especialización, a lo largo de toda la cadena evolutiva de los seres vivos, hasta adquirir la increíble capacidad de convertirse en parte intrínseca de la función global de un órgano que, a su vez, es parte funcional indispensable del organismo en su conjunto. Un número casi infinito de seres vivos unicelulares trabajan al unísono para llevar adelante el proyecto vital del ser pluricelular conformado gracias a su presencia, existencia y coordinación; y tanto da que éste sea una pulga, un perro, o el *propietario* de ambos, un humano.

La dedicación absoluta con que estas colonias de células se consagran a su obra —eso es a nosotros, por ejemplo— también les obliga a pagar un precio: mueren continuamente por billones, ante nuestra total indiferencia, a fin de renovarse —renovarnos— y prolongar la existencia del organismo que sustentan. Durante la mayoría de nuestra vida no somos conscientes en absoluto de esta mortandad interna y externa (piel), puesto que sólo comenzamos a percibirla cuando la masacre afecta a su función específica y, en consecuencia, a nuestro estado de salud. Nuestro organismo se va renovando constantemente hasta el punto de que ningún componente tiene en realidad más de diez años (salvo un pequeño hueso del oído, del tamaño de un grano de arroz, que deja de crecer tras el nacimiento).

Dentro de nuestro propio organismo, la dependencia que tiene la vida respecto de la muerte de una parte de nosotros mismos se manifiesta como algo imprescindible desde el principio del estado fetal. Podemos encontrar un ejemplo bien ilustrativo en la formación de una estructura tan compleja e importante como es la mano, que sigue un proceso bien peculiar. En las filmaciones del desarrollo fetal, primero vemos que al final del brazo va creciendo una masa informe conformada por un cúmulo enorme de células; luego, al llegar a un cierto tamaño, millones de esas células reciben la orden interna de destruirse a sí mismas y van muriendo sistemáticamente para, con su desaparición, poder *esculpir*, en esa masa compacta, los dedos y los espacios que los separan. Nuestra mano, por tanto, se la debemos a la muerte temprana de una parte de nosotros mismos cuando todavía éramos un feto en formación (¿o es que somos incapaces de aceptar que «uno mismo» es tanto el feto que acaba naciendo como las partes de él que murieron para formarlo?).

De pequeños teníamos timo, pero esa glándula, afortunadamente, cuando cumplió su función acabó desapareciendo a causa del *suicidio* de todas sus células; de no hacerlo, acabaría alcanzando proporciones tan gigantescas que impedirían que pudiésemos seguir vivos.

En torno a diecisiete mil millones de células de nuestro cuerpo, carne de nuestra carne, mueren cada minuto de nuestra existencia para posibilitar que el organismo complejo que somos siga viviendo en la mejor de las condiciones posibles. La muerte es el motor imprescindible para la generación de la vida. Nuestra existencia se construye sobre el morir permanente y programado de una infinitud de billones de células que fuimos nosotros mismos. Es lo que se conoce como apoptosis o muerte celular programada, un proceso del que nos ocuparemos más adelante.

Si repasamos el ingenuo relato mítico del Génesis leeremos que la muerte entró en el mundo a causa del pecado cometido por nuestros primeros padres. «Puedes comer de todos los árboles del jardín [del Edén] —afirma que le dijo Dios a Adán—; pero del árbol de conocer el bien y el mal no comas; porque el día en que comas de él, tendrás que morir» (Gén 2,17). Lo cierto es que poco nos duró la vida eterna a los

humanos, ya que apenas catorce versículos después Eva aparece saboreando la fruta prohibida, convidando a su más bien tontorrón compañero y, como primera señal del fin, «se les abrieron los ojos a los dos, y descubrieron que estaban desnudos...» (*Gén* 3,78). Algunos exegetas un tanto obsesos, ven en este relato la confirmación de que la fornicación —de Eva con la serpiente, que ya son ganas— nos arrancó de la inmortalidad primigenia a la que estábamos destinados para hundirnos en el lodo de la muerte... pues bien, algo de razón sí tienen, sí. Desde la perspectiva biológica, la muerte no es más que una insignificancia derivada del hecho de ser organismos que, en un punto de nuestra evolución, optamos por perpetuarnos mediante relaciones sexuales. La explicación, sin embargo, es mucho más compleja e interesante que la metáfora bíblica.

Una de las mayores autoridades científicas en este campo, Lynn Margulis, codirectora de la sección de biología planetaria de la NASA, describe con claridad meridiana la conexión entre sexo y muerte: «La evolución del sexo fue como un pacto con el diablo. El sexo de fusión, fecundación^[13] más meiosis,^[14] permitió a ciertos seres sobrevivir a los ciclos de las estaciones. El sexo permitió que los animales desarrollaran cuerpos pluricelulares elaboradamente complejos a partir de huevos fértiles. Pero el precio de este éxtasis más allá de la identidad (la sexualidad que nos impele a unimos con otro y crear un nuevo ser más allá de nosotros) fue alto. El sexo, al nivel celular, ha estado conectado con la muerte desde hace quizá setecientos millones de años. Los cuerpos de los progenitores tenían que morir. La evolución del sexo en los animales vino acompañada del envejecimiento y muerte de sus cuerpos. La perspectiva de la muerte a una hora prevista, la llamada muerte programada, fue arte y parte del sexo de fusión desde sus inicios unicelulares. La conexión romántica entre el sexo y la muerte en el arte refleja una historia evolutiva real.

»Por extraño que parezca, el envejecimiento y la muerte que encontramos tan normales (y que tanto nos angustian cuando consideramos nuestro destino último) eran desconocidos en los albores de la vida y continuaron siéndolo durante millones de años. La vejez y la muerte natural, tal como la conocemos en los mamíferos, evolucionaron en protoctistas^[15] arcaicos como los ancestros de los ciliados (microbios unicelulares sexuales). Las diminutas células individuales, o al menos sus núcleos, tenían que fundirse sexualmente para sobrevivir. La fusión sexual reiniciaba el reloj de la vida y soslayaba el envejecimiento. Los descendientes de esos microbios desarrollaron cuerpos animales susceptibles de especialización. Nuestra vida consciente entera de la niñez en adelante (incluida la conciencia, asentada en el cerebro, de la inminencia de nuestra propia muerte), es un resultado tardío de las propiedades de la multiplicación de ciertos protoctistas que se fundieron en un abrazo sexual. La multiplicación clonal de células nucleadas fusionadas, que servía para

crear quistes y otros propágulos resistentes, ofreció nuevas oportunidades a la vida. Todos los animales, así como la mayoría de las plantas y hongos, representan patrones de desarrollo establecidos por protoctistas que crecen, aunque sea brevemente, en un estado fusionado (diploide) antes de retornar a su estado no fusionado (haploide) ancestral (...).

»En los organismos sexuales el desarrollo en el estado no fusionado siempre se alterna con el estado fusionado. El retorno innegociable a la condición ancestral implica que el estado fusionado sólo puede ser transitorio. En el caso humano, lo que se desarrolla en el estado fusionado es nada menos que nuestro cuerpo, con su cerebro capaz de anticipar su propia muerte y de retornos a buscar el sentido de nuestras vidas».^[16]

Cualquier organismo que se reproduzca sexualmente sólo existe durante un tiempo limitado, en cambio, bacterias —que se multiplican por fisión^[17]—, amebas y todos los protoctistas no sexuales —que recurren a la mitosis—,^[18] al reproducirse por fragmentación son básicamente inmortales. Resulta sintomático que todos esos seres unicelulares sólo accedan a reproducirse sexualmente cuando se ven obligados a sobrevivir luchando contra un entorno especialmente hostil (por cambio estacional, alteración ecológica, etc.), regresando a su estrategia no sexual cuando las condiciones se normalizan.

El tipo de reproducción uniparental asexual fue la única posible durante los primeros dos mil millones de años de existencia de vida sobre el planeta. La manera inicial que tuvo la vida para perpetuarse fue la que hoy muestran las infecciones bacterianas o los tumores cancerosos —de ahí su virulencia y nuestro temor cuando el proceso se da dentro de nuestro organismo—; esta fuerza imparable para multiplicarse infinitamente por fragmentación, sin dejar ningún cadáver atrás, acabó por llegar a controlarse y perfeccionarse mediante la invención de la reproducción sexual. Algunos protoctistas, sucesores de las bacterias, abrieron el camino a nuestro ancestro, un organismo que lleva dentro de sí mismo la programación para su extinción tras haberse perpetuado mediante el sexo. Billones de esos organismos conforman la totalidad de los seres vivos, incluidos los humanos.

En nuestro organismo, en su más recóndita intimidad, se produce sin cesar el drama más importante de la vida, la apoptosis, la muerte celular programada. Es una especie de eutanasia activa; el ADN^[19] envía al citoplasma de la célula la orden de autodestrucción mediante enzimas que cumplen el papel de mensajeros y, al tiempo, de verdugos, cortando las largas cadenas de ADN en pequeños trozos, degradándolo sin posibilidad alguna de detener el proceso, la muerte es segura e inevitable. Esto está sucediendo ahora mismo, en millones de células, dentro del organismo del lector de este libro —también en el del autor, si es que sigue vivo—, pero no hay alarma, no hay inflamación en todos los tejidos afectados, no se activa el sistema

inmunológico... porque esta muerte programada de nosotros mismos nos da la vida nos la alarga hasta un cierto límite.

Nuestro modo de reproducimos mediante fusión —fecundación más meiosis— logra precisamente aquello que perdimos, eso es evitar el envejecimiento y la muerte de la carga genética, aunque lo consiga a costa de nosotros mismos. El sexo meiótico permite que el nuevo ser al que da lugar la unión sexual parta desde cero, con su ADN, genes y proteínas en el mejor estado posible para iniciar un nuevo ciclo vital... y así sucesivamente. Logrado este propósito, bajo el prisma egoísta de una carga genética que sólo aspira a recomenzar ese ciclo infinitamente, los organismos fecundantes ya sobran, sólo cuenta el recién fecundado, sólo es preciso aquello que —y por el tiempo necesario para que— pueda posibilitar el desarrollo y función procreadora de ese nuevo ser.

Sólo gracias al sexo hemos llegado a ser organismos tan maravillosamente complejos, pero nuestra misión reproductora se agota en sí misma y en nosotros; el mecanismo biológico que nos llevó al éxito como organismos nos conduce a la muerte como sujetos. Biológicamente, la supervivencia de la especie es lo único que cuenta, no así la individual. Somos un organismo desechable, por mucho que nos duela, de ahí nuestro inevitable y programado declive y extinción. Aunque no olvidemos que, a pesar de todo, somos el único organismo vivo que puede ser consciente de este proceso, que puede incidir en él para decantar la balanza en favor de los humanos y, más importante todavía, que puede sentirse perfectamente bien, psicológicamente bien, a través del mero convencimiento de «haber hecho lo debido». Si queremos mostramos rebeldes ante la muerte, quizá sería más provechoso e inteligente tratar de cambiar nuestra vida —cómo la percibimos y qué hacemos con ella— que modificar nuestro ADN.

Nuestro cuerpo y cerebro, soporte de la conciencia; son finitos, están destinados a morir, mientras que los genes, preciosos componentes de los espermatozoides y de los óvulos protoctistoides, alcanzan la inmortalidad. No hay duda de que los genes nos utilizan para sus propios fines, pero nosotros también los empleamos para los nuestros. Cada uno consigue lo suyo pagando el precio que le corresponda. Con el paso del tiempo, nuestros componentes orgánicos se deterioran progresivamente hasta dejar de cumplir con su función... aunque, en sentido estricto, no desaparecen sino que se transforman. El cuerpo físico, todo aquello que lo constituye, está formado por átomos que han existido desde el nacimiento del universo y que se reciclan sin parar para dar vida a los organismos vegetales, animales y también humanos que fueron, son y serán. En cierto modo somos eternos, aunque no tengamos conciencia de ello.

Además de lo dicho anteriormente, parece que el deterioro orgánico se acelera a consecuencia del efecto de los radicales libres del oxígeno que, mediatizados por una

serie de factores —dietas erróneas, entre ellos—, provocan procesos de oxidación que destruyen con más o menos rapidez y eficacia nuestras células y los sistemas que sustentan. También es posible, y no resulta incompatible con lo anterior, que a partir de un cierto número de copias de nosotros mismos, de los componentes celulares básicos de nuestro organismo, comiencen a aparecer errores de *transcripción* que, con el tiempo, acaban degradando partes fundamentales del sistema y precipitando la muerte global.

Nuestro proceso de envejecimiento, como el de formación de tumores cancerígenos, parece que sigue las pautas de la llamada teoría telomérica, que postula que la mayoría de las células de nuestro organismo tienen una capacidad de división y multiplicación que oscila entre 20 y 30 veces y que su potencial de división está relacionado con la longitud de los telómeros, que son estructuras localizadas en los extremos de los cromosomas. Se piensa que en cada una de las divisiones celulares se producen pequeños errores en la replicación del ADN que, por motivos desconocidos, eluden los mecanismos de reparación celular naturales; la acumulación de esos errores podría ser la causa decisiva que conduce a un organismo hacia su envejecimiento, que le debilita con la generación de tumores y que, finalmente, le aboca a la muerte.

La extinción final no es algo que ocurra de golpe, no se muere todo el organismo a la vez, es un proceso. En ciertas circunstancias, un organismo, si se lo mantiene artificialmente, puede sobrevivir a su muerte cerebral irreversible —aunque no tenga el menor sentido hacer tal cosa—, dado que otros sistemas corporales se mantienen activados mientras reciban el alimento que requieren. Para detectar el estado de muerte hay que fijarse en el tronco del encéfalo, conectado al paleoencéfalo —la porción cerebral evolutiva mente más antigua y que compartimos con el resto de los animales—, que es responsable de todas las funciones corporales autónomas y básicas para seguir con vida (presión sanguínea, ritmo cardíaco, respiración, temperatura corporal, etc.); al desaparecer la actividad eléctrica del tronco encefálico, la muerte clínica está ya consumada.

Cuando falla el corazón, por ejemplo, y se detiene su función, lo hace también el suministro de sangre y oxígeno a todo el cuerpo y el cerebro comienza a sufrir las consecuencias y deja de funcionar en unos cinco minutos, se detiene la respiración y la muerte va alcanzando una por una a la infinitud de células que nos conforman, al final acaba muriendo todo el sistema orgánico, aunque «nosotros», nuestra «conciencia», haya muerto con anterioridad.

Si algo nos hace patente la muerte es que en el cuerpo inerte ha desaparecido todo aquello que nos hacía humanos, la sensibilidad, la personalidad, la conciencia de uno mismo y de los demás. Toda la «persona» que uno ha sido, que aguantó siendo hasta el último aliento, se desvanece al expirar. ¿Estaba en alguna parte dentro de ese

organismo eso que ahora ya no percibimos, su «conciencia»? Claro que sí, aunque la respuesta acerca del lugar y de su destino final no satisfaga en absoluto nuestras expectativas y esperanzas.

Sin duda falta mucho por conocer acerca de nuestro funcionamiento cerebral, pero no es poco lo que ya sabemos de él. Al investigar la actividad cerebral de un sujeto vivo vemos que cualquier información —por ejemplo un: simple estímulo visual, auditivo o táctil—, al margen de generar millones de activaciones entre neuronas, viaja primero a la parte posterior del cerebro, a continuación se activan las zonas de memoria inmediata y entra en juego la parte frontal del cerebro, responsable de toda la actividad relacionada con el pensamiento. No hay ningún lugar específico que sea «yo», donde resida eso que identificamos —e identifican los demás— como nuestra conciencia y personalidad. Los científicos usan la metáfora de comparar el cerebro a una gran orquesta, en la que cada parte hace su trabajo específico a fin de lograr el mejor resultado final posible. No se trata tanto de tener muchos y/o buenos músicos o instrumentos, sin más, sino de saber realizar con ellos un trabajo perfectamente ordenado y coordinado. El orden es la clave del funcionamiento maravilloso de un conjunto de conexiones neuronales que, teniendo sólo en cuenta las que hay en la superficie del cerebro, tardaríamos unos treinta y dos millones de años en poder contar.

Según los conocimientos científicos actuales, parece evidente que es el cerebro en su conjunto lo que genera el ser consciente, lo que da soporte y *realidad* a eso que percibimos como personalidad y conciencia, lo que desaparece definitivamente en cada uno de nosotros cuando el cerebro deja de funcionar para siempre.

Ojalá pudiésemos afirmar, tal como lo ha hecho el gran teólogo y humanista Leonardo Boff, que «no vivimos para morir, morimos para resucitar», pero todos los conocimientos científicos acumulados hasta la fecha indican algo bien distinto. De todos modos, la fe —si se experimenta con madurez y medida— no le hace mal a nadie, sino todo lo contrario. Creer en esa maravillosa frase, síntesis de la creencia cristiana, puede hacer más soportable la vida y la idea de la muerte y, tras ésta, si la promesa de vida post mórtem no se cumple, ya no habrá posibilidad de enterarse ni de sentirse mal ante la esperanza defraudada; no hay la menor probabilidad de fracasar cuando ya no se es nada ni nadie. Ésa será la ventaja del creyente en cualquier ideología religiosa. Y si acaso resultare todo lo contrario, que nuestro «yo», lo que somos, nuestra conciencia, pervive, renace, se reencarna o resucita de alguna manera..., pues ya nos enteraremos, tanto los no creyentes como los creyentes.^[20] El hecho biológico de la muerte, y sus consecuencias psicosociales, se produce con total indiferencia respecto a las creencias humanas, aunque éstas sí puedan hacer variar la actitud de cada uno hacia la vivencia de la extinción.

Retornando el camino andado al abordar la cuestión de la interrelación entre ser

un organismo sexuado y estar condenado a morir para perpetuar la especie, resulta llamativo que, con todo, nuestra especie viva tanto tiempo y, dado que la biología no es dada a malgastar energía y recursos, nuestra longevidad —que, sin duda, a la mayoría sabe a poco— debe ser necesariamente la consecuencia de una ventaja adaptativa que, desde hace mucho, vino a favorecer nuestra supervivencia. Anteriormente ya adelantamos una posible respuesta: nuestra organización social y cultural es tan compleja que necesitamos de la experiencia de los más ancianos para mantener el sistema social —cualquiera de los muchos posibles— en marcha.

Resulta obvio que la edad de un «anciano» ha cambiado mucho a lo largo de nuestra evolución, y que un *Homo habilis* era anciano al llegar a la treintena mientras que actualmente no lo somos hasta superar los setenta. También es cierto que los conocimientos que se necesitaban en las sociedades ancestrales eran menores que los requeridos por las posteriores y, en consecuencia, el aprendizaje, la acumulación de experiencia, podía culminarse en menos tiempo. Complejidad social y longevidad son parámetros que, dentro de unos límites biológicos relativamente rígidos, se han influido uno al otro haciendo incrementar el techo de ambos. La razón de vivir tanto, sin ser rentables biológicamente —sin ser reproductivos—, radica en la necesidad social de aportar nuestra experiencia a los demás (tal como hacen, con diferentes niveles de longevidad, otros mamíferos que viven y dependen de una organización social).

Esto ha sido así hasta hace bien poco en todo el mundo y lo es todavía en parte del llamado Tercer Mundo, pero ¿lo es en el seno de las sociedades industrializadas modernas? Parece que no. Nuestro sistema para almacenar información básica e imprescindible para la supervivencia individual y colectiva ya no pasa por la experiencia de los ancianos, así que han dejado de ser útiles. La habitación que antes estaba reservada a los abuelos, ahora la ocupa un ordenador y un televisor, y también a estos trastos les dedicamos el tiempo que antaño dedicábamos a los abuelos (y viceversa, que ellos también pasan mucho más tiempo ante el televisor que con hijos y nietos). La vida a que nos obliga el sistema socio económico que elegimos, los limitados apartamentos donde vivimos, la reducción de la familia extensa de siempre a familia nuclear o monoparental... es la antítesis de cuanto nos hace falta para poder envejecer conservando alguna utilidad y dignidad.

Antaño, todos los aprendizajes necesarios para la supervivencia eran básicos y se transmitían verticalmente desde los de mayor edad —y experiencia— a los de menor, dentro de la propia familia; la edad cronológica avanzada, por lo que implicaba de acumulación de conocimientos indispensables, le concedía al sujeto un estatus superior, le hacía acreedor del respeto general y era visto como imprescindible para su grupo familiar y/o social. Hoy, los aprendizajes básicos se realizan prácticamente todos fuera del ámbito familiar mediante «técnicos» contratados, con lo que el papel

tradicional del abuelo o la abuela, aunque sean sesentones llenos de vitalidad, ha perdido sentido dentro y fuera de su familia, especialmente si ésta es urbana.

Además, los cambios técnicos tan acelerados, propios de nuestra cultura actual, hacen que los conocimientos acumulados por los abuelos sean vistos como obsoletos o prescindibles por sus nietos. Cabría objetar a lo anterior que no todo es técnica en la vida, y afirmar que la experiencia humana de una vida, hasta de la más mediocre, bien valdría una cátedra familiar, pero nuestra realidad es bastante perversa: a la mayoría no le interesa la experiencia emocional de los demás, sólo busca aquello que, desde una perspectiva de logros materiales, le pueda facilitar la subsistencia; en este aspecto, el abuelo más vivido del mundo no puede competir con la información accesible a través de Internet en una hora de conexión.

Tamaña situación, en lugar de hacernos compatibles y complementarias dos fuentes muy diferentes de experiencias, nos lleva a poner en el altar a una, el ordenador, y en el trastero a la otra, los abuelos. Nos guste o no, nuestro futuro personal —y en buena medida también el colectivo de los países desarrollados— tiende hacia el estado de «abuelo» y tendremos que ir pensando en cómo vamos a decorar, para poder soportarlo mejor, ese trastero al que seremos condenados junto al resto de cosas inútiles que nuestra sociedad abandona a espaldas... salvo que comencemos a cambiar algunas pautas en nosotros mismos y dentro de nuestras familias.

Hoy, por paradójico que parezca, conserva más sentido el hecho de morir —aunque nos obstinemos en negamos esta dura realidad— que el de envejecer. Sin duda nos estamos equivocando en demasiadas cosas.

2. No somos seres únicos: dolor, depresión y rituales ante la muerte de parientes... ¡entre los animales!

A veces, una historia real es muchísimo más elocuente y valiosa que mil teorías, por esta razón, el presente capítulo podría darse por completo con tan sólo rememorar uno de los episodios cotidianos que protagonizó Washoe, la chimpancé que más ha contribuido a que los humanos nos demos cuenta de que no somos tan distintos de su especie como creemos. El episodio lo relata su mejor amigo, Roger Fouts, profesor de psicología en la Universidad Central de Washington, investigador acerca del origen de la inteligencia y del lenguaje y, como colofón, el científico que, después de treinta años de trabajo y convivencia con chimpancés a los que enseñó a comunicarse a través del lenguaje de los sordomudos, demostró a la comunidad científica que los chimpancés, sin lugar a dudas, están capacitados para el uso de un lenguaje tan complejo como el nuestro^[21] y que, por ello, es posible que ambas especies puedan entenderse y comprenderse.

Roger Fouts, junto a su colaboradora y esposa Deborah Fouts, responsables del *Chimpanzee and Human Communications Institute*, enseñaron a Washoe el lenguaje de los sordomudos y ella, a su vez, se lo transmitió a su familia y a toda una comunidad de chimpancés que acabó expresando sus deseos mediante este lenguaje de gestos. La historia que ilustra con absoluta perfección la intención de este capítulo la relata Roger Fouts en su libro *Primos hermanos*, un texto imprescindible, y comienza tras el segundo parto de Washoe.

«Washoe empezó a limpiar la oreja del bebé, y sólo entonces me di cuenta de que tenía el cordón umbilical enrollado alrededor del cuello y no daba señales de vida. Washoe sostenía al pequeño contra su pecho mientras hacía una especie de nido con un viejo neumático que había en la jaula para acurrucarse en él junto al recién nacido, que seguía sin moverse. Empezó a besarlo y a succionar la mucosidad que le obstruía la boca y los orificios nasales. Luego, introdujo aire con su boca en la boca del bebé varias veces. Yo contenía la respiración pero, pese al excelente instinto maternal de Washoe, su bebé parecía inerte (...) Finalmente, después de haber pasado tres horas intentando reanimarlo, Washoe depositó el bebé en el suelo, al igual que había hecho con su primer hijo. Mala señal. En la selva, una madre jamás suelta a su hijo recién nacido, a no ser que esté muerto (...) decidí sacar al bebé de la jaula. Al cogerlo, me di cuenta de que seguía vivo, pero estaba muy débil, agonizante.»^[22]

El equipo de Roger Fouts se hizo cargo del bebé, llamado Sequoyah, e intentó salvarle la vida con cuidados médicos y alimentándolo con leche materna humana, pero tampoco dejaron de volcarse en Washoe. «Estaba deprimida, y yo temía que su instinto maternal se debilitara durante la separación. Para evitarlo, puse a otra cría bajo sus cuidados (...) Washoe se encariñó con él enseguida y pasaba la mayor parte

del tiempo acunándolo en sus brazos.

»Después de dos semanas, me acerqué a la jaula de Washoe para decirle que muy pronto tendría de vuelta a su propio bebé. Washoe se puso eufórica y no paraba de repetir el signo “bebé” (...) Nada más verlo, Washoe lo cogió en brazos y empezó a limpiar sus orejas y rostro (...) En cuestión de días, Sequoyah desarrolló una grave afección respiratoria y, durante varias noches, Washoe se quedó despierta hasta el alba, succionando la mucosidad de la nariz y la boca de su bebé. Pese a los diligentes esfuerzos de Washoe (...) su estado seguía empeorando».^[23]

El equipo de cuidadores retiró de nuevo al bebé de la jaula e intentó reanimarlo, pero sin éxito, ya que murió en la tarde del día siguiente. Al abatimiento de Roger Fouts había que sumarle entonces su obligación de comunicarle a Washoe la muerte de su hijo. «Lo peor de todo, sin embargo, sería contarle a Washoe lo que había pasado. Fui a verla a primera hora de la mañana siguiente. Tan pronto como me vio, enarcó las cejas y me preguntó “¿bebé?”, haciendo un signo con los brazos entrelazados a la altura del pecho, como si acunara a su hijo, para darle mayor énfasis a la pregunta. Me acerqué a ella y, con toda la ternura que era capaz de expresar, coloqué los brazos en posición de cuna como había hecho ella y luego extendí ambas manos, una con la palma vuelta hacia abajo, la otra vuelta hacia arriba. Entonces, muy despacio, invertí la posición de ambas manos para hacer el signo de la *muerte*: “Bebé muerto, bebé se fue, bebé se acabó”.

»Washoe dejó caer los brazos entrelazados sobre el regazo. Luego arrastró sus pasos hasta un rincón alejado y se quedó mirando al vacío, con expresión ausente. Yo permanecí junto a ella hasta que llegué a la conclusión de que nada podía decir o hacer (...) Washoe estaba sumida en un profundo y comprensible estado depresivo (...) En los tres días siguientes a la muerte de su hijo, me saludaba cada mañana con la pregunta «¿bebé?», y cada mañana yo le contestaba «bebé muerto». Últimamente, sin embargo, Washoe se limitaba a permanecer sentada en un rincón y se negaba a hablar con nosotros. Apenas si hacía algún signo. Puse a Ally [otro chimpancé adulto, muy extrovertido e igualmente capaz de comunicarse en el lenguaje de signos] en la jaula con la esperanza de que aliviara su pena, pero ni siquiera él, que se mostraba entusiasta y juguetón como siempre, fue capaz de animar a Washoe.

»Con el paso de los días, nuestra preocupación por el estado anímico de Washoe iba en aumento. No hay duda de que los chimpancés reconocen la muerte, tanto los que disfrutan de una vida libre como los que viven en cautividad. De hecho, ése es uno de los motivos por los que la anestesia les produce verdadero pánico, por el estado inanimado al que induce. La forma en que Washoe había dejado de hablar y de relacionarse me llevaba a creer, además, que entendía perfectamente la irrevocabilidad de la muerte de Sequoyah. Sin embargo, a los chimpancés, como a las personas, les cuesta aceptar la muerte. La pregunta diaria de Washoe sobre su hijo se

parecía mucho al humano rechazo del fin de la vida, a nuestro empecinamiento en negar la súbita pérdida de un ser querido. Era como si Washoe me estuviera diciendo: «¿Estás absolutamente seguro de que ha muerto? ¿No me queda siquiera un resquicio de esperanza?».

»Al cabo de tres días, Washoe dejó de preguntarse por Sequoyah. Al parecer, había aceptado por fin el hecho de que su hijo se había ido para siempre, pero sólo sirvió para hundirla aún más en el dolor. De pronto, dejó de comer, y entonces Debbi y yo empezamos a sentir pánico. Jamás la habíamos visto deprimida (...) La depresión era algo que sencillamente no tenía lugar en su forma de ser. Era una superviviente nata, y por eso resultaba tan duro verla en semejante estado. Era como si de repente nuestro amigo más fuerte y seguro de sí se desplomara ante nuestros ojos (...) Washoe insistía en que quería su bebé, y no había nada que nosotros pudiéramos hacer para aliviar su dolor.

»Yo ya había visto a bastantes chimpancés morir de pena como para saber que o hacía algo pronto o la vida de Washoe se extinguiría a causa del hambre y del sufrimiento. Dejarla morir era algo impensable. Ella formaba parte de nuestra familia».^[24]

Roger Fouts, a la desesperada, removió cielo y tierra para tratar de encontrar un bebé adoptivo para Washoe. Tras muchos fracasos acabó en Atlanta, en el laboratorio de investigación Yerkes. All , en una jaula, estaba una madre chimpancé en un estado de vegetal —con cuatro tornillos met licos sobresaliendo de su cráneo como prueba de los crueles experimentos con descargas eléctricas que la habían anulado—, en un rincón estaba su hijo, Loulis, absolutamente desatendido. La búsqueda había llegado a su fin.

«A las ocho en punto de la mañana, todo estaba listo para presentarlo a su nueva madre. Lo llevamos en coche hasta el establo (...) Entr  a solas para darle la noticia a Washoe. “Yo tener bebé para ti”, le dije con una gran sonrisa. Por primera vez en dos semanas, Washoe salió de su trance y se mostró entusiasmada. “ Beb , mi bebé, bebé, bebé!”. Repet a una y otra vez entre gritos de alegría mientras renqueaba sobre las dos piernas. Tenía todo el pelo erizado.

»Sal  y regres  un minuto después cargando a Loulis en brazos. Sin embargo, tan pronto como entró en la jaula y Washoe puso sus ojos sobre el pequeño, todo el entusiasmo se desvaneció. «Bebé», gesticulaba lentamente mientras estudiaba a Loulis con escaso interés. Se me había pasado por alto decirle que le había traído un bebé, no su bebé. Demasiado tarde (...) Tan pronto como ella lo tocó sal  rápidamente de la jaula y cerr  la puerta. Tras un breve forcejeo, Loulis se zaf  de los brazos de Washoe y vino corriendo hacia mí.

»Washoe ya había sucumbido a su instinto materno, pero sabía muy bien que Loulis jamás la aceptaría por la fuerza. Se acercó a él, lo tocó con suavidad y luego se

alejó, con la esperanza de iniciar así un juego de persecución y cosquilleo. Pero Loulis no estaba para juegos (...) Esa noche, Washoe intentó acunar a Loulis entre sus brazos, como lo había hecho con Sequoyah, pero él tenía muy claro que aquélla no era su madre, y prefirió dormir a solas en una punta del banco metálico.

»A las cuatro de la mañana, mis estudiantes fueron testigos de un drástico cambio en la relación. Washoe se despertó y, sosteniéndose sobre las dos piernas, rasgó el silencio nocturno con una enorme palmada, seguida de una orden que gesticuló con gran vehemencia: “¡Venir bebé!”. Loulis se despertó de un brinco y corrió a cobijarse en el regazo de Washoe. Arropado por aquella enorme manta mullida y peluda, Loulis se volvió a dormir enseguida». ^[25]

En este fragmento del relato de la maravillosa historia de amor vivida entre dos especies emparentadas ^[26], entre Washoe y Roger y Deborah Fouts y su equipo, cabe destacar al menos dos aspectos fundamentales para la reflexión que pretendemos aflorar en este capítulo: la evidente y clara conciencia que tiene la chimpancé Washoe acerca de la muerte y sus consecuencias; y, más importante si cabe, el hecho de que una chimpancé comprenda perfectamente todo lo que implica el concepto «muerte» —recordemos que a Washoe se le comunica por signos que su cría ha muerto, pero jamás ve o huele su cadáver— y reaccione física y emocionalmente de igual manera que lo hacemos los humanos.

A más abundamiento, la propia Deborah Fouts ha relatado una segunda parte no menos sorprendente de esta historia. Estando embarazada, Deborah tuvo un aborto y perdió al hijo que esperaba. Mientras se recuperaba, dejó de visitar durante unos pocos días a Washoe y ésta, al verla de nuevo, enfadada por su ausencia, le volvió la espalda. Deborah intentó justificar la breve separación explicándole que ella también había perdido a su hijo, que había muerto igual que lo hizo el suyo, Sequoyah, un tiempo antes. Washoe se apresuró a dibujar en su mejilla el signo que significa «llorar»; Deborah, sorprendida, miró a su amiga y ésta le espetó rápidamente «por favor, persona, abrazo» y ambas se fundieron en un largo abrazo de consuelo mutuo.

En comunidades de chimpancés en estado salvaje se ha comprobado reacciones idénticas. Se ha documentado casos de adultos que, tras la muerte de un pariente al que estaban excesivamente apegados —cabría decir del que eran patológicamente dependientes, tal como sucede en no pocos casos humanos—, han entrado en un estado de apatía, tristeza, ensimismamiento y aislamiento que les ha conducido a la muerte por inanición. Son víctimas de una depresión profunda, como algunos de nosotros, sólo que ellos, hasta la fecha, no han sabido o necesitado elaborar recursos psicoterapéuticos y farmacológicos tan eficaces como los humanos —probablemente porque esos casos, en sus comunidades, son la excepción, no la norma y, por ello, no precisan elaborar mecanismos sociales diferentes al del *duelo* que ya tienen—; pensemos, sin embargo, que, a pesar de nuestros avances, son muchas las personas,

incluso hoy, que se van apagando con una rapidez inusitada tras la muerte de su pareja y fallecen ellos mismos víctimas de su pena.

Entre los primates —aunque también en otras especies— es habitual el prestar atención y cuidados a sus colegas heridos o enfermos, y siempre se obstinan en reanimar a sus congéneres muertos, especialmente cuando se trata de una cría. Es normal que una madre lleve en brazos a su cría muerta —y la acaricie, limpie, intente despertarla, darle de mamar, etc.— durante muchas horas, hasta que el olor de la descomposición orgánica la convence del hecho irreversible; una realidad que algunas aceptan mejor o peor que otras, tal como sucede entre nosotros. En las comunidades de chimpancés, cuando se produce una muerte, algunos de sus miembros rodean el cadáver y no dejan que nadie se le acerque salvo sus parientes. Los gorilas, como los chimpancés, suelen velar durante tres días, con sus noches, a sus crías muertas (¿hace falta recordar que ese mismo plazo de tiempo ha caracterizado los velatorios humanos hasta hace bien poco?).

Una primera conclusión obligada será, por tanto, considerar y aceptar que el dolor y la ritualización ante la muerte de un pariente y/o congénere no es un patrimonio único y característico de nuestra especie —no es, ni mucho menos, una prueba de «humanidad», tal como se ha afirmado durante siglos—, puesto que al menos hay otra, la de los chimpancés, que siente y actúa, en lo fundamental, como nosotros (más adelante veremos que hay otras especies que también reaccionan ante la muerte de congéneres de una forma más o menos ritualizada, demostrando poseer una profunda conciencia de pérdida).

Si queremos buscar implicaciones de lo apuntado dentro del ámbito de la filosofía, metafísica o religión, quizá llegaríamos a conclusiones algo ridículas y absurdas, aunque no menos que las que hemos elaborado para aplicárnoslas a nosotros mismos. Está claro que los chimpancés tienen perfecta conciencia de la finitud de la vida, de la suya —por eso, en los laboratorios, le tienen pánico a la anestesia y, cuando están en libertad, a los depredadores que saben pueden acabar con ellos— y de la ajena. Conocen que existe un punto de inicio y otro terminal en el hecho de vivir, un alfa y omega entre los que crecen y progresan sometidos a un plan u orden natural dentro del cual, entre otros, aceptan como «lógico» morir a edad avanzada —o víctima de un depredador, si esa es una posibilidad cotidiana en su entorno—, pero viven con extrañeza y dolor lo «ilógico» de morir en circunstancias más infrecuentes, tales como la muerte siendo un bebé; les ocurre igual que a nosotros (y que a algunas aves sociales). Disponen, pues, de un sistema de referencias y valores que les hace reaccionar mediante gamas emocionales muy diversas —idénticas a las nuestras— debajo de las cuales subyacen, necesariamente, ideas, conceptos y sentimientos equivalentes a los nuestros.

Quizá también, de una forma mucho menos elaborada^[27] aunque suficiente para

ellos, se cuestionen algunas de las dudas *existenciales* que a nosotros nos asaltan cuando nos enfrentamos al propio proyecto vital y al hecho de la muerte. Pero ¿significa todo eso que los chimpancés imaginan la existencia de algo trascendental? ¿Que piensan, como muchos humanos, que la muerte es un absurdo? ¿Que creen tener un alma que pervive a fin de poderse explicar el dolor y ansiedad que les causa el hecho de la muerte? ¿Que quizás ese alma debería ser *salvada* de alguna manera^[28]? Parece obvio que el sentido común de los chimpancés no les ha llevado a desarrollar creencias religiosas en torno a la muerte, así como tampoco han necesitado de las brillantes especulaciones ad hoc de un Platón, Aristóteles O Heidegger. Ellos se mueren y son conscientes de ello, pero dado que su complejidad emocional —y el desarrollo de algunas áreas cerebrales— es mucho menor que en los humanos y, en consecuencia, también lo es su fragilidad emocional, no han necesitado elaborar creencias e hipótesis equivalentes a las nuestras^[29] para compensar esa fragilidad, a pesar de que, y eso es lo fundamental, sientan, sufran y perciban la muerte de un modo similar al nuestro.

Aunque el cerebro de las aves es muy primitivo en relación al de los primates superiores, la desazón ante la desaparición de un congénere próximo se ha observado también entre las aves sociales. Las grajillas, por ejemplo, muestran un gran nerviosismo cuando se dan cuenta de la desaparición de algún miembro de su bandada y desconocen la causa —en una reacción similar a la nuestra cuando un familiar o amigo desaparece sin dar razón durante más tiempo del *lógico*—, pero no se inquietan en absoluto si ven por sus propios ojos el fin del colega a manos humanas o garras gatunas, o son testigos de una enfermedad que le apague progresivamente.^[30] Parecen considerar «lógico» unas maneras de desaparición «natural», asumidas por el riesgo inherente a su especie, aunque no aquellas otras que ocultan su justificación. Los patos, que se emparejan de por vida, también reaccionan con gran intensidad emocional cuando desaparece su compañero sexual, cosa que no hacen jamás si los perdidos son una o todas sus crías;^[31] quizá debido a que, en la naturaleza, las crías son fáciles y *lógicas* víctimas de sus depredadores, mientras que un adulto sano resulta difícil de sorprender y, por ello, es «ilógico» que desaparezca.

Entre los lobos se ha comprobado también el gran dolor y desconcierto que sigue a la muerte inesperada de un congénere. En un caso bien investigado, la muerte a garras de un predador superior —en este caso un puma— de la hembra de menor categoría de un grupo sumió a toda la familia en un duelo que duró seis semanas, durante las cuales aullaban desconsolados, estaban tristes y malhumorados, daban repetidas vueltas —dibujando un ocho— sobre el lugar donde halló la muerte su compañera y, más sorprendente todavía, durante todo ese tiempo, ningún miembro de la manada se embarcó en los juegos cotidianos que caracterizan a la sociedad de los lobos. Esta reacción emocional no se ha observado cuando la muerte se produce por

vejez, enfermedad progresiva o durante una cacería.

Otra especie muy diferente de nosotros y de nuestros primos chimpancés, los elefantes, también ayuda y cuida con esmero y abnegación a los miembros enfermos o heridos de su manada y, cuando uno muere, los demás le rodean e intentan reanimarle con insistencia durante mucho tiempo, hasta que, finalmente, al no lograr que se incorpore, se dan por vencidos y abandonan el cuerpo inerte. Si el muerto es una cría, la madre suele pasar varios días junto al cadáver dándole cuidados, hasta que aparece el hedor de la descomposición orgánica. Aunque también es cierto que —tal como ha sido norma entre grupos humanos como los esquimales— aparentan total indiferencia cuando, llegado un ejemplar a su ancianidad, se produce la progresiva debilidad que conduce a la muerte por inanición debida al inevitable desgaste de sus molares, un destino que pone punto final a cualquier elefante que viva lo suficiente para envejecer. De nuevo, parece que se distingue entre formas de muerte «natural» (la inanición derivada de la vejez), que no causan alarma ni desencadenan ayuda o solidaridad, y otras «ilógicas» (herida, enfermedad, etc., en ejemplares jóvenes) que siembran el desconcierto y el dolor entre la manada.

Pero, en cualquier caso, los elefantes sienten un profundo respeto por sus muertos y celebran un inquietante ritual, desbordante de desolación, cuando se topan con la osamenta de algún congénere. La manada regresa a menudo al lugar donde están los restos de algún congénere, rodea con inusual cuidado y respeto la zona y cada miembro acaricia una y otra vez, con su trompa, el cráneo y huesos esparcidos por el suelo; por los sonidos que emiten y sus movimientos, sabemos que le reconocen y saludan, tal como hacen con los vivos, rindiéndole así una especie de homenaje; intentan cubrir los huesos con hojas, ramas, tierra o barro y, con frecuencia, algún componente del grupo se lleva una costilla u otro hueso que conserva consigo durante muchos kilómetros. Con su gran memoria, no olvidan el lugar de los restos y se desvían de sus habituales rutas de paso para detenerse de nuevo ante los huesos blanqueados por el sol, repitiendo cada vez un ritual parecido.

No sabemos qué sienten los elefantes ante la muerte, pero resulta indiscutible que tienen una clara percepción de la misma y que muestran una mezcla de dolor y respeto parecida a la nuestra ante los restos de sus parientes. Quizá tampoco será baladí recordar que las manadas de elefantes que realizan este comportamiento están dirigidas por una matriarca y se componen de hembras, sus crías y machos jóvenes. [32] Tanto en humanos como en otras muchas especies de mamíferos, la actitud de las hembras ante la muerte de un congénere siempre muestra una sensibilidad y emocionalidad muy superior a la de los machos adultos, algo que sin duda puede explicarse a partir de sus diferencias biológicas y de los distintos roles de género: las hembras, a causa de su función procreadora, mantienen un contacto muy estrecho con las crías —futuros adultos— y con el resto de las madres que componen su grupo,

estando obligadas a cooperar y aliarse entre sí para poder sobrevivir, mientras que los machos adultos no se ocupan para nada de las crías y viven independientes al margen —o bien por encima, ejerciendo un control más o menos tiránico en función de su rango social— de su propia comunidad. Las estructuras básicas de la sociedad humana, tal como ya documenté en otro libro,^[33] fueron obra de las mujeres, y probablemente lo fue también todo el desarrollo emocional y ritual que rodea el hecho de la muerte.

Bien distinta es la reacción que presentan ante la muerte los mamíferos herbívoros que habitan, ya sea formando grupos reducidos o grandes manadas, en áreas caracterizadas por la permanente presencia y actividad de sus predadores carnívoros. Cuando detectan la proximidad de algún felino, obviamente, cunde el nerviosismo entre los miembros del grupo, pero sólo se desencadena la huida si éste adopta una actitud de caza. Acabada la escaramuza, con el compañero todavía debatiéndose para evitar que las mandíbulas de una leona, guepardo, leopardo u otro predador acaben asfixiándole, el resto de los animales —cebras, ñus, etc.— detienen su carrera y, sin inmutarse lo más mínimo, permanecen en la proximidad del lugar donde los felinos celebran su banquete; el grupo o la manada prosigue con su rutina cotidiana... que sólo se alterará de nuevo ante la alarma que anuncie el inicio de la próxima cacería.

Cada año, en Tanzania, en el parque nacional Serengeti,^[34] al llegar la estación seca, en mayo o junio, tiene lugar la migración anual de los dos millones de ñus —seguidos de cerca por el cuarto de millón de cebras que comparten la sabana de ese parque— que abandonan sus pastos agotados y secos de la parte oriental —que linda con el Masai Mara, otro parque similar en Kenia— para acudir en busca de los nuevos y frescos que las lluvias han dispuesto en el extremo occidental de su mundo; pero para llegar a ese paraíso verde deberán atravesar el río Wembere, infestado de enormes cocodrilos hambrientos. Los ñus, tal como harán las cebras un poco después, van reuniéndose en las orillas del río, saben del peligro, lo perciben aunque no lo vean, están tensos y nerviosos, pero deben cruzar la corriente si quieren sobrevivir alcanzando los pastos frescos que les aguardan en la otra orilla. Tras un tiempo de demora, comienza una estampida aparentemente suicida; los cocodrilos hacen su agosto, pero más de dos millones de animales logran pasar al otro lado del río mientras que sólo unos pocos se ahogan y/o caen en las fauces de los cocodrilos. Un puñado de vidas son el tributo a pagar para poder salvar a toda la manada, nadie se detiene ni mira atrás para decirle adiós al compañero caído, la vida sigue.

¿Implica este comportamiento que todas esas especies no comprenden qué es el hecho de la muerte? ¿Que son insensibles a la muerte de sus congéneres? Evidentemente, no. Todos esos animales distinguen perfectamente a cualquier posible depredador —incluido el hombre— y conocen el significado de sus más mínimos

movimientos; cuando huyen, lo hacen para salvar su vida, son conscientes de ella y no desean morir; saben, también, que su perseguidor se conformará con una presa — que no será elegida al azar— y dará una tregua al resto, por eso dejan de huir cuando la víctima ya ha sido sentenciada. Esa víctima —la selección natural prima a los más fuertes con la supervivencia y convierte a los más débiles en alimento ajeno— siempre será un sujeto enfermo o herido, viejo o demasiado joven, con menos reflejos de los necesarios para sobrevivir en la sabana. El predador obliga a sus víctimas a superarse continuamente y elimina los *lastres* de su propio colectivo. Ambos se necesitan para sobrevivir y progresar dentro de un mismo nicho ecológico. No hay en ningún caso ignorancia del hecho de la muerte, aunque sí parece existir una aceptación clara de la utilidad general de aquello que resulta inevitable e irreversible a nivel individual.

Veamos un último ejemplo bien clarificador, magníficamente filmado por un equipo de fotógrafos de la naturaleza. Tras una ardua batalla, un grupo de cuatro leonas acaba de matar a un búfalo adulto solitario, algo excepcional puesto que un búfalo adulto puede vencer a cualquier atacante y los felinos lo esquivan, aunque quizás ése no estaba en sus mejores condiciones. Cuando las leonas se disponen a devorar a su presa, un grupo de grandes búfalos, atraídos por el alboroto, se acerca al galope hasta el lugar. El cadáver se convierte en línea de separación entre las cuatro leonas, que esbozan una inteligente retirada, y cuatro poderosos machos de búfalo que se acercan hasta su compañero desplomado. Éstos, tras olisquearle cuidadosamente, certifican su muerte; la tensión del momento es extrema, pero habían llegado tarde; ese ejemplar se alejó demasiado del grupo y no podía hacerse ya nada por él, así que los búfalos —el animal más agresivo y peligroso de la sabana— se dan la vuelta tranquilamente y regresan a su rutina sin plantar batalla. Si el búfalo caído hubiese estado todavía vivo, la carga de sus colegas hubiese derrotado sin esfuerzo a las leonas, pero ése no era el caso, aquella muerte se aceptó como algo «natural», como una baja que no causaba inquietud alguna dado que formaba parte de lo cotidiano de esa especie.

¿Nos dice todo esto algo sobre nosotros, los humanos? Pienso que mucho más de lo que parece a simple vista. Resulta inevitable que nos enfrentemos al hecho de la muerte desde la sensibilidad y parámetros que nos imprime la cultura y tiempo histórico en que vivimos, pero tales anteojeras también nos impiden ser conscientes de un aspecto fundamental: ni todas las culturas enfrentan del mismo modo la muerte ni, menos aún, ésta ha sido asumida de igual manera a lo largo de la historia que es propia de cada una de las culturas.

¿Existe alguna diferencia importante entre la actitud fría y distante de los cuatro búfalos mencionados y la que han mostrado, durante al menos los últimos diez milenios, los jefes militares que han comprobado las bajas habidas en su bando en el

campo de batalla? ¿Qué diferencia a nuestros «héroes» de cualquier tiempo de esos ñus o cebras que pierden valerosamente su vida mientras ayudan al resto de su rebaño a sobrevivir? Si somos capaces de olvidar, aunque sea por un instante, nuestra estúpida y gratuita pretensión de ser seres *especiales* y *superiores*, veremos que nada sustancial separa unos comportamientos de otros.

Cuando la muerte, en cualquier contexto cultural o histórico, pasa a formar parte de alguna rutina cotidiana, ya no golpea, inmuta ni escandaliza, se integra como algo «natural» y sólo deja de verse así cuando las circunstancias han cambiado completamente. En nuestra prehistoria era *normal* ser devorado por algún depredador, hasta hace bien poco tiempo fue *normal* morir al nacer o durante la infancia, o perder la vida en cualquier batalla local; hoy nos horroriza pensar siquiera en esas posibilidades, que se nos antojan absurdas, imposibles, «ilógicas», tal como nos lo parece también, en el primer mundo, morir por gripe, tuberculosis o inanición... a pesar de que en el Tercer Mundo sigan muriendo millones de humanos por esas mismas causas. En general, según sea un contexto social se tendrán por más o menos «lógicas» algunas formas de muerte y por «ilógicas» otras —pasaremos ahora por alto lo ya abordado en el primer capítulo, eso es que en occidente hemos llegado al absurdo de pretender obviar cualquier tipo de muerte—, en esto, por tanto, no somos diferentes a otras especies, primates superiores, elefantes, grandes herbívoros e incluso pájaros.

Animales y humanos no somos tan distintos en lo tocante a la especie como en lo referido a la condición social, y entre las muchas cosas que compartimos los seres vivos que nos desenvolvemos en el seno de algún tipo de organización social, nos fijaremos en dos que están directamente relacionadas con la supervivencia grupal: la necesidad de defensa y la de ocuparse de los muertos.

Cualquier conjunto de animales, grandes o pequeños, con mayor o menor índice de encefalización, que viva dentro de un entorno grupal necesita organizarse para disminuir el riesgo ante la acción de sus predadores. Cardúmenes de peces, bandadas de pájaros, manadas de herbívoros, colonias de insectos o sociedades humanas comparten muchas estrategias para minimizar las bajas ante sus enemigos y poder sobrevivir, entre ellas, priorizar la protección de las crías y de los individuos más valiosos para el conjunto, pero también establecer algún tipo de estructuras protectoras —a menudo conformando áreas concéntricas en cuyo centro están los ejemplares más importantes para el grupo, los de mayor rango y, quizá, las crías, mientras que en la parte más externa permanecen los de menor rango, eso es los más prescindibles y, por ello, los más fácilmente accesibles para los depredadores— y de comportamientos *instintivos* que permitan el sacrificio del mínimo número de ejemplares posible en beneficio de la supervivencia de la gran mayoría.

En todas las especies grupales, también entre los humanos, vemos ese tipo de

organización, más o menos sofisticada; y bajo los mecanismos sociales de rango encontramos la dinámica que determina quiénes deben adoptar el papel de peones prescindibles sin derecho a protestar. Cualquier animal adulto —también nosotros— percibe perfectamente que hay posiciones dentro del grupo más seguras que otras, el problema es que sólo puede accederse a ellas a partir de un cierto estatus; alcanzado, espoleado por la vecindad del predador y/o por el premio de poder acceder a las hembras, obligará a muchos a alcanzar su máximo nivel posible, al tiempo que el mejor de ellos acabará desplazando al líder anterior mandándole al exilio, que en muchos casos implica su fin. La muerte, en este sentido, conlleva un mecanismo evolutivo imprescindible para favorecer la supervivencia de las especies obligando a sus miembros a superarse continuamente.

¿Ocurre lo mismo en los humanos? En lo fundamental sí, pero nuestro complejo desarrollo cultural nos ha llevado a alterar sustancialmente muchas reglas de ese mismo juego, algo que no cabe analizar aquí en detalle.^[35] Los humanos, al margen de nuestro sentido de pertenencia colectiva, manifestamos un marcado individualismo —que puede ser mayor o menor en función de las culturas y épocas—, así que resulta muchísimo más difícil que en el resto de especies lograr que nos animemos a sacrificarnos en bien del conjunto de congéneres. Simplificando mucho la cuestión, podríamos afirmar que esa necesidad de sujetos prescindibles que las sociedades humanas también han tenido, y seguirán teniendo, ha sido camuflada bajo un buen número de construcciones sociales y rituales tan diferentes como hábiles.

Conceptos cargados de emocionalidad como «tribu», «grupo», «nación», «sangre», «hermandad», «deber», «enemigo»... y, claro, cualquier tipo de creencia, facilitan el lanzar a muchos a situarse *voluntariamente* en el borde externo de ese círculo de defensa grupal donde morir no sólo es más probable sino que supone un «honor». Las loas y pompas dirigidas al «héroe» —casi siempre ya muerto, pero vitoreado por quienes, con menos «valor» aunque mayor astucia, le sobrevivieron— animan a los humanos, particularmente a los de menor rango, a imitarle omitiendo el primer deber de un ser vivo, que es el de procurar su supervivencia. Los rituales elaborados en torno a la muerte consuelan a los deudos y pretenden justificar mediante lo *divino* algo tan sumamente humano como la muerte.

La otra necesidad compartida con el resto de especies que viven en colectividad, la de ocuparse de sus muertos, responde, en primer lugar, a razones fundamentalmente higiénicas: un cadáver en descomposición pone en peligro la salud de todo el colectivo y, por ello, debe disponerse de alguna medida para evitar ese riesgo. La gran mayoría de los seres no suele alimentarse de los suyos, ya estén vivos o muertos, pero sí de otras especies y, por ello, lo que para unos es un colega para el resto es mero alimento. Dado que todas las especies viven en espacios abiertos que comparten con sus predadores, con carroñeros y con una miríada de insectos

carnívoros, los despojos de un compañero muerto no son jamás un problema ya que desaparecen en poco tiempo convertidos en alimento de sus vecinos. No precisan, pues, cambiar de lugar para eludir los efectos de la descomposición, ni tampoco neutralizar el cadáver, puesto que muchos otros se ocupan con tremenda eficacia y rapidez de *enterrar* a los muertos en tripas siempre hambrientas. Para la práctica totalidad de las especies, no cabe preocuparse ni ocuparse de los muertos, por eso tampoco les ha hecho falta desarrollar comportamientos funerarios de ningún tipo.

Pero en las especies comunitarias que habitan en lugares concretos, cerrados e inaccesibles a sus predadores, sí ha hecho falta instaurar algún tipo de actividad funeraria para deshacerse de los muertos que ponen en riesgo la salud de los vivos. En esos comportamientos no encontraremos compasión ni pena, ciertamente, tampoco ritual, pero la necesidad y mecanismos básicos que llevan a esas especies a alejar un cadáver del lugar de hábitat comunitario son los mismos que subyacen en nuestra cultura funeraria, sólo que nosotros sí somos capaces de expresar emoción — dado que hacerlo es una parte fundamental de nuestro característico modo de ser— y, al no tener depredadores, nos hemos visto forzados a instaurar un complejo y artificial —ajeno a la rutina específica que rige en la Naturaleza— sistema estructural y ritual para poder eliminar los despojos de nuestros muertos.

Algunos seres tan ajenos a nosotros como puedan ser las hormigas, parecen tener unas semejanzas bien curiosas con las conductas humanas. Dentro del hormiguero, donde no entran sus depredadores, las hormigas —que son muy longevas, llegando a vivir hasta diez años las obreras— mueren en cualquier rincón y allí permanecen recibiendo cuidados de sus compañeras, a pesar de su inmovilidad y rigidez —que podría deberse a su letargo invernal— pero, al cabo de uno o dos días, cuando su organismo inicia la descomposición, cambia la conducta de sus colegas y se desencadena el *entierro* del cadáver. La hormiga muerta, tras *certificarse* su defunción, es transportada rápidamente hasta una especie de cementerio situado en el exterior de la colonia —y en algunas especies, además, es decapitada—; ^[36] ese *entierro*, claro está, no se lleva a cabo cuando la muerte sobreviene fuera del hormiguero.

¿Puede pensarse entonces que las hormigas tienen conciencia de la muerte? Sin duda no, ya que su cerebro está muy alejado de las posibilidades del de los grandes mamíferos y primates. Su comportamiento funerario no es más que una reacción instintiva destinada a preservar la salud de la colonia y no presenta ningún misterio: el mundo de las hormigas, y su comunicación, se basa en las señales químicas, así que al detectar el olor a ácido oleico que despiden una hormiga muerta actúan en consecuencia; si untamos con ese ácido a un ejemplar vivo, el proceso que se desencadenará será el mismo descrito, puesto que la tomarán por muerta aunque se resista con todas sus fuerzas. Afortunadamente, nuestros métodos para determinar el

fallecimiento son infinitamente más exactos que éste, aunque no siempre haya sido así a lo largo de nuestra compleja evolución desde los homínidos.

Durante los casi cinco millones de años de evolución de nuestra especie, mientras fuimos pocos y nómadas, viviendo desperdigados por [as sabanas africanas, no tuvimos problemas con los congéneres muertos, que sin duda eran abandonados cuando aparecía el olor de la descomposición, igual que hacen las hormigas y el resto de los animales, y eran rápidamente eliminados por los carroñeros. La creciente complejidad social que se fue conformando al evolucionar desde los homínidos al género *Homo*^[37], acabó aflorando, finalmente, el problema de qué hacer con los muertos; al pasar a vivir en lugares comunales, los cadáveres debían ser depositados en algún paraje alejado para que su descomposición no afectase a los vivos. La configuración progresiva del sistema emocional humano, lógicamente, cambió del mismo modo nuestra actitud ante la muerte del compañero. Primero, quizás, intentamos preservar de las bestias depositando el cadáver en lo alto de los árboles o en simas profundas; luego fuimos ritualizando esa despedida hasta elaborar las muchas culturas funerarias diferentes que hemos protagonizado como especie.

No tiene por qué haber una relación directa entre el hecho de tener conciencia de la muerte, enterrar a los fallecidos y practicar algún ritual o religión propiamente dicha. Todas las especies tienen algún tipo de percepción de la propia muerte ya que eso les empuja a evitar a sus depredadores, pero son pocas las que, como humanos, chimpancés, gorilas o elefantes, muestran aflicción ante el hecho de la muerte de un congénere y realizan algún comportamiento ritualizado, siendo nosotros los únicos que hemos sofisticado esos rituales hasta integrarlos en conductas religiosas.

En definitiva, tal como ya hemos mostrado, cada especie, ante la muerte de sus congéneres, parece comportarse en función no sólo de su complejidad cerebral sino, particularmente, de su estructura de organización social (que predetermina qué destino puede tener el cadáver) y de los estímulos ambientales y/o socioculturales que señalan como «natural» o no determinadas circunstancias de muerte (y, por ello, predeterminan gran parte de la reacción emocional que se desata ante esa eventualidad).

No somos, ni mucho menos, tan únicos y específicos como nos creemos frente a la vida, y tampoco ante la muerte. ¿Significa todo esto que aquello que denominamos «alma» en nosotros mismos no sobrevivirá a la muerte? Resulta temerario pretender sentar cátedra en un asunto que se connota tan improbable, pero mi opinión, si acaso, dado lo mucho y fundamental que nos une a humanos y animales, tendería a afirmar que nuestro destino post mórtem será exactamente el mismo que el de chimpancés, elefantes, grullas, cebras, leones, delfines, sardinas, hormigas... quizás el *paraíso* prometido sea suficientemente grande, tal vez infinito, para que quepamos todos los que alguna vez respiramos sobre la tierra.

Puede ser apropiado recordar ahora la reflexión que aportó el redactor de uno de los textos del *Antiguo Testamento*, el conocido como *Eclesiastés*, al escribir que «Acerca de los hombres, pensé así: Dios los prueba para que vean que por sí mismos son animales; pues es una la suerte de hombres y animales: muere uno y muere el otro, todos tienen el mismo aliento^[38] y el hombre no supera a los animales. Todos son vanidad [efímeros]. Todos caminan al mismo lugar, todos vienen del polvo y todos vuelven al polvo. ¿Quién sabe si el aliento del hombre sube arriba y el aliento del animal baja a la tierra? Y así observé que el único bien del hombre es disfrutar de lo que hace: ésa es su paga; pues nadie lo ha de traer a disfrutar de lo que vendrá después de él» (*Ec* 3,19-22).^[39]

3. La vida humana desde la percepción de un proyecto evolutivo lineal

Todos los humanos adultos, sin importar su procedencia, cultura o creencia, son conscientes de que su existencia material transcurre entre un inicio llamado nacimiento y un final denominado muerte. Ambos puntos trazan un camino, el de la vida, que puede presentar tantos recodos y cambios de sentido como se pueda imaginar, pero que jamás permite volver atrás. Es un río cuyo fluir jamás se detiene, hasta desembocar en el océano de la muerte; su curso no es recto, ni mucho menos, pero mantiene siempre inalterable su tendencia lineal que le lleva desde el oriente hasta el ocaso.^[40] Mucho es lo que se encuentra y abandona durante el trayecto, tanto como para permitir que el caminante —o el navegante, si nos imaginamos inmersos en el río de la vida— acabe creyendo que tal conjunto de circunstancias hilvanadas forman parte de un proyecto, el suyo, que evoluciona de forma progresiva y, claro está, con tendencia positiva.

No cabe en la imaginación humana —mejor dicho, en su capacidad de aceptación— que una evolución progresiva pueda tener también una clara tendencia negativa. Ir a mejor, prosperar, es lo *lógico*, por eso se aceptan tan mal los contratiempos, grandes o pequeños, que, por mucho que nos pese, constituyen buena parte de cualquier vida. Los éxitos suelen hacerse corresponder con los méritos y capacidades de cada uno, los fracasos, en cambio, ya son otro asunto bien diferente y ajeno —¿quizá fue culpa de los demás? ¿las circunstancias, tal vez? ¿Dios lo quiso así?...—; pero unos y otros son la salsa agri dulce de la vida, aunque no de cualquiera, puesto que el porcentaje de logros y equivocaciones varía mucho entre la gente.

Los humanos, como el resto de los mamíferos, aprendemos mediante dos vías básicas, la observación y las experiencias previas —adquiridas y filtradas a través del mecanismo de ensayo/error— y, según sean las circunstancias que envuelven cada caso —siempre muy complejas, diversas y cambiantes— y la capacidad de adaptación individual —y/o colectiva—, prosperamos o fracasamos —dentro de límites social y biológicamente establecidos—, pero esta realidad, que rige para toda la Naturaleza, no suele aceptarse como tal cuando se aplica a los humanos. El modo que tenemos de percibirnos a nosotros mismos, al igual que las leyes y creencias de que nos hemos dotado, proclaman que «tenemos derecho a una evolución positiva»... aunque, si no se alcanza a poder disfrutarla en este mundo, faltaría más, habrá oportunidad de lograrla en el *otro* (cualquiera que sea el sentido de ese otro: mundo post mórtem, reencarnaciones, resurrección, etc.).

Tal concepción, en un primate con tan poderosa imaginación, llevó a que, hace unos pocos milenios, la percepción del hecho de morir fuese transformada en un mero punto y seguido, desplazándose el mojón que señalaba el fin acá hasta una

eternidad consoladora localizada en un inaccesible *más allá*. Mucho cambió con ello —particularmente generando un importante mecanismo psicosocial capaz de disminuir el sufrimiento ante la pérdida y la incertidumbre ante la extinción—, pero nada varió en lo fundamental a efectos de este capítulo: la percepción que los humanos siguieron teniendo de su paso por la vida continuó siendo la de un proyecto evolutivo lineal, sólo que, desde entonces, el camino parecía más largo y permitía eludir el fracaso vivido acá compensándolo con un difuso triunfo prometido en un *más allá*. Pero ya habrá ocasión más adelante para hablar de las creencias. Intentemos ahora acercarnos al posible origen de un modelo de percepción de nosotros mismos que tan distintos nos hace del resto de mamíferos, que son plenamente conscientes de sí mismos y de su ahora, pero no de su ayer ni de su mañana. Ellos, a diferencia de nosotros, desconocen que tienen historia.

Los humanos somos mamíferos taxonómicos^[41] que nos basamos en una complejísima capacidad semántica^[42] para enfrentarnos y *apropiarnos* del universo del que somos conscientes, y al que, para aprehenderlo y controlarlo —que son dos estrategias básicas en nuestra supervivencia como especie—, precisamos someter a una clasificación sistematizada por jerarquías, con sus subsiguientes relaciones estructurales internas —de unas categorías con otras—, a fin de que todo lo que percibimos —a través de nuestros sentidos físicos— o suponemos —mediante la conceptualización, metafísica o no— que «es» *algo*, también «signifique» *algo*, pero siempre algo bien concreto dentro del propio modelo que del universo se hace cada sujeto y grupo humano en particular; por eso parte de las categorías y significados universales varían mucho a través de las culturas y épocas.

En este aspecto, de un modo similar al de un paranoico que revisa todo su pasado y presente a fin de lograr que decenas de sucesos cotidianos y anodinos se concatenen entre sí para dar apoyo y significado a la percepción delirante que ha pasado a focalizar su vida,^[43] los humanos, en un determinado momento evolutivo, comenzamos a ser conscientes de vivir entre un alfa y un omega, entre un principio y un fin, nos imaginamos como *transeúntes* y ello, para nuestro modo de construir la realidad, resultaría *absurdo* si no existiese algún objetivo que justificase ese camino. Creemos que todo cuanto uno hace tiene un propósito, sirve a algo, es parte de un proyecto o estrategia, nada se hace por nada, así que existir no podía ser la excepción.

Esta construcción de la realidad, sin duda reciente —ya que la aparición del pensamiento lógico-verbal, única base en que puede sustentarse, se remonta a hace solamente unos 35.000 años—,^[44] se dio dentro de una dinámica inseparable del proceso de creación de los conceptos y categorías que posibilitarían definir, comprender, gestionar y *controlar* eso que suponemos es «la realidad» —habilidades que permitieron nuestro sin igual desarrollo socio cultural— y, claro está, junto a la invención de uno de los conceptos culturales más notables de la historia humana: el

que sostiene la creencia en la existencia de un ser generador/controlador de todo cuanto existe y sucede.^[45]

Inmerso en esta forma de percibirse a sí mismo, el ser humano logró hacer pie en el *misterio* de su propia existencia; así, tal como muestran los mitos prehistóricos sobre la «Gran Madre» o «Gran Diosa», la vida —y nosotros con ella— surgía del útero universal de esa primera deidad partenogenética, con función generadora/controladora, y regresaba a ella después de la muerte para, tras regenerarse, volver a la vida. El símil de la planta que brota, crece y produce fruto, decae, muere y revive de nuevo —sin dejar de ser la *misma* planta—, fue el modelo que, por analogía, adoptó nuestro primer sentido evolutivo lineal —en este caso circular— de la existencia. Pero la analogía resultó ser tan poderosa y eficaz que hoy todavía subyace, maquillada con diferentes retoques y diversas conceptualizaciones teológicas, bajo todas las formulaciones religiosas.

La evolución y transformación de las comunidades humanas de esos días —desde los modos de vida propios de las fases recolectora-cazadora, horticultora y agrícola, y desde las sociedades matrilineales prehistóricas hasta el triunfo del modelo patriarcal (proceso que, en nuestro ámbito cultural, abarcó desde c. 3100 a. C. hasta c. 600 a.C), con las fundamentales innovaciones que revolucionaron todos los aspectos de las sociedades de entonces—, sin duda no pudo menos que reforzar y ampliar el sentido de evolución lineal percibido por cada sujeto y contemplado también para explicar la *vida* propia de cada comunidad,^[46] eso es lo que ya hace mucho comenzó a denominarse como la historia (o en mayúscula, si se prefiere). Tuvo que pasar mucho, mucho tiempo para que ese ser divino ideado hace unos 30.000 años, muy modificado y transformado ya en varón y en imagen del patriarcado, se *dignase intervenir* en la Historia humana, algo que, dicho sea de paso, debe agradecerse a un peculiar punto de vista teológico propagado por el profeta Elías.^[47]

La historia, individual o colectiva, se refiere siempre a algo que se postula como «la realidad», pero ésta no puede existir al margen de los procedimientos neurofisiológicos y culturales que empleamos para objetivarla, por lo que, en suma, no es sino una construcción. Lo que es o no «realidad» depende, en gran parte, de quién y cómo la perciba y de la perspectiva que éste haya elegido para aprehenderla. Es una «verdad» incuestionable que, por ejemplo, el mar es azul, la nieve es blanca y la sangre es roja, pero, sin embargo, la ciencia nos ha demostrado hace mucho que los colores, como tales, no existen en la Naturaleza, aunque, debido a nuestra particular configuración sensorial como humanos, los construimos en nuestro cerebro a partir de diferentes longitudes de onda; sin embargo, otros seres vivos perciben esa misma «realidad» de un modo muy diferente. Para millones de personas es una «verdad» incuestionable que existe un dios y que hay vida eterna por su gracia; pero para quienes se declaran ateos es «verdad» incuestionable todo lo contrario. Si

quedásemos reducidos al tamaño de una hormiga o de una molécula, la percepción y/o descripción de la misma «realidad» en la que ahora estamos inmersos sería infinitamente distinta.

La «realidad», por tanto, es aquello que construimos desde cada uno, pero dentro de unos estrictos límites que vienen definidos por nuestra biología como especie — que media tiza la forma de percibir los impulsos exteriores y la manera de interpretarlos y elaborarlos— por el marco sociocultural en el que estamos insertos —que impone significados y aporta una determinada coherencia al conjunto de las percepciones—. Podemos considerar como parte de la «realidad», por ejemplo, que un horizonte en el que predomine una longitud de onda de en torno a 750 nanómetros —que nuestro sistema neurofisiológico percibe como un impulso que culturalmente denominamos «luz roja»— sea una hermosa puesta de sol, pero tomarlo por una lejana lluvia de sangre o fuego, o por un presagio divino, nos parecería absurdo, locura, ignorancia, ficción... a pesar de que así se ha interpretado en muchas culturas. Lo fisiológico y lo cultural no determinan lo que «es» —el universo existe con independencia de los humanos— pero sí lo que pensamos qué y cómo «es», eso es la «realidad» construida desde nuestra forma de percibirla, y viceversa.

En definitiva, el mundo, la realidad y uno mismo son el resultado de una construcción que tiene lugar en y a través del lenguaje. Tal como nos recuerda el psicólogo Manuel Villegas, «el discurso sobre el mundo y sobre nosotros mismos, como individuos y como colectividades, adopta una estructura narrativa (...) Independientemente de si nuestra experiencia humana es continua o discontinua, o de si proyectamos la narración sobre la vida o la vida sobre la narración, lo que es cierto es que constituimos nuestra experiencia en base a una estructura narrativa (...)». Ricoeur^[48] considera la narrativa como una innovación semántica a nivel de discurso que busca su centro a través de la invención de un argumento. «A través del argumento se aglutinan fines, causas y el azar en la unidad temporal de una acción completa. Se trata de la síntesis de lo heterogéneo».^[49] Con anterioridad a los psicólogos citados, Husserl^[50] ya había afirmado que «el Ego se construye a sí mismo en la unidad de una *Geschichte*», ^[51] postulando así la importancia vital que tienen el lenguaje, la narración y la historia en la constitución del Ego.^[52]

Según los científicos que proponen un enfoque narrativo de la psicología cognitiva, los humanos desarrollamos una estructura narrativa ad hoc sobre la que construimos el significado de las experiencias pasadas pero, en igual medida, sirve de soporte y guía para realizar prospecciones de futuro respecto a todo cuanto consideramos significativo.

«La narrativa y el significado —afirma Oscar Gonçalves, citando a Polkinghorne — parecen ser respectivamente los medios y los fines para el nuevo modelo de cogniciones humanas: la narración es un esquema por el cual los seres humanos dan

sentido a sus experiencias temporales y acciones personales. El sentido de la narración actúa para dar forma a la comprensión de un propósito en la vida y para unir las acciones y acontecimientos diarios en unidades r episódicas. Proporciona un marco para la comprensión de acontecimientos pasados en la vida de uno y para planificar las acciones futuras. Es el esquema primario a través del que la existencia humana se hace significativa.»^[53]

Independientemente de cómo sea el fluir entre el al fa y omega de cada cual, lo que nos asemeja a todos los humanos es la necesidad de elaborar estructuras narrativas con perspectiva histórica, pero con una perspectiva histórica que puede arrancar desde mucho antes de nacer y alcanzar hasta mucho después de morir. Somos capaces de imaginamos «siendo» entretanto «somos», pero también mientras todavía no «éramos» y cuando ya no «seremos».

Desde esta necesidad cognitiva básica, construir un camino *lógico y coherente* hasta el *más allá* no cuesta más que dar un paso... en línea recta, ahora sí, y sobre el vacío; parece que lo fundamental es encontrarle algún significado adecuado —eso es favorable— a la percepción, ineludible, de nuestra insignificancia. Somos finitos, pero nuestro potentísimo motor cognitivo nos lanza hasta la infinitud, aunque sólo sea con el deseo y mediante la capacidad de construir maravillosas narraciones sobre nuestras vidas, que no es poco.

4. El sentimiento de pérdida y la necesidad de creer en la existencia de vida después de la muerte

Como humanos que somos, depositamos muchos afectos y esperanzas en los demás, y unimos nuestras vidas y las suyas mediante una tupida red de relaciones emocionales, sociales, laborales, económicas, de dependencia en general... que quedan destruidas con la muerte de cualquier persona. Su extinción es también, en mayor o menor medida, la de una parte de lo que han llegado a ser quienes estaban en relación con ella; mueren ligazones comunes, que es algo que nos ayuda a ser, a sentir que somos, por eso se tarda en realizar el proceso de duelo y suele ser doloroso (ver el capítulo 8).

Acabamos de emplear el verbo «ser», pero en la inmensa mayoría de los casos deberíamos recurrir al «tener», porque sentimos que «somos» en base a lo que «tenemos»; nos tenemos a nosotros mismos —mi vida, mi mano, mi cabeza, mis pensamientos...—, tenemos a los demás —mis padres, mis hijos, mi pareja, mis amigos, mis enemigos...—, y tenemos cuanto nos afecta para bien o para mal —mi casa, mis estudios, mi resfriado, mi úlcera de estómago...—; si dejamos de etiquetar todo lo que perciben nuestros sentidos bajo el adjetivo posesivo «mi» —apócope de «mío/a»— ¿qué queda de nosotros? ¿qué somos sin tener?

Lejos de mi ánimo entablar en este capítulo una discusión filosófica o metafísica que nos lleve por los caminos, ya muy bien andados —entre otros por los planteamientos doctrinales de la mayoría de las religiones y filosofías importantes—, que postulan el no aferrarse a la vida ni experimentarla como una posesión —ver las partes IV y V de este libro—, un consejo que todos tendemos a olvidar, quedando anclados, por ello, en apegos que dificultan tanto la vida como la muerte.

«Aunque el miedo a la muerte puede parecer irracional —escribió Erich Fromm —,^[54] no lo es si la vida se concibe como posesión. No sentimos miedo a morir sino a perder lo que tenemos: el temor de perder mi cuerpo, mi ego, mis posesiones y mi identidad; de enfrentarme al abismo de la nada, de “perderme”. En la medida en que vivimos en el modo de tener, tememos a la muerte (...) La pérdida del miedo a morir no debe comenzar como preparación para la muerte, sino como un esfuerzo continuo por reducir el modo de tener^[55] y aumentar el modo de ser.^[56] Como decía Spinoza: los sabios piensan en la vida, no en la muerte. La instrucción sobre cómo morir es, desde luego, la misma que la instrucción sobre cómo vivir. Cuanto más nos libremos del afán de poseer en todas sus formas, en especial de nuestro egocentrismo, menos poderoso será el temor a la muerte, ya que no tendremos nada que perder».

Parece lógico pensar que, si los humanos, ante todo lo que juzgamos importante desde nuestra subjetividad, manifestamos un fuerte sentimiento de pérdida ante la posibilidad o realidad de perder lo que nos importa, ello no puede tener otra causa

que la existencia previa de un sólido sentimiento de posesión. Algo nada extraordinario, en cualquier caso, si tenemos en cuenta que todos los animales poseen un desarrollado instinto básico de posesión a fin de poder sobrevivir, pero que, en nuestra especie, alcanza cotas de sofisticación increíbles debidas a nuestras capacidades psicológicas, tan aptas para incrementar hasta lo indecible nuestros mecanismos instintivos para la posesión —y sus consecuencias de individualismo, insolidaridad, aislamiento, agresividad, etc.—, como, en sentido contrario, para controlarlos permitiendo poseer sin caer en todos los aspectos negativos —desde la óptica emocional y psicosocial— que le van aparejados a este instinto básico.

Como mamíferos territoriales que somos, fuimos posesivos desde el mismísimo instante en que nos conformamos como especie —en caso contrario ya no existiríamos—, pero durante la larga marcha de nuestra evolución desde los homínidos, es más que probable que nuestra conciencia de propiedad y pérdida fuese incrementándose al mismo ritmo que nuestro desarrollo psicosocial, que es tanto como decir que sólo se llegó a dar el salto cualitativo que nos caracteriza actualmente hace unos pocos milenios.

Apenas hace cien mil años que los humanos comenzamos a enterrar con ritual a nuestros semejantes, indicando con ello, al menos, que las relaciones emocionales intragrupales eran intensas y que el sentimiento de pérdida comenzaba a ser tan destacado y doloroso que precisaba de una despedida ritualizada para poder ser superado. Tuvieron que pasar muchos milenios más para que, inmersos en la fundamental aventura neolítica del desarrollo de la agricultura y la ganadería —entre c. 9000 a 6500 a. C., según las diferentes regiones del continente euroasiático— que nos convirtió en sedentarios, los humanos acabásemos transformando absolutamente nuestra organización y, con ella, buena parte de nuestros sentimientos, que comenzaron a ser moldeados por el nacimiento de la propiedad privada (VI milenio a. C.), los templos (V milenio a. C.), la civilización urbana (IV milenio a. C.), la sociedad estratificada (III milenio a. C.)..., hasta diseñar el perfil psicosocial en el que todavía convivimos.^[57]

La supervivencia en ese nuevo entorno —que todavía es el nuestro— se basó en la estabilidad que podía proporcionar la acumulación de bienes, por lo que el instinto de posesión dejó de ser un medio para convertirse en un fin en sí mismo; y las pérdidas, con el sentimiento de duelo que les va aparejado, dejaron de ser un mero accidente para transformarse en catástrofes.

En ese contexto socioeconómico neolítico, al igual que hoy, todos los humanos, hombres, mujeres y niños, pasaron a ser considerados como «objetos de producción» indispensables para la supervivencia grupal, de modo que una pérdida cualquiera afectaba muchísimo más al grupo sedentario que cuando éste era nómada y sus miembros sobrevivían gracias a la recolección y la caza. Al margen de que los lazos

emocionales de los humanos se habían estrechado ya muchísimo a finales del Paleolítico inferior y durante el Paleolítico medio (c. 100000 a 35000 a. C.), particularmente a partir del control del fuego,^[58] la nueva relación de interdependencia que era básica para sobrevivir en las comunidades agropecuarias llevó a incrementar muchísimo el sentido de pérdida tras una muerte y, en consecuencia, comenzaron a desarrollarse las creencias post mórtem y los rituales funerarios que todavía persisten entre nosotros.

Aquello que se poseía —personas y bienes— permitía la mejor supervivencia posible en el mundo de los vivos, así que imaginaron que también debía cumplir una finalidad parecida en la vida post mórtem. El ajuar funerario que acompaña a los muertos en todas las tumbas antiguas avala esta tesis. Lo poseído protegía de la angustia ante la muerte, ya fuese lo adquirido riqueza, fama, hijos o todo ello a la vez. Vincularse afectivamente con las posesiones, en especial con los hijos^[59] permitía asegurarse una continuidad que superaba el límite de la extinción, alimentando una fantasía de supervivencia capaz de exorcizar la muerte. Lo poseído se convirtió en una prolongación de su poseedor, con lo que el «tener» usurpó el papel que sólo podía corresponder al «ser». Esta perversión de conceptos ha llegado a alcanzar su cenit en la moderna sociedad de consumo.

Resulta totalmente ilusorio pensar que puede tenerse algo —persona, sentimiento, estado o cosa— indefinidamente; no existe nada que sea permanente ni menos aún que sea indestructible. El acto de poseer^[60] es tan sólo un episodio pasajero incardinado dentro del proceso de vivir; puede durar más o menos, pero finalmente hay que enfrentarse a la pérdida de aquello que creímos poseer. ¿Somos capaces de recordar las miles de posesiones que, desde la niñez, pensamos eternas y que ya no tenemos: amistades, sentimientos, privilegios, cargos, vigor corporal, objetos...? ¿Somos capaces de aceptar que buena parte de lo que hoy pensamos que *poseemos* dentro de un tiempo ya se habrá desvanecido?

Nuestra más preciada posesión, nosotros mismos, también está destinada a perderse, tanto para nosotros como para los demás, y esta perspectiva, claro, resulta absolutamente intolerable, nos desestabiliza completamente, así que, sumando lo dicho aquí a la percepción de nuestra vida como un proceso evolutivo lineal —ver capítulo anterior—, obtenemos como resultado la necesidad ineludible de estructurar sistemas de creencias que avalen como certeza la hipótesis de la supervivencia post mórtem.

Pensamos que la muerte es la gran servidumbre de la vida, pero cabría meditar a fondo si esa servidumbre no es más bien consecuencia del afán por vivir la propia existencia y sus circunstancias como una posesión. Las doctrinas orientales perciben la libertad como una no posesión o desapego de cuanto somos y nos rodea. La capacidad individual para «ser» siempre queda limitada por la necesidad de «tener»,

por eso siempre morimos un poco cuando perdemos algo o a alguien. Por eso tememos a la muerte cuando pensamos en nuestra propia pérdida. Por eso precisamos de creencias para exorcizar el sentimiento de pérdida e imaginar seguir teniendo aquello que no fuimos, ni somos, ni seremos.

PARTE II. ENFRENTANDO EL DESTINO: CÓMO ASUMIR LA MUERTE EN NUESTRA VIDA

5. El proceso de envejecer: aspectos biológicos y psicosociales

El proceso de envejecer va produciendo graduales modificaciones en las características biológicas propias de cada sujeto —que suelen traducirse en limitaciones de algunas capacidades en diferentes grados— y, también, a consecuencia de éstas y/o de la forma con que los ancianos son tratados en nuestra sociedad, afloran diversos aspectos psicosociales que pueden llegar a repercutir de forma desfavorable en la última fase de la vida humana. Preocupa a mucha gente que la inteligencia y sus capacidades puedan disminuir con el paso de los años, pero esta vieja tesis ya ha sido refutada por multitud de investigaciones científicas. Siendo cierto que la inteligencia fluida declina en paralelo al deterioro neuronal, también lo es que el potencial de aprendizaje sigue presente en muchas habilidades intelectuales como pueden ser la interacción social y el manejo de conocimientos. Con la edad se produce una disminución en la velocidad de los procesos sensitivos y motores, pero buena parte del declive cognitivo no se debe a esa reducción sino al hecho de que muchos ancianos dejan de ejercer habilidades que tenían con anterioridad y éstas acaban perdiendo eficacia y quedan mermadas. Todo ello, obviamente, sin perder de vista que hay factores educacionales, ambientales, biológicos y de salud que, adoptando diversas combinaciones entre sí, determinan la decadencia fisiológica propia de la senectud de cada cual.

Uno de los aspectos más llamativos de la senectud es el de la disminución de la capacidad de memoria, un síntoma subjetivo —que uno mismo cree apreciar comparándose con lo que recuerda que fue— que algunos estudios adjudican a entre un 25 y 50% de los mayores de 60 años... aunque otras investigaciones, indagando en esta cuestión desde una perspectiva diferente, afirman que un 20% de los mayores de 85 años jamás ha presentado problemas de memoria. En realidad, el proceso de envejecer no influye sobre los contenidos de la memoria, que pueden incrementarse sin problemas^[61] —tal como demuestran las muchísimas personas que, por ejemplo, realizan estudios universitarios tras haberse jubilado y/o aprenden complicadas técnicas totalmente nuevas para ellos—, aunque puedan decrecer las capacidades —estructuras y procesos— de la memoria.^[62]

Durante el proceso de envejecer se produce también alguna merma en los órganos sensoriales —ya sea por desgaste del órgano o del sistema nervioso que le va asociado, por causa de efectos medioambientales lesivos, o debido a síntomas de alguna enfermedad— que incide limitando los procesos de comunicación —tomados en su más amplio sentido—, dificultando así en alguna medida la vida cotidiana. Estas mermas, a pesar de lo que implican, suelen ser aceptadas con normalidad como parte del proceso biológico de envejecimiento.

El sentido del olfato, al disminuir, pierde eficacia para cumplir con su misión de alarma ante posibles peligros (alimentos en mal estado, fuego, humo, gas, tóxicos, etc.). El cenit de la capacidad olfativa humana se alcanza entre la tercera y quinta décadas de vida, comenzando a declinar progresivamente desde ese momento, aunque muy especialmente a partir de la séptima década. Las mujeres, en general, suelen tener un mejor sentido del olfato que los varones.

La disminución del sentido del gusto —por degeneración de las neuronas correspondientes, sequedad bucal, atrofia de papilas gustativas, tabaquismo, etc.— afecta a la percepción de los sabores complejos de los alimentos y al reconocimiento de las cualidades de éstos, por lo que se va perdiendo algunos de los placeres propios de la buena mesa (al margen de que contribuye a disminuir el apetito).

La pérdida de audición, que se da en un tercio de los mayores de 65 años y es más habitual en los varones, afecta a diferentes frecuencias en grados diversos, impidiendo discriminar algunos elementos del habla conformados por ciertas frecuencias; es corriente perder consonantes, con lo que se hace ininteligible el habla (y no es infrecuente que se intente compensar este déficit intentando leer las consonantes en los labios de los interlocutores). Esta merma se convierte en un problema que debe abordarse médicamente cuando afecta al flujo normal de la comunicación. Es bastante corriente que una persona no acepte tener este problema y que achaque a los demás su dificultad; en esos casos, se convierten en sujetos recelosos, inseguros, desconfiados y hasta irritables, al no llegar a escuchar más que una parte de cuanto se habla a su alrededor. El ensimismamiento, la depresión o el aislamiento social pueden ser algunas de las consecuencias de esta disminución de la capacidad auditiva.

La agudeza visual declina igualmente y puede llegarse hasta situaciones en las que el cristalino se vuelve opaco, pero el uso de lentes y, en caso necesario, el recurso a la cirugía ocular, son algo a lo que ya nos hemos acostumbrado desde hace mucho y permiten soluciones óptimas.

La supervivencia en ese nuevo entorno —que todavía es el nuestro— se basó en la estabilidad que podía proporcionar la acumulación de bienes, por lo que el instinto de posesión dejó de ser un medio para convertirse en un fin en sí mismo; y las pérdidas, con el sentimiento de duelo que les va aparejado, dejaron de ser un mero accidente para transformarse en catástrofes.

La pérdida de elasticidad de la piel es uno de los primeros síntomas que delatan que el proceso de envejecimiento ha comenzado. Algunas partes corporales van perdiendo turgencia, la musculatura tiende a ser más flácida, el vigor comienza a disminuir, el tejido óseo pierde densidad, la vejiga va reduciendo notablemente su capacidad, al igual que los pulmones y los riñones, se incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares... pero adecuando la dieta y el ejercicio físico —si no

media alguna patología o minusvalía grave— se puede mantener un buen estado orgánico —no confundir con un cuerpo remendado mediante la cirugía estética— por bastante tiempo, pudiendo llevar una vejez plena y satisfactoria, incluso en el ámbito sexual. Nada impide hacer el amor durante la vejez, salvo los propios prejuicios.

Finalmente, el organismo, por *sano* que esté, se colapsará y morirá de viejo, víctima de su propio uso. Aunque hay gente que jamás estuvo enferma y que muere de mera vejez, por mandato de la Organización Mundial de la Salud, tal como ironiza Sherwin Nuland^[63], nadie puede morir de viejo, en todo el mundo es ilegal morir de viejo, las estadísticas de mortalidad requieren que en cada certificado de defunción conste alguna causa, cualquiera sirva, excepto la vejez. Es una más de las muchas paradojas de un sistema medicalizado que nos ve como simples diagnósticos antes que como los seres humanos que somos.

Adentrándonos un poco en el terreno de lo psicosocial, conviene recordar que la vejez no es una enfermedad sino un proceso natural, una etapa más dentro de la experiencia humana que debe ser vivida como otro paso en el desarrollo personal y social de una persona. Así que, situados frente al horizonte de la jubilación, debe aprenderse a saber vivir, aprovechar y disfrutar esa libertad que vendrá con el cese de la actividad productiva —salvo en las amas de casa, que deben estar permanentemente productivas en su hogar—; y, tras el retiro, deberá aprenderse a envejecer, gestionando con la mayor pericia posible los recursos —emocionales, económicos y de salud—^[64] de que pueda disponerse, ya que de ellos dependerá la independencia que tendrá cada cual durante su última etapa de vida.

Aunque se ha demostrado que el hecho de la jubilación carece de efectos negativos sobre la salud física y psicológica, es sabido, también, que mientras una persona con salud deficiente suele aceptar fácilmente el abandonar sus actividades laborales, la que goza de buena salud tiende a sentirse mal ante la imposibilidad de retomar lo que fue su trabajo habitual.

Son bien conocidas las cinco tipologías de personalidad ante la jubilación que, en 1962, propusieron Richard y Peterson respecto a los varones: 1) El «sujeto maduro», con una visión realista del mundo, adaptado y sin preocupación por envejecer. Su actitud madura le ayuda mucho a vivir de la mejor manera posible su jubilación. 2) El «sujeto sentado en la mecedora», que elude responsabilidades y prefiere estar siempre en un segundo plano. Dado que estos aspectos se los posibilita la jubilación, suelen vivir ésta encantados. 3) El «sujeto acorazado», que llena de actividades su tiempo libre al necesitar sentirse siempre ocupado en algo. Siguiendo esa tendencia a estar ocupado, su jubilación no le permitirá aburrirse y la vivirá sin especiales angustias. 4) El «sujeto enojado», que se considera un fracasado y culpa de ello a todo el mundo. En este caso, tras haber pasado gran parte de su vida sumido en el descontento, su jubilación caminará por idéntico camino. 5) El «sujeto que se aborrecía», que se

critica la marcha que siguió su vida, e interioriza la ira por su fracaso culpándose a sí mismo. Su jubilación tampoco será vivida de forma positiva.

En general, en las personas que presentaban un grado elevado de trastornos emocionales en su juventud y madurez, éstos se mantendrán inalterados —y siendo causa de muchos conflictos y problemas— durante su vejez. Esas alteraciones emocionales, a lo largo de la vida, actúan como una especie de mecanismo generador de ofuscación que merma la capacidad para poder aprender de las experiencias, manteniendo a la persona en una situación caracterizada por su insuficiente contacto con la realidad, que suele ser el origen de un tipo de pensamiento distorsionado, que tiñe de negativismo el pasado y el futuro. Por el contrario, las fluctuaciones externas de cualquier vida, si son adecuadamente asumidas, con realismo y madurez, contribuyen a conformar estructuras de personalidad estables.

Aunque en buena parte de las personas ancianas se produce un proceso de adaptación a las pérdidas y dificultades propias de esta etapa de la vida, que permite un crecimiento progresivo y positivo, puede darse también, durante la vejez, una mayor o menor disminución de los contactos sociales a causa del posible aislamiento derivado de factores como: distanciamiento emocional o distancia física de la familia nuclear, muerte de familiares próximos y amigos, problemas económicos, jubilación anticipada obligatoria, sentimiento de soledad por relaciones sociales insuficientes y/o insatisfactorias, pérdida de autoestima,^[65] limitaciones físicas y/o barreras arquitectónicas (causa frecuente de depresión en quienes se ven afectados por ellas).

Durante el proceso de envejecer se entra en una fase de revisión constante de las posibilidades de las metas y proyectos vitales en curso, que son modificadas —permitiendo o no la adaptación correspondiente— por la evolución del propio declive físico, por el alcance de los cambios sociales que acontecen, por la incertidumbre acerca del tiempo que queda todavía por vivir, etc. La vida cotidiana de una persona de edad avanzada suele caracterizarse por el sentimiento de inseguridad y la tensión que le produce la incertidumbre que se cierne sobre su futuro, así que su equilibrio emocional dependerá en gran medida de la calidad de la comunicación que mantenga con su entorno, particularmente con sus familiares y amigos. El hecho de no sentirse útil, ni valorado o apreciado —a consecuencia de lo ya apuntado en el capítulo 1 y de lo que diremos más abajo—, repercute negativamente en su autoconcepto y le lleva a encerrarse en sí mismo, aislándose de la sociedad; este tipo de situación es tanto más probable en la medida en que quienes le rodean no comprenden las necesidades propias de la vejez ni de esa persona, habitualmente debido a que siguen teniendo de ella una imagen del pasado, de cuando era más joven y autosuficiente.

A más abundamiento, mantener una adecuada actividad social resulta fundamental para poder conservar las funciones vitales en el mejor estado posible. El apoyo social, en la vejez, ayuda a disminuir la ansiedad y a eliminar la sensación de

soledad y aislamiento, facilita el poder emprender estrategias de afrontamiento ante los diversos problemas que van surgiendo, permite controlar la ira, superar la desesperación, mejorar la comunicación con el entorno, abordar una catarsis emocional que des bloquee una crisis largamente sostenida, mejorar la capacidad de enfrentar el cotidiano aunque incierto día a día, etc. Cuando se ha sufrido algún acontecimiento estresante, como la muerte de la pareja, por regla general se requiere un especial apoyo familiar y social para poder superado.

En la actualidad, por el tipo de vida a que obliga la sociedad industrial y los límites de espacio de las Viviendas familiares, es muy habitual que los ancianos pasen a residir, a menudo en contra de su voluntad y deseo expreso, en algún tipo de residencia específica para personas de la tercera edad. Pero, con independencia de que un determinado centro no cumpla con los requerimientos adecuados para desempeñar bien su función la institucionalización, así como el frecuente cambio de domicilio, al igual que sucede con los niños, deteriora el estado de las personas de edad avanzada, pudiendo provocarles trastornos de ansiedad o depresivos y hasta acelerar los procesos degenerativos propios del envejecimiento. También los hogares no adaptados a las necesidades cotidianas de los ancianos pueden producir algunas de las alteraciones citadas.^[66]

Cuando se aborda las características de la vejez en las sociedades occidentales, no puede pasarse por alto el tiempo de ocio, más que abundante en esta etapa vital, y objetivo preferente para muchos, unos porque pretenden venderles servicios y otros porque aspiran a pedirles prestado algo de su mucho tiempo libre. El tiempo de ocio, para todo el mundo, pero particularmente para las personas ya jubiladas, resulta algo fundamental en tanto que supone una experiencia personal capaz de aportar beneficios tales como la libertad de elección, creatividad, satisfacción, disfrute, placer y felicidad. El ocio facilita el desarrollo personal y social y es un elemento imprescindible para poder disponer de una buena calidad de vida. Una actividad adecuada de ocio previene patologías físicas y emocionales y enriquece el sentido de la vida de la persona que lo protagoniza. Hay que aprender a saber elegir y disfrutar qué se hace en el tiempo de ocio, una vía que no sólo permite sentirse en buenas condiciones sino que contribuye a desarrollar la capacidad de autonomía y, en general, ayuda a mejorar la forma en que se perciben el resto de las experiencias vitales cotidianas.

El tiempo de la vejez, que es cada día más largo —al menos estadísticamente—, adquiere una inmensa importancia para todo el mundo por una diversidad de razones: de entrada, es la coronación de toda una vida, y ello implica que la manera —y condiciones— como transcurra incidirá en la calidad subjetiva del balance vital que cada uno acabe haciendo y, también, en que pueda realizarse o no una adecuada preparación para asumir la propia muerte; supone, además, un tiempo teóricamente

libre de presiones y obligaciones —familiares, sociales o laborales— que da oportunidad para poder mejorar y/o resolver aspectos pendientes, ya sean personales, emocionales, familiares, sociales, económicos, u otros; abre la posibilidad de poder disfrutar con libertad de muchos aspectos —viajes, tertulias, juegos y bailes con amigos/as, lecturas, conciertos, conferencias, deportes, aficiones, voluntariado en ONG, etc.— que antes no se pudo abordar en la medida deseada... pero hay que aprender a gestionar este nuevo estado, hay que saber prepararlo con alguna antelación. El estado de cada cual en su vejez dependerá de lo que haya hecho con anterioridad.

Entre los 45 a 60 años se está en la etapa de preparación para la vejez, es el tiempo de revisar o retomar las actividades físicas —deportes, excursiones, caminatas —; de controlar y variar la dieta, adaptándola a las nuevas necesidades orgánicas y, si no se hizo antes, priorizando los alimentos saludables y abandonando los de riesgo; de combatir a fondo el estrés y las situaciones que lo producen, ya que el organismo aguantará cada vez peor este tipo de agresión; de abandonar hábitos tan lesivos como el tabaquismo, y de poner coto a los excesos en la ingesta de alcohol y de comida...; también es el tiempo de retomar muchos contactos sociales que la actividad laboral obligó a dejar en suspenso; ahora, más que en ninguna otra época, las relaciones deben medirse por la calidad del afecto, por el disfrute que permiten compartir.

Tras la jubilación puede vivirse 10, 20, 30 o más años, en muchos casos con salud más que aceptable, no es cuestión de desaprovecharlos, pero tampoco de improvisar. Cada etapa de la vida necesita de un aprendizaje diferente para poder superarla, y la vejez no es ninguna excepción. La diferencia, si acaso, es que en la vejez se siente mucho más próxima la propia extinción. Sin duda la muerte llegará a su debido tiempo, pero también habrá que comenzar a prepararse para poder afrontada de la mejor manera posible, tal como veremos en el capítulo 12. Aunque, en cualquier caso, hasta ese momento, lo mejor será disfrutar al máximo de las posibilidades que a cada cual le da su vida...

ENTRE EL MIEDO A ENVEJECER Y EL DE CONVERTIRSE EN PROBLEMA PARA OTROS

Muchas personas pasan buena parte de su edad adulta temiéndole al hecho de envejecer, anticipando un sufrimiento irreal que deriva de la falta de aceptación del proceso natural que sigue todo organismo vivo. Quizá los síntomas de declive que acabamos de apuntar no son lo más deseable, pero se puede convivir con ellos perfectamente sin tener que deprimirse o considerarse una ruina total. Otros, en cambio, no temen por su propio declive sino por la posibilidad de que el proceso de

envejecer les lleve a convertirse en un problema para sus más allegados. En mayor o menor medida nos preocupan ambas posibilidades, aunque ello no debería suponer ningún problema mientras no se derive hacia conductas cercanas a la obsesión.

Antes de adentrarnos por algunas de las reflexiones que sugieren estas cuestiones, será preciso hacerse una pregunta aparentemente simple: ¿cómo se define el hecho de ser «viejo», «anciano» o miembro de la «tercera edad»? La respuesta no es tan fácil como parece. ¿En qué nos basamos para constituir tal categoría?, ¿en la edad cronológica?, ¿en el estado y aspecto físico?, ¿en el rol desempeñado en el ámbito social, laboral o familiar? Según el parámetro definitorio que elijamos, nos daremos cuenta de que, entre nuestros conocidos, hay viejos que parecen y/o se sienten jóvenes y jóvenes que parecen y/o se sienten viejos. Tiene buen fundamento el aserto popular que dice que la edad se lleva en el alma... aunque el paso de los años lo soporte el cuerpo.

Mi organismo ya no reacciona igual que hace veinte años, pero no me siento en absoluto más viejo que entonces, antes al contrario, ahora tengo muchas más ganas de iniciar proyectos y hacer cosas diferentes que hace dos décadas... aunque ahora me pase puntual factura una noche sin dormir y en las analíticas de sangre aparecen asteriscos al lado de nombres impronunciabiles que antes ni existían (o eso creía al menos). Ahora soy más viejo, claro, pero ¿soy viejo?, ¿cuándo comenzaré a serlo? La verdad es que me importa un comino serlo o no. Mido mi vida a través de mi capacidad, deseos, esperanzas, proyectos, realizaciones, fracasos sentimientos en una u otra dirección, relaciones... y me adapto personal y socialmente a los cambios que el paso del tiempo produce en mi cuerpo. Los demás, sin embargo, tienden a medir nuestra vida atendiendo a la edad cronológica. En nuestra sociedad occidental industrializada, se es irremediabilmente «viejo» al llegar a esa frontera administrativa que marca la edad para la jubilación, en torno a los 65 años. No cabe protestar. Punto. La sociedad le asigna a esta cifra aleatoria valores de «inutilidad» y, lo grave, lo absurdo, es que mucha de la gente afectada se lo cree y se amarga lo que le quede de vida.

Hoy, en nuestra sociedad industrial urbana, envejecer suele resultar complicado y doloroso para quien lo hace, pero es que, además, parece que complica la existencia de todos los demás. Estamos a un paso de tener que pedir perdón a familiares y al mundo en general por haber envejecido y seguir vivos, ¿qué demonios nos ocurre?, ¿qué sentido tiene una sociedad que considera a los viejos como una carga molesta? No cabe duda de que hemos pervertido hasta lo inimaginable las bases del sistema social humano.

El diagnóstico que aventuró María Pía Barenys, hace una década, en su estudio sobre la ancianidad, era, es y será adecuado para analizar la situación sociofamiliar en la que nos debatimos: «aunque ancianidad y enfermedad no sean sinónimos, de hecho

son situaciones que frecuentemente se recubren. En nuestra sociedad, al haber aumentado la esperanza de vida, el cuidado de los ancianos como el de los enfermos crónicos, se ha convertido en un grave problema familiar y social. Nuestras pautas culturales exigen (cada vez con menos fuerza) que el grupo familiar responda en bloque a la enfermedad y se reorganice para asistir/apoyar al enfermo. Pues la cultura de la sociedad industrial impone unas obligaciones laborales inexcusables y se siente menos concernida por razones humanitarias. Éstas se han visto confinadas a la esfera privada y el conflicto surge a cada paso. Aunque la organización social alivie los costes de la enfermedad del anciano (lo cual no siempre es cierto), los psicológicos gravitan sobre los allegados con un peso quizás inusitado. En una palabra, el cuidado de los ancianos en casa acarrea problemas de todo tipo: económicos, de distribución de tiempo y de atenciones, permanencia forzada en el hogar, distanciamiento de las amistades además de los derivados del estado anímico del enfermo. El desgaste psicológico a que puede dar pie no es fácilmente tolerable dentro de la cultura de la sociedad industrial avanzada.

»En el plano general en que nos movemos todo esto lleva a la constatación que cada vez se envejece menos en el seno de la familia; y, dentro del propio hogar, los ancianos cada vez más envejecen solos. Es probable que esta tendencia se vaya acentuando. Las razones (...) están en la propia evolución de la familia la cual, a su vez, está muy supeditada a las condiciones de vida privada y relación mutua entre sus miembros dictadas por las de ocupación y régimen de vida laboral y, en general, por la cultura urbana industrial moderna».^[67]

En definitiva, ser viejo supone un problema para todo el mundo, incluida la propia familia, y resulta una molestia incompatible con la «cultura industrial moderna». Ése es el marco en el que estamos condenados a envejecer, pero no olvidemos que esta lamentable situación social es obra de todos nosotros; tenemos el modelo de familia y de sociedad que hemos contribuido a crear, fortalecer y mantener.

Hoy, en los países modernos, el amplio y creciente sector de la tercera edad está muy bien atendido gracias a los ingentes recursos públicos que se dedican a ello, pero el también progresivo incremento de la esperanza de vida en sociedades que no paran de envejecer está dando al traste con este paraíso transitorio, dado que los recursos disponibles serán cada vez menores y la masa de ancianos seguirá creciendo todavía por muchos años.^[68] Es muy posible que quienes hoy tienen menos de entre 40 y 50 años deban hacer depender su vejez de los recursos propios y de sus familias. Vale la pena comenzar a meditar sobre esta cuestión y ponerse a realizar los cambios necesarios dentro y fuera de la familia. Si hay algo que pueda darnos «pánico» de la vejez debería ser, si acaso, esta probabilidad —que puede controlarse mediante diversas medidas de previsión—, pero jamás la merma progresiva de facultades y de

lozanía.

Pero lo cierto es que, actualmente, al hecho de que el conjunto social desconsidere la vejez y la etiqueta de «problema», cabe añadirle que cada vez más personas, de ambos sexos, se horrorizan de sí mismas al detectar las primeras arrugas permanentes y entran en pánico contra su destino natural, debatiéndose dentro de una dualidad profundamente estúpida: un «yo» que imagina «tener derecho a ser siempre joven» luchando contra un cuerpo —el suyo— que no se acepta porque se empeña en «suicidarse», en conducir a su propietario/a hacia una decrepitud «inmerecida».

Quizá debamos comenzar a revisar con urgencia nuestros conceptos y valores, así como la imagen que tenemos de nosotros mismos. Si tanto nos molestan las arrugas, ¿no será que pensamos que no tenemos nada importante que ofrecer salvo la ilusión pasajera de una piel tersa? Diremos y veremos a menudo, a lo largo de este libro, que nuestra postura ante la muerte dependerá, básicamente, de cómo se ha vivido, de cómo se han integrado y valorado las experiencias pasadas, y de cómo se ha envejecido. Entender y asumir adecuadamente el proceso y la función de envejecer es un excelente bálsamo contra la muerte; y digo bálsamo, no antídoto, que no lo hay.

Hoy, en la sociedad moderna occidental, procuramos que nada de cuanto nos rodea envejezca. Los objetos y artilugios que utilizamos los cambiamos por modelos más recientes antes de que fenezcan; no los apartamos o guardamos en el desván —de hecho, ya no hay desván, por eso nos olvidamos de tantas cosas que fueron importantes— sino que los tiramos, los alejamos de nuestra vida para que se extingan definitivamente lejos de nuestra mirada, al margen de nuestra conciencia. Llega un camión de reparto con el nuevo televisor y se lleva el viejo, que funcionó bien hasta ese momento, nadie hace el menor aspaviento, no pasa nada, no hay discontinuidad, no es preciso hacer duelo; en ese lugar siempre hubo un televisor, pero olvidamos que con el paso del tiempo ese papel de ventana electrónica lo han desempeñado cuatro aparatos distintos —tres de los cuales *murieron*—, siempre está ahí y su función continuada nos regala la ilusión de vida indefinida, de inmortalidad garantizada gracias a los avances de nuestra tecnología.

Algo parecido se intenta, sin éxito, claro, con el propio cuerpo, con amigos y conocidos, o con la pareja^[69] a medida que transcurren los años se recurre a todo tipo de presuntos avances tecnológicos y farmacológicos para intentar mantener una juventud imposible; se cambia de amistades, de actividades, de vestuario, de modelo de automóvil... para *vampirizar* algo de juventud a través de los símbolos sociales que parecen representarla. Con frecuencia se cae en lo patético, particularmente cuando uno se deja atrapar por la obsesión del rejuvenecimiento constante. Envejecer con la mejor salud posible es óptimo y necesario —por ello es muy bueno hacer deporte, mejorar la dieta, etc.—, pero pretender envejecer sin arrugas, sin perder tersura en la piel, sin aceptar la progresiva disminución del vigor, no sólo es

imposible sino que es una completa estupidez. Es probable, si acaso, que la industria cosmética futura pueda eliminar las arrugas, pero jamás logrará maquillar la cretinez.

La vejez, tal como ya indicamos en el primer capítulo, es innecesaria e inútil desde la perspectiva de las necesidades y prioridades biológicas del organismo pluricelular que nos conforma y, aunque ha sido imprescindible durante muchos milenios como forma de almacenar y transmitir conocimientos y experiencia a las nuevas generaciones, hoy, cerrando un círculo absurdo, la hemos declarado inútil para la función social que la hizo posible y, en el colmo de la contradicción, somos capaces de prolongarla como nunca antes. Ésta es la música que tocan, pero sólo nuestra es la posibilidad y elección de bailarla tal como nos venga en gana.

Nuestra sociedad actual es poco más que un sofisticado bazar de mercaderes, y el ánimo de lucro predomina en todas partes (hasta el «humanitarismo» resulta un excelente negocio para muchos de quienes dicen gestionarlo). Pero, de hecho, el mayor lucro siempre se obtiene de la angustia y del sufrimiento ajeno, algo que saben generar muy bien un sistema productivo que rechaza a los «viejos» por poco rentables, un sistema social que los descabalga de sus funciones para que den paso a jóvenes que todavía no han sido explotados, y un sistema familiar que los arrincona porque dificultan vivir de la manera que ese mismo sistema social impone.

La industria que sostiene este orden de cosas se frota las manos con avidez, claro está, mientras ofrece todo tipo de servicios para enfrentar el ocio obligado, el desamparo económico y sanitario previsible (planes de pensiones, seguros, mutuas, etc.), la soledad forzada, la depresión implantada, las patologías crónicas generadas y/o desencadenadas por el propio tipo de vida a que estamos condenados (origen de un astronómico beneficio a cuenta del gasto farmacológico),^[70] la falta de aceptación del propio cuerpo y del proceso de envejecer inducida desde todos los medios de comunicación..., en fin, los «viejos» —o, mejor dicho, el estar en camino de serlo— son un excelente negocio, pero lo son tanto más cuanto peor lleven su proceso natural de envejecer.

No cabe duda de que la imagen personal es algo muy importante en cualquier sociedad, y pretender mejorarla en lo posible es un mecanismo innato en nuestra especie —así como en el resto de seres vivos, que también se acicalan para lograr ventajas entre los suyos—, pero cuando mujeres y varones —más ellas que ellos— que superan la cuarentena se lanzan en tropel tras cirujanos presuntamente virtuosos de las siliconas, implantes, liposucciones y demás remozamientos a golpe de bisturí —no siempre exitosos, tal como puede comprobarse por los adefesios de quirófano que pululan por ahí—, o se abocan a *dietas* descerebradas que ponen en riesgo su salud, están patentizando un tremendo fracaso de lo humano, evidenciando una perversión de valores y prioridades que sólo beneficia al *statu quo* de una sociedad consumista absurda y lesiva.

En la sociedad moderna sólo se valora lo joven, lo eternamente joven y bello, y se oculta lo demás. Lo que es digno de aplauso y admiración, lo que debe ser imitado deseado o envidiado, suele presentarse envasado dentro de una piel tersa y de un cuerpo excepcional. Las televisiones, el cine y buena parte de las revistas son un perfecto modelo de irrealidad, ya que la mayoría de los especímenes que acaparan protagonismo en la pantalla o en el papel satinado tienen muy poco que ver con la gente normal y corriente —y ello sin entrar a valorar que la imagen que dan todos ellos es prefabricada y falsa, un mero producto de consumo para masas alienadas—, por otra parte, quienes protagonizan el grueso de las noticias de los periódicos suelen representar justo el ejemplo de lo que no deberíamos llegar a ser jamás.

Parece, por tanto, que, en el ámbito al que nos referimos, las referencias procedentes de la sociedad mediática son nulas cuando no patéticas; un estado de cosas que se agrava muchísimo al sumarse a dos efectos interrelacionados: mientras se incrementa sin control la presión de los medios de comunicación hacia el logro de ese estado de irrealidad corporal y emocional —que perjudica en mayor o menor medida, psicológica y/o físicamente, a la mayoría de quienes intentan alcanzarlo—, en las familias, debido a las exigencias de la propia sociedad industrializada y consumista, se tiende cada vez con más frecuencia e intensidad a hacer dejación de la responsabilidad de educar y de proveer modelos a imitar, con lo que los hijos/as se ven obligados a crecer imitando modelos sociales cada vez más vacuos y superficiales.

Hoy son muchos los que tienen pánico a envejecer, pero en las generaciones formadas durante los últimos treinta años el problema será muchísimo más grave. Los valores y conductas que pregona la sociedad de consumo —valores y conductas que no son potenciados por los medios si no rinden buenos beneficios económicos— pueden facilitar una vida más confortable —aunque sólo a quienes se la pueden pagar —, pero sin duda nos alejan años luz de la necesidad y posibilidad de aceptar nuestras propias fragilidades y limitaciones como seres humanos finitos y biodegradables que somos; centrándonos, además, en la vía del «tener» mientras se minimiza o anula la del «ser», una perversión conceptual que, tal como veremos en el capítulo 12, dificultará mucho, en su momento, el poder enfrentarse de una manera positiva a la propia extinción.

En el entorno de los países desarrollados, donde la esperanza de vida al nacer es elevada y se incrementa progresivamente —actualmente es de 78 años en la Unión Europea^[71] y se espera que llegue a los 85 años hacia el año 2040—, resulta muy razonable y adecuado preocuparse por las condiciones físicas, económicas y sociales que delimitarán los muchos años de vejez que, al menos estadísticamente, cabe esperar; pero temerle al propio proceso biológico del envejecimiento es tan absurdo como negarse a aceptar que mañana saldrá de nuevo el sol, nos guste o no, estemos

para sentir su calor o no.

Cuando la auto estima de una persona es baja, cae fácilmente en la trampa de situar la satisfacción y la felicidad en todo lo que es externo y ajeno a ella misma, y pasa a quedarse con lo superficial como único universo posible y deseable. Cuanto menos *valor* se cree poseer *dentro* de uno mismo, más se tenderá a pensar que sólo se es capaz de ofrecer a los demás la frescura de un caparazón vistoso —aunque se acabe convirtiendo el ombligo en hoyuelo de la barbilla a fuerza de estirar la piel facial en busca de una lozanía que ya es historia—. Sólo quien no ha sido capaz de madurar a lo largo de su vida, disfrutando de las experiencias que ofrece cada estadio vital, se verá atrapado en la absurda búsqueda de un imposible elixir de la eterna juventud.

Podemos envejecer enriqueciendo a otros mientras se intenta ocultar desesperadamente el propio declive... o envejecer enriqueciéndonos a nosotros mismos, ocupándonos más de los sentimientos que de la carrocería, cultivando mucho más las experiencias emocionales que las apariencias físicas. Todo aquello que se puede disimular bajo una capa de maquillaje o *mejorar* con un poco de silicona o un implante, no sólo no es importante, sino que, mucho peor aún, el no haber aceptado con naturalidad su existencia será un lastre insoportable a la hora de asumir y enfrentar la propia extinción.

Basta mirarse en un espejo, y comparar lo que se ve con una fotografía propia de hace 10, 20, 30,40 o 50 años, para comprobar que lo perdido en lozanía se ha ganado en vida, en experiencias. No es posible tener todo a la vez, y jamás se puede ganar algo valioso sin perder al mismo tiempo algo valioso. Cada vivencia que nos nutre se alimenta de nosotros mismos. Cada día de más es uno de menos. La vida es un balance de beneficios y pérdidas, pero sólo de cada uno dependerá que, al fin, vivirla haya sido un *buen negocio*, haya merecido la pena.

Maquillar lo desgastado para darle lustre de nuevo no deja de ser un engaño, pero dignificarlo como *antigüedad* producirá siempre muy buenos dividendos, a uno mismo y a los demás.

Saber envejecer con dignidad, en lo interno y lo externo, será la mejor garantía para que uno no se convierta en un problema para sí mismo, ni sea visto como tal por los demás aunque sus condiciones físicas le lleven a depender de los allegados.

La vejez nos desliza hacia el cenit de toda vida, que es su ocaso. El día da paso a la noche y, tal como hacemos a diario, hay que prepararse para el cambio que impone la extinción de la luz, de nuestra luz. El horizonte de la muerte, por vejez, por enfermedad, por ambos procesos a la vez, o por causas imprevisibles, merece nuestra atención porque es nuestro futuro más cierto y, en cualquier caso, reclamará nuestro esfuerzo y dedicación en algún momento que será ineludible.

En los capítulos que seguirán, miraremos de frente todas y cada una de las

circunstancias del hecho de morir. Un camino difícil de enfrentar que proponemos iniciar con dos reflexiones previas, la que nos dejó el escritor español Noel Clarasó (1905-1985) cuando dijo que «el mejor modo de resolver una dificultad es no tratar de soslayarla»; y la del dramaturgo inglés William Shakespeare (1564-1616), que apuntó con acierto que «el hombre cauto jamás deplora el mal presente; emplea el presente en prevenir las aflicciones futuras».

6. Cuando el final se acerca: ¿cómo encarado?

Tomar conciencia de la proximidad de la muerte implica un cambio tan sutil como importante para quien va a morir y para todo su entorno, puesto que ésta deja de ser vista como algo probable dentro de una trayectoria potencial, «todos nos moriremos algún día», para convertirse en el horizonte de una trayectoria real, «yo me estoy muriendo ahora», o «él/ella se está muriendo ahora».

Asumir la cercanía de la muerte, en general, puede estar motivado por la edad que uno ha alcanzado —no es habitual pensar en la muerte cuando se tiene 20 o 40 años, pero comienza a serlo cuando se cumplen 60, 70, 80, ¿90?—, o por el anuncio de un diagnóstico de enfermedad terminal.^[72] En este capítulo nos concentraremos en esta segunda posibilidad, en qué hacer para poder encajar y encarar un diagnóstico terminal, ya sea referente a uno mismo o a algún familiar próximo.

Un asunto inicial, extremadamente delicado, aflora bajo la propia necesidad de comunicar a un enfermo y sus familiares cercanos lo irreversible de la enfermedad que se padece, puesto que de ello dependerán en gran medida la conducta y evolución —positiva o negativa a los efectos de sobrellevar de la mejor manera posible el proceso terminal que se inicia— de uno y otros; precisando emplear, justo por ello, una serie de estrategias y conocimientos que abordaremos seguidamente, en el primer apartado.

Pero comunicar algo no implica necesariamente que el receptor lo acepte sin más, máxime cuando la mala noticia le pone un límite cercano a su vida o a la de un ser querido. Del mazazo inicial arrancará un proceso, más o menos común a todas las personas en situación terminal, y también a sus familiares, que permitirá adaptarse a la nueva realidad y afrontarla... o no. Conocer las etapas por las que atraviesa una persona tras enterarse de su diagnóstico terminal, y ser conscientes de los sentimientos y necesidades de todo orden que deberá enfrentar —también sus familiares— hasta llegar a su extinción, será fundamental para poder ayudar y apoyar al enfermo y su familia de forma eficaz y, sobre todo, humana; porque la muerte no es el fracaso o límite de la medicina tecnificada, sino la conclusión lógica de una vida humana que merece ser tratada como tal hasta su último suspiro.

Quizás uno se ha pasado la vida eludiendo pensar en la muerte, pero siempre acaba llegando la hora en la que debe cambiarse de actitud. Enfrentar el hecho de morir con madurez y dignidad hará que la vía hacia la extinción sea vivida infinitamente mejor en sus aspectos emocionales y, en consecuencia, dejará también en los deudos un recuerdo positivo, una huella de fortaleza, que les facilitará mucho realizar su duelo y asumir con normalidad la desaparición.

Tal como tendremos ocasión de ampliar, saber la verdad sobre la propia situación de salud —de ahí el derecho a conocer con exactitud el diagnóstico y la evolución

previsible— será fundamental para poder tomar decisiones muy importantes en materia de relaciones humanas, asuntos legales y económicos, actitudes espirituales o religiosas, tratamientos médicos por los que vale la pena pasar o no... La muerte cierra y completa el ciclo de la vida, así que tener la oportunidad de reflexionar sobre ésta y, en lo posible, patronear su llegada, son derechos irrenunciables que nadie debe arrebatarlos.

A pesar de lo que se conoce acerca de todas las enfermedades terminales, no puede asegurarse de antemano cómo será el último aliento; quizá podrá llegar tras un proceso gradual, esperado, continuado que desemboca en una progresiva obnubilación de la conciencia; o quizás ese proceso permita retener la conciencia lúcida hasta el final; o tal vez el desenlace se precipite de forma repentina e imprevista, antes del tiempo esperado. Sea cual fue re la disposición de nuestra conciencia al llegar al *límite*, resulta obvio que todo lo que puede facilitarnos una buena muerte debió hacerse con anterioridad, a menudo con mucha anterioridad, tanto por parte de uno mismo como de los demás. Morir bien, al igual que vivir bien, requiere una cierta planificación en lo material y en lo emocional.

La manera de morir de cada persona depende fundamentalmente de tres elementos: la personalidad del sujeto, el tipo de enfermedad terminal^[73] y la calidad de la asistencia médica y ayuda humana que se reciba durante el proceso. El primero depende de uno mismo, la personalidad —un concepto que nos llevaría a abordar la forma como controlamos las emociones, las estrategias para enfrentar los problemas y el estrés, la construcción interna que hacemos de nuestro *mundo* y de nuestro papel en él, etc.— siempre puede modificarse para mejor, tanto si pretendemos mejorar la manera de sentir la vida como la de percibir la muerte. A veces puede hacerse algo para prevenir o evitar algún tipo de enfermedad terminal —dejar de fumar o de beber en exceso, por ejemplo—, pero es evidente que de algo debe morirse y ese destino no permite más control, si acaso, que el paliativo, aunque el proceso mediatizará las posibilidades que se tendrán mientras se va acabando la vida. El tercer elemento está siempre en manos de otros, ya sean éstos personal sanitario, familiares o amigos. Unos y otros pueden mejorar también el papel que tienen reservados adquiriendo más conocimientos sobre el hecho de morir.

La muerte es un hecho individual, pero depende en muchos aspectos del trabajo colectivo y de los sentimientos que afloran en el entorno del enfermo. Hoy somos nosotros el familiar, el amigo, el vecino, o quizás el médico; mañana otros asumirán este rol mientras nosotros deberemos representar a quien se apaga para siempre.

DAR Y RECIBIR MALAS NOTICIAS MÉDICAS: ¿QUIÉN? ¿CUÁNDO? Y ¿CÓMO?

Una «mala noticia» puede definirse como aquella información que modifica de manera radical y negativa las expectativas que tiene un sujeto determinado acerca de su porvenir,^[74] y es tanto más «mala» cuanto más divergentes sean las expectativas de futuro esperadas de las que permite la nueva realidad que viene a implantar la «mala noticia». En su sentido más amplio, una «mala noticia» siempre implica perder algo —físico, emocional, material, simbólico, de uno mismo, de alguien que nos importa—, por ello, invariablemente, desencadena reacciones emocionales intensas en todos cuantos se sienten implicados por su contenido.

La mala noticia médica, en cualquiera de sus grados, afecta al paciente en su totalidad, que debe iniciar un proceso de adaptación al nuevo estado en el que se ve lanzado de repente, pero otro tanto le sucede a su círculo próximo y/o dependiente, que también deberá adaptarse al proceso, siempre doloroso, de una enfermedad terminal —causa de un mayor o menor deterioro y sufrimiento en el paciente— que acabará con la pérdida física del ser querido y de cuanto significaba y aportaba, material y emocionalmente, a cada uno.

Normalmente, el encargado de dar la mala noticia es un médico pero, para este colectivo, que suele estar preparado para informar sobre curaciones pero no sobre la otra cara de la moneda, la comunicación abierta con pacientes terminales y sus familias no es tampoco tarea fácil, dado que antes deben afrontar su propia ansiedad personal ante la muerte y el fracaso —el de su medicina, *incapaz* de curar a ese enfermo—, además de estar en condiciones de soportar ser el blanco de la ira, rechazo, ansiedad y demás reacciones emocionales que despertarán en sus interlocutores al trasvasarles una información negativa que, para colmo, no siempre disponen en su totalidad para poder cubrir todas las preguntas y dudas del enfermo y sus familiares.

No se puede predecir la muerte a fecha fija, hay muchas variables que pueden acortar o alargar el pronóstico, pero debe incurrirse en la aventurada responsabilidad de hacerlo.^[75] Todos preguntan, aunque no quieran escucharlo, «¿cuánto tiempo de vida queda?», ya que este pronóstico de tiempo será muy importante puesto que determinará cada una de las previsiones que deben comenzar a hacerse enfermo, familiares y equipo terapéutico. Pero ¿cómo y cuándo decirlo?, ¿cómo valorar el impacto que tal información tendrá en los interlocutores?

La legislación de la mayoría de los países industrializados —como la Ley General de Sanidad española— establece la obligación que tiene todo médico de informar a su paciente, verbalmente y por escrito, acerca de la enfermedad que padece y de su pronóstico; así como también la de informar al familiar o allegado más próximo, o a quien el paciente designe para tal cometido. Una excepción a la norma es la que contempla el llamado «privilegio terapéutico», que autoriza al médico a ocultar información pero sólo en el caso de que considere, con fundamentos sólidos, que la

noticia podría incrementar el riesgo del paciente (tal como podría suceder en enfermos con antecedentes de intento de suicidio y/o con determinados trastornos psiquiátricos). La otra excepción es cuando el paciente se niega, de forma expresa o tácita, a conocer su situación; una negativa que suele remitir a medida que la enfermedad evoluciona y se incrementa la confianza con el médico.

Es muy corriente también que los familiares quieran saberlo todo sobre la enfermedad pero pidan al equipo médico que se lo oculte al paciente, poniendo en marcha una «conspiración de silencio» que no lleva sino a aislar al enfermo y a construir un lesivo muro de incomunicación entre paciente, familiares y médicos. Otro tanto sucede al revés, cuando el enfermo es consciente de su estado pero solicita al médico que no informe a su familia más próxima para evitar causarles sufrimiento. Ambos casos deberían evitarse, salvo que se estuviese ante un supuesto en que deba aplicarse el «privilegio terapéutico», dado que perjudican a todos y no solucionan nada.

A pesar de que muchos creen que conocer el diagnóstico terminal es contraproducente para cualquier enfermo, la verdad es que, cuando el proceso de comunicación médico-paciente se produce correctamente —y la clave radica antes en el cómo que en el qué se dice—, la información recibida acaba liberando al enfermo y su familia de la angustia que produce la incertidumbre. Cuando se conoce la causa y características de un problema disminuye la ansiedad que genera, se reduce el miedo irracional que origina todo lo desconocido, y se activan los recursos de afrontamiento, eso es las diferentes estrategias posibles para encarar cualquier problema, tenga o no solución. Por dura y negativa que sea la realidad en la que uno está inmerso, siempre será peor ignorarla; pero también es cierto que la respuesta y evolución de un enfermo dependerá mucho de cuándo y cómo se le haya comunicado la «mala noticia».

La autonomía de una persona depende de lo que ésta conoce de sí misma y de las circunstancias que le afectan, así que ocultar la verdad a un enfermo terminal implica faltarle al respeto y vulnerarle su derecho a la verdad, impidiendo de esta manera que pueda tomar las decisiones que crea convenientes, en cualquier ámbito, cuando todavía está a tiempo y, también, imposibilitando que pueda vivir la última etapa de su vida con el protagonismo que corresponde a cada uno y que sólo a cada uno corresponde. Cuando se adquiere conciencia de la propia muerte como algo más o menos inminente, y se acepta como un hecho natural, cambia la forma de relacionarse con la pareja, parientes y amigos, pudiendo entrar en un nivel de intimidad, sinceridad y cercanía emocional que quizá jamás se pudo abordar antes y que ahora será fundamental para vivir la última parte del camino con la máxima riqueza y bienestar posible.

Marcos Gómez, citando a Minkowsky, que compara la vida con una marcha sobre

una distancia cuyo último mojón representa a la muerte, escribe que «la muerte es una cualidad de la vida, la cualidad de la vida, el Índice del valor de la existencia humana. Y así como el último mojón hace de la marcha un todo, así también la muerte hace de la vida una unidad. Quien priva al hombre del derecho de meditar acerca de la muerte próxima, le arrebatada en realidad el derecho de ver su vida como la totalidad de una vida, de vivirla como un todo. Una marcha resulta absurda cuando se alcanza la meta sin enterarse de ello, aunque a lo largo del camino se hayan conocido agradables momentos de descanso (...) Quien oculta al enfermo la incontestable gravedad de su lecho del dolor, quien junto al lecho de muerte se niega a hablar de la muerte, degrada la vida del hombre o de la mujer que en dicho lecho espera el fin»^[76], aunque también apostilla a renglón seguido que «no hay que deducir de lo dicho, sin embargo, que a todo enfermo se le debe comunicar al buen tuntún la verdad acerca de su situación», tal como ya mencionamos anteriormente.

Lo ideal es que enfermo y familiares tengan la posibilidad de hablar acerca de la naturaleza de la enfermedad y de su posible evolución, que puedan dialogar e intercambiar opiniones y sentimientos. La información que sepan y compartan —o no— unos y otros, así como el modo en que lo hagan, siempre acabará determinando lo que se denomina «contextos de conciencia»,^[77] eso es la manera en que la persona —salvo que esté en coma o sea un neonato— va a experimentar su propia extinción. Veamos a continuación qué son y qué implican estos «contextos de conciencia»:

Cuando el enfermo no sabe nada de su estado pero sí lo conocen cuantos le rodean, la muerte llegará sin demasiados conflictos, pero se habrá privado al fallecido de poder despedirse conscientemente de su vida y de su gente, de poner en orden su conciencia y sus asuntos, de poder compartir con otros sus sentimientos en este último trance; sus familiares también se habrán visto privados de su cercanía emocional, de la posibilidad de ayudarlo a sobrellevar el proceso —aprendiendo de él y madurando ambas partes— y, si acaso, podrán verse perjudicados por asuntos legales o económicos que no fueron resueltos con anterioridad por la falta de conciencia de su situación en la que se sumió al enfermo.

Cuando el enfermo presiente aquello que ya saben los demás y trata de confirmar su sospecha, igual que en el caso anterior, tampoco podrá despedirse de lo que ha sido su vida pero, además, habrá sufrido una perenne y dolorosa sensación de angustia durante todo el proceso, particularmente al ver que personal médico y familiares le evitan, eluden sus preguntas o se ponen a la defensiva cuando son interrogados. Por lo general acaba conduciendo a alguno de los otros dos «contextos de conciencia» que siguen.

Cuando todos conocen la verdad pero se comportan como si no la supiesen, el enfermo puede disfrutar de cierta intimidad, pero también sufre mucha soledad y aislamiento, algo que la mayoría de las personas no soporta bien.

Cuando todos conocen y reconocen abiertamente la situación, el enfermo puede ser realmente el patrón de su proceso de muerte, haciendo y resolviendo cuanto crea oportuno, reflexionando sobre lo que le interese, compartiendo sentimientos con quien guste... viviendo el proceso terminal, él y su familia y amigos, de una manera asumida y compartida, se facilitará enormemente tanto la asunción del propio fin como la realización del duelo por parte de los demás.

En cualquier caso, no cabe olvidar que una «mala noticia» no afecta a todos de la misma manera; las reacciones, tanto del paciente como de sus familiares, dependen del tipo de personalidad —básicamente de su madurez emocional—, de la edad en el momento del diagnóstico, de la clase de enfermedad y evolución previsible —según se espere consecuencias tales como deterioro de la propia imagen, dolor intenso, pérdida de autonomía, deterioro de las capacidades cognitivas—, del papel familiar y social que se desarrolla en el momento, etc. En el apartado siguiente analizaremos más a fondo estas reacciones.

En la formación que reciben los médicos para afrontar este tipo de situaciones se les recomienda que «es preciso romper barreras y actuar con sinceridad y realismo, desde el respeto a los deseos y necesidades del paciente y sus familiares y nunca quitar la esperanza. Comunicar de manera lenta, paulatina y continuada, respetando el proceso de maduración y asimilación del interlocutor, convirtiéndole en partícipe de las decisiones terapéuticas, respetando su capacidad de autonomía y decisión. Los objetivos de la comunicación serán informar al paciente y a los familiares en función de lo que vayan deseando saber, orientarles a través del proceso, y ofrecer apoyo (...) Puesto que la comunicación como herramienta es un proceso dinámico y direccional, la actitud de escucha es de suma importancia, nos permite averiguar lo que le preocupa, lo que le angustia, lo que le duele, lo que le da miedo, lo que se necesita, lo que se duda. La escucha implica atención, respeto, actividad, interés. Exige habilidades como la empatía, desechar el paternalismo, desechar los juicios, evaluar la información, identificar problemas y evitar la emoción excesiva».^[78]

Algún día, como enfermos o como familiares, estaremos frente a un médico que deberá comunicarnos una «mala noticia». Para él o ella no será más fácil que para nosotros, aunque sea en nuestro bando donde el cronómetro ha iniciado su cuenta atrás. Saber cómo se viven estas situaciones desde el lado médico, nos puede ayudar a entendernos mejor con el equipo terapéutico, incluso a sacar de él lo mejor que sea capaz de dar, y eso siempre repercutirá en beneficio de todos, enfermo, familiares y personal sanitario. Recordar y aplicar lo dicho en el párrafo anterior sobre la actitud de escucha y sus necesidades, nos será de una tremenda ayuda cuando tengamos que estar nosotros mismos frente a ese familiar o amigo/a que ha comenzado a andar conscientemente su último tramo de vida.

También serán fundamentales los conocimientos anteriores acerca de la

comunicación y la escucha si, por las circunstancias que sean, el equipo médico nos adjudica el papel de «cuidador principal» del familiar enfermo, una figura que resulta clave en todo proceso terminal —e indispensable, convirtiéndose en un miembro más del equipo terapéutico, cuando se administran cuidados paliativos—^[79] ya que actúa como responsable principal del cuidado del enfermo fuera del hospital, como interlocutora habitual de éste, y también como intermediaria, coordinadora y portavoz entre familiares —y/o el enfermo si éste está impedido para hacerlo— y equipo terapéutico.

Al referimos al hecho de comunicarse suele ser habitual pensar sólo en la comunicación verbal y, a lo sumo, en la escrita, pero debe tenerse muy presente que otro tipo muy distinto de expresión, la comunicación no verbal, puede llegar a representar hasta el 93% del total de cosas que transmitimos al otro u otros. El lenguaje no verbal está conformado por una mezcla de elementos, con significado por sí mismos, que forman parte del propio proceso de comunicar y de la actitud del comunicador, entre ellos: el rol que desempeña y el lugar en el que se encuentra el comunicador, sus gestos corporales —movimiento de manos, posición de brazos y piernas, balanceo del cuerpo, orientación respecto a quien se dirige, etc.—, la dirección de su mirada, la proximidad o contacto físico —también el contacto visual —, la apariencia externa —aspecto físico, vestuario, etc.—, su actitud de escucha y atención, el tiempo dedicado a la comunicación... en fin, se trata de que lo que decimos no sea desmentido por lo que sentimos o hacemos.

Nadie nos va a creer si le decimos «te quiero» mirando hacia el suelo en lugar de hacerlo a sus ojos; tampoco si le manifestamos «no te preocupes, lo superarás, yo te ayudaré» desde el otro extremo de la habitación, dirigiendo la mirada hacia la ventana, con los brazos cruzados y agitando nerviosamente un pie. Podemos mentir fácilmente con la palabra, pero es sumamente difícil hacerlo con todo el cuerpo. Mejor guardar silencio que decir algo que no sentimos y, en cualquier caso, mejor sentir de verdad lo poco o mucho que estemos dispuestos a expresar. Cuando se está atravesando una crisis importante —ya sea el enfermo o su entorno afectivo— se adquiere una especial sensibilidad para detectar palabras vacías a través de los gestos que las acompañan, y viceversa. Un abrazo sentido, un cruce de miradas en silencio, un beso en la mejilla, o un apretón de manos, pueden transmitir infinitamente más amistad, afecto, proximidad, calor, solidaridad... que muchas horas de cháchara.

Entre los requerimientos que se dan como imprescindibles para poder comunicar «malas noticias» médicas, los expertos citan: estar bien informado uno mismo antes de hacerlo —para que la información facilitada pueda cubrir todos los aspectos del problema que puedan serle de interés al otro—; evitar cualquier actitud paternalista; aceptar a la otra persona como un interlocutor capacitado y libre y admitir su derecho a querer saber o no sobre su situación; adoptar la comunicación como lo que debe ser,

un hecho bidireccional, y no como una transmisión inapelable de lo que uno sabe, cree o piensa; buscar el momento y lugar adecuados (evitando la distancia, las prisas o la huida camuflada bajo la forma de *trámite burocrático*); averiguar qué conoce el enfermo —sin perder de vista que la mayoría ya sabe o intuye que se encuentra en una situación grave o irreversible—,^[80] qué desea saber y qué puede saber (límite de verdad que es capaz de soportar); esperar a que pregunte y/o facilitar que lo haga; ofrecer algo a cambio —compromiso de soporte— para aminorar la sensación de pérdida que produce la noticia; actuar gradualmente, sin establecer límites y plazos —manejando la incertidumbre—; proceder con intimidad, honestidad, sencillez, sinceridad, claridad —evitando tecnicismos, ambigüedades, silencios y mentiras— y delicadeza; no discutir con la negación,^[81] emplear términos positivos; no quitar la esperanza.

En general, la mayoría de los errores que se cometen a la hora de comunicar una «mala noticia» médica, ya sea por parte de personal clínico o familiares y amigos del enfermo, se origina en dos carencias personales del propio comunicador: tener conocimientos insuficientes del *arte* de la comunicación; y, fundamentalmente, ser más o menos incapaz de aceptar la muerte de los demás... dado que esta circunstancia actúa como un espejo que adelanta un destino propio que también intentamos obviar.

Mejorando lo primero y perdiendo o rebajando el miedo a abordar lo segundo —siendo consciente y consecuente con la propia finitud—, la relación con un enfermo terminal cambia de modo radical y se convierte en una experiencia positiva para uno y otros.

ETAPAS QUE ATRAVIESA UNA PERSONA TRAS CONOCER SU DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD TERMINAL

Percibirse a sí mismo como enfermo, motivado por determinados síntomas que no encajan con aquello que suponemos debe de ser lo «normal» en nosotros, suele llevar a tomar la decisión de someterse a un examen médico que, en la medida en que sofisticas las pruebas a realizar, también incrementa las dudas en quien las está pasando («¿Para qué un escáner si lo único que tengo es un poco de dolor de cabeza?» «¿Por qué una biopsia si lo que deseo es que me eliminen un grano poco estético?»).

En un principio el enfermo es ajeno a su situación, aunque quizás algún familiar sí sepa qué está ocurriendo, cosa que determinará una diferente actitud del familiar —quizás algo de distanciamiento, insistente empeño en decir que «seguro que no será

nada», dejar de hablar de planes futuros— que, sin pretenderlo, contribuirá a que esa persona pase de su fase de ignorancia a la de inseguridad. Se abren dudas acerca del posible diagnóstico, se imagina mentalmente la evolución de enfermedades probables, se cae en una mezcla de temor, tristeza y, al tiempo, esperanza de curación de ese algo borroso que se intuye y teme. El ánimo permanece alterado y es cuando más se agradece disponer de alguien adecuado con quien poder compartir la intranquilidad. Un paso más allá, la persona ya intuye con más fuerza la posible gravedad de su estado y la probable cercanía de la muerte, pero se niega a aceptarlo. Necesita y teme que le informen de lo que sucede, por eso —tal como ya vimos— será muy importante la manera como se le comunique el diagnóstico. La subida del telón dará comienzo al último acto de un drama inevitable, aunque éste sea el único papel para el que no hayamos sido preparados.

Cuando una persona es informada por su médico de que su proceso patológico es terminal, siempre se produce, lógicamente, una intensa reacción emocional ante la noticia. Al shock e incredulidad inicial le sigue una fase en la que se entremezclan ansiedad, irritabilidad, insomnio, pérdida del apetito, depresión, problemas para realizar con normalidad las tareas cotidianas... síntomas que son característicos del proceso de adaptación a su nueva realidad y que, con el apoyo de familiares, amigos y responsable de su tratamiento médico, suelen remitir en unos diez días, aunque también es habitual que el cuadro ansioso y depresivo permanezca durante semanas o meses, requiriendo entonces un tratamiento específico.

La enfermedad terminal supone, al menos, un reto que obliga a enfrentarse al dolor, al miedo a la soledad y a la sensación de pérdida de sentido de la vida. En esta circunstancia no hay reacciones que deban ser consideradas normales o anormales, sino reacciones que favorecen adaptarse a la nueva realidad y permiten que el enfermo resuelva progresivamente sus problemas, y otras —a menudo las mismas pero extremadas y/o cronificadas— que impiden la adaptación y generan todavía más dificultades a la persona enferma.

Es obvio que no todo el mundo reacciona de igual modo ante el diagnóstico, ni encauza de manera idéntica el posterior proceso de adaptación a su nueva situación vital, pero existe una serie de estadios o fases —que fueron primeramente descritas y sistematizadas por Elisabeth Kübler-Ross— por las que pasan la mayoría de los enfermos terminales, aunque no todos las recorren con la misma intensidad ni en el mismo orden cronológico. Las etapas que suelen seguir a un diagnóstico de enfermedad terminal son: negación y aislamiento, irritación e ira, pacto, depresión y aceptación.^[82]

1) Negación y aislamiento. Esta primera fase es la reacción inicial al shock derivado del diagnóstico, tras el mazazo, enfermo y familiares se niegan a aceptar la realidad que se les ofrece —«no puede ser cierto», «será un error...»—, buscan más

opiniones de médicos, especialistas de fama, videntes, curanderos... y se aferran a cualquier resquicio de duda para apartar de sí la mala noticia. Es una reacción habitual en casi todos los pacientes —y no sólo al principio, también es normal que se reproduzca, de vez en cuando, más adelante—, pero es clásica en los pacientes que reciben la noticia de forma muy repentina o brusca y/o sin haber sido preparados adecuadamente por su médico para ello.

Aunque una persona acepte de buen grado el destino que, tarde o temprano, nos aguarda a todos, es lógico presentar resistencias emocionales cuando la cita se presenta a plazo fijo y sin ser esperada. La fase de negación debe ser respetada, sin presiones de ninguna clase, ya que todos necesitamos algún tiempo de *lucha* y *resistencia* antes de poder adaptarnos y ser capaces de enfrentar un diagnóstico terminal. La negación es una defensa provisional que suele ceder el paso a una aceptación parcial de la nueva situación, pero que reaparece con mayor o menor intensidad y frecuencia, siendo entonces tan inútil como contraproducente discutirle al enfermo sus percepciones subjetivas o hacerle notar las contradicciones en que suele caerse en estos casos (como, por ejemplo, culpar a la medicación de efectos que son propios del progreso de la enfermedad terminal).

«Generalmente —afirma Kübler-Ross—, es mucho más tarde cuando el paciente usa el aislamiento más que la negación. Entonces puede hablar de su salud y su enfermedad, su mortalidad y su inmortalidad como si fueran hermanas gemelas que pudieran existir una al lado de la otra, con lo que afronta la muerte pero todavía conserva la esperanza (...) Como en nuestro inconsciente somos todos inmortales, para nosotros es casi inconcebible reconocer que tenemos que afrontar la muerte. Dependerá mucho de cómo se le diga, de cuánto tiempo tenga para reconocer gradualmente lo inevitable, y de cómo se haya preparado a lo largo de su vida para afrontar situaciones de tensión, que abandone poco a poco su negación y use mecanismos de defensa menos radicales.»^[83]

En no pocas ocasiones, tiempo después de recibido el diagnóstico, cuando el enfermo ya es bien consciente de su estado, una negación aparente es usada de forma selectiva por algunas personas para relacionarse con aquellos de los que saben o intuyen que no *aceptan* la posibilidad de su muerte; con unos hablan abiertamente de su próximo fin —por tanto, no se engañan a sí mismos— mientras que con esos otros fingen recuperarse para no defraudar las esperanzas que alimentan.

2) Ira e irritación. Cuando el enfermo, obligado por su propia realidad, ya no puede mantener por más tiempo la actitud de negación, aparece una mezcla de sentimientos de ira, rabia, irritación, envidia y resentimiento —«¿por qué me tocó a mí?», «¿qué ha motivado mi desgracia?», «¿por qué no le ha pasado a... que jamás cuidó de su salud?»— que suelen dirigirse, en primer lugar, contra otros, intentando encontrar algún culpable de su situación —la pareja o familiar que no le hizo caso

cuando se quejaba, el médico que tardó en explorarle, el exceso de trabajo que le impedía acudir al médico, la publicidad que le incitó a fumar...— o, en el caso de algunos creyentes, imaginando que su enfermedad es un castigo divino originado por sus *pecados* —errores— del pasado, con lo que transforman su ira en rabia —y culpabilidad— contra sí mismos.

Esta fase de ira es muy difícil de afrontar para los familiares y personal sanitario que rodea al enfermo ya que todos ellos, al azar, en función de sus cambios de humor, son hostigados y responsabilizados del estado terminal y de cada una de sus consecuencias fisiológicas y psicológicas. Todo está mal, todos lo hacen mal; hagan lo que hagan la irritación del enfermo les usa como blanco. En consecuencia, las reacciones de familiares y sanitarios tienden a llevarles a rehuir al enfermo, a espaciar las visitas —a nadie le gusta ser agredido sin tener culpa alguna en una circunstancia que también resulta dolorosa para el familiar o para el personal médico—, produciéndose mayor sensación de aislamiento, abandono e ira en el enfermo.

En estos momentos no ayuda, antes al contrario, responder a la ira del enfermo con el mismo sentimiento. Es cierto que uno puede sentirse maltratado por la persona a la que intenta ayudar, pero hay que tener un poco de empatía y ponerse en su lugar: ¿cómo nos sentiríamos cada uno de nosotros sabiendo que vamos a morir mientras que todos los que vemos a nuestro alrededor gozan de energía y movilidad, tienen proyectos, hacen cosas, les ocurren cosas, planean actividades futuras, disfrutan de su vida cotidiana...?, ¿no nos resultaría irritante ser conscientes de toda esa actividad, de toda esa vida, justo cuando somos conscientes de que uno la está perdiendo irremediablemente? Rabia, envidia, ira..., ¿no sentiríamos cada uno de nosotros algo parecido en tal circunstancia? En todo caso, hay que ser conscientes de que en la manifestación de ira, en general, no hay nada personal, no se dirige contra alguien en particular, sino que es una forma de encauzar la frustración y rabia contra la situación a la que el enfermo está abocado.

Resulta algo difícil mostrarse tolerante con quien no actúa como tal, pero antes de irritarse con el enfermo será bueno imaginarnos y sentimos en su lugar, ¿nos gustaría que familiares y personal sanitario tolerasen nuestra frustración e ira en nuestra fase terminal? Pues eso mismo es lo que necesita ahora el enfermo ante el que estamos. La tolerancia ante sus reacciones airadas, escucharle, dialogar en buen tono a pesar de su posible agresividad, servirle de alivio o aliviadero, son necesidades del enfermo terminal para poder llegar a aceptar mejor su destino. También serán las nuestras en su momento. El esfuerzo que nos requiere, aun sin ser consciente de ello, el familiar, amigo o paciente que tenemos enfrente, es algo que todos podemos hacer y asumir sin dificultad, pero también es cierto que sólo podremos hacerla bien y con escaso desgaste emocional personal si antes hemos elaborado y asumido de la mejor manera posible el hecho de la muerte —de la ajena y de la propia— y, también, si no tenemos

deudas emocionales pendientes con el enfermo o, al menos, somos capaces de darlas por *saldadas* (sin olvidar que la fase terminal es una época idónea para que el enfermo pueda hacer las paces consigo mismo y con los demás, sólo es cuestión de reflexionar y dialogar).

3) Pacto. Al llegar a esta fase, el enfermo intenta negociar con todo el mundo — médicos, familiares, Dios, santos, *fuerzas cósmicas*, curanderos, etc.— a fin de obtener una nueva oportunidad a cambio de las promesas más diversas: cambiar de vida, tomarse más en serio su salud, realizar donativos, integrarse o participar en ritos religiosos u otros, donar su cuerpo a la ciencia —si gracias a los médicos se llega a vivir más de lo previsto, claro—, o cualquier otra posibilidad. Se está dispuesto a dar cualquier cosa por la curación o, al menos, alivio de los síntomas de la enfermedad; suele ser una fase corta, a veces oculta a los demás, pero es también el momento idóneo para poder ser embaucado por desaprensivos que se lucran ofreciendo falsas esperanzas a los enfermos crónicos y terminales.

La lógica y mecanismo del pacto nace de una dinámica emocional —que es una de las primeras estrategias infantiles que aprendemos para *negociar* con la realidad y lograr nuestros propósitos— consistente en prometer «ser bueno» para conseguir aquello que se desea; si antes, a lo largo de nuestra vida, funcionó muchas veces, ¿por qué no probarlo ahora? Si mostrando ira contra familiares, médicos y el propio Dios no se ha logrado ninguna mejora, quizá pueda ser diferente adoptando la táctica de prometer cambiar, de ofrecer para obtener, de pedir «sólo una pequeña mejoría», «sólo por una vez más», «sólo para ser capaz de...», «sólo poder vivir hasta...», en realidad se trata de intentar posponer lo inevitable, al igual que intentábamos aplazar o evitar un castigo paterno cambiando de actitud u ofreciendo algo a cambio de su generoso perdón; por eso, en esta fase, es muy frecuente dirigir el pacto hacia Dios, el padre que se imagina con poder sobre nuestra vida, o hacia figuras *celestiales* a las que culturalmente se atribuye alguna capacidad de intermediación.

Bajo el mecanismo del pacto anidan dinámicas de pensamiento mágico o irracional y, con mucha frecuencia, sentimientos de culpabilidad que, obviamente, no mejoran, antes al contrario, cuando el enfermo ve que los pactos van venciendo sin lograr los resultados previstos. En función de la personalidad del paciente, éste será un aspecto que merecerá una mayor o menor atención psicoterapéutica.

4) Depresión. Aflora cuando al enfermo ya le resulta imposible negar lo evidente. Es momento de analizar la vida pasada, de reflexionar sobre las repercusiones que su enfermedad y muerte inminente tendrán sobre la familia, amigos, trabajo o negocios (si no se hizo antes, es hora de aplicarse para dejar «los papeles» en orden; y, según sean las circunstancias de cada caso, también deberá enfrentarse un sufrimiento suplementario si las condiciones en las que va a quedar la familia no son buenas). Surgen las meditaciones sobre la finitud de la vida, sobre su brevedad insospechada,

sobre lo que pudo haberse hecho o no de haber sabido el tiempo real de vida que «se tenía asignado». Cambia el carácter, aparece el retraimiento, baja mucho la autoestima, también desciende de forma muy acusada la tolerancia al sufrimiento — físico y emocional—, el sentimiento de abandono se incrementa, las alteraciones en el sueño y/o en la ingesta complican el cuadro y, en algunos sujetos, pueden darse ideaciones suicidas.

Cuando la realidad del proceso terminal se hace indiscutible, en el enfermo aflora con toda su fuerza una tremenda sensación de pérdida, que puede adoptar diferentes aspectos: pérdida estética, funcional o de movilidad —por extirpación de algún órgano externo o miembro—, pérdida económica —debida al alto coste de los tratamientos médicos que, quizás, obligan a hipotecar o perder bienes por los que se luchó durante décadas, o a dejar sin apoyo económico a quienes le sobreviven, o a perder el trabajo quien debe dedicarse a su cuidado—, pérdida de control y/o poder —dentro y fuera de la familia—, etc. Para detectar el origen de la sensación de pérdida que experimenta un enfermo terminal bastará con estar dispuesto a escucharle; para ayudarlo a aceptarla y superarla, salvo si es una conducta patológica, deberán entrar en juego capacidades que todos deberíamos tener, al menos respecto a las personas que forman parte de nuestro universo afectivo próximo, eso es ser comprensivo, sensible, dialogante y capaz de brindar apoyo y refuerzo emocional. Ésta es una de las razones por las que la gente necesita transitar por el proceso de morir junto a los suyos, arropados por el afecto y comprensión de quienes han sido parte de su vida.

Elisabeth Kübler-Ross describe también otro tipo de depresión, la que denomina preparatoria, que merece la pena ser destacada: «Lo que a menudo tendemos a olvidar, sin embargo, es el dolor preparatorio por el que ha de pasar el paciente desahuciado para disponerse a salir de este mundo. Si tuviera que señalar una diferencia entre estas dos clases de depresión, diría que la primera es una depresión reactiva, y la segunda una depresión preparatoria (...) El segundo tipo de depresión no tiene lugar como resultado de la pérdida de algo pasado, sino que tiene como causa pérdidas inminentes. Nuestra reacción inicial ante las personas que están tristes, generalmente es intentar animarlas, decirles que no miren las cosas desde una óptica tan torva o desesperada (...) Esto, a menudo, es una expresión de nuestras propias necesidades, de nuestra incapacidad para tolerar una cara larga durante un período prolongado de tiempo. Puede ser una actitud útil cuando se trata del primer tipo de depresión de los pacientes desahuciados (...).

»Cuando la depresión es un instrumento para prepararse a la pérdida inminente de todos los objetos de amor, entonces los ánimos y las seguridades no tienen tanto sentido para facilitar el estado de aceptación. No debería estimularse al paciente a que mire el lado alegre de las cosas, porque esto significaría que no debería pensar en su

muerte inminente. Sería absurdo decirle que no esté triste, ya que todos nosotros estamos tremendamente tristes cuando perdemos a una persona querida. El paciente está a punto de perder todas las cosas y las personas que quiere. Si se le permite expresar su dolor, encontrará mucho más fácil la aceptación final, y estará agradecido a los que se sienten a su lado durante esta fase de depresión sin decirle constantemente que no esté triste. Este segundo tipo de depresión generalmente es silenciosa, a diferencia de la primera, durante la cual el paciente tiene mucho que compartir y necesita muchas comunicaciones verbales y a menudo intervenciones activas por parte de miembros de varias profesiones. En el dolor preparatorio no se necesitan palabras, o se necesitan muy pocas. Es mucho más un sentimiento que puede expresarse mutuamente y a menudo se hace mejor tocando una mano, acariciando el cabello, o sencillamente, sentándose aliado de la cama, en silencio. Éstos son los momentos en los que el paciente puede pedir una oración, cuando empieza a ocuparse más de lo que le espera que de lo que deja atrás. Son unos momentos en los que la excesiva intervención de visitantes que traten de animarle dificultará su preparación psicológica en vez de aumentarla».^[84]

5) Aceptación. En esta etapa el enfermo ya reconoce plenamente su situación y la inevitabilidad de su muerte próxima, circunstancias que le sitúan en una especie de nebulosa tranquila y pacífica. Se acaba su *beligerancia* y se derriban las barreras puestas en fases anteriores y la persona intenta poner en orden sus asuntos, se va despidiendo de familiares y amigos, colabora sin objeciones con el personal médico para abordar de la mejor manera posible los problemas que van surgiendo, pero lo hace desde la lejanía de sí mismo, como si ese organismo en fase terminal y cuanto le rodea ya no tuviesen nada que ver con él. Esta aceptación incondicional, sin embargo, no es sinónimo de rendición, no implica querer dejar de vivir sino que, por el contrario, indica que se ha penetrado en una nueva forma de percibirse a sí mismo, que se ha integrado hasta en el último poro de la piel que el hecho de morir es su único horizonte vital.

Aquí, de nuevo, recurriremos a la autoridad de Elisabeth Kübler-Ross transcribiendo unos párrafos —pues no tiene sentido contar con palabras propias lo que otros ya han dicho, si las originales son mucho mejores—, de su imprescindible libro *Sobre la muerte y los moribundos*, acerca de esta fase de aceptación:

«Si un paciente ha tenido bastante tiempo (esto es, no una muerte repentina e inesperada) y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegará a una fase en la que su “destino” no le deprimirá ni le enojará. Habrá podido expresar sus sentimientos anteriores, su envidia a los que gozan de buena salud, su ira contra los que no tienen que enfrentarse con su fin tan pronto. Habrá llorado la pérdida inminente de tantas personas y de tantos lugares importantes para él, y contemplará su próximo fin con relativa tranquilidad. Estará cansado y, en la mayoría de los casos,

bastante débil. Además, sentirá necesidad de dormitar o dormir a menudo y en breves intervalos, lo cual es diferente de la necesidad de dormir en épocas de depresión. Éste no es un sueño evasivo o un período de descanso para aliviar el dolor, las molestias o la desazón. Es una necesidad cada vez mayor de aumentar las horas de sueño muy similar a la del niño recién nacido pero a la inversa. No es un “abandono” resignado y desesperanzado, una sensación de “para qué sirve” o de “ya no puedo seguir luchando” (...).

»No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Está casi desprovista de sentimientos. Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado, y llegara el momento del «descanso final antes del largo viaje», como dijo un paciente. En esos momentos, generalmente, es la familia quien necesita más ayuda, comprensión y apoyo que el propio paciente. Cuando el paciente moribundo ha encontrado cierta paz y aceptación, su capacidad de interés disminuye. Desea que le dejen solo, o por lo menos que no le agiten con noticias y problemas del mundo exterior. A menudo no desea visitas, y si las hay, el paciente ya no tiene ganas de hablar (...) Entonces nuestras comunicaciones se vuelven más mudas que orales. El paciente puede hacer un simple gesto con la mano para invitarnos a que nos sentemos un rato. Puede limitarse a coger la mano y pedimos que nos estemos allí sentados en silencio. Estos momentos de silencio pueden ser las comunicaciones más llenas de sentido para las personas que no se sienten incómodas en presencia de una persona moribunda. Podemos escuchar juntos el canto de un pájaro al otro lado de la ventana. Nuestra presencia sólo es para confirmar que vamos a estar disponibles hasta el final. Podemos hacerle saber simplemente que nos parece muy bien no decir nada cuando ya hay quien se ocupa de las cosas importantes y sólo es cuestión de esperar para que pueda cerrar los ojos para siempre. Esto puede tranquilizarle y hacerle sentir que no está solo.

»Si no somos capaces de distinguir estas dos fases —Kübler-Ross se dirige al personal médico—, hacemos más mal que bien a nuestros pacientes, veremos frustrados nuestros esfuerzos y convertiremos su muerte en una última experiencia dolorosa».^[85]

Las etapas descritas no siempre se cumplen todas en el orden que han sido enumeradas; en ocasiones falta alguna, otras veces se solapan dos de ellas o el enfermo avanza y retrocede por diferentes fases durante un tiempo. Los familiares también atraviesan etapas parecidas, aunque generalmente no lo hacen en el mismo orden ni con la misma cadencia que el enfermo.^[86]

Al margen de los mecanismos de defensa y adaptación descritos, el enfermo terminal, tras el diagnóstico, suele experimentar una serie de miedos que los expertos resumen en nueve bloques: 1) dolor físico; 2) deterioro físico y moral; 3) ruptura de la identidad corporal; 4) ruptura de la identidad social; 5) miedo al abandono y al

rechazo; 6) alteración de la sexualidad; 7) problemas económicos y legales; 8) fin de los proyectos personales y 9) diversos aspectos éticos, espirituales y religiosos.

Cuando se ha asumido ya el diagnóstico terminal, la primera preocupación que aflora es el miedo, cuando no pánico, a poder sufrir dolores intensos —algo que hoy, por suerte, puede evitarse totalmente mediante los fármacos adecuados— y a padecer un progresivo deterioro físico y moral que obligue a depender totalmente de terceros. Independientemente de la estructura familiar que uno pueda tener —sin duda las hay más o menos *acogedoras* ante esta perspectiva de convertirse en dependiente de otros —, lo cierto es que el trabajo de las unidades de cuidados paliativos, ante muchas enfermedades terminales —aunque no en todas— pueden ayudarnos a llegar hasta el momento de la muerte con el menor deterioro posible, cosa que mejora mucho la calidad de vida de la persona y sus familiares durante la última fase de la enfermedad, que suele ser la más incapacitante.

Otro temor importante, cuando se padece determinadas enfermedades —cánceres que afectan a partes del organismo que empleamos en las relaciones públicas o íntimas, como el de laringe, mama o testículos, por ejemplo— y/o debe asumirse tratamientos con efectos secundarios severos —radioterapia, quimioterapia, cirugía —, se centra en las alteraciones físicas esperables, en las modificaciones de ese aspecto exterior que nos da un sello de identidad personal ante nosotros y los demás, pero también, con no menor intensidad, en el temor a ser rehuido o rechazado por los otros a consecuencia de esos cambios. En definitiva, el proceso terminal, al margen de sus consecuencias orgánicas, puede verse como una seria amenaza a la propia autoestima y autoimagen, así como a la imagen que los otros tienen o se forman de uno, abriendo de este modo una vía negativa que podría provocar aislamiento, abandono y pérdida de relaciones y actividades sociales.^[87] Estos temores resultan todavía más fuertes si, en el decurso evolutivo de la enfermedad, cabe esperar una pérdida progresiva de movilidad y/o autonomía.

Las propias características y necesidades de un proceso terminal que, independientemente de la edad que tenga el enfermo, repercute en la relación a mantener entre éste y su pareja, hace aflorar el miedo a que esta última pase a convertirse en *simple* cuidador/ra abandonando o descuidando su anterior papel de pareja afectiva y sexual. A menudo se dan por concluidas las relaciones sexuales sin haberlo hablado antes entre la pareja y con el médico, quizá pensando que puedan ser contraproducentes para el enfermo, pero el efecto suele ser el contrario, ya que éste se siente abandonado, despreciado, acabado, como mero objeto de lástima y cuidados. La esfera afectivo-sexual es muy importante para sentirse bien, y mantenerla viva, aun adaptándose al nuevo estado físico y anímico de ambos, contribuirá a mantener la percepción de normalidad —particularmente sentirse tan amado y deseado como «antes»— que tanta falta le hace al enfermo como a su pareja y entorno afectivo.

En muchos enfermos terminales surge también con fuerza el temor a pasar la última etapa de vida inmersos en dificultades económicas —por los costes derivados del tratamiento, por haberse cortado el flujo de dinero familiar que éste aportaba con su trabajo, etc.— y preocupados por la situación en la que quedarán sus deudos —abocados a un cierto desamparo económico, con proyectos truncados, con la obligación de asumir el desproporcionado coste de los funerales para una familia que se queda sin su puntal, etc.—; también produce temor pensar que deberá abordarse situaciones legales que pueden resultar complejas o embarazosas, tales como revisar pólizas de seguros, poner en orden bienes y obligaciones contraídas, traspasar propiedades o el control de algún negocio o sociedad, hacer o actualizar el testamento... en fin, trámites en los que uno puede sentirse más o menos perdido, aunque quizá no tanto por su dificultad —siempre puede contratarse a un gestor o un abogado— como por lo que implican para uno mismo en ese momento.

Un último temor puede venir de ese mundo oculto que es la conciencia y que puede estar mediatizado por concepciones religiosas diversas. En esta última etapa resulta inevitable revisar lo vivido y los propios actos, pero, al no ser éstos siempre tan limpios como nos gustaría, pueden aparecer sentimientos de culpa más o menos intensos, necesidad de arrepentirse o solicitar el perdón de terceros, y otras alteraciones emocionales sin duda dolorosas.

La proximidad de la muerte puede hacer surgir dudas sobre la existencia o no de un *más allá*, se despiertan temores acerca de lo que uno ha hecho y sobre cómo va a ser juzgado en ese *más allá* que postula la religión que se ha practicado o de la cual se ha estado culturalmente cercano. «¿Iré al cielo o al infierno?», para muchos esta duda es más aterradora que el propio hecho de extinguirse como persona.

Toda esta lista de temores puede generar más ansiedad en un enfermo que el propio hecho de enfrentarse a su muerte —e incluso, ante ciertas condiciones psicosociales, podrían precipitar el suicidio—,^[88] por tanto, ser conscientes de ellos permitirá que médicos, familiares o amigos puedan actuar de otra manera, intentando ayudarle a que reflexione sobre ellos, procurando que las necesidades que se ven como obstáculos pasen a ser percibidas como soluciones posibles; se hace imprescindible dialogar, cada uno desde su propio nivel, porque lanzando las palabras a la luz se logra exorcizar los *fantasmas* que cada cual imagina que le acechan desde las sombras. Exteriorizar los sentimientos y liberar la ansiedad permite adaptarse mejor a la situación que a uno le ha tocado asumir.

Puede ser ilustrativo el cuadro siguiente, que resume las principales reacciones manifestadas por los pacientes ante su diagnóstico de cáncer, y las clasifica según favorezcan la adaptación o inadaptación de la persona a sus nuevas circunstancias vitales.^[89]

Reacciones del enfermo ante el diagnóstico de cáncer
--

ADAPTACIÓN	INADAPTACIÓN
Humor	Culpabilidad
Negación	Negación patológica
Cólera difusa	Rabia prolongada
Cólera contra la enfermedad	Cólera contra las personas
Llanto	Crisis de llanto violentas
Miedo	Angustia
Realización de una ambición	Peticiones imposibles
Esperanza realista	Esperanza quimérica
Deseo sexual	Desesperación
Negociación	Manipulación

Aunque es de lógica pensar que las necesidades psicológicas de un enfermo terminal —y las de sus familiares próximos— son las mismas de cualquier persona sumida en un momento crítico, puede resultar útil recordar las que indica como prioritarias la Organización Mundial de la Salud:

Sentimiento de seguridad. Sensación de pertenecer, deseo de sentir que uno pertenece a un grupo, que no le supone una carga y que le necesitan. Amor, transmitido a través de expresiones de afecto, con contacto humano real (tacto). Comprensión, tanto de la naturaleza de la enfermedad como de sus síntomas, así como también comprensión acerca de su situación con posibilidad de hablar sobre el proceso de su muerte. Aceptación, de uno tal como es, sin tener en cuenta su aspecto o estado físico, su estado de ánimo, ni su nivel de sociabilidad. Amor propio, plasmado en la participación en la toma de decisiones —muy especialmente cuando la dependencia física de los otros va en incremento— y en la oportunidad de dar y recibir con normalidad. Confianza, construida desde una comunicación abierta y sincera con familiares y equipo médico que, además, aporta la certeza de que se está recibiendo la mejor atención posible por parte de todos. Según los expertos, si estas necesidades no son reconocidas y atendidas, el tratamiento paliativo contra el dolor y otros síntomas del proceso terminal puede llegar a ser imposible.

Estar junto a una persona que está muriéndose requiere de nosotros una actitud abierta, sincera y afectuosa, puesto que la mejor ayuda que podemos proporcionarle es facilitando que exprese cuanto siente y teme, pero, especialmente hacia el final, cuando casi todo se ha hecho ya, el mejor apoyo podrá ser la mera presencia, aunque en silencio, tal como demanda el propio moribundo, que necesita saber que no ha sido abandonado por los suyos, que se siente reconfortado con sólo entrever que aquellos que le importaron siguen estando allí, a su lado.

Una última necesidad del moribundo, que no siempre los familiares comprenden ni aceptan, es la de poder apagarse en paz, percibiendo que ya nada ni nadie le retiene aquí. A menudo la actitud de algún familiar —progenitor, pareja, hijo—, aferrándose desesperadamente a él, le *niega* el permiso para morir, le obliga a seguir

sintiéndose vinculado a personas y responsabilidades cuando ya no ha lugar para ello y lo único que necesita esa persona es cerrar su aventura vital sin presiones, sin tener que llevarse deudas y culpas con el postrer suspiro.

PAPEL, CONFLICTOS Y NECESIDADES DE LA FAMILIA DE UN ENFERMO TERMINAL

Los familiares son un elemento esencial en la atención a un paciente terminal, tanto por su proximidad afectiva como por el hecho de que sobre ellos recae la gran mayoría de los cuidados a dispensar al enfermo, ellos constituyen su grupo de apoyo psicológico, social y espiritual, pero también son quienes deben responsabilizarse de todos los tratamientos y cuidados del mismo cuando se encuentra fuera del hospital. Sin embargo, a menudo no se tiene en cuenta que, tal como expresa el doctor Marcos Gómez Sancho, «tratar con moribundos es una tarea muy dura (física y mentalmente) que fácilmente puede arrastrar a una situación que deje emocionalmente vacío, físicamente exhausto y profundamente abrumado».^[90]

Desde la óptica integral de un equipo multidisciplinar de cuidados paliativos, la familia es considerada tanto un objetivo terapéutico —al igual que el paciente terminal, necesita apoyo y orientación para adaptarse a la nueva situación— como un componente más del equipo multidisciplinar de cuidados. Los familiares, tal como se ha dicho ya, pasan por un proceso similar al del enfermo tras recibir el diagnóstico y, además, después del fallecimiento del pariente, tienen que asumir el proceso de duelo; por esas razones, es norma de las unidades de cuidados paliativos —donde existan— mantener una estrecha relación —con actuaciones terapéuticas si son precisas— con los familiares, incluso hasta tiempo después de la muerte del paciente.

La familia en general y los cuidadores en particular, al igual que el propio enfermo, deben enfrentarse a las etapas comunes de adaptación a la nueva realidad que conlleva la enfermedad terminal de su pariente —negación y aislamiento, irritación e ira, pacto, depresión y aceptación— y suelen necesitar orientación y ayuda para superarlas. En cualquier caso, siempre pueden surgir conflictos que repercuten negativamente sobre el enfermo, dándose reacciones, una vez aceptada la situación, que pueden oscilar entre los extremos de sobreprotección y abandono. Como cuidadores, los familiares pueden adoptar estrategias de aceptación —colaborando estrechamente con el equipo médico—, de negación del proceso —un mecanismo defensivo de riesgo, ya que impele a rechazar la realidad, a huir de ella, provocando aislamiento y una «conspiración de silencio» en torno al enfermo; suele llevar también a enfermo y familiares a un largo peregrinar por diferentes especialistas, curanderos, tratamientos alternativos, etc.—, o de abandono, que no

pocas veces se tiñe de agresividad y/o culpabilidad más O menos extremas.

Entre los familiares es frecuente que el diagnóstico desencadene sentimientos de cólera muy diversos, en contra del propio enfermo —al que se puede *acusar* de negligencia para consigo mismo, o de *querer* dejar «abandonada» a su familia afectiva y/o materialmente—, de otros familiares —por celos, rencillas, falta de ayuda al enfermo—, de los médicos —por ser *incapaces* de curarle, por diagnosticar con retraso, por tomar el *control* de la familia ante el problema—, de condicionantes externos —trabajo, aficiones, grupo de amigos, etc.— o de la voluntad divina.^[91] Tal como ya vimos que le sucede al propio enfermo cuando experimenta esta reacción ante el mismo diagnóstico, finalmente la cólera suele ceder para dejar paso a otros sentimientos más adaptativos.

Algunos de los problemas más comunes que se dan en la mayoría de las familias normales con un paciente terminal son: no lograr controlar la ansiedad que genera actuar con normalidad ante la nueva situación abierta por el diagnóstico terminal; no aceptar la necesidad de disponer de ayudas externas; tendencia a exagerar las atenciones al enfermo, una conducta que incrementa la ansiedad de éste; y no valorar la autonomía del enfermo y obstaculizar que pueda poner en orden sus asuntos y que pueda despedirse de quien crea oportuno.

La amplia gama de reacciones emocionales que son comunes en enfermos, familiares y equipo médico —repulsa, cólera, miedo, ansiedad, culpabilidad...—, siempre deben ser expresadas y manifestadas abiertamente en el seno de la relación que une a todas las partes implicadas en un proceso terminal. Esa relación, obviamente, será tanto más positiva para el conjunto en la medida en que se sea capaz de comprender y asimilar esas reacciones emocionales como parte de un proceso adaptativo que nunca es igual para nadie.

Dentro del círculo familiar del enfermo terminal siempre existe una figura esencial, el «cuidador principal», que asume la toma de decisiones, cuida directamente al paciente y asiste sus necesidades médicas, actúa como portavoz y, en consecuencia, soporta la mayor parte de la carga física y psicológica derivadas del proceso. En muchas ocasiones ocupa este lugar alguna figura ya muy marcada por su rol anterior —progenitor, pareja, hijo mayor, etc.—, pero en no pocos casos será el equipo médico el que acabe seleccionando a la persona más capacitada de entre todo el entorno familiar disponible. Sea cual fuere el caso, la presión a la que estará sometida esa persona será enorme y deberá buscarse la manera de aliviarla de alguna forma.

Este papel de «cuidador principal» siempre resulta infinitamente más llevadero cuando todos, enfermo y resto de la familia, conocen los pormenores del diagnóstico y de la evolución de la enfermedad, puesto que, en esta situación, fluyen la información y las emociones con normalidad, se apoyan unos en otros, se

intercambian alegrías, frustraciones, reflexiones, miedos... y, en general, se evita el aislamiento, incomunicación, soledad y angustia de todos los implicados, mejorando con ello las relaciones interpersonales del núcleo familiar —que en algunos casos pueden estar deterioradas tras años de desencuentros—, entre sí y con el propio enfermo —que en este ambiente positivo y sincero realiza mejor su proceso de despedirse de la vida— y, al mismo tiempo, preparando el camino y capacitando a los familiares para asumir la pérdida y realizar el duelo con normalidad (tal como veremos en el capítulo 8).

Por otra parte, si al papel de «cuidador principal» se le añade la actitud «heroica» de un familiar empeñado en ser el único que conoce la verdad del diagnóstico y de su desenlace previsible, algo que es muy común, esta persona se verá abocada a una situación insostenible que le convertirá, a su pesar, en un ser amargado, aislado, irritable, ansioso... que logrará justo lo contrario de lo que pretende y acabará perjudicando a todos. La muerte no es una desgracia que se debe ocultar, sino un hecho que se necesita compartir, sobre el que es preciso reflexionar y sentir en común.

Dicho lo anterior, también conviene tener en cuenta que, normalmente, resulta deseable que sea un solo familiar quien sirva de enlace entre el conjunto de la familia y el equipo médico y actúe como portavoz y responsable de controlar la evolución del enfermo cuando está fuera del hospital; de otro modo, cuando los cuidadores son muchos también suelen ser las interpretaciones que se hacen de las palabras y consejos médicos, complicando mucho el proceso a todo el mundo.

Una necesidad incuestionable de toda familia de un enfermo terminal —y muy especialmente del «cuidador principal»— es la de disponer de información específica y actualizada sobre todo el proceso, tanto de la propia enfermedad —síntomas, evolución, curas, tratamientos paliativos, signos de alarma, etc.— como de los recursos administrativos, médicos y asistenciales de los que puede disponerse y bajo qué condiciones, así como también de la llamada «burocracia de la muerte», obtención del parte de defunción, acceso al tanatorio, etc. Esta información no sólo sirve para que los familiares cumplan bien con su papel cuidando al enfermo, sino que también tiene una acción terapéutica sobre ellos. Conocer los detalles de la evolución de la enfermedad y de los recursos a los que se puede acceder rebaja el nivel de incertidumbre y, con ello, disminuye la ansiedad; permite sentirse útil y cercano al enfermo, con lo que se abren vías de comunicación con éste —sobre sus síntomas actuales o sus preocupaciones respecto a la evolución futura— muy necesarias y que no serían posibles sin el acceso a esa información; y permite prevenir los sentimientos de culpa, preparando a la familia para poder asumir el duelo con la máxima normalidad posible.

En situaciones como las que nos ocupan, todo el esfuerzo de adaptación y

planificación familiar gira en torno al enfermo, lógicamente, y también de los impactos emocionales derivados de la nueva realidad que afecta a todos, pero, en cualquier caso, muy pronto debe comenzarse a pensar en las necesidades de intendencia. Normalmente habrá que introducir variaciones, o incluso una nueva organización, en las tareas del hogar; quizás el otro cónyuge o un hijo/a deberá hacerse cargo del control de un negocio familiar; los diarios desplazamientos hasta el hospital requerirán tiempo y medios que deben poder disponerse; en general, habrá que reorganizar la estructura familiar a fin de que funcione igualmente sin contar con el miembro enfermo, y tal vez será preciso introducir modificaciones en la casa para cubrir las necesidades que conllevará el desarrollo de la enfermedad.

Si el enfermo terminal es el marido, la mujer puede verse desbordada por las nuevas obligaciones que se suman a todas las anteriores, quizá se descontrole la casa, se descuide algo a los hijos, aflorará la inquietud por todas partes, deberá asumir más retos, más trabajo, más estrés, aumentará la soledad y quizás aparecerá un mayor o menor resentimiento con parientes y amigos que andan en lo suyo y no le prestan la ayuda que necesitaría (aunque, a menudo, tampoco ha sabido o se ha atrevido a solicitar).

Si es al revés, que la enferma terminal sea la esposa, la situación puede ser peor ya que el hombre suele ser menos flexible, con menor capacidad de organización —y menos costumbre— ante las tareas del hogar, hijos, colegios, comidas. El hecho de acabar su jornada laboral y ponerse a realizar las tareas del hogar mientras la esposa enferma *no hace nada*, puede hacerle surgir cierto resentimiento irracional —«mira que ponerse enferma justo ahora, cuando tengo más trabajo en el taller...»— que, de no lograr desahogarse, puede llegar a estallar (curiosamente, y eso habla en contra de los varones, a ninguna mujer se le ocurre pensar que su marido enfermo *no hace nada* cuando lo ve en la cama... viendo televisión).

Ya sea varón o mujer el cuidador, jamás será bueno ni adecuado estar *condenado* a permanecer siempre junto al enfermo; resulta imprescindible, de vez en cuando, poder *airearse*, sin complejos ni culpabilidad, pasando ratos de ocio con los amigos y amigas de siempre.

Durante todo el proceso que conlleva una enfermedad terminal, es conveniente también que los hijos, sin importar su edad, estén puntualmente enterados de todo y compartan las mismas emociones que embargan al conjunto familiar, así como también deben disfrutar de los apoyos emocionales adecuados para poder sobrellevar la situación. Cuando el enfermo terminal es un menor —ver el capítulo 10—, es frecuente que alguno o todos los hermanos pequeños padezcan más alteraciones que los propios padres —entre otras cosas, debido a su menor capacidad para poder racionalizar los hechos que les afligen y/o controlar sus emociones—, generándose una situación compleja y difícil de controlar (por parte de los padres) que hace

aconsejable la intervención profesional de un psicoterapeuta adecuado.

Todos los hijos deben estar presentes cuando se traten cuestiones relativas a los cuidados que requiere o requerirá el enfermo —y sus posibles dificultades de cualquier orden— y también cuando se reflexione sobre el futuro que deberá afrontar la familia —quizás una notable disminución de los ingresos y recursos disponibles, con lo que ello repercutirá en la forma de vida y proyectos de cada uno— tras la muerte que se espera. Los niños deben sentirse integrados y escuchados —sus opiniones deben ser siempre valoradas— dentro del proceso de toma de decisiones familiares y, en la medida de sus capacidades, deben sentirse útiles pudiendo realizar algunas tareas que alivien las necesidades del enfermo y/o del propio conjunto familiar. Tomar en cuenta esta necesidad de integración evitará siempre problemas importantes de convivencia y permitirá que los niños —pero también sus padres— se adapten mejor al proceso terminal y sufran menos tras el fallecimiento del familiar enfermo.

Cuando se piensa en los recursos que puede disponer o necesitar la familia de un enfermo terminal o, también, de un enfermo grave aunque no sea terminal su estado, casi siempre se olvida mencionar el importante papel que pueden realizar los amigos, ya sean los de la familia o los personales del propio enfermo. La amistad, sin duda alguna, alcanza su máxima expresión cuando alguien está atravesando un momento especialmente difícil, aunque es frecuente que, ante la situación generada en un amigo por un accidente grave o una enfermedad crónica o terminal, nos quedemos con las ganas de ayudar aunque sin saber qué hacer exactamente. Será indicado, pues, recordar ahora un listado *clásico* de actividades que suele recomendarse a fin de poder ayudar a un amigo o amiga que esté en la situación citada. A saber:

No permitir que se aísle —es útil informarle acerca de organizaciones donde pueden ayudarle (a menudo de forma gratuita)—.

No confundir la aceptación de su estado con una actitud de derrota; la aceptación de la enfermedad puede proporcionarle más fuerza para continuar luchando por su vida.

No sermonearle ni enfadarse con él si no se enfrenta a su enfermedad en la forma que uno consideraría más apropiada.

No vacilar en preguntarle por su enfermedad, es posible que el amigo/a necesite hablar sobre su estado.

Puede llevarsele a algún sitio; podría necesitar transporte o ayuda para ir a una tienda, entidad bancaria, al médico, al cine, a la playa...

No huir del amigo/a sino acompañarle; en esta situación, la amistad cuenta más que nunca.

Tocarle, un sencillo apretón de manos o un abrazo le pueden comunicar cariño.

Reaccionar ante sus emociones, que cada uno las exprese tal y como las sienta, no

debe sentirse vergüenza por llorar O reír; compartir estas experiencias tan personales es muy saludable y enriquecerá a ambos.

Hablar con el amigo/a sobre el futuro: mañana, la semana próxima, el año que viene; es importante mirar hacia el futuro sin negar la realidad de hoy.

Lllamarle antes de ir a visitarlo, es posible que ese día no se sienta con ánimo para recibir visitas.

Decirle lo que se desea hacer para ayudarle y, si está de acuerdo, hacerlo.

No hay razón para tener que estar conversando continuamente; puede bastar la compañía mientras se lee juntos, se escucha música, se mira la tele o, simplemente, se permanece en silencio o con las manos enlazadas.

Cuando se sienta bien es preciso tratarle igual que a los demás; cuando se sienta mal será bueno tratarle con más atención y cariño.

Ofrecerse para ayudar en las tareas domésticas, regarle las plantas, ir a la compra o pasear al perro, pero sin quitarle los quehaceres que no presenten dificultad para él o ella y no emprender una tarea sin haberle pedido permiso antes.

Reemplazar a sus familiares; es probable que, de vez en cuando, también ellos necesiten un descanso.

Cotillear siempre que se considere oportuno, aportando información acerca de la vida cotidiana de las amistades y sobre el resto de asuntos de interés mutuo; es muy probable que ya esté harto de hablar de síntomas, médicos y tratamientos.

Mantener al tanto de lo que va ocurriendo por el mundo.

Y, por último, cuidarse uno mismo, sabiendo reconocer y respetar las propias emociones; siempre será adecuado compartir con los demás, e incluso con el enfermo, las propias penas, ira, sentimientos de impotencia o cualquier estado de ánimo; el apoyo de terceros en momentos de crisis ayuda a que uno pueda seguir apoyando al amigo enfermo.

En cualquier caso, la familia es el ámbito en el que más repercute la enfermedad terminal y muerte de cualquiera de sus miembros. Todos sus componentes habían llegado a conformar un sistema de interrelaciones en el que cada cual tenía un papel propio e importante para el resto, así es que la desaparición definitiva —inminente o cumplida— de algún miembro, pone a prueba, una vez más —desde el comienzo de esta forma de organización social—, la enorme capacidad que tiene todo sistema familiar para afrontar una crisis, adaptarse a ella, reorganizarse según los nuevos parámetros y seguir adelante.

Sin embargo, que una familia pueda adaptarse a la pérdida de un miembro no implica que ello sea fácil o rápido, ni que lo sea igual para todos sus componentes, tal como veremos cuando tratemos el proceso del duelo en el capítulo 8.

Cuando ya se ha producido el deceso, el sistema familiar en su conjunto requerirá reorganizarse y adaptarse a la nueva situación, y para ello será preciso realizar al

menos cuatro tareas:^[92] 1) Reconocimiento compartido de la realidad de la muerte, que se favorece con los funerales, entierro y visitas a la tumba por parte de todos, incluidos los niños. 2) Experiencia compartida del sufrimiento y de la pena, expresando libremente todos los sentimientos relacionados con la pérdida. 3) Reorganización del sistema familiar asumiendo las funciones del rol del difunto. 4) Establecimiento de nuevas relaciones y metas en la vida, un aspecto que muchas veces se ve dificultado por el sentimiento de lealtad al muerto o el temor a nuevas pérdidas en la familia.

En los próximos capítulos ampliaremos todo lo referente a estas cuatro tareas enunciadas, además de tratar otros muchos aspectos con los que están relacionadas.

7. El enfermo terminal y el derecho a una muerte digna

Cuando la evolución de una enfermedad arrastra a uno mismo, o a un ser querido, hacia un fin próximo e inevitable, ¿es lícito adoptar cualquier estrategia médica a fin de intentar retrasar ese momento de la extinción?, ¿es fusta mantener la vida en quien, a causa de su estado terminal, ya no es dueño de aquello que más humanos nos hace: voluntad, libertad y dignidad? Muchos responderemos sin titubear con un no rotundo a ambas preguntas, pero no pocos, influidos por motivaciones diversas, se decantarán por un sí con más o menos matices. Sin duda no se trata de imponer la opinión de los unos a los otros, ni viceversa, pero, en cualquier caso, debajo de la discrepancia ideológica anida un aspecto básico que debería ser indiscutible: cada cual es el único dueño de su vida y de su muerte y, por ello, el único con derecho a decidir cuándo y cómo quiere poner término a un proceso vital doloroso y/o degradante del que sabe que no puede evadirse.

Sólo uno mismo puede y debe decidir en qué punto y bajo qué condiciones el seguir vivo ha dejado de ser un derecho para convertirse en obligación. Si la dignidad es una cualidad inherente a la vida, con más razón debe serlo en el entorno de la muerte, que será la última vivencia y recuerdo que le arrancaremos a este mundo al apagar nuestro postrer suspiro... y también la última imagen de uno mismo que dejaremos en herencia a parientes y amigos. ¿Hace falta sufrir y hacer sufrir a quienes nos aman para pasar por este trance? ¿Les sirve de algo, al enfermo o a su entorno familiar, una agonía^[93] larga o una progresiva pérdida de facultades que desemboca en lo meramente vegetativo? En muchas culturas y en no pocas personas, incluso dentro de nuestra propia sociedad, el acto de morir rebosa dignidad, amor y hasta belleza, pero, en general, en la sociedad industrial, para tratar de hurtarle al destino un tiempo que tampoco podemos vivir —la enfermedad nos lo impide—, somos capaces de privarnos a nosotros de dignidad y cargar a los demás con el peso del dolor que causa contemplar tal degradación.

El artículo 15 de la Constitución Española, al igual que hacen sus equivalentes en las cartas magnas de otros países, establece que «Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que en ningún caso puedan ser sometidos a tortura ni a pena o tratos inhumanos o degradantes». El texto es claro y rotundo, aunque algún segmento social, con criterio secuestrado por sus creencias religiosas, persista en una interpretación miope e interesada de este derecho fundamental que atañe tanto a la defensa de la vida, como a la de la integridad física y moral y, claro, al derecho de no tener que sufrir tratos inhumanos o degradantes; aspectos, estos últimos, que, en enfermos terminales, a menudo son vulnerados cuando se les somete a «encarnizamiento terapéutico», eso es manteniéndoles con vida artificialmente y en condiciones que degradan notablemente la dignidad de la persona. Por ello, son

muchos los juristas y organizaciones profesionales de juristas que vienen reclamando desde hace tiempo que este artículo que proclama el derecho a la vida se interprete de manera que reconozca igualmente el derecho a una muerte digna,^[94] dado que la vida impuesta por otros —por muy médicos o familiares que sean— no puede ser de ninguna manera un bien jurídico a proteger en un Estado de Derecho.

Esta postura, defendida también en todo el mundo por los colectivos que luchan por lograr el derecho a una muerte digna, se traduce en una serie de puntos que dibujan los derechos que debería tener —y exigir— cualquier persona afectada por una enfermedad terminal e irreversible:

1) Estar informado acerca del diagnóstico y tratamiento de su enfermedad en términos que sean comprensibles para el paciente.^[95]

2) Disponer, bajo el criterio, libertad y responsabilidad del paciente, del propio cuerpo y de la vida que le anima, pudiendo elegir libremente y con amparo legal —que proteja el consentimiento otorgado expresamente—, el momento y los medios adecuados para poder morir de forma dulce y sin sufrimiento. Para hacer posible este consentimiento informado se precisa del derecho a poder acceder y emitir un documento legal de últimas voluntades donde se establezcan por escrito las disposiciones oportunas respecto a las condiciones en torno a la propia muerte (documento que en este aspecto es conocido como «testamento vital»).

3) Poder tomar decisiones y tener la última palabra sobre el tratamiento —incluso si se trata de rechazarlo—, recibiendo siempre medios apropiados para evitar el sufrimiento.

4) Recibir una asistencia médica y psicosocial específica y adecuada para poder afrontar satisfactoriamente la situación en que se encuentre —cuidados paliativos—, debiendo respetarse siempre la voluntad declarada de alcanzar la muerte mediante ayuda médica —eutanasia activa o suicidio asistido— cuando, a pesar de dichos cuidados paliativos, el sufrimiento padecido resulte insoportable a su criterio.

Algunos de los derechos mencionados ya están legalmente regulados en algunas comunidades autónomas (en el caso español), estados (en el caso norteamericano) o países, pero no así su totalidad (por ejemplo no se admite como derecho la eutanasia activa). El que un enfermo pueda acceder a parte de ellos o a la totalidad, de momento, hasta que no haya una legislación clara y completa, dependerá mucho de su propia actitud, de la de sus familiares y, obviamente, de la del médico responsable de su proceso terminal.^[96]

Respecto al derecho incuestionable a tener una información veraz y completa del diagnóstico médico, con independencia de la capacidad del paciente para asumirla o no, en el caso de enfermedad terminal debe valorarse siempre que saber la verdad de la propia situación reduce la incertidumbre del enfermo —aunque deba pasarse antes por un proceso de adaptación, tal como ya vimos en el capítulo 6—, le posibilita

tomar decisiones a fin de controlar el tiempo de vida restante, le cambia el significado que tiene la enfermedad —o más bien de lo que para esa persona implica «estar enfermo»—, y fortalece —transformándola positivamente— la relación con el personal médico.

En España se contempla como un principio básico en la atención médica a pacientes terminales la autodeterminación y autonomía, eso es el derecho del paciente a tomar por sí mismo las decisiones referentes a su salud, y este ámbito de decisión se contempla bajo las siguientes consideraciones: «1) Los pacientes o sus representantes tienen autoridad ética y legal para renunciar a todos o a algunos de los cuidados. 2) La autodeterminación obliga al equipo médico a otorgar los cuidados elegidos por el paciente, excepto cuando vayan contra la práctica médica acostumbrada. 3) Los pacientes no deben sufrir influencias que impidan su libre elección. 4) Es inaceptable que un paciente capaz de tomar decisiones sea excluido de la toma de las mismas. 5) Para el efectivo ejercicio de la autodeterminación se debe lograr que los pacientes comprendan su actual estado médico incluida la evolución, los efectos secundarios y la opinión del médico. 6) Se debe facilitar la *atención espiritual*, debiendo formar parte del tratamiento integral».^[97]

Aunque no hay, ni mucho menos, una sola posibilidad de reacción y actuación ante el anuncio de estar inmerso en un proceso irreversible y/o terminal —tal como vimos en el capítulo anterior—, puede servir de alguna ayuda ti orientación, a quien se encuentre en este trance, el comenzar a caminar por una senda que ha sido trazada por la experiencia previa de los médicos y enfermos que ya la han recorrido. Veamos:

Tras recibir el diagnóstico y, claro está, su confirmación, resulta aconsejable preparar la siguiente visita al médico especialista con bastante antelación, dándose tiempo suficiente para poder reflexionar sobre todos los aspectos y dudas relativos al caso. Puede ser una buena idea confeccionar un listado por escrito a fin de no olvidar ninguna pregunta. Dada la naturaleza del proceso, será recomendable intentar establecer con el médico especialista una relación de confianza, de cercanía emocional, haciéndole partícipe no sólo de los síntomas experimentados a causa de la enfermedad —que como técnico le competen—, sino, también, de los aspectos clínicos, psicológicos o sociales que sean causa de ansiedad, temor, duda o preocupación, puesto que su experiencia en muchos casos similares podrá ser de gran ayuda para obtener orientación.

Será primordial entablar un conocimiento estrecho y cercano con el médico, dialogar acerca de las opciones que propone a fin de controlar los síntomas negativos ligados a la enfermedad —ansiedad, debilidad física, insomnio, agitación, dolor, vómitos, falta de apetito y/o dificultad para ingerir alimentos o bebidas, etc.— y darle tiempo —durante dos o tres visitas— y oportunidad para que pueda apoyar emocionalmente al enfermo. Salvo que el deceso se prevea muy cercano, en esas

primeras visitas no resultará todavía apropiado reclamar algún tipo de ayuda concreta para morir dignamente —evitando agonías y encarnizamientos terapéuticos inútiles—, aunque sí puede ser ocasión para sacar a colación cuanto se relacione con el «testamento vital» del paciente, ya sea su intención de suscribirlo o las condiciones de uno ya previamente protocolizado.

La actitud y respuesta que el médico manifieste ante el «testamento vital» del paciente podrá ser un indicador muy importante para poder valorar sus intenciones y, fundamentalmente, la predisposición que tiene a respetar la voluntad de la persona que tiene ante sí. Un paciente con las ideas claras acerca de su derecho a tener una muerte digna no debería aceptar respuestas ambiguas por parte de su médico, ni tampoco una actitud de rechazo o indiferencia acerca de este derecho. En cualquier caso, independientemente de la actitud del médico respecto al «testamento vital» del enfermo, éste deberá obtener una aclaración precisa de hasta dónde está dispuesto a respetar su voluntad ante posibilidades tales como realizar pruebas diagnósticas o tratamientos no deseados, control del dolor, hospitalización, alimentación forzada mediante sonda nasogástrica, tratamiento antibiótico, sedación terminal, etc. Si un médico rechaza respetar la voluntad lícita y libremente expresada por su paciente acerca de las condiciones que atañen a su muerte, valdrá la pena modificar ese riesgo cuando todavía se está a tiempo. Hay que tratar de poner lo que quede de vida y la propia muerte en manos de otro médico que respete a la persona y merezca su confianza.

EL TESTAMENTO VITAL

Se entiende por «testamento vital» cualquier documento en el que su firmante exprese aquello que representa su voluntad acerca de las atenciones médicas que desea recibir, o no, en caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal que le haya conducido a un estado en el que sea imposible expresarse por sí mismo.

Cada persona, según sus deseos, puede elaborar su propio «testamento vital» personalizado, haciendo figurar en él cuantas indicaciones y razonamientos considere oportunos y pertinentes en defensa de sus derechos. En su función específica, el «testamento vital» no está regulado legalmente en todas partes, ni mucho menos, pero conviene saber que, como cualquier otra declaración personal de voluntades, tiene plena validez en cuanto a lo que se declara desear, aunque también es cierto que puede chocar con el límite de aquello que la legislación vigente en un determinado momento y lugar permite asumir a médicos u otros (hoy, en la inmensa mayoría de países todavía se persigue como delito la eutanasia activa o el suicidio asistido).

En cualquier caso, con o sin dificultades legales, este documento, en la práctica, facilita extraordinariamente la toma de decisiones, por parte de quienes asumen la

responsabilidad de un enfermo terminal imposibilitado de expresarse; respecto a las situaciones de enfermedad reseñadas en el documento y a las actuaciones médicas que se desean o no. Por otra parte, si debe acudir a la Justicia para reclamar el cumplimiento de la voluntad expresada por un enfermo que en ese momento es incapaz de valerse por sí mismo, la existencia de este documento previo siempre resultará una prueba sumamente importante y decisoria.

En España, la primera regulación legal del derecho a suscribir un «testamento vital» fue aprobada el 29 de diciembre de 2000 por el Parlamento de Cataluña.^[98] Posteriormente, otros gobiernos autonómicos, como el de Extremadura^[99] y Galicia,^[100] imitaron esta propuesta legislativa y aprobaron leyes similares. En suma, el «testamento vital» y la legislación de voluntades anticipadas aprobadas por los parlamentos catalán, extremeño y gallego, u otros textos legales que están en proceso de debate parlamentario, no son más que el desarrollo autonómico de lo aprobado en el año 1986 por la Ley General de Sanidad,^[101] promovida por el malogrado Ernest Lluch cuando fue ministro de Sanidad.^[102]

El texto de la ley catalana afirma que «La inclusión de la regulación sobre la posibilidad de elaborar documentos de voluntades anticipadas en la parte relativa a la autonomía del paciente constituye seguramente la novedad más destacada de la Ley. Incorporar dicha regulación supone reconocer de manera explícita la posibilidad de que las personas puedan hacer lo que comúnmente se conoce como testamentos vitales o testamentos biológicos, por primera vez en el Estado español, para poder determinar, antes de una intervención médica, sus voluntades por sí, en el momento de la intervención, no se encuentran en situación de expresarlas. Un documento de estas características, de acuerdo con lo establecido por el artículo 9 del Convenio del Consejo de Europa sobre los derechos del hombre y la biomedicina de 1997, antes mencionado, debe entenderse como un elemento coadyuvante en la toma de decisiones, a fin de conocer con más exactitud la voluntad del paciente».

Como idea central y básica, adoptada también por las legislaciones que la han seguido, la ley catalana, en su artículo 8.º, referido a las voluntades anticipadas, establece que: «1. El documento de voluntades anticipadas es el documento, dirigido al médico responsable, en el cual una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y libremente, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurren no le permitan expresar personalmente su voluntad. En este documento, la persona puede también designar a un representante, que es el interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario, para que la sustituya en el caso de que no pueda expresar su voluntad por sí misma.

»2. Debe haber constancia fehaciente de que este documento ha sido otorgado en las condiciones citadas en el apartado 1. A dicho efecto, la declaración de voluntades

anticipadas debe formalizarse mediante uno de los siguientes procedimientos:

»a) Ante notario. En este supuesto, no es precisa la presencia de testigos.

»b) Ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales dos, como mínimo, no deben tener relación de parentesco hasta el segundo grado ni estar vinculados por relación patrimonial con el otorgante.

»3. No se pueden tener en cuenta voluntades anticipadas que incorporen previsiones contrarias al ordenamiento jurídico o a la buena práctica clínica, o que no se correspondan exactamente con el supuesto de hecho que el sujeto ha previsto en el momento de emitir las. En estos casos, debe hacerse la anotación razonada pertinente en la historia clínica del paciente.

»4. Si existen voluntades anticipadas, la persona que las ha otorgado, sus familiares o su representante debe entregar el documento que las contiene al centro sanitario donde la persona sea atendida. Este documento de voluntades anticipadas debe incorporarse a la historia clínica del paciente».

A modo de guía, presentamos seguidamente las observaciones e instrucciones que propone, en España, la Asociación Derecho a Morir Dignamente para realizar este trámite mediante el modelo de impreso que facilita a sus socios (y que se adjunta en la página siguiente):

a) El «testamento vital» conviene firmado ante un notario para que éste dé fe de la autenticidad de su firma. De no ser así, rubricarlo ante dos testigos [la legislación posterior a estas normas señala la necesidad de tres] que no sean familiares o personas ligadas por intereses económicos a quien suscribe el documento.

b) En el «testamento vital» sugerido por esta asociación, se incluye la opción de que el firmante nombre un representante a fin de poder enfrentar la eventualidad de quedar imposibilitado para expresarse por sí mismo. En este caso, resulta obvio resaltar que la persona elegida como representante debe compartir o, al menos, comprender lo mejor posible, los deseos, valores y motivos personales que sustentan las decisiones del firmante respecto a las condiciones del final de su vida; siendo recomendable, también, que sea una persona que declare estar dispuesta a luchar por el cumplimiento íntegro de las instrucciones enumeradas en el «testamento vital» en caso de incumplimiento por parte de médicos y/o familiares. Puede resultar prudente nombrar un segundo representante, por si se diera la circunstancia de que el primero —por encontrarse ausente, haber fallecido o por cualquier otra razón— no pudiese cumplir con su cometido.

c) Los apartados 1, 2 y 3 del «testamento vital» sugerido por esta asociación contemplan distintas opciones para paliar el sufrimiento y evitar un alargamiento indeseado de la vida cuando el firmante considere que la calidad de ésta le resulta indeseable o inaceptable a causa de la degradación a la que le ha conducido su enfermedad. Si el firmante no está de acuerdo con parte de su contenido, lo que se

solicita en estos puntos del documento puede eliminarse o variarse.

d) El firmante del documento puede suprimir también, según sea su voluntad, las enfermedades enumeradas en el punto 4 que no desea que figuren en su «testamento vital».

e) A fin de garantizar al máximo el cumplimiento de la voluntad expresada en el «testamento vital», resulta conveniente repartir copias del documento entre personas de confianza del firmante, incluido el médico de cabecera, si es factible. Es importante también dejar indicaciones sobre dónde localizarlo, por si un accidente o enfermedad súbitos impidieran al firmante poder expresarse. Como medida suplementaria, puede enviarse también una copia del «testamento vital» al Registro de Testamentos Vitales que esta asociación tiene abierto para sus socios; en este caso, además, el representante, al contactar con la asociación, puede recabar asesoría sobre cómo utilizar el «testamento vital» registrado.

f) El «testamento vital» puede anularse en cualquier momento. Basta con romperlo —sin olvidarse de las copias ya entregadas— o declarar el cambio de opinión por escrito o verbalmente ante testigos, tal como se indica en el propio documento.

Modelo de documento propuesto por la Asociación Derecho a Morir Dignamente para redactar el «testamento vital»:

Manifestación de voluntad sobre el final de mi propia vida

Yo,....., con D.N.I. n.º..... mayor de edad, con domicilio en..... en plenitud de mis facultades, libremente y tras prolongada reflexión, DECLARO:

Que, si llego a encontrarme en una situación en la que no pueda tomar decisiones sobre mi cuidado médico, a consecuencia de mi deterioro físico y/o mental, por encontrarme en uno de los estados clínicos enumerados en el punto 4 de este documento, y si dos médicos independientes coinciden en que mi estado es irreversible, mi voluntad inequívoca es la siguiente:

1. Que no se prolongue mi vida por medios artificiales, tales como técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial.

2. Que se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo mi malestar, sufrimiento psíquico y dolor físico causados por la enfermedad o por falta de fluidos o alimentación, aun en el caso de que puedan acortar mi vida.

3. Que, si me hallo en un estado particularmente deteriorado, se me administren los fármacos necesarios para acabar definitivamente, y de forma rápida e indolora, con los padecimientos expresados en el punto 2 de este documento.

4. Los estados clínicos a los que hago mención más arriba son:

- Daño cerebral severo e irreversible.

- Tumor maligno diseminado en fase avanzada.
- Enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o del sistema muscular en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento específico si lo hubiere.
- Demencias preseniles, seniles o similares.
- Enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.
- Otras: (especificar si se desea).

5. Designo como mi representante para que vigile el cumplimiento de las instrucciones sobre el final de mi vida expresadas en este documento, y tome las decisiones necesarias para tal fin, a:

Nombre del representante.....

D.N.I.....

6. Manifiesto, asimismo, que libero a los médicos que me atiendan de toda responsabilidad civil y penal que pueda derivarse por llevar a cabo los términos de esta declaración.

7. Me reservo el derecho de revocar esta declaración en cualquier momento, en forma oral o escrita.

Lugar..... fecha..... y firma.

TESTIGOS:

Fecha:..... 1. Nombre.....

D.N.I..... Firma:.....

Fecha:..... 2. Nombre.....

D.N.I..... Firma:.....

REPRESENTANTES:

Fecha:..... 1. Representante: Nombre.....

D.N.I..... Firma:.....

Fecha:..... 2. Representante: Nombre.....

D.N.I..... Firma:.....

CUIDADOS PALIATIVOS

La atención sanitaria paliativa es lo único que la medicina actual puede ofrecer a los enfermos aquejados de alguna enfermedad incurable en estado avanzado que haga suponer una esperanza de vida inferior a seis meses. Las unidades de cuidados paliativos, lejos de la filosofía central de la medicina, no pretenden alargar la vida, tampoco acortada, pero sí humanizar al máximo el último tramo de una vida que deriva inevitablemente hacia la muerte en medio del dolor. Los cuidados paliativos se concentran en el sufrimiento del enfermo terminal, aliviando o anulando su dolor y

aportándole la máxima calidad de vida posible y, en cualquier caso, evitando someterle a un absurdo e inhumano «encarnizamiento terapéutico». El paradigma de los cuidados paliativos es que la calidad de vida es más importante que la cantidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud, en 1990, propuso como objetivos de los cuidados paliativos los siguientes: Alivio del dolor y otros síntomas molestos y penosos. No alargar ni acortar la vida, dar calidad y proporcionar el mayor bienestar. Dar apoyo psicológico, social y espiritual. Reafirmar la importancia de la vida. Considerar la muerte como algo normal. Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible. Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo. Los tratamientos curativo y paliativo no son excluyentes sino complementarios.

Su necesidad es tanto más perentoria si tenemos en cuenta el constante envejecimiento de la población occidental en general y de la española en particular — hoy, algo más del 20% de la población supera los 65 años—,^[103] y la realidad incontestable de una elevada cifra de pacientes terminales —aquejados de cáncer, de enfermedades con insuficiencias orgánicas evolucionadas (hepáticas, renales, cardíacas), con procesos de sida en fase avanzada, con enfermedades neurológicas invalidantes o demencias, etc.— que pueden mejorar mucho si reciben una atención especializada adecuada para poder afrontar con dignidad —y sin sufrimiento— su última etapa de vida.

Hoy, los enfermos de cáncer suponen una gran parte de los pacientes terminales necesitados de cuidados paliativos debido, entre otros aspectos, al intenso dolor que llega a producir el proceso oncológico en su fase terminal. Se calcula que actualmente hay unos treinta y siete millones de enfermos de cáncer en todo el mundo, con nueve millones de casos nuevos cada año y siete millones de fallecimientos en el mismo período. Para el año 2015 se estima que los casos nuevos anuales alcanzarán los quince millones. En la Comunidad Europea aparecen 1.200.000 nuevos casos de cáncer cada año. En España es responsable del 25% del total de defunciones, con más de 80.000 muertes anuales por esta causa.^[104] Sin embargo, a juicio de los propios médicos, «el correcto tratamiento del dolor no está resuelto todavía en España [tampoco en los países de nuestro entorno] por varios motivos: escasa formación, dificultades burocráticas para la prescripción de opioides, el hecho de que algunos pacientes no quieren ser tratados con estos fármacos, la inadecuada valoración clínica del dolor y la baja prioridad de su tratamiento en la práctica clínica».^[105]

En principio, quienes sufren con mucho dolor los efectos de una enfermedad terminal o irreversible pueden aspirar a obtener cuidados paliativos tanto en su propia casa como en un hospital. Para conocer si existen y son accesibles los recursos

paliativos en casa y/o en un centro hospitalario, puede acudir a varias fuentes de información: dentro del sistema de sanidad pública, puede preguntarse por ambas posibilidades al médico de cabecera, a la gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria al que se esté adscrito, en el Servicio de Atención al Paciente del hospital que le corresponda al enfermo por zona, o en la gerencia de Atención Especializada del Área Sanitaria a la que se esté adscrito. Algunas compañías aseguradoras privadas también ofrecen este servicio a sus socios y, por ello, pueden informar sobre los recursos disponibles y condiciones para su acceso. A través de Internet también puede accederse fácilmente al listado actualizado de recursos en cuidados paliativos disponibles en cada región.^[106]

En caso de no existir ningún recurso de cuidados paliativos en el lugar de residencia del enfermo, puede intentarse la opción consistente en solicitar atención domiciliaria en el Centro de Salud público que corresponda según residencia, o hacer lo propio a la compañía aseguradora privada de la que se sea socio. Respecto a la atención hospitalaria, debe tenerse también en cuenta que muchos hospitales públicos mantienen conciertos de atención específica a enfermos terminales con diferentes centros sociosanitarios o de media estancia —sanatorios, clínicas, residencias, etc.— que cubren, en mayor o menor medida, su ámbito territorial de asistencia.

Resulta indiscutible que las unidades de cuidados paliativos han supuesto un gran avance en el camino que lleva al bien morir, pero también es verdad que no faltan médicos, casi siempre obcecados por creencias religiosas, que no respetan al ser humano ni admiten su autonomía y capacidad de decisión, que niegan el derecho a la eutanasia voluntaria haciendo bandera, precisamente, de la medicina paliativa: controlado el dolor físico, vienen a decir, ya no hay motivo para desear morir... aunque uno esté sumido en un estado vegetativo y/o incapacitado para realizar por sí mismo aquello que nos hace humanos. Olvidan, esos paladines de «la voluntad de Dios», que más insufrible incluso que el dolor físico puede ser la conciencia de la pérdida de la propia dignidad. El dolor físico puede controlarse con fármacos, pero no es tan simple —sin obligar a permanecer en el sinsentido de la inconsciencia química continuada— disminuir el dolor emocional, controlar lo que uno padece debido a su propia incapacidad y, al tiempo, por ver lo que sufren también los demás sin poder hacer nada para consolarle.

Diferencia muy bien esta cuestión, desde el bando contrario, Salvador Pániker, filósofo y presidente de la Asociación Derecho a Morir Dignamente, cuando afirma que «en rigor, cuidados paliativos y eutanasia no sólo no se oponen; sino que son complementarios. No debe haber eutanasia sin previos cuidados paliativos, ni cuidados paliativos sin posibilidad de eutanasia. Más aún, si el enfermo supiese que tiene siempre abierta la posibilidad de salirse voluntariamente de la vida, las peticiones de eutanasia disminuirían. Porque esta “puerta abierta” produciría un

paradójico efecto tranquilizador: uno sabría que, al llegar a ciertos límites, el horror puede detenerse».^[107]

EUTANASIA

El concepto de eutanasia arranca de la antigüedad clásica y, desde entonces, denota el proceso a seguir para el bien morir, algo que más recientemente, en 1977, el brillante teólogo católico Hans Küng definiría como «la muerte bella, es decir, buena, rápida, leve, sin sufrimientos».

La eutanasia voluntaria es un derecho humano que debe contemplarse dentro del marco de la libertad individual, máxime cuando nos referimos a sociedades plurales y secularizadas. La vida de un individuo no es de propiedad social sino personal, así que sólo a cada uno —en uso de su plena capacidad psicológica y jurídica— compete decidir qué hacer con ella. Resulta obvio que la vida es un derecho, pero jamás puede ni debe ser considerada como un deber. Nadie puede ser obligado a vivir en contra de su voluntad ni, tampoco, a tener que agonizar o vegetar, víctima de alguna enfermedad terminal, violentando la conciencia y el deseo en contra expresado por el propio enfermo. La vida no puede ser de ningún modo un valor absoluto ya que, como humanos que somos, tenemos derecho a decidir sobre la propia existencia en función de la calidad de vida que le va asociada, en función de la dignidad con la que nos deja seguir expresando nuestro acto de vivir, por ello, dado que la dignidad es un valor reconocido moral y jurídicamente —pero que sólo se concreta en el ámbito individual—, cuando la vida, su calidad, se degrada hasta arrebataremos aquello que consideramos «nuestra dignidad», debe contemplarse automáticamente el derecho a romper por propia decisión con la obligación de seguir vivo.

La eutanasia admite dos concepciones —eutanasia pasiva o «sedación terminal» y activa o muerte inducida mediante un cóctel farmacológico letal— que si bien están muy próximas en sus resultados, implican filosofías básicas presuntamente opuestas, de ahí que la segunda esté oficialmente prohibida —y penalmente definida como homicidio— mientras que la primera está generalmente admitida o tolerada dentro del estamento médico. Sin embargo, para entender algo mejor los tenues contornos de la ayuda médica para morir con dignidad, resulta muy esclarecedora la llamada «Declaración de Boston sobre la muerte asistida», firmada por 53 especialistas clínicos reunidos en el XIII Congreso de la World Federation of Right to Die Societies (WFRtDS) —Federación de Sociedades pro Derecho a Morir—, celebrado en Boston, Massachusetts, el 3 de septiembre de 2000:

«Apoyamos el derecho de las personas adultas capacitadas, que sufren de manera profunda y prolongada por causa de una enfermedad terminal, a pedir ayuda médica para acelerar su muerte, si ése es su deseo racional, voluntario y reiterado, una vez

que se les hayan ofrecido todas las opciones posibles de medicina paliativa.

»En esta ocasión, queremos llamar la atención pública sobre la práctica de la “sedación terminal” o “eutanasia lenta” que se utiliza actualmente, de forma muy extendida, en hospitales, residencias, unidades de cuidados paliativos y hogares particulares de todo el mundo. Se lleva a cabo al amparo de la doctrina conocida como “doble efecto”, según la cual un médico puede, legalmente, administrar dosis crecientes de analgésicos y sedantes que pueden acelerar la muerte de un paciente siempre que la intención declarada sea disminuir el dolor y el sufrimiento. Es evidente que la palabra clave es “intención”. Médicos compasivos, sin declarar públicamente la verdadera intención de sus acciones, aceleran a menudo el proceso de la agonía de esta manera. Miles de pacientes terminales reciben este tipo de ayuda cada año.

»Creemos que la única diferencia real entre “sedación terminal” y una dosis letal de efecto rápido es una mera cuestión de tiempo; una muerte lenta, que dura varios días, con medicación paliativa que acorta la vida progresivamente, frente a una muerte más digna y sosegada, que es decidida por el propio paciente y no es alargada. Instamos a otros profesionales médicos de todo el mundo a ser más sinceros sobre esta forma de muerte médica mente asistida».

Los expertos aseguran que, en la práctica médica, dejar morir a un enfermo es muy frecuente. «Me atrevería a decir que por lo menos el 80% de las personas que mueren es porque están en una situación tal que el médico considera que ya no hay nada más que hacer y, mediante un pacto con la familia, se deja de administrar el tratamiento», afirmó con claridad Octavi Quintana, presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.^[108]

La deontología médica acepta el principio del «doble efecto» —acortamiento de la vida por aplicar medidas aparentemente paliativas— y aconseja tener en cuenta la voluntad del enfermo, por lo que, en definitiva, la eutanasia pasiva es una praxis médica correcta. Sin embargo, cuando nos referimos a la eutanasia activa surge el conflicto y el desvarío de equiparada a un homicidio cuando, en realidad, la cuestión a dirimir no lleva jamás a que el enfermo terminal tenga que elegir entre morir o seguir viviendo —dicotomía que podría justificar la etiqueta homicida—, sino que le sitúa ante la posibilidad de escoger entre dos tipos de muerte: una, la ocasionada por la legal «sedación terminal», resulta lenta y puede ser indigna y degradante; la otra, producto de la actualmente ilegal eutanasia activa, siempre es rápida y dulce.

Si hay que escoger, caben pocas dudas al respecto; pero la hipocresía social nos condena a tener que sufrir, algo o mucho, siempre; parece que morir rápido y sin dolor todavía es una especie de pecado muy grave, de traición a espermáticos principios religiosos empeñados en hacer del sufrimiento una vía de redención obligada. Afortunadamente para los enfermos en situación real de muerte que

solicitan la eutanasia activa —alrededor de un 3% de todos los terminales—, no faltan médicos que, arriesgando pena de cárcel, la practican ocultamente en beneficio del enfermo, que es el único que debería tener voz y voto en esta decisión absolutamente íntima y personal. A este respecto, algunas investigaciones han aflorado un dato muy interesante: el 15% de los médicos reconoce haber practicado la eutanasia activa.

Por sus características y repercusión para unos y otros, resulta obvio y apremiante que debería legislarse con claridad —y con amplitud de miras— sobre la eutanasia, una necesidad que no sólo viene provocada por una creciente demanda de este servicio médico —producto del incremento de la cultura sanitaria de la sociedad, que repercute en un más amplio conocimiento de los derechos que asisten a todo enfermo—, sino, especialmente, por el imparable envejecimiento de la población, y por la evidencia, terrible, de que aunque la medicina puede prolongar una vida en determinadas circunstancias, no pocas veces este ejercicio de prepotencia científica reduce al paciente a un estado absolutamente inhumano e inaceptable, para el que la eutanasia resulta la única solución digna.

El principio y marco legislativo sobre el que poder regular la eutanasia está contenido en el ya citado artículo 15 de la Constitución Española de 1978 —«Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que en ningún caso puedan ser sometidos a tortura ni a pena o tratos inhumanos o degradantes»— y en diversas comunidades autónomas se está estudiando el desarrollo de la Ley General de Sanidad de 1986 para que la práctica de la eutanasia se produzca con las garantías necesarias. Aunque todas las leyes españolas tramitadas o en trámite evitan celosamente el término «eutanasia», no podrá eludirse por mucho más tiempo la cuestión de tener que discernir en términos legales por qué merece una calificación positiva la desconexión de un paciente de un aparato de respiración asistida, derivándose de ello su muerte —eutanasia pasiva—, mientras que el mismo resultado mortal, logrado mediante la administración de una sobredosis de opiáceos —eutanasia activa—, es etiquetado como un delito de homicidio. En ambos casos hay acción directa de un médico —¿o es que el paciente se desconecta él sólo de la máquina que le mantiene con vida?— y se pretende lo mismo, acabar con el sufrimiento. No cabe duda que la eutanasia activa siempre resulta más compasiva y eficaz para evitar la agonía inútil de un enfermo que su hermana legal, la eutanasia pasiva. ¿Cuántos años y sufrimientos habrá que acumular para que los legisladores regulen lo que la realidad impone por su propio peso y necesidad?

Actualmente, el Parlamento español está estudiando una proposición no de Ley para regular el testamento vital y despenalizar la ayuda activa a las personas que de forma consciente, razonable e inequívoca soliciten les sea practicada la llamada eutanasia activa,^[109] pero el resultado de la propuesta parece francamente incierto.

De momento, el paciente terminal debe ser consciente de que, dada la legislación penal que condena la eutanasia activa —eso es suministrar medicamentos, el llamado cóctel lítico, que causen la muerte del enfermo en unas pocas horas—, en lugar de esta opción lógica se recurre habitualmente a la sedación terminal o eutanasia lenta, consistente en la inducción, mediante fármacos, de un sueño profundo que puede precipitar la muerte en un plazo de 48 a 72 horas. Esta técnica no está diseñada para causar la muerte del enfermo terminal, sino para controlar una serie de síntomas de su proceso, por tanto, si un paciente terminal desea morir durante ese sueño inducido, debe hablarlo con su médico con la debida antelación para poder decidir conjuntamente cuándo iniciar esa sedación.

Cuando un paciente terminal no logra obtener asistencia médica para poder morir dignamente, una alternativa posible es la denominada «autoliberación», que consiste en acabar uno mismo, por sus propios medios, con el sufrimiento derivado de una prolongación de la vida inútil e inhumana. Obviamente, para recurrir a esta opción el enfermo debe conservar sus capacidades y movilidad. Ante un supuesto de esta naturaleza, es aconsejable no precipitarse jamás, meditar mucho la decisión y, una vez tomada, buscar asesoramiento acerca de los métodos más seguros e indoloros que existen para llevar a cabo la «autoliberación». En algunos libros especializados, en Internet, o en las organizaciones de todo el mundo que defienden el derecho a la eutanasia activa puede obtenerse toda la información necesaria.

En cualquier caso, resulta patético comparar la situación descrita con los derechos que hemos sido capaces de darles a nuestros compañeros los animales. Nuestra cultura se enorgullece de su humanidad por haber legislado en beneficio y protección de los animales;^[110] así, por ejemplo, cualquier animal de compañía está protegido contra los malos tratos y, en caso de enfermedad terminal, tiene garantizada la eutanasia activa: una inyección letal le permitirá morir rápido y sin sufrimiento. Sin duda esta conducta demuestra una tremenda sensibilidad hacia el dolor ajeno —y, si se me permite la expresión, también una gran caridad— y un profundo humanitarismo, pero, entonces, ¿somos tan cretinos los humanos que no sabemos ni dotarnos de la misma protección que hemos creído necesaria para los animales? ¿Nos humaniza el sufrimiento, la degradación física y psicológica y las condiciones indignas? La respuesta está clara para todo el mundo... excepto para quienes, adeptos del rezo antes que de la reflexión, creen y predicán que su dios, en ejercicio de una maldad gratuita, nos prefiere agonizantes...

¿QUÉ MEJOR QUE MORIR EN CASA?

Para un buen número de enfermos terminales, la tecnología biomédica no puede ofrecerles prácticamente nada, así que, en esos casos, el esfuerzo común no debe

centrarse tanto en una curación ya imposible sino en lograr que esas personas sean capaces de expresar el máximo potencial físico y psicosocial durante el mayor tiempo posible, algo que siempre resulta más fácil de lograr si el enfermo vive en su entorno habitual —que proporciona seguridad y tranquilidad por el hecho de ser bien conocido—, rodeado de su familia y amigos, e instalado en su propia casa y con acceso a sus propias cosas. Todo ello, claro está, siempre que la evolución de la enfermedad lo permita y que las condiciones del hogar y de la familia sean aceptables.

Sin embargo, hoy sufrimos las consecuencias de las últimas tres o cuatro décadas de optimismo médico irrefrenable —producto de descubrimientos farmacológicos que crearon una falsa ilusión de control de las enfermedades— que condujeron a un proceso de esterilización de la muerte, aislándola en hospitales y tanatorios, y acabaron por separarla del entorno familiar, que siempre la había sabido abordar con delicadeza y eficacia hasta entonces. La sociedad occidental industrializada ya no sabe cómo tratar y cuidar a sus enfermos terminales, hemos perdido esa capacidad y, en consecuencia, morimos peor atendidos que antes. Recuerdo perfectamente mi infancia, cuando todos morían en su casa, rodeados de los suyos, de sus cosas, con vecinos y amigos. Ahora, en general, la muerte se produce en un entorno frío, lejano, impersonal, falto de cualquier calidez.

Morir en casa, máxime cuando los cuidados paliativos —ambulatorios o en el hogar— pueden mejorar muchísimo la última época de vida, es sinónimo de morir bien, serenamente, con naturalidad, rodeado del bienestar que nos ha facilitado la vida y de la gente con quien la hemos compartido. Tras una lucha más o menos larga y dura contra la enfermedad, bien nos merecemos estar arropados por aquellos a quienes queremos y que nos quieren; ser cuidados y, en lo posible, seguir cuidando a quienes nos han acompañado hasta ése momento de la vida; repasando detalles e hilvanando conversaciones no sólo necesarias y placenteras, sino indispensables para poder morir en paz con uno mismo y los demás.

En una sociedad cada vez más deshumanizada, quizá ya es hora de hacer algo para tratar de humanizar al máximo todo lo referente a la salud, de buscar alternativas personales, aunque adecuadas, a la atención altamente tecnológica, aunque fría y distante, de los hospitales; quizás ha llegado ya el momento en que las familias deben platearse recuperar de nuevo un aprendizaje que fue patrimonio nuestro durante milenios, y retomar la seguridad y orgullo con que las familias de antaño acogían y cuidaban a sus enfermos terminales hasta el fin. Si sabemos —siempre se puede aprender— escuchar, tranquilizar y confortar, transmitir serenidad y esperanza, y adoptar las medidas precisas para controlar la sintomatología de un determinado proceso terminal, lograremos que tanto el enfermo como sus familiares y amigos vivan —¿sería excesivo emplear el término «disfruten»?— una buena muerte.

Nada mejor que una despedida en casa. De nosotros depende. Y, tal como siempre ha sucedido, aquello que nosotros hagamos, o no, con y por nuestros padres, eso mismo harán, o no, nuestros hijos con y por nosotros.

8. Cómo afrontar la muerte de los demás

La experiencia más directa que tenemos de la muerte es, claro está, a través de la extinción de otros y del proceso de duelo que asumen sus deudos. Saber que alguien padece una enfermedad terminal, que le apagará progresivamente, o que ha fallecido de repente, víctima de una patología fulminante, de un accidente o de un acto criminal, supone una tremenda conmoción para todos sus conocidos, pero fundamentalmente para su familia y amigos más cercanos.

En unos casos debe aceptarse —adaptándose a él— el camino y ritmo que marca una enfermedad terminal, sabemos que la persona en cuestión está «condenada» —¿no lo estamos igualmente todos por el mero hecho de haber nacido?—, pero dispondremos de más o menos tiempo para poder compartir con ella sentimientos, miedos, cólera, esperanza..., tendremos ocasión de acostumbrarnos progresivamente a su pérdida inminente. En otros casos, por el contrario, la desaparición se fragua en un momento —la persona con la que desayunamos esta mañana ya no existe a la hora del almuerzo; quien partió para recorrer unos pocos kilómetros ya no podrá regresar jamás...— y nos deja anonadados, desamparados, aturridos, vacíos, incapacitados para poder asumir algo tan terrible como es la imposibilidad de volver a sentir la mirada de ese ser querido cuyos ojos, aún frescos en nuestro recuerdo, nos siguen diciendo «hasta luego».

En ambos casos se ha producido una muerte y debe asumirse como tal, pero sus implicaciones serán bien distintas, tal como veremos en los tres apartados de este capítulo. En el primer supuesto podremos hacer mucho por la persona que va a morir y por sus familiares, aunque también ella podrá hacer muchísimo por nosotros, tanto como permitimos asomar al hecho de morir al hilo de su experiencia, dándonos la oportunidad de enriquecernos en madurez al conminarnos a reflexionar sobre la enfermedad y la muerte. En el segundo supuesto nada podrá ayudar al fallecido, aunque sí podemos ser importantes para su familia y, de nuevo, experimentar de cerca la fragilidad de una vida posibilitará reflexionar sobre nuestra propia nadería ante la extinción.

Al menos dos vías, por tanto, parecen abrirse ante la muerte de los demás. Una, la de la acción, nos convida a prestar apoyo y ofrecer lo mejor de nosotros, los sentimientos, a quien ya no puede acumular nada y a quienes están a punto de perder mucho. La otra, la de la reflexión, podría ser vista como un generoso *pago* a nuestra relación afectiva con el moribundo, como una fundamental *inversión* de futuro, como un aprendizaje vicario^[111] que nos lleva de la mano a aprender a morir, de la misma forma que otros aprendizajes vicarios nos enseñaron tiempo antes a vivir. Cualquiera que sea la cultura humana, vivir y morir son actitudes que sólo pueden aprenderse a partir de la experiencia ajena.

No hay una sola manera de afrontar la muerte de los demás, pero sí hay muchas conductas y emociones —mejor dicho, lo que hacemos con ellas y cómo las vivimos— que pueden ser mejores o peores para lograr ese propósito. Todos somos capaces de abrazar al amigo o familiar que sabemos en fase terminal y murmurarle algo así como «no te preocupes, que lo superarás» y luego irnos tristes y sin saber qué hacer; pero ¿era eso lo que el enfermo necesitaba oír de nosotros?, ¿era eso lo que queríamos decirle, aun sabiendo que es mentira, o es que no fuimos capaces de decirle otra cosa más cercana a lo que pensamos y sentimos de verdad?, ¿conocemos qué precisa exactamente esa persona?, ¿tenemos alguna idea de las dudas y miedos que le angustian?, ¿volveremos a verle mañana o espaciaremos las visitas para no tener que confrontar su dolor con nuestro horror? No es fácil saber estar cara a cara con una persona que va a morir, pero es necesario aprenderlo, por su bien y por el nuestro. De eso nos ocuparemos inmediatamente en el primer apartado.

Por otra parte, la realización del duelo, como se verá, es el proceso universal que nos permite a todos asumir y superar la muerte de los seres queridos, pero también hay que aprender a realizar el duelo de la mejor manera posible, algo que nunca es fácil y siempre requiere del apoyo de los demás.

Estamos solos ante la muerte, pero necesitamos desesperadamente poder llegar bien acompañados hasta ella. Sólo un viajero se apeará al fin del trayecto, pero quienes han sabido recorrer con él su último tramo habrán aprendido más del hecho de morir que todos los expertos del mundo juntos.

La muerte, ajena o propia, puede y debe racionalizarse, pero, en cualquier caso, siempre debe vivirse con la misma naturalidad que el resto de la existencia.

CARA A CARA CON EL MORIBUNDO: CÓMO ACOMPAÑARLE

Visitar a una persona que se está muriendo no debe limitarse a ser un mero acto de cortesía, tampoco una acción bienintencionada para tranquilizar nuestra conciencia, antes al contrario, debe plantearse como una actividad que se desea hacer para compartirla con ese ser al que nos unen lazos familiares, de amistad, de amor, o de todo ello a la vez. Sea cual fuere el estado en que se encuentre la persona, el tiempo que le acompañemos debe servirle —y servirnos— para sentirse mejor, para gozar de la vida un poco más, apurando la copa de las relaciones afectivas hasta el final.

A menudo tomamos la muerte como un hecho limitado a la intimidad de cada familia, y así es, efectivamente, pero ¿y los amigos?, ¿dónde están? Bueno es morir rodeado de la familia, pero cuando los amigos de verdad tienden a desaparecer del

horizonte del enfermo terminal, dejando todo el espacio y tiempo a sus familiares, olvidan que quien está caminando hacia su extinción es una persona en concreto, no su familia, y que ésta puede tener más necesidad que nunca de experimentar la cercanía emocional de sus amigos/as (y viceversa). Ambas partes tienen una última oportunidad para poder compartir, sentir, dar y recibir, recordar y pasar balance, hablar del hoy y ¿por qué no?, del mañana, reír de aquello que les hace gracia, abordar reflexiones profundas o disfrutar con vulgares cotilleos y, en función del estado físico y de conciencia, también es tiempo para escuchar música, para conversar de lo que siempre les interesó y no abordaron, para jugar, quizá, una penúltima partida de mus, parchís, ajedrez... La muerte nos aguarda a todos, pero todos, también, deberíamos ser capaces de poder acompañar con naturalidad a aquellos seres queridos que nos preceden en esa experiencia.

Debe recordarse, no obstante, que la muerte nos hace únicos a todos; cada uno sólo puede experimentar su propia extinción, por eso en el mismo acto todos somos diferentes. Este que se está muriendo aquí no tiene nada que ver con aquel otro que ya murió allá, siente de un modo muy diferente, necesita cosas con una prioridad diferente, nos ve y necesita de una manera diferente. Lo importante de nuestra presencia a su lado será verle como quien es —con todo lo que ha sido— y mantener y alimentar la relación afectiva que se conforme en ese momento y con esa persona concreta, sin nada preconcebido, pero respetando siempre su dignidad, valores, miedos, secretos, creencias y, si acaso, participándole los nuestros, con sinceridad, sin entrar a valorar ni discutir los suyos.

No se puede morir por otro, éste es un acto íntimo y solitario que requiere un proceso del que el resto estamos excluidos, es obra para un solo actor, pero resulta indispensable nuestra presencia como *público*. Cuando uno está muriendo, tal como ya vimos en el capítulo 6, necesita sentirse acogido, precisa exorcizar la sensación de estar solo, abandonado, ante el fin, por eso agradece tener a «su» gente junto a él;^[112] aunque también es muy capaz de seleccionar, de elegir a quién desea y en qué momento, algo que siempre se le debe respetar, aunque pueda disgustar a quien se vea momentáneamente excluido. En definitiva, hace lo de siempre, compartiendo determinados momentos con ciertas personas y no con otras. De esta compañía no siempre requerirá lo mismo, con cada persona puede ser distinto y, en la última etapa, quizá le baste con la presencia en silencio de los más allegados, excluyendo a muchos otros, quizá no necesite más que una mano que apriete la suya.

Compartir tiempo y espacio con un moribundo, especialmente si es una persona querida, es un privilegio que debe degustarse con naturalidad, estando tranquilo y relajado.

Es la última oportunidad de compartir vida, vivencias y emociones con esa persona, vale la pena aprovecharla, pero sin agobios para nadie. No se puede hacer,

compensar o precipitar aquello que no se hizo con esa persona durante todo el tiempo de vida anterior.

Cada individuo —según fue y en función de diversas circunstancias relacionadas con la evolución de su patología— mantiene un ritmo distinto en su camino hacia la extinción, y eso influye, naturalmente, en la manifestación de sus sentimientos y en la demanda que hace de los de los demás. Se tratará, por tanto, de estar disponibles, para escuchar con empatía, cuando nos necesite, respetando siempre sus avances y retrocesos de ánimo (en el sentido ya descrito en el capítulo 6).

Respecto a la empatía,^[113] conviene tener bien presente que, en realidad, resulta imposible experimentarla como tal respecto a la persona que está muriendo, porque de ninguna manera podemos situarnos en su lugar, ni jamás hemos experimentado nada parecido a lo que esa persona está pasando. Por ello es mejor no emplear lugares comunes como «sé lo que estás sufriendo» y similares, ya que tanto esa persona como nosotros sabemos que no es así y la frase queda como una mera cortesía sin sentido, quizá falsa y de mal gusto ya que no respeta el dolor que sí está experimentando el moribundo. Es más adecuado emplear fórmulas como «te comprendo cuando me dices lo mucho que sufres», comprendemos que sufre, aunque no podamos ni imaginar la calidad de ese sufrimiento; de esta manera, la persona que está muriendo se siente sinceramente apoyada y comprendida, agradece nuestro intento de aproximarnos a un estado de aflicción que sabe somos incapaces de experimentar (por ahora). Recordemos que todos los lugares comunes que suelen emplearse ante una persona en fase terminal, antes ya fueron usados también por quien ahora está muriendo, por lo que la percepción de su vacuidad es mucho más dolorosa: conoce el tono de desapego, de decir algo para salir del paso, pero ahora es él quien está sufriendo y recibe palabras vacías.

Conversar con una persona que está muriendo es hacerlo con alguien que llega a prestarle más atención a la comunicación no verbal —miradas, gestos, actitudes, posturas corporales— que a las palabras en sí; que valora más la calidad de nuestra compañía, la capacidad de escuchar y de guardar silencio que cuanto podamos contarle. Para irse de este mundo quizá no le haga falta incorporar más información, pero sí más comprensión, afecto y cercanía emocional y, tal vez, también precise poder descargar de su memoria y conciencia episodios demasiado *pesados* para sobrellevarlos en soledad. El oído del amigo, su mirada, su caricia, serán a menudo más necesarios que su boca. También el sentimiento del amigo, dejado ir cuando y como aparece, compartiéndolo como fruta madura, podrá encajar mejor con sus necesidades que mil razonamientos.

Un hecho que se desconoce, o se olvida, es que el oído es un sentido altamente sensible y perdurable, de hecho es el último que se pierde antes de morir, así que, cuando el enfermo está dormido o aparentemente inconsciente, debe controlarse muy

bien qué se dice —y cómo se dice— en su presencia. Mejor callar aquello que no queríamos que escuchase estando despierto y, obviamente, ir a conversar lejos de su cama. Además, cuando un agonizante se desliza en el sueño, cosa que hace a menudo, no es tanto que desee descansar, que busque un sueño reparador, sino que pretende y necesita desconectar de una realidad mundana que ya no le aporta nada salvo ruidos que le desvían de su proximidad de la muerte. Mantener un absoluto silencio, en estos casos, es un deber para con quien se está muriendo.

Durante todo el proceso terminal se tiene necesidades, deseos y peticiones concretas que debemos escuchar y atender de la mejor manera posible, pero a causa de las molestias del propio proceso, el enfermo puede volverse excesivamente caprichoso, exigente o tiránico y, ante esta tesitura, mejor mantenerse firme en la negación que caer en un servilismo ilógico que, además, nos llevará a distanciarnos de la persona y/o a alimentar rencor hacia ella. Si no se entra en confrontación y se le ayuda a razonar sus peticiones, es probable que se acabe encontrando alguna necesidad real y lógica que sí pueda y deba ser satisfecha. No debe olvidarse, tampoco, que un enfermo terminal ya no está de humor para mantener siempre las formas y que las etapas de ira, con hostilidad generalizada, son algo habitual, así es que, cuando se da el caso, será recomendable aguantar el chaparrón y relativizar los rayos y truenos que se dirigen hacia todas partes. Más tarde, o al día siguiente, el sol lucirá de nuevo.

Es muy frecuente que quienes visitan o atienden a un moribundo intenten consolarle con argumentos diversos, a menudo bien peregrinos e inútiles, y/o que le riñan por estar triste o por llorar. Este comportamiento —que perjudica más que ayuda, dado que hace sentirse más aislado e incomprendido al moribundo— tiene su raíz en nuestra incapacidad para soportar el dolor ajeno cuando éste nos atañe directamente. Ver que la persona inmersa en un proceso terminal está deprimida y llora con frecuencia despierta sentimientos dolorosos en quienes le rodean y, para evitados, pretenden que éste ponga buena cara —algo totalmente absurdo en tal trance— en lugar de hacer lo único que sería bueno para todos: dejarle expresar con libertad todos sus sentimientos —sin afligirle por causar tristeza en los demás— y compartidos brindándole la máxima cercanía emocional posible. ¿Cómo si no puede acompañarse a una persona que se ama ante su muerte inminente?

Aunque no sea nada fácil, «hay que estar simplemente allí, escuchando con un corazón dispuesto a dar cabida a la dicha y al sufrimiento del otro con igual capacidad y compasión, con una mente que no separa a la muerte de la vida y no se detiene en conceptos y sombras sino en la experiencia directa del desplegarse. Si duele, duele. Si te hace feliz, te hace feliz. No hay que tratar de cambiar las cosas ni las personas. Sólo tomemos la verdad que nos brinda cada momento. Resulta duro vivir conscientemente la muerte de alguien en una relación clara en la que se mira a

los ojos, se da la mano, se llora, se habla, se queda callado... Es difícil vivir estos momentos y, sin embargo, vivir la muerte con el que muere sería la única actitud respetuosa de lo humano en el hombre, del hombre en el agonizante. Sería ofrecerle, hasta el final, la ocasión de la conciencia y de la comunicación, un testimonio de una presencia solidaria».^[114]

Debe andarse con especial cuidado con las promesas efectuadas en el lecho de muerte y, al igual que dijimos más arriba respecto a los caprichos y exigencias desproporcionadas, sólo debe aceptarse —prometerse en ese caso— aquello que sea lógico, factible y que se esté en disposición de hacer con normalidad. Es relativamente habitual comprometer alguna promesa imposible de cumplir a fin de no inquietar al moribundo y luego pasarse años, o el resto de la vida, con el remordimiento de no haberla satisfecho. La conciencia de quien se va no tiene ningún derecho para dejar perturbada la de quien se queda, tampoco para embargarle el futuro a causa de esa promesa (vengarse de alguien, no volver a casarse, dejar de realizar algo, poder cambiar o no de residencia, etc.).

También, especialmente por parte de los familiares más próximos, hay que evitar *retener* al moribundo con palabras —«no te mueras, sin ti moriré también...», «¿cómo van a poder estudiar tus hijos si te mueres?», etc.— y/o acciones —llanto, permanecer agarrado a su cuerpo, etc.— que le hagan sentirse culpable por morir y dejar a su familia desatendida. Este tipo de conducta no impide el fallecimiento, claro está, pero dificulta mucho a la persona el poder ejercer su derecho y necesidad de despedirse en paz de la vida y de los suyos. Cuando la muerte ya se atisba en el horizonte de la conciencia, el moribundo se va desconectando y apagando, necesita cortar todas las amarras y partir, pero para hacerlo en paz precisa el *permiso* —no confundir con indiferencia— de quienes más le importan, necesita saber que todo queda en orden, que ya hizo todo lo debido. La mano que agarra la suya, las caricias, le harán saber también que el amor que se le tuvo sigue intacto en ese momento. Desde la otra perspectiva, el enfermo terminal también habrá tenido que aprender a desasirse progresivamente de todo lo suyo y de los suyos, algo que puede resultarle muy complicado a las personas muy controladoras, posesivas o dependientes.

La última etapa del proceso terminal, cualquiera que sea el estado del moribundo, puede alargarse más de lo que cabría esperar —lo que obliga a procurar planificar y distribuir las fuerzas disponibles para no *quemarse* en el tramo final— y, por qué no decido, de lo que sería conveniente para todos, incluidos el propio enfermo y su familia. Este pensamiento, sin embargo, puede generar culpabilidad en algunas personas ya que puede interpretarse como que se «desea» que esa persona muera, cuando no es exactamente así. Si se detecta este sentimiento ambiguo, lo mejor es descansar, relajarse, ir al cine, tomar distancia y recuperar fuerzas; quizá debió aceptarse mucho antes alguna ayuda para compartir el esfuerzo de cuidar al

moribundo, nunca es tarde. No debe confundirse lo que sentimos de verdad por la persona que está muriendo con la observación o reflexión, más fría y distante —por eso duele—, acerca de la inutilidad de alargar esa situación (de ahí la importancia de haber debatido previamente, enfermo y familia, cuestiones como el testamento vital y las condiciones en que debe darse la eutanasia).

Una sensación de culpa similar puede sobrevenirle a algún pariente — particularmente si es muy íntimo— cuando la muerte se produce sin que este familiar esté presente, y se tiende a pensar que se abandonó a la persona querida justo en el peor momento, o que se perdió la última oportunidad de despedirla, o, incluso, que *prefirió* morirse estando con otro familiar, pero, ante estos casos, uno mismo debe aplicarse algo de generosidad y pensar que cada cual tiene sus límites y, también, sus derechos y responsabilidades (que no desaparecen ni disminuyen aunque se tenga a un familiar agonizante). «Murió justo cuando la dejé para irme a dormir un par de horas», puede acusarse alguien, pero ¿se detiene a pensar que llevaba cuarenta y ocho horas sin descansar ni salir de la habitación de la persona moribunda?

En cualquier caso, situarse cara a cara con un moribundo, acompañarle en su último trayecto, es siempre un trago difícil. Debe tenerse bien presente que para soportar la muerte de otro debemos enfrentarnos y luchar con nuestros sentimientos, con nuestros miedos, con nuestra frustración, con la percepción que tengamos de la muerte... y cuanto más controlemos esa batalla interna y personal, mejor será la ayuda que prestaremos al moribundo y más enriquecerá esa misma experiencia a ambos. Meditar sobre la muerte del otro es el mejor camino para hacerlo sobre la propia, aceptar la del otro ayuda a aceptar la propia. Y viceversa.

EL DUELO: LA VÍA QUE PERMITE ACEPTAR Y SUPERAR UNA PÉRDIDA IRREPARABLE

Se entiende por duelo el estado de sufrimiento, aflicción y dolor derivado de la muerte de un ser querido y experimentado por las personas que le sobreviven. El duelo es una reacción natural y universal que, con independencia de las características culturales y socioeconómicas de los implicados, desencadena manifestaciones físicas, psicológicas y sociales de intensidad y duración variables, aunque proporcionales a la importancia y significado que tenía el fallecido para la persona doliente.^[115]

Es un proceso dinámico doloroso, pero también terapéutico si se sabe reconocer y aceptar y se consiente su expresión sin trabas, ya que permite adaptarse progresivamente a la pérdida y a la nueva situación que ésta deja tras de sí. El trauma psicológico que ocasiona una muerte en los más allegados al difunto necesita siempre

de un cierto tiempo para poder *absorberse* antes de que la persona recobre su equilibrio. Ese tiempo de duelo varía en cada persona y circunstancia, pero se considera normal que oscile entre seis meses y dos años.

Al margen de su proceso normal, el duelo también puede derivar hacia una situación que se considera patológica y que se desencadena cuando la persona es incapaz de adaptarse a la pérdida sufrida; su duración, consecuencias y secuelas son imprevisibles, pero se sabe que su intensidad crece en sujetos con personalidad especialmente vulnerable y también se incrementa cuando la muerte se produce por sorpresa, cuando pudo ser evitable, cuando el muerto es menor o joven, y cuando el fallecido deja en una mala situación familiar y/o económica a sus deudos.

Es oportuno recordar aquí las dos clases de muerte que distinguió Weisman en uno de sus trabajos,^[116] eso es la muerte oportuna y la intempestiva. La oportuna es aquella cuya supervivencia se iguala a la esperada —la muerte de una persona anciana o afectada por un proceso terminal—, mientras que la muerte intempestiva no es esperable y puede ser prematura —la de un niño o joven—, inesperada —por accidente o enfermedad fulminante—, o trágica —por asesinato, atentado terrorista, etc.—; en el caso de las muertes intempestivas, el duelo puede adquirir características de crisis difíciles de superar que, con frecuencia, necesitarán ayuda terapéutica especializada para afrontarlas y poder aceptar la pérdida. Si repasamos lo dicho en el capítulo 2, veremos que en el mundo animal también se dan reacciones equivalentes; así, cuando la muerte del compañero de grupo es vista como «natural», se acepta sin el menor sobresalto, pero cuando se considera «ilógica» —inesperada y/o no justificable— cunde el desconcierto y hasta la depresión entre los supervivientes.

El proceso del duelo transcurre y evoluciona a lo largo de tres etapas diferenciadas, que algunos especialistas definen como inmediata, intermedia y tardía, y que a menudo son identificadas, también, respectivamente, por las frases «No lo acepto», «Sí, pero no lo soporto» y «Sí, lo asumo».

En la etapa inmediata se produce el choque con la realidad y la persona se debate entre la negación, el rechazo y el autorreproche. Tanto para el núcleo familiar en su conjunto, como para cada uno de sus componentes, implica un proceso traumático que conlleva algunas alteraciones psicológicas —de hecho nos encontramos ante una depresión reactiva con una gran carga de dolor y ansiedad—, que serán diferentes según sea la respuesta de cada persona ante el estrés generado por la pérdida. Suele darse una emocionalidad a flor de piel, estado de confusión y aturdimiento, llanto, suspiros y, en no pocos casos, negación de la realidad o interpretación distorsionada de la misma y de sus consecuencias. Puede durar desde unos días a varias semanas.

La fase intermedia sume a la persona en una mezcla de aceptación y preocupación y la deja a merced de la invasión descontrolada de un torrente de recuerdos del fallecido; puede surgir la necesidad imperiosa de tener que creer en algo para poder

seguir viviendo. Esta vivencia dolorosa debe ser experimentada, asumida y superada por cada persona, aunque sea común rebelarse contra la nueva situación, desesperarse y hasta buscar la figura perdida. Los síntomas más habituales son la disforia — inquietud y malestar—, rabia, insomnio, anorexia, culpabilidad — responsabilizándose de la muerte bajo un sinfín de «si hubiese...» o de su contrario, «si no hubiese...»—, aislamiento, inhibición, *bombardeo* de recuerdos del fallecido (que pueden materializarse incluso en alucinaciones auditivas y visuales del difunto), etc.

Es muy habitual que sea la mujer, por el rol que se le ha asignado tradicionalmente y por su mayor apertura hacia las emociones, quien mejor lleve esta fase, aunque también es cierto que el varón tiende a ocultársela o a huir de ella. A menudo los sentimientos que uno experimenta no coinciden con los del resto de familiares y amigos, por lo que se suceden los reproches, máxime cuando la mayoría huye de la situación de duelo, y ello puede llevar al doliente a aislarse todavía más y disminuir su autoestima al tiempo que se incrementa su sentimiento de culpa y su sensación de fracaso e inutilidad. Puede extenderse durante todo el primer año.

En la etapa tardía se tiende a resolver el duelo y, si se asume la pérdida, la persona se recupera, se adapta a su nueva situación y normaliza su vida en todas sus facetas personales y profesionales. La evolución de esta última etapa, con sus manifestaciones físicas, emocionales y sociales, estará condicionada por el tipo de relación que se tenía con el fallecido, por la relación de mayor o menor dependencia que tenía con él la persona en duelo y por el estatus socioeconómico y cultural de la persona (además de por sus tradiciones al respecto si pertenece a alguna religión o etnia específica). Puede alargarse hasta el segundo año.

Otros especialistas, como John Bowlby, autor de la teoría del apego, dividen el duelo en cuatro períodos: 1) Fase de embotamiento de la sensibilidad, caracterizada por el sentimiento de irrealidad —«no puede ser verdad»—, que puede verse salpicada por episodios de aflicción y cólera, y que puede durar horas o unos pocos días. 2) Fase de anhelo y búsqueda del objeto perdido, con episodios de intensa añoranza del fallecido con llanto intenso, intercalados con períodos de ansiedad y tensión; la rabia, autorreproche y aturdimiento se añaden a la pérdida de seguridad y autoestima, siendo habitual que el doliente espere verse inmerso en un nuevo desastre; no son infrecuentes los ataques de pánico y/o hiperventilación. 3) Fase de desorganización y desesperanza, en la que aparecen largos períodos de apatía y desesperación —y depresión—; todos los apetitos se encuentran disminuidos y se vive al día evitando mirar hacia el futuro; el aislamiento social es muy habitual. 4) Fase de reorganización, en la que se recupera el peso perdido, los apetitos se restablecen y la aceptación de la pérdida conlleva realizar una redefinición de uno mismo —como huérfano/a, viudo/a— y de su situación, impeliendo también a

desempeñar roles nuevos y a adquirir nuevas habilidades.^[117]

La dinámica del duelo, tal como señalamos, puede variar entre unas personas y otras, oscilando entre el duelo normal, no complicado, y el patológico o complicado. El duelo normal no complicado presenta una variable que depende de una diversidad de factores de índole psicosocial. El duelo patológico o complicado, por el contrario, no permite asumir la pérdida ni adaptarse al cambio sufrido y su sintomatología es más intensa y dura mucho más tiempo.

Durante las primeras semanas de duelo es habitual experimentar algunas alteraciones de orden psicológico, físico y social que resumimos a continuación:

Posibles alteraciones psicológicas: extrañeza ante el mundo cotidiano, confusión, tristeza, apatía, desinterés, añoranza, ansiedad, culpabilidad —por lo que se hizo, o por lo que pudo haberse hecho y se perdió la ocasión—, dificultades para mantener la atención y la concentración, obsesión por recuperar la pérdida, sentimiento de liberación, incredulidad, insensibilidad, alucinaciones visuales y auditivas —habitualmente relacionadas con la persona fallecida—, sentimiento de abandono y soledad, aprensión de que suceda algo malo e hiperactividad.

Posibles alteraciones físicas: insomnio, falta de energía y debilidad, llanto, suspiros, sensación de ahogo y/o de *estómago vacío*, boca seca, opresión en el pecho y garganta, hipersensibilidad a los ruidos, anorexia (falta de apetito), pérdida de peso, pérdida o disminución del interés sexual, incremento de la morbilidad, eso es de la propensión a contraer alguna patología que acabe en muerte aunque no sea estrictamente mortal *per se*.

Posibles alteraciones sociales: rechazo del contacto con los demás, tendencia al aislamiento, hiperactividad, conductas no conscientes que implican riesgo —como conducir de forma temeraria—, frecuentar los lugares que eran habituales del fallecido, usar sus ropas u otros utensilios, o *hablar* con la persona muerta.

El proceso de duelo puede adoptar una variada gama de tipologías —que a menudo se solapan—, con manifestaciones diferenciadas y pronósticos de evolución y consecuencias también muy distintos. Entre ellas destacaremos las siguientes:

El duelo anticipado, que puede suponer un proceso importante y eficaz en la medida en que ayude a tomar conciencia de lo que está sucediendo, facilite liberar los propios estados de ánimo y permita programar el calendario y actuaciones necesarias respecto a una muerte que no sólo será inevitable sino que ya está anunciada a plazo más o menos fijo.

El duelo patológico, que impide llegar a aceptar la pérdida e implica una ruptura del equilibrio psíquico con alteraciones físicas, puede adoptar asimismo las formas de duelo crónico o de duelo diferido.

El duelo crónico es aquel en el que la persona doliente permanece absorta con continuos recuerdos del fallecido y tiene problemas para reintegrarse en su mundo

cotidiano. Viene a ser una prolongación indefinida de los síntomas habituales del duelo y es especialmente frecuente en los casos en que había una estrecha relación de dependencia con la persona muerta. Entre sus manifestaciones destaca la presencia de depresión, ansiedad, autorreproches, accesos de cólera y ausencia de pena. Cuando el duelo es hipertrófico o excesivo, con reacciones extraordinariamente intensas, suele convertirse en duelo crónico, algo que es frecuente cuando la muerte se produce de forma muy inesperada.

El duelo diferido —identificado también como ausencia de aflicción— es aquel en el que el deudo sigue con su rutina cotidiana como si nada hubiese sucedido y las reacciones normales de duelo no aparecen o son muy escasas durante un tiempo; es frecuente que se embarque en una *limpieza general* del hogar que acaba eliminando todos o gran parte de los objetos que recuerdan a la persona fallecida, y/o que se vuelque compulsivamente a atender a cualquier otra persona que esté en duelo. Finalmente afloran alteraciones emocionales y físicas que desembocan en un estado depresivo al coincidir con algún desencadenante (aniversario de la persona fallecida o de su muerte, alcanzar su misma edad, etc.). De hecho, este proceso se sostiene sobre una dinámica de negación prolongada y los sentimientos de rabia y culpa no explicitados suelen complicar mucho la evolución del duelo. Entre los niños no es infrecuente encontrar este tipo de manifestación tras la muerte de algún progenitor o hermano. La euforia, ya sea negando la pérdida o alegrándose por ella, puede ser otra de las manifestaciones adoptadas por el duelo patológico.

Resumiendo las circunstancias que pueden indicar —o predecir— que un proceso de duelo podrá acabar siendo conflictivo o patológico para una determinada persona, destacaremos las que agrupamos en los bloques siguientes: aspectos personales, características del vínculo, o de la pérdida, características del proceso terminal, aspectos sociales, y aspectos que repercuten en los niños.

Aspectos personales: edad —cuando el doliente y/o el fallecido son muy jóvenes—; baja expresión de sentimientos y emociones —o represión obstinada de la manifestación de dolor—; escasa tolerancia al estrés y falta de habilidades para enfrentarlo; reacciones emocionales de rabia, ira y amargura muy intensas; fuertes sentimientos de culpa o de autorreproche por el fallecimiento; tardanza en aceptar la realidad de la pérdida; desarrollo de mucha actividad aparentando normalidad —como si nada hubiese sucedido—; haber estado muy aferrado al enfermo antes de su muerte; tener duelos anteriores no resueltos o superados; haber perdido tempranamente a los padres; tener antecedentes psicopatológicos y/o manifestar conductas claramente patológicas, como depresión severa, delirios hipocondríacos —creer tener los mismos síntomas del fallecido— o delirios paranoicos; haber amenazado o intentado suicidarse con anterioridad y/o manifestar comportamientos autodestructivos.^[118]

Características del vínculo o de la pérdida: fallecimiento de la pareja o de un hijo/a; dependencia elevada del superviviente respecto del fallecido; relación muy ambivalente —poco definida, en la que conviven sentimientos de amor y odio, que uno quiere acabar pero al mismo tiempo necesita continuar, etc.— entre el doliente y el fallecido; forma de muerte súbita, inesperada, incierta —desaparición sin dejar rastros del cadáver—, o múltiple —muerte de varios familiares o amigos a la vez.

Características del proceso terminal: recordarlo como un proceso doloroso y degradante, ya sea debido a problemas o errores en el diagnóstico de un enfermo, a una falta de control de los síntomas —y/o carencia de cuidados paliativos— del enfermo terminal, o a relaciones inadecuadas con el personal sanitario.

Aspectos sociales: falta de ayuda, apoyo y soporte socio familiar tras el deceso; nivel socioeconómico bajo —particularmente en amas de casa sin trabajo fuera del hogar—; presencia de hijos pequeños en el hogar; existencia de asuntos pendientes de resolución —emocionales y/o materiales— con el fallecido; importancia de los proyectos truncados a causa de la muerte.

Aspectos que repercuten en los niños: pérdida del padre para varones adolescentes; pérdida de la madre para niñas menores de once años; relación conflictiva con el fallecido; familia dependiente, en lo material, del progenitor fallecido; muerte por suicidio del progenitor; falta de apoyo familiar y/o ambiente desestructurado e inestable; presencia de problemas psicológicos previos al deceso; relación negativa con alguna figura parental en casos de segundas nupcias o de familias reconstituidas.

En nuestra sociedad industrializada actual, donde el hecho de la muerte se elude y esconde bajo mil metáforas patéticas, y donde los rituales relacionados con la muerte han quedado reducidos a actos esquemáticos, superficiales y rutinarios, el proceso de realización del duelo suele quedar incompleto en muchas personas y, en función de su perfil psicosocial, pueden acabar necesitando terapia para poder superarlo. No es casualidad que bajo muchas de las alteraciones emocionales, o trastornos psicopatológicos, que van a consultarse a los terapeutas, emerja como causa desencadenante una muerte en el pasado cuyo duelo no se realizó correctamente.

La pérdida de un miembro de la familia es traumática, sin duda, pero, tal como escribió Cadden en 1964, «la única forma de vencer la muerte se da a través del duelo y es ese penoso proceso de preocupación por la persona que ha fallecido, ese duro trabajo de aflicción, esa tarea de recordar y mantener la imagen del que se ha ido, de rever su vida y la propia relación con él, para poder superar la experiencia de la pérdida».^[119]

CÓMO PARTICIPAR POSITIVAMENTE EN EL DUELO AJENO

Todo el proceso que precede inmediatamente a la muerte de una persona es doloroso y muy estresante para sus deudos más directos, pero tras el entierro o cremación comienza a notarse de manera agobiante el vacío; un vacío que no sólo es el dejado por el fallecido sino que procede de todas partes y lo inunda todo. Cuando lo social y burocrático se da por concluido, la mayor parte de la familia y los amigos regresan a sus casas, es hora de descansar y de replegarse sobre sí mismo y los más íntimos para comenzar a elaborar el duelo; pero en ese momento también es cuando se necesita y agradece la compañía de los amigos, particularmente la de quienes conocían a la persona difunta y habían compartido mucho y reciente con ella. El relato de anécdotas, conocidas o no por el doliente, ayuda a calmar el sufrimiento y la conmoción inicial, permite llenar y compensar ese doloroso vacío que retumba por todo el cráneo y que impide hasta pensar con normalidad.

El proceso de duelo es una buena oportunidad para madurar emocionalmente, así es que no debe reprimirse ni desde uno mismo ni desde los demás. Es bueno exteriorizar —y alentar a que otros lo hagan— los sentimientos que se tengan en cada momento en lugar de esconderlos, reprimirlos o negarlos. Siempre será una excelente idea, por ejemplo, apoyar a la persona que está realizando el duelo para que pueda verbalizar todo aquello que hubiese querido decirle al fallecido pero que no pudo, supo o quiso.

Puede ayudarse a una persona a superar positivamente su duelo estando disponible para ella cuando lo precise, y adoptando actitudes que le permitan aceptar la realidad de la pérdida —que es irreparable y permanente—, apoyándola para que pueda exteriorizar sus emociones y sentimientos —quizá compartiendo experiencias que se vivieron con la persona fallecida, repasando fotografías y recuerdos, hablando de sus últimos tiempos, de su muerte, de lo que implica y significa—, facilitándole ayuda para vencer los obstáculos que, desde el propio doliente o desde otros, dificulten el desarrollo normal del proceso, estimulándole y animándole a despedirse abiertamente del fallecido, y alentándole a normalizar su vida cotidiana para que pueda sentirse bien en medio de la nueva situación.

En una familia con niños, si la muerte afecta a uno o ambos progenitores es especialmente importante prestar soporte inmediata y prioritariamente al adulto que quede al cargo de los menores, pues si éste no expresa sus sentimientos y emociones con naturalidad, los pequeños tampoco lo harán, multiplicándose así el problema de un duelo conflictivo. Naturalmente, lo anterior no significa que los niños deban quedar abandonados o «para más tarde», sino todo lo contrario. En el capítulo 10 trataremos a fondo qué hacer en estos casos.

Si la muerte es previsible —y en la mayoría de los casos lo es—, puede ayudarse a los futuros dolientes de muchas formas, como, por ejemplo: previniendo las complicaciones probables, algo que puede realizarse evaluando los factores de riesgo —personales, sociales o materiales— y proponiendo alternativas de solución; activando la planificación sociofamiliar a fin de evitar situaciones presentes o futuras de desamparo o soledad; y, por supuesto, alentando que todos los familiares se impliquen en el cuidado del enfermo terminal y, si es el caso, procurar que se produzca la reconciliación del enfermo terminal con quien esté enemistado (y viceversa), ya que ello eliminará o reducirá los sentimientos de culpa que suelen surgir tras la muerte. Sin perdón no se puede llorar, y sin llorar no se puede dejar de sentir dolor.

Cuando se conocen las fases y síntomas característicos del proceso de duelo —descritas anteriormente—, puede tranquilizarse al deudo hablándole de lo normal que resulta cuanto le está ocurriendo.^[120] darle el apoyo emocional preciso, aconsejarle respecto a determinados riesgos —por ejemplo, no debe tomarse decisiones importantes y/o irreversibles durante los primeros días—,^[121] facilitarle la expresión de sus emociones y pensamientos —preguntándole por sus sentimientos y por el fallecido y las circunstancias de su muerte, animándole a escribir un diario o realizar alguna actividad que le ayude a descargar su tensión, etc.—, estimularle a despedirse del fallecido —recordándole, en su momento, sin forzarle, el derecho a vivir y ser felices que todos tenemos, haciéndole ver que el duelo no es una deuda con el muerto «en pago a seguir viviendo» y que debe tener un límite—,^[122] potenciar sus relaciones para evitar la tendencia a aislarse, ayudarle en el aprendizaje de las tareas que antes realizaba la persona fallecida, o sugerirle la necesidad de buscar ayuda terapéutica si su evolución lo requiere.

Resulta obvio, aunque con frecuencia se actúe en sentido contrario, que la ayuda al doliente debe ser sostenida durante todo el proceso de duelo; no es bueno ni razonable dar mucho apoyo durante las dos primeras semanas y desaparecer de la escena después.

Es muy importante para poder aceptar lo definitivo de la pérdida —y, por ello, para facilitar la realización del duelo— que los deudos, adultos o menores, cada uno según sus posibilidades, participen directamente en los cuidados post mórtem, se impliquen en alguna medida en la «burocracia de la muerte» —un papeleo para el que siempre es necesario y de agradecer la ayuda directa de algún amigo, que sin duda conservará la capacidad de reflexión y los ánimos en mejor estado que los deudos—, asistan al funeral, acompañen al féretro hasta el cementerio o crematorio, visiten la tumba y estén presentes en los actos de recuerdo u homenaje celebrados por el fallecido.

Los funerales en particular adquieren una función muy notable dado que facilitan

que los deudos manifiesten —y se manifiesten a sí mismos— que la pérdida es real, permiten expresar públicamente el dolor, asignan a los supervivientes un nuevo rol social y limitan la duración del duelo. Por otra parte, al compartir la pérdida con la comunidad, se hace posible que los demás también exterioricen sus propias emociones —como individuos y como colectivo—, que las canalicen aportando apoyo y consuelo a los deudos y, en general, facilita que los sentimientos o la emocionalidad desatada adopten formas aceptables.

En resumen, la persona que acompañe a otra en una situación de duelo, debe, al menos, actuar según las siguientes orientaciones: familiarizarse con el proceso de duelo; evitar las frases hechas; admitir, atender y provocar los desahogos del doliente; fortalecer los aspectos y gestos que denoten presencia y cercanía; mantener los contactos; evocar los recuerdos positivos vividos junto a la persona fallecida; ayudar a elegir y a tomar decisiones; respetar las variadas y variables reacciones posibles; animar y dar esperanzas al doliente respecto a su propia capacidad para seguir adelante y superar la pérdida; movilizar el apoyo y los recursos familiares y comunitarios; acompañar y apoyar al doliente en el descubrimiento de nuevos horizontes vitales, de nuevos motivos para vivir; y, en caso de que sea una persona creyente, facilitar que pueda encontrar fortaleza en su fe y en la práctica de la misma.

Habitualmente hay dos conductas concretas que permiten detectar si alguien ha superado el estado de duelo: 1) puede hablar y recordar a la persona fallecida sin que aparezca el llanto o se suma en el desconcierto, manifestando así que el dolor intenso ha sido sustituido por el recuerdo afectuoso y tranquilo del tiempo pasado; y 2) recupera la capacidad para establecer nuevas relaciones y para asumir las responsabilidades y retos ordinarios de la vida.

Detrás del proceso de duelo no sólo hay el esfuerzo por asumir una pérdida irreparable sino que, con igual intensidad, se intenta reconstruir el propio mundo interno —del que se ha fracturado toda una parte del universo emocional y cognitivo que lo fortalecía y animaba— y el externo, reorganizando las relaciones sociales, asumiendo roles diferentes a los que se tuvo con anterioridad, etc. El duelo siempre acaba enriqueciendo mucho el proceso de maduración de la persona que lo supera bien, pero el coste emocional nunca es pequeño.

Vimos en el primer capítulo que, desde la óptica biológica, la muerte es el precio a pagar por ser seres que nos reproducimos sexualmente; quizás el sufrimiento que conlleva el duelo sea también otra forma de pago, el que nos demanda la vida por haber tenido el privilegio de amar.

9. Cómo afrontar y superar la muerte de un hijo/a

La muerte siempre se considera injusta, a cualquier edad, pero resulta especialmente terrible e inaceptable cuando el fallecido es un niño o un adolescente —también un joven— que ni siquiera había comenzado a experimentar cuanto puede ofrecer la existencia. Nadie espera tal tragedia, ni ha sido preparado para asumirla, ni está en disposición de aceptar algo tan antinatural. La muerte de un hijo, cualesquiera que sean las circunstancias, es uno de los hechos más duros y complejos de afrontar en la vida de un adulto.

Para los padres supone una experiencia desgarradora que afecta el mismo núcleo de su vitalidad, que les lleva a sentirse como si se les hubiese amputado para siempre una parte de sí mismos, que les sume en un desconsuelo inabordable. Es habitual verse de repente muy envejecidos, como si «la falta de futuro» que les representa la pérdida les hubiese eliminado de un plumazo, a ellos mismos, los años que deberían haber compartido con el hijo y que ahora ya no existirán. La necesidad de trascendencia familiar, esa línea de vitalidad sucesoria que va de padres a hijos y alarga esperanzas y proyectos dibujando una ilusión de eternidad, queda especialmente cortada de cuajo cuando la muerte se lleva a un hijo único (o a un varón, según sea el tipo de familia, cultura y expectativas depositadas en él).

La muerte de un hijo no sólo es la desaparición de un ser querido, sino que implica sentir con una fuerza inaudita cómo una parte emocional y carnal de uno mismo se desgaja y se lleva para siempre muchas expectativas y toda la proyección de futuro que el hijo representaba para el núcleo familiar. Ver truncado el «proyecto de vida» familiar por la muerte de un hijo —único o no— afecta seriamente las ganas de proseguir con la vida y objetivos que se tenían hasta ese momento. «¿Para qué vivir?», se preguntan, sobrepasados de dolor, quienes están en ese trance, pero cuando eso sucede, aflora un gran error de planteamiento (ya sea vital o provocado por el shock puntual): la vida no se vive por o para un hijo, se vive por y para uno mismo, aunque con la responsabilidad, querida y aceptada, de ayudar a un hijo para que sea capaz, también, de poder vivir por y para sí mismo. Cualquier otro planteamiento dependiente trasluce una dinámica emocional nada deseable y que debería evitarse, pero la carga de sentimientos y apegos que depositamos en los hijos nos ancla en lo que somos, no en lo que podríamos o deberíamos ser. La razón y lo razonable se esfuman cuando muere un hijo, sólo un tremendo descontrol emocional permanece...

Al principio, el estado de shock impide aceptar el hecho y el dolor es tan intenso que *suspende*, o eso parece, hasta el fluir de la sangre y de los pensamientos, un gran vacío interno difumina la percepción del mundo real y toma el control de la persona una amalgama de sentimientos de confusión, desesperanza, pena, ansiedad..., los

padres, muy a menudo, se sienten ahogar bajo una ola de cólera y depresión alimentada de emociones que jamás imaginaron, como la sensación de ser víctimas de una injusticia infinita, y/o la rabia intensa y envidia dirigidas hacia todos, pero particularmente hacia quienes tienen hijos y no los han perdido (una situación especialmente dura y palpable cuando se trata de algún accidente o atentado donde han muerto algunos menores y se han salvado otros).

Muy pronto puede aparecer la culpabilidad —«¿qué hice mal?», «¿por qué le dejé ir de excursión?», «no supe educarle», «lleve mal mi embarazo», «no le quería lo suficiente», «si hubiese pasado más tiempo con él...», «es un castigo de Dios por mis pecados», «no supe apartarle de la droga», «jamás debí regalarle esa moto», «seguro que en otro hospital le hubiesen podido curar»...—, un sentimiento demoledor que impide comenzar a superar la situación, lastrando a la persona en una especie de pozo sin fondo que suele tener las paredes hechas de depresión.

Tal como ya comentamos a nivel general, el sufrimiento es tanto más intenso y la pérdida más difícil de asumir cuando la muerte se produce de forma inesperada, súbita o trágica, también cuanto menor sea la edad del fallecido o mayores las expectativas depositadas en él.

El proceso de realización del duelo presenta todas las características y necesidades que ya abordamos en el capítulo anterior, aunque en este caso confluyan elementos que, casi siempre, lo hacen más complejo, duro y largo que en el duelo por un adulto. La muerte de un hijo, especialmente si es pequeño, marca un punto de inflexión indeleble en la vida de sus padres, y quizá también en la de alguno de sus hermanos.

El miedo y la torpeza que atenaza a la mayoría cuando debe enfrentarse a una muerte, se exacerba cuando la pérdida es la de un niño. No se sabe qué hacer ni qué decir a los afectados, así que se tiende a poner distancia física y/o emocional de por medio, sumiendo en una mayor soledad, si cabe, a los padres en duelo. En cambio, lo que debe hacerse es precisamente lo contrario, eso es, evitar actuar como si nada hubiese sucedido. Lo apropiado es acompañar a la persona en duelo y dejar que manifieste abiertamente sus sentimientos de sufrimiento, cólera, tristeza, añoranza, etc., mostrándole, al menos, solidaridad, comprensión y aceptación, y compartiendo su dolor sin disimulo si así se siente.

Las diferentes facetas del sufrimiento incrementan su intensidad progresivamente durante el primer período tras la muerte, pero no cabe esconderse de ellas; como en cualquier proceso de duelo —ver el capítulo anterior— hay que dejar fluir los sentimientos, expresarlos abiertamente y sin límites, vivir el sufrimiento como única vía posible para poder llegar a controlarlo primero y superarlo después. Hay que echar a andar aunque no queden fuerzas —la pareja, hijos, amigos y parientes son la mejor muleta y suponen también el horizonte que debe divisarse, aunque sea

imposible dejar de mirar atrás y desear quedarse allí, perdidos en un tiempo y espacio donde todos los focos iluminan pasajes de la vida cotidiana del hijo muerto—, llegará un momento, ahora inimaginable, en que los sentidos pierdan su embotamiento, la energía regrese al cuerpo, y las actividades de siempre vuelvan a tener interés y significado. El dolor será más sordo, pero más llevadero.

Todas las alteraciones y síntomas psicológicos, físicos y sociales descritos al tratar el duelo están presentes también tras la muerte de un hijo, sólo que tardarán más en desaparecer y completar el ciclo que lleva a asumir la pérdida. Mientras el proceso normal de duelo por un adulto dura entre uno y dos años, el duelo por un hijo suele superar siempre este período, siendo más o menos largo en función de la personalidad del doliente y de las diferentes circunstancias que han rodeado la muerte. En general, a partir del segundo año —si el proceso se ha realizado adecuadamente— las emociones están encauzadas y más o menos controladas, aunque los sentimientos ambivalentes, los altibajos y las crisis siguen apareciendo con regularidad, forzando en muchos casos una vida *a medio gas*. Si la dificultad supera las propias fuerzas, la ayuda psicoterapéutica será imprescindible.^[123]

Aunque la muerte de un hijo nunca desaparece de la memoria, finalmente se le puede recordar y sentir sin sufrir, quizás hasta sintiéndose reconfortado/a por su *presencia* en una lejanía convertida en cálida proximidad emocional. Superar adecuadamente la muerte de un hijo puede dejar en herencia una madurez y crecimiento personal que transforman profundamente a la persona, incrementando su calidad humana y aportándole una nueva escala de valores que facilitará y fortalecerá la nueva etapa vital de un padre y/o madre *renacidos*.

Sin embargo, no siempre se logra abordar y superar el duelo con normalidad, siendo muy frecuente que la pérdida de un hijo pequeño repercuta sobre sus padres deteriorando la pareja y conduciendo finalmente a la separación o divorcio.^[124] Una razón fundamental para esta dinámica negativa hay que buscarla en los diferentes roles sociales atribuidos al varón y a la mujer. Así, dado que el varón asume funciones instrumental es, de soporte material de la familia, y no le está permitido expresar sus emociones más íntimas —aunque es más correcto decir que en una sociedad patriarcal *no está bien visto* que el varón exteriorice sus sentimientos—, tras la muerte puede tender a encerrarse en sí mismo y volcarse en una actividad laboral desmesurada, que le impide tener que pensar y afrontar la realidad y le permite la ilusión de seguir como si nada hubiese sucedido. La mujer —especialmente si es un ama de casa al modo tradicional—, por el contrario, tenderá a quedarse atrapada en sus emociones y dolor, sumiéndose en la depresión y la pena,^[125] y sintiéndose incomprendida y abandonada por un marido demasiado ocupado y aparentemente insensible a la tragedia pasada.^[126]

Para fortalecer la pareja tras la muerte de un hijo, ambos deben compartir el

duelo, con todo lo que ello implica —ver capítulo anterior—, acompañándose el uno al otro, respetando las distintas maneras de expresar el sufrimiento de cada cual, encajándolo juntos pero evitando Juzgar o criticar las reacciones del otro; tal como se apuntó al tratar el acompañamiento a un doliente, es necesario sentirse comprendido, respetado y apoyado; un cónyuge puede ser el mejor soporte del otro. El proceso del duelo es tiempo de dialogar y de compartir emociones, incluso las que se le desbocan a uno y otro, es hora de largos silencios si no se sabe qué decir o no se precisa decir nada pues basta la compañía mutua, pero se debe evitar lanzarse reproches, ya sea por lo dicho o hecho ayer como hoy; el pasado no puede cambiarse y, a más abundamiento, nunca se resuelve nada clavando agujas en una herida reciente.

Además de la propia pareja, en los casos de muerte de un hijo debe tenerse muy en cuenta otro flanco de gran fragilidad: los otros hijos, los hermanos del fallecido. En diversas ocasiones hemos apuntado ya esta problemática en otros apartados, pero para lo fundamental remitimos al lector al capítulo 10, que aborda la cuestión de la muerte y los niños.

Son muchas las posibles manifestaciones conflictivas o patológicas que pueden desarrollar los otros hermanos pequeños del fallecido. Desde encastillarse en un sufrimiento silencioso, hasta mostrar una elevada agresividad, culpabilidad o victimismo, pasando por la asunción de roles imposibles —como intentar sustituir al hermano muerto— y, en general, desarrollando algunos de los trastornos de personalidad y conductas patológicas que describiremos al tratar esta cuestión en el capítulo recién citado, texto en el que también se especifica con detalle todo cuanto puede y debe hacerse para poder ayudar a los niños a realizar un proceso de duelo normal. En el caso de que el apoyo paterno a un niño en duelo no lograra hacerle superar su bloqueo emocional y/o éste muestre síntomas patológicos, resulta siempre recomendable facilitarle ayuda terapéutica especializada lo antes posible.

Con frecuencia sucede que los padres acuerdan tener otro hijo para reemplazar al fallecido, pero esta decisión, que quizá pueda consolarles por la pérdida —aunque resulte muy discutible—, fácilmente generará conflictos con los otros hijos —que se sentirán irremediabilmente desplazados e incapaces de competir con las expectativas que despierta el nuevo hermano— y, fundamentalmente, se los creará al recién nacido, que será condenado a ser tratado como un sustituto del muerto y no podrá desarrollar adecuadamente su propia identidad. Cuando el fallecido fue un niño de corta edad, en el caso de que los padres deseen tener un nuevo hijo, será siempre muy aconsejable que esperen un tiempo, puesto que vivir las etapas de crecimiento del nuevo puede recordar con demasiada viveza las del muerto, y los recuerdos dolorosos pueden inhibir, en mayor o menor medida, el cuidado adecuado del hijo que vino a sustituir al anterior; o dar lugar a situaciones de sobreprotección igualmente lesivas.

Para realizar el duelo por un hijo muerto —y/o ayudar a superarlo, como

familiares o amigos de los padres—, además de todo lo dicho al tratar el duelo en general, será adecuado tener en cuenta algunos aspectos de especial importancia que resumimos seguidamente.

En primer lugar, dejar fluir las emociones incluso si se desbocan, llorar y gritar permiten rebajar la tensión, descargar agresividad y disminuir la sensación de angustia y dolor. No debe negarse o esconderse el sufrimiento, sino vivirlo con la intensidad que surja en cada momento, puesto que al superarlo se sale más maduro y fortalecido, reprimir los sentimientos es causa de muchas psicopatologías y, para colmo, no soluciona nada. Las emociones pueden comenzar a controlarse cuando se expresan, cuando se comentan y comparten con otros —familia, hijos de cualquier edad incluidos, amigos, terapeuta—; los sentimientos de unos y lo que piensan al respecto, ayuda a otros a superar los propios, y Viceversa.

Los sentimientos fluyen a través de los estados de ánimo, que son muy cambiantes durante el duelo así que, en lugar de negar o enfrentarse a un estado de ánimo negativo, es mejor aceptarlo, comprenderlo y proseguir con la Vida cotidiana; si no hay lucha contra la emoción que nos domina, ésta acaba extinguiéndose en su propia manifestación (eso nos pasa regularmente a lo largo de la vida, ¿dónde fue a parar ese enfado o tristeza con que nos despertamos hace unos días?, ¿se esfumó antes de llegar al mediodía?); las emociones expresadas, como la ropa tendida, basta dejarlas al sol, el tiempo que haga falta, para que acaben alegrando la cara.

Cuando se pierde a un ser amado, máxime si es un hijo, cuesta muchísimo cortar el *cordón umbilical* que nos unía a él, pero el mundo de los vivos y el de los muertos tienen reglas diferentes. Estar muy apegado a una persona en Vida puede ser nefasto —los excesos siempre lo son—, pero estarlo tras su muerte es algo que debe evitarse absolutamente. La muerte deja un vacío irremplazable, el recuerdo puede matizar el dolor de esa pérdida, pero insistir en mantener al fallecido *presente e incorporado* al mundo real del doliente no hace sino perjudicar la propia vida de éste y la de quienes le rodean. La obligada y necesaria introspección que se realiza durante el duelo suele ser una buena puerta de entrada para revisar —y corregir— las relaciones y sentimientos que se perciben —por uno mismo y/o los demás— como conflictivas, y también es ocasión de fortalecer todo cuanto, desde la nueva perspectiva que fuerza el duelo, se considere adecuado; escucharse a sí mismo con calma y sinceridad, manteniendo una actitud abierta, permite bucear en aquello que más sabe de uno mismo y aprender del *maestro* más capaz de dirigir y controlar la propia vida.

Realizar el duelo requiere invertir mucho esfuerzo y energía, tanto más si se trata de la muerte de un hijo, así que siempre será recomendable priorizar las propias necesidades y eludir todo cuanto suponga «malos rollos», ya sean familiares, amigos o actividades que no aporten nada y actúen como un lastre para el doliente. En sentido contrario, pasado el primer tiempo de duelo, puede ser muy liberador y

energizante colaborar, directa y personalmente, en la medida de cada uno, con alguna organización humanitaria, ciudadana o similar. Dar de uno mismo, cuando se nota tanto en falta, ayuda mucho a superar la pérdida (mientras no se caiga en algún mecanismo psicológico de compensación o reparación que revista carácter patológico).

No es bueno negarse nada que proporcione bienestar, aunque al principio del duelo no se tenga ganas ni de respirar. Sentirse pésimamente no debe implicar descuidarse ni prohibirse todo cuanto mejore la calidad de vida. Quien no se quiere a sí mismo, quien no se mimar y consiente siquiera de vez en cuando, difícilmente puede amar a otros y hacerles agradable su compañía. Progresivamente debe volverse a incorporar esos pequeños placeres que hacen la vida más agradable: preparar las comidas preferidas de la familia; disponer de esos pequeños alimentos que consideramos un *vicio*; sentarse ante una mesa bien puesta, al menos los días festivos —mantel de lino, vajilla hermosa, un buen vino, flores...—; ir al cine o teatro —la distracción es un excelente *terapeuta*—, a la playa, montaña o parque —el aire libre vivifica, todo lo contrario que una habitación en penumbra—, tanto los adultos como los niños; leer, escuchar música y, en definitiva, hacer todo cuanto recuerde lo que jamás debe olvidarse, que la vida sigue. Con dolor, con una gran pérdida a cuestas, pero la vida sigue, y debe proseguir de la mejor forma posible para todos.

Si bien es cierto que cuantos más conocimientos se tengan acerca del proceso de realizar el duelo y sus necesidades más pronto se llega a superarlo, en algunas personas no bastará con leer libros al respecto —que, en cualquier caso, sería bueno haber leído mucho antes de encontrarse en tal trance— y será recomendable que soliciten ayuda de un profesional especializado. Buscar la colaboración de un psicólogo, aunque sólo sea para poder exteriorizar las emociones, no sólo será óptimo, sino que podrá evitar muchos meses de sufrimiento estéril.

10. La muerte y los niños

La muerte es un hecho exactamente tan común como el nacimiento, surge en nuestro entorno y provoca cambios que nos afectan, sea cual fuere nuestra edad y condición. Morir no es una metáfora, es una realidad que transforma todas las realidades con las que está conectada la persona que desaparece. La muerte de otros nos afecta y la nuestra les afecta a ellos, por eso, tal como ya vimos en los capítulos 6, 8 y 9 y ampliaremos aquí, jamás debe excluirse a los menores de la experiencia de la pérdida y tampoco debe edulcorarse la muerte con eufemismos absurdos. Aunque cada edad pueda tener una diferente y parcial visión de lo que implica el hecho de morir, también es verdad que desde muy pequeño se tiene ya capacidad suficiente para comprenderla y asumida mediante el proceso de duelo.

Antes de comenzar a escribir este capítulo, dediqué un tiempo a buscar alguna referencia concreta sobre el hecho de morir y los niños en mi propia biblioteca. Tras revisar la sección de cerca de doscientos libros que tratan de cuestiones diversas en torno a padres e hijos, en ninguno apareció ni una sola palabra del tema. Entre los sesenta y tantos libros que abordan específicamente el hecho de morir, sólo tres tocan con algún detalle el asunto.^[127] Saliendo de mi propio universo de libros, la búsqueda en la biblioteca de la Facultad de Psicología fue igualmente frustrante. Sólo gracias a la informática, tras buscar entre miles de trabajos publicados en tres idiomas, pude localizar cinco artículos académicos interesantes sobre los aspectos psicosociales del hecho de morir en relación a los niños y sus familiares (aunque, ciertamente, hay muchos trabajos sobre los aspectos puramente médicos de la muerte infantil).

Parece obvio, por tanto, que el tema es considerado altamente tabú en nuestra sociedad occidental desarrollada, máxime cuando lo poco que aborda esta cuestión arranca del interés personal y trabajo profesional de una sola persona, Elisabeth Kübler-Ross, y de la nueva perspectiva acerca del hecho de morir, surgida en la última década del siglo xx, gracias, básicamente, al desarrollo de la medicina paliativa —y de las unidades hospitalarias de cuidados paliativos— y a la actividad progresiva de las asociaciones de apoyo y asesoramiento en torno a la muerte.^[128]

Los niños, como los adultos, pierden seres queridos tras esa frontera que marca la muerte y, lamentablemente, no pocos enferman y fallecen. La muerte, lo que significa y el sufrimiento que se deriva de ella, no es algo que ataña en exclusiva al mundo de los adultos. La muerte, de uno mismo o de los demás, no tiene jamás en cuenta la edad; nunca se es demasiado pequeño para morir ni para sufrir la pérdida de una persona amada, así es que los niños, según sea su capacidad de comprensión —que más abajo revisaremos— deben conocer el significado exacto de la muerte y, al igual que los adultos, necesitan compartir sus sentimientos de dolor, expresar sus emociones, participar en el proceso de cuidar al enfermo —eso es convivir con la

máxima normalidad con el enfermo terminal y colaborar en aquello que sea lógico según su edad—, ser parte y formar parte de la despedida de la persona que está muriendo y, obviamente, realizar el proceso de duelo junto a los demás adultos afectados.

Todo lo que los adultos necesitamos para asumir la muerte, propia o ajena, lo precisan también los niños, aunque sus características cognitivas y emocionales impliquen maneras distintas para poder brindarles el apoyo, información, colaboración y contención emocional que a todos nos hace falta ante este trance.

Hablar de la muerte a los niños no es nada fácil pero, no nos engañemos, la dificultad no reside en que ellos sean incapaces de comprenderla y asumirla, sino en que los adultos somos incapaces de aceptarla como un hecho natural y, por ello, nos la ocultamos a nosotros mismos y pretendemos negársela a los más pequeños, aunque ambas cosas nos salen muy mal ya que, en definitiva, los adultos sufrimos por no atrevemos a reflexionar sobre la muerte, y los niños sufren más porque se dan perfecta cuenta de la pérdida, sienten el dolor, pero no alcanzan a comprender la causa correcta a la que debe adjudicarse tanta aflicción.

Nada ni nadie puede evitarnos la propia muerte ni el sufrimiento que nos causa la de los demás, pero sólo hay un camino para que adultos y niños puedan superarla emocionalmente: afrontarla de un modo pleno y consciente.

CÓMO HABLAR DE LA MUERTE A LOS NIÑOS

Para tratar el tema de la muerte con los niños, es importante saber antes que el concepto que se tiene del hecho de morir varía y evoluciona con la edad y/o con la adquisición de madurez, que no siempre corren parejas, pasando por diferentes percepciones hasta que, finalmente, se llega a poder comprender y asumir plenamente la realidad de la muerte con una perspectiva adulta.

Los estudios psicológicos han mostrado que, en general, para un menor de tres años, morir significa «partir» y el temor con que la relacionan suele ser el de separarse de sus padres, la muerte no supone algo inherente a la vida sino que aparece a causa de accidentes o de actos violentos; según su percepción, sólo se mueren los otros. A los cuatro años, estar muerto equivale a «estar dormido».

Entre los cinco y seis años se cree que la muerte no es algo definitivo y que los adultos —principalmente los padres— pueden protegerles de ella, así como de cualquier otro peligro. A partir de los seis años, la idea de la muerte se va perfilando progresivamente, aparece el miedo a quedarse solo y se elaboran las primeras fantasías sobre la vida post mortem —inducidas por las creencias de su entorno cultural, claro—; su conciencia de la probabilidad de morir es elevada, fantasean con morir en su cama, con sus cosas y rodeados por quienes les quieren, aunque no

suelen hablar de ello con los adultos. Generalmente, entre los seis y nueve años de edad la muerte se entiende ya como algo permanente, pero que sólo le sucede a los demás.

En torno a los diez años, la noción de muerte personal, que fue desarrollándose entre los cinco y nueve años de edad, da un importante salto cualitativo al permitir comprender y asumir que es algo inevitable, que afecta a todos sin excepción y que supone una disolución corporal irreversible, alcanzando así una percepción parecida a la de los adultos.

La vitalidad y perspectivas que se abren ante el adolescente y el joven adulto le alejan la conciencia de la posibilidad de la muerte personal de su horizonte vital y, en general, no se recuperará hasta los treinta y cinco a cuarenta años, que es cuando la muerte pierde definitivamente su noción abstracta para convertirse en un hito que marca una dirección y supone un límite cierto, aunque todavía indefinido, a los proyectos vitales.

Desde todo punto de vista es conveniente que los niños crezcan viendo la muerte como un fenómeno natural propio de los seres vivos, por ello debe hablarse de ella con absoluta normalidad, sin dramatizarla, aprovechando las ocasiones que se presten a ello para reflexionar sobre cada pérdida y lo que significa. En el entorno de cada familia, mueren animales de compañía, plantas y, por supuesto, personas más o menos allegadas; también la televisión presenta la muerte a todas horas, aunque rodeada de una gran distorsión. Aprovechar alguna de estas circunstancias para preguntar por la opinión que tiene el niño al respecto, para conocer sus ideas y sentimientos acerca de la muerte, para compartir los nuestros de una manera llana y sencilla —recurriendo si hace falta a ejemplos de la naturaleza, imágenes o cuentos—, será una excelente forma de posicionar el concepto de la muerte en el lugar que le corresponde, pero sin traumas.

Sin duda alguna, antes de hablar sobre la muerte con un niño hay que conversar mucho sobre el mismo tema con uno mismo, y también con los demás claro está. Cuando se pierde el miedo a reflexionar sobre la extinción a la que todos nos dirigimos de modo inexorable, se encuentran palabras, conceptos o imágenes personales con las que poder comunicar a los hijos qué entiende cada cual por «muerte», y hacerla pudiendo responder con sencillez a aquello que lo es y dejando un interrogante abierto, sin cargarse de ansiedad por ello, frente a lo que se ignora.

Cuando los niños comienzan a preguntar cosas sobre la muerte, y todos lo hacen en algún momento a partir de los seis años, es importante responder abiertamente a sus cuestiones con un lenguaje llano y adoptando la máxima cercanía física y emocional que se pueda. Casi siempre su interés se centra en saber quiénes pueden morir —¿él mismo?, ¿sus padres?— y de qué manera, así como en conocer qué ocurre con el cuerpo —¿se pudre?, ¿cuánto tiempo tarda en hacerlo?—; al adulto le

pueden parecer cuestiones morbosas, pero no hay tal intención en el niño. Sus preguntas son directas y *a ras de tierra*, las respuestas deben ser igual, no cabe hablar del alma y los ángeles cuando se pregunta por el cuerpo y los gusanos, aunque las respuestas deben tener siempre muy en cuenta la edad y sensibilidad de su receptor.

Obviamente, no todas las cuestiones tienen respuesta posible o conocida por el adulto, así es que más vale ser honesto y declarar los propios límites, aunque los niños también agradecen un «no lo sé, pero lo averiguaré y te lo diré», especialmente cuando, poco después, el adulto, efectivamente, cumple con su palabra. Por el contrario, jamás hay que ponerse en guardia contra las preguntas de un niño, ni reñirle o responderle con desgana o ironía. De la muerte, como de cualquier otro asunto cotidiano, se puede y debe hablar francamente entre padres e hijos.

No se debe crecer temiendo a la muerte, pero menos todavía ignorándola.

CÓMO TRATAR A LOS NIÑOS CUANDO ENFERMA Y FALLECE UNA PERSONA QUERIDA

No hace falta insistir acerca de cuánto perturba a todo el núcleo familiar la presencia de una enfermedad terminal en alguno de sus miembros —ver el capítulo 6—, pero sí debe recordarse que, debido precisamente a la ansiedad y dolor que puede llegar a aturdir a los adultos, es corriente que no se tenga en cuenta la situación emocional por la que están atravesando los niños de esa familia, o se descuide su atención emocional e incluso material.

La «falta de sensibilidad» de padres y demás adultos respecto al estado emocional de los niños —quizá porque, erróneamente, creen que «no se enteran» o «no tienen capacidad para poder sufrir siendo tan pequeños»—, particularmente cuando el proceso terminal es relativamente largo, instaura en los niños una percepción subjetiva de pérdida de cariño y apoyo por parte de sus padres, que es causa de ansiedad e inseguridad —quizá también de cólera y rencor hacia ellos—, y/o genera una mezcla de sentimientos en torno a los celos y el odio dirigidos hacia la persona enferma —o fallecida, si nos referimos a la situación posterior a la pérdida—, a la que creen culpable de haberles «robado» el cariño y atención de los suyos; instalarse en estas emociones acabará generando culpabilidad cuando se den cuenta de lo injustos que fueron sus sentimientos de odio. Un proceso de este tipo siempre causará trastornos de personalidad, más o menos notables, que repercutirán en el sujeto cuando sea adulto, al margen de que podrá manifestarse, en el momento del hecho mediante algunas conductas patológicas.^[129]

Cualquiera que sea la posición que ocupe en una familia un enfermo terminal —y/o un fallecido—, los niños deben vivir el proceso de la enfermedad —y también el

duelo posterior— con naturalidad y sin verse privados de ninguna manifestación emocional o de cualquier otro tipo que antes fuese habitual (o, en su caso, explicándole por qué no se pueden o deben realizar determinadas actividades a partir de cierto momento de evolución de la enfermedad, o mientras se está de duelo).

Cuando el enfermo terminal sea alguno de entre varios hermanos pequeños, es preciso que todos ellos estén informados de lo que acontece y, según edad y capacidades, colaboren en las labores específicas que requiera el cuidado del enfermo. Las relaciones y juegos entre ellos deberán ser las de siempre, adaptándose progresivamente, unos y otro, a las limitaciones que acabará imponiendo el desarrollo de la enfermedad. Esta normalidad, más el sentirse útiles ayudando al hermano enfermo, no impedirá que sientan dolor cuando éste muera, pero facilitará muchísimo asumir la pérdida sin culpas ni emociones descontroladas. Otro tanto es aconsejable cuando quien va a morir es algún amiguito, vecino o compañero de colegio del niño, circunstancia en la que se le debe alentar y facilitar que pueda acudir a verle, que pase los ratos que desee con él, hablando de sus cosas, jugando mientras sea posible; esa normalidad ayudará en gran medida a ambos niños, pero también a sus respectivas familias.

En las familias con un progenitor afectado por un proceso terminal, los conflictos emocionales y/o las conductas alteradas que pueden presentar los hijos dependerán, fundamentalmente, del modo como el núcleo familiar vivencie, interprete, acepte y afronte la enfermedad, sus causas y consecuencias, así como también de la calidad de las relaciones afectivas que se establezcan entre todos sus miembros.

En los estudios efectuados en familias en las que uno de los padres padecía un cáncer, se ha visto que, en general, en los niños de entre seis y diez años, es frecuente la aparición de sentimientos de soledad, tristeza e inquietud —recordemos, según lo dicho en el apartado anterior, la diferente concepción que se tiene de la muerte según sea la edad—; en los de entre diez y trece años, su mayor preocupación se debe a las alteraciones *traumáticas* que deberá afrontar la familia y, en particular, a la asunción de responsabilidades para las que no se ven preparados; en los adolescentes, tal como es propio de su edad, es corriente que se vean atrapados entre la ambivalencia de deseos opuestos —ocuparse del progenitor y al mismo tiempo hacer su propia vida con total libertad y despreocupación—, que generan estrés y conflictos que pueden desembocar en sentimientos de rencor, culpa, u otros.

Cuando se produce la muerte del ser querido, ya sea un progenitor, hermano, otro familiar o algún amigo, los adultos responsables del menor deben evitar ocultar o falsear la realidad del hecho —ni siquiera con intención de evitarle el sufrimiento— so pena de incurrir en varios errores de consecuencias más o menos graves.

En primer lugar, debe tenerse en cuenta que la situación no cambia por muchas metáforas que se empleen, la persona fallecida ha desaparecido y no regresa, algo que

un niño pequeño, al que se le cuenta que se ha ido a «un viaje muy largo», que «está en el cielo» o que «se ha convertido en un ángel», no acaba de comprender y lo vive como un abandono que, a corta edad, suele desencadenar un proceso de culpabilización —se atribuye la desaparición a algo que el propio niño cree haber hecho mal— que producirá secuelas serias, además de sentirlo como una fuente permanente de dolorosa frustración, ya que la persona no regresa jamás a pesar de las promesas de los adultos. Dado que una reacción normal en una persona en duelo es querer seguir a la persona fallecida, eso es morir o «ir al mismo lugar», para no separarse de ella, explicaciones como las citadas, además de impedir el proceso de duelo y de maduración, pueden poner en riesgo la vida de algún menor deseoso de irse al cielo para reencontrarse con la persona fallecida.^[130]

Un niño se da perfecta cuenta de lo que está pasando, por mucho que se le oculte la realidad —es un error común alejar a los niños de un hogar donde está muriendo alguien— y se le nieguen respuestas a sus preguntas, con lo que finalmente acaba dejando de confiar en los adultos, se retrae y queda sumido en un estado de confusión y desesperanza tanto mayor cuanto que le resulta imposible recurrir a ningún adulto en busca de respuestas y consuelo. Si se le oculta la muerte de alguien cercano y ve que todo el mundo sufre, tiende a pensar que el hecho debe de ser muy terrible —incluso los adultos lloran como los niños—, con lo que el choque traumático es muy superior al que recibiría si se le explicase lo ocurrido. Además, si no se le expone clara y normalmente el hecho de la muerte, se le impide aceptar lo definitivo de su consecuencia, dificultando así, tal como ya se apuntó, la realización del duelo —o abocándolo a un duelo patológico— y perjudicando su proceso de maduración, llegando a dañar, en definitiva, su vínculo con el mundo adulto.

Por otra parte, los adultos confunden causa y efecto, eso es muerte y dolor consecuente, que no son lo mismo. El dolor es el efecto de la pérdida —que puede producirse en forma similar tras un divorcio, por ejemplo—, la muerte es un hecho natural e irreversible que debe conceptuarse como tal (otra cosa será lo que cada cual, según sus creencias, le cuente que *sucede* tras el deceso). Hablar de la muerte a propósito de una pérdida concreta no le añade dolor al vacío que experimenta el menor, antes al contrario, le da una explicación —conocer la causa de algo siempre produce alivio— y le permite elaborar el duelo con menor dificultad, máxime si comparte abiertamente sus sentimientos con los de sus padres, hermanos, familiares o amigos.

En ninguna ocasión se debe tratar de eludir los problemas que surgen de la vida cotidiana, antes al contrario, hay que enfrentarse a ellos, por dolorosos que sean, como única vía posible para resolverlos y anular y/o minimizar las emociones negativas que puedan causar. La muerte no es una excepción, y los niños tampoco lo son. Jamás debe evitarse o bloquearse el dolor que una muerte produce en un niño; lo

correcto y necesario es ayudarlo a que exprese sus emociones abiertamente o, en caso necesario, a través de juegos, dibujos o escenas teatralizadas en las que el menor participa como en un juego.

En un niño pequeño, la muerte de un progenitor, particularmente si es la de la madre, le sume en un doloroso proceso traumático —que suele ser más intenso cuanto menor sea la edad— dominado por la aflicción, sentimientos de pérdida y de haber sido traicionado —la madre, que le quería, le ha abandonado y dejado solo y desamparado—, tristeza, ira y depresión; que se expresa a través de una diversidad de alteraciones en la conducta y en los hábitos, temor más o menos generalizado, pérdida de apetito, dificultad para mantener la atención, problemas escolares, insomnio, pesadillas, etc., que pueden conducirlo hacia trastornos somáticos y psicológicos. Sin embargo, si todo ese dolor, emociones e incertidumbre puede aflorar y compartirse con adultos de confianza que le den soporte con su presencia y sus sentimientos, que le hagan sentir que jamás volverá a sentirse solo la pérdida se superará con normalidad.

Para ayudar a superar el estado de aflicción de un niño al que se le ha muerto un progenitor o una persona muy querida, Buckman^[131] recomienda a los padres: mostrarse siempre cercanos al niño, no salir de casa sin anunciarle la hora de regreso —y cumplirla, ya que eso le dará seguridad en la promesa de no dejarlo abandonado—, permitirle dormir en la misma cama o habitación paterna mientras se encuentre vulnerable; dedicarle el máximo tiempo posible, pero sin suspender las actividades habituales; estar pendiente de sus cambios de conducta, incluso solicitando colaboración de sus profesores para que le observen y le eviten situaciones incómodas; escribir en una lista los problemas observados en el niño y los recursos con que se cuenta para afrontados; y conservar bien definidos los roles de cada cual para evitar injerencias en el desarrollo normal del niño^[132].

Otros síntomas que se debe intentar detectar y controlar, en estos casos, forman parte y son la expresión de los mismos mecanismos defensivos que suelen manifestar los adultos en similares circunstancias (y que ya vimos en el capítulo 6). Entre ellos, destacan la negación, hostilidad —contra el fallecido o contra quienes cree responsables de la muerte—, culpabilización, idealización —del progenitor muerto— y sustitución —el niño busca que algún pariente cumpla el mismo rol y le aporte el mismo afecto que el fallecido—, a los que debe agregarse la ansiedad —reproduciendo los mismos síntomas que el progenitor fallecido, por ejemplo—, o el pánico —ya sea como sensación global de inseguridad ante su futuro y/o ante la posibilidad de quedar desamparado si llegase a morir también su otro progenitor—. Ante la aparición de estas conductas, es muy aconsejable la intervención de un psicólogo.

A un nivel muy general, la experta colombiana Isa de Fonnegra de Jaramillo,

psicóloga y tanatóloga, resumió hace años, en un listado, las «normas de oro» a tener siempre presentes cuando un niño pierde a una persona querida. A saber:

»No mentir es esencial; conteste las preguntas con sinceridad y si no tiene una respuesta, no tema confesarlo.

»Nunca diga algo de lo cual tenga que retractarse más tarde. El niño después le preguntará por qué le contó que una persona muerta se convierte en mariposa, ángel o arcángel.

»No lo diga todo de una vez, explique la muerte con verdades parciales, de acuerdo con la edad cronológica, intelectual y emocional del niño, midiendo lo que él puede asimilar y necesita saber.

»Hable de la muerte antes de que el niño se vea emocionalmente involucrado en una situación de duelo. Aproveche oportunidades: pasar frente a un cementerio, el canario o el pájaro que se muere, la flor que se marchita.

»No delegue la explicación en un familiar o en el vecino. Los padres, mejor que nadie, conocen a sus hijos y saben calibrar el impacto.

»No ligue la muerte con el sueño, ya que de allí pueden derivar trastornos para dormir, o con un viaje, que encierra una sensación de abandono. El niño además debe aprender a distinguir entre una dolencia leve y pasajera y aquella que sí lleva a la muerte.

»Ni ligue una contrariedad con la muerte («Tu indisciplina me va a matar»). El niño tiende a ver la muerte de un ser querido como un castigo.

»Si usted ha sido víctima de la misma pérdida, no esconda su dolor ni se encierre en el baño para llorar. Exprese su sentimiento y muéstrole que usted también es vulnerable y que es legítimo compartir la tristeza.

»Déle la oportunidad al niño de hablar de la persona que se murió y recíbele la tristeza.

»Si usted es creyente, transmítale al niño la tranquilidad que ofrece el más allá, el paso hacia la vida eterna, la reunión con Dios.

»Use la palabra muerte y elimine eufemismos (“se nos fue”, “emprendió el viaje final”, “descansó”). La muerte debe ser un fin natural y no una fuente de temores y angustias.

»Refuerce la irreversibilidad de la muerte y no dé pie a falsas expectativas de retorno.

»Si un niño está en el colegio, avísele a la psicóloga o profesora. Esto dará oportunidad a sus compañeros de brindarle consuelo en vez de “tratar de distraerlo»».

[133]

A pesar de la variedad de sentimientos y conductas que puede expresar un niño que ha perdido a una persona querida, lo fundamental será ayudarlo a comprender el hecho y sus consecuencias —sin pretender que «se olvide» de lo que ha vivido—, conectar con sus sentimientos, compartirlos y ayudarlo a expresarlos, y brindarle

soporte, ánimos y hasta buen humor —en lo posible— para afrontar el duelo y proseguir con su vida cotidiana con la máxima normalidad de que sea capaz.

Salvo que manifieste algún reparo al respecto, es siempre muy aconsejable que un niño asista a todos los actos fúnebres —velatorio, funerales, entierro, etc.— en honor de la persona querida, ya que a través de esta serie de actos sociales ritualizados, él, como el resto de familiares y amigos asistentes, irá adaptándose progresivamente a la idea de la pérdida definitiva de esa persona. Ver el cuerpo del fallecido refuerza la realidad de la muerte, estar junto a familiares y amigos disminuye el aislamiento, y participar en los rituales funerarios aporta un sentido y función personal frente a los demás. También será muy positivo para los niños permitirles que, por ejemplo, aporten ideas respecto a la música, lecturas, tipo de flores o adornos, fotografías o intervenciones que les gustaría tener en el funeral.

Por último, cuando se está en el proceso de elaborar el duelo, debe evitarse cargar a los niños con responsabilidades excesivas, o generarles expectativas demasiado altas. Tampoco debe permitirse que carguen con responsabilidades *sustitutas*, tal como apuntamos anteriormente, a fin de *neutralizar* de este modo la pérdida del progenitor y evitar un cambio de roles que debe asumir el sistema familiar en su conjunto —un error que también suele cometerse tras algunos divorcios—; lo adecuado será que, de ser preciso, algún familiar pase a adoptar el rol que antes desempeñaba el difunto.

Completar el duelo con normalidad, habiéndolo realizado con todos los apoyos necesarios para lograrlo —tal como vimos en el capítulo 8—, será, en definitiva, la clave indispensable para que la pérdida se asuma sin arrastrar conflictos emocionales ni caer en trastornos psicopatológicos.

CÓMO SITUARSE ANTE LA ENFERMEDAD TERMINAL DE UN NIÑO

Saber que un niño o niña padece una enfermedad terminal produce tanta angustia y es tan difícil de sobrellevar que suele sumir a su familia nuclear en un estado de shock, mientras que en otros familiares y amigos puede decantar la tendencia a rehuir su presencia, a dejar de verle en un intento no consciente de obviar su drama anunciado, con lo que se cae en el extremo de abandonarle a su suerte, de dejar el asunto sólo en manos de sus padres mientras desaparecen de la escena todos los demás justo cuando más falta hacen.

La cercanía de la muerte, o su mera posibilidad, en un mundo que prefiere negarla con obstinación, produce un gran aislamiento en quienes deben convivir con ella ya que, habitualmente, no encuentran personas afectivamente próximas con las que

poder hablar de aquello que les aflige ante la extinción de un ser querido —aunque también es cierto que a menudo los propios afectados tampoco saben cómo hablarle a otros de sus sentimientos—; este problema es tanto mayor en quienes tienen un hijo pequeño pasando por este trance, puesto que inquieta siquiera imaginar un niño enfrentándose a su muerte próxima. El hecho puede hacer aflorar, en los padres —quizá también en algún hermano—, sentimientos de culpa que desestructuran la convivencia familiar, y sensaciones de impotencia y fracaso —presentes también en todos cuantos rodean al niño, incluido el personal sanitario—; por eso resulta tan necesaria la proximidad real y el apoyo que puedan brindar amigos y familiares... aunque en su justa medida, sin caer en ningún extremo, tendiendo su mano y disponibilidad pero dejando que sea el otro quien decida; estimulando, pero no forzando.

Los niños son perfectamente conscientes de la gravedad de su enfermedad, de su cercanía de la muerte, pero sus dudas y temores —siempre presentes en los dibujos o escritos que realizan o en medio de un lenguaje que de tan simple puede resultar difícil de entender por los adultos— sólo afloran cuando los mayores les dan pie para ello, ya sea sacando a colación directamente el tema en una conversación o indirectamente, mediante dibujos, dejando que expresen sus temores e ideas sobre su propia muerte mediante lápices de colores. En cualquier caso, hay que estar siempre muy receptivo y desterrar la falsa idea de que los niños no son conscientes de lo que les está sucediendo. Saben que se están muriendo y aunque, según sea su edad, no puedan calibrar del todo el significado de morirse, les angustia la certeza de que van a tener que separarse de sus padres.

La forma de reaccionar de los niños, en estos casos, depende del tipo de enfermedad y de su evolución, de si es o no dolorosa, de la actitud de cada familia —tanto respecto al proceso de la enfermedad como en cuanto al clima afectivo y emocional que adopten—, de si se permanece hospitalizado o en casa y, en general, de la propia madurez para percibirse a sí mismo y a su entorno. Los menores de tres años soportan muy mal la hospitalización ya que deben separarse de sus padres; entre los cuatro y diez años suelen ser muy renuentes a la estancia hospitalaria obligada, a menos que sean bien conscientes de la gravedad de su estado y, por ello, asuman la inevitabilidad del tratamiento médico y sus molestias, aunque eso les hace también más susceptibles a la depresión.^[134]

De igual manera que hacen los adultos en situación terminal, los niños eligen entre su gente, prefiriendo pasar el tiempo con aquellos con los que conectan mejor y, como en el caso de los adultos, lo fundamental es estar ahí, junto al niño, y aunque no se sepa qué decirle, expresarle lo que uno siente en cada momento aunque los sentimientos anden hechos un lío. Es muy importante escucharle, comportarse con empatía, permitir la expresión abierta de las emociones negativas, potenciar algunos

detalles o conductas que le hagan sentirse mejor, pero sin perder de vista que debe seguir estableciéndose los límites habituales que le son necesarios a todo menor.

Los expertos recomiendan una serie de conductas básicas a fin de poder apoyar y ayudar a los niños que padecen una enfermedad terminal. Entre ellas, destacaremos las siguientes:

Actuar con honestidad y sin engaños. Por lo general los niños acaban intuyendo su situación terminal y no sirve de nada fingir alegría para darles un consuelo que no se van a creer; es mejor decirles la verdad en todos los aspectos, aunque debe hacerse siempre con delicadeza, con la máxima proximidad afectiva, y procurando que lo dicho sea comprensible para cada nivel de edad —o madurez— y responda a las necesidades y expectativas de información de cada momento. Cuando un niño no comprende lo que se le explica, pregunta de tantas otras formas como sea capaz hasta que se da por contento y entonces cambia de tema. En cualquier caso, debe facilitarse, sin excepciones, que el niño pueda hablar o discutir con quien desee sobre lo que le interese o inquiete, cuantas veces lo necesite y con el ritmo y de la manera que marque él mismo.

No debería olvidarse que la conciencia —quizá más bien intuición nítida— de la propia muerte, avalada por los sufrimientos padecidos durante la evolución de la enfermedad, fortalece internamente y permite comprender y aceptar cosas que el resto se ve incapaz. Por eso, con frecuencia, es el niño moribundo quien tiene la fuerza suficiente para consolar a unos padres incapaces de aceptar lo que él ya ha asumido. Además, dada la percepción que tiene el niño de su situación, cuando todos optan por fingir ignorar su estado, él se ve condenado a afrontar en soledad su destino, debiendo, para colmo, disimular sus sentimientos para evitar que sus padres sufran, estableciéndose así una dinámica perversa que le incrementa el sufrimiento. Como norma, cuando una familia puede hablar libremente de sus miedos y emociones con la persona, menor o adulta, que está inmersa en el proceso terminal, sufre mucho menos y acaba aceptando mejor el desenlace fatal.

La situación terminal —máxime teniendo en cuenta lo dicho— exige también que los niños puedan reaccionar en cada momento según sea su carácter y estado de ánimo; deben poder sentir que sus emociones, aun las más negativas, no serán reprimidas ni rechazadas por los adultos, y que en todo momento tendrán a alguien con quien poder compartirlas. Compartir, en este aspecto, no implica que un adulto debe intentar convencerle del «error» o «nimiedad» de sus sentimientos, sino que «el otro», adulto o no, sea capaz de escucharle con una actitud abierta y sin emitir juicios de valor; manteniéndose afectivamente cercano, callando si no se tiene nada que expresar o no se sabe qué decir. Hay que evitar que los niños puedan sentirse malos culpables por verse como causantes de la pena que inunda a los demás: Adoptando una pequeña estrategia, nuestra tristeza, por ejemplo, puede expresarse como la

consecuencia de no saber qué hacer para poder ayudarlo —en lugar de aparecer como el reflejo de su propia aflicción—, con lo que será muy probable que el niño deje momentáneamente de lado su propia tristeza para acudir a consolar la nuestra, logrando levantar así su propio estado de ánimo... y el nuestro.

Los niños en situación terminal, como cualquier niño —o adulto— que se percibe con un problema grave, precisan sentirse protegidos, algo que no se logra con promesas falsas o exageradas, ni con un flujo de regalos o de personas distantes que no sintonizan con su estado; la percepción de protección sólo la da el sentir que a su lado permanece alguien al que se ama y en quien se confía. Es importante mantener siempre abierta la puerta de la esperanza, pero ésta debe ser realista, no mágica. Si la familia tiene creencias religiosas o trascendentales, compartirlas de modo racional y sin presiones ni dogmatismo puede aportarles una vía de apoyo que no cabe desdeñar, pero a condición de que el niño pueda marcar su propio tempo de reflexión, una capacidad que suelen tener en más abundancia y mayor agudeza de lo que los adultos suponen.

Por dolorosa que sea la situación ante un niño sumido en un proceso terminal, su familia debe intentar proseguir con su vida cotidiana con la máxima normalidad posible. Y lo mismo reza para el enfermo, que deberá ser tratado con normalidad —«es necesario que los padres actúen como si el niño fuera a llegar a adulto para que tengan en cuenta los ideales y valores de cada etapa de la vida», apuntan los expertos— y llevar la vida más plena posible que le permita su estado de salud. No es bueno para nadie, sino todo lo contrario, anticipar un ambiente de duelo dentro del hogar. Por parte de los padres, mantener el buen humor, dejar que los otros hermanos jueguen y hagan bromas —también al enfermo—, proseguir con todas o parte de sus aficiones habituales, no descuidar el aspecto físico —ropa, peluquería, etc.— ni las relaciones con los amigos... aportará más fuerza y bienestar a todos que hundirse en la depresión.

La *normalidad*, además, ayudará a evitar dos errores muy comunes y lesivos en estos casos: sobre proteger y mimar en exceso al enfermo —generándole fuertes sentimientos de culpa («yo soy el causante de la desgracia de mi familia»), sumiéndole en la confusión («cuando no estaba enfermo no me querían como ahora»), e impidiéndole realizar con normalidad el proceso de despedida en su último tramo de vida— y, consecuencia de lo anterior, desatender, si los hubiere, al resto de hermanos pequeños, que pueden desarrollar conductas patológicas diversas, siendo frecuente que envidien al enfermo —e incluso deseen su enfermedad y/o reproduzcan enfermedades psicosomáticas— por el trato privilegiado que obtiene —casi siempre porque los padres se sienten culpables por su destino—, y acaben odiándole y deseando su muerte para poder regresar a la *normalidad*, adquiriendo una gran carga de culpabilidad cuando éste, efectivamente, fallece.

Los niños, como los adultos, necesitan dar por concluidos sus asuntos pendientes y despedirse de la gente que aman antes de morir, y ambas cosas las realizan de formas muy diferentes —según el carácter del niño— y mediante actos bastante sutiles. Es habitual que oculten bajo expresiones aparentemente optimistas la despedida de aquellos que saben sufrirán por su muerte. También pueden despedirse regalando sus cosas —juguetes, libros, prendas de vestir—, ya sea directamente o encargándoselo a alguien —normalmente a los padres—, a quienes más aprecian. Ante esta última posibilidad, no sólo es necesario que se cumpla con su voluntad, sino que es muy conveniente que los receptores de sus regalos se lo hagan saber y manifiesten lo importante que les resulta el poseer ese objeto que siempre les permitirá tener cercano a su dueño.

En niños algo mayores, particularmente, la conciencia de la propia muerte les puede llevar a caer en comportamientos regresivos,^[135] tales como exigir caricias o lecturas propias de cuando eran más pequeños, en un intento de revivir una idílica y protectora sensación de amor y protección cercana a la de un bebé. Nada hay de malo en acceder a proporcionar este consuelo afectivo, pero debe saberse diferenciar entre esa necesidad legítima y el abuso, la manipulación, el chantaje o la tiranía —propias de quien usa a sabiendas su estado para culpabilizar a los demás y lograr así sus propósitos—, que son conductas a evitar, puesto que impiden afirmar la fortaleza que precisa todo moribundo para enfrentar su destino y pueden generar tensiones graves dentro de la familia (como las derivadas del ya citado exceso de mimos).

La situación terminal es tremendamente difícil de sobrellevar para los adolescentes, dado que comprenden perfectamente todo lo que implica morir pero les resulta muy difícil de asumir que ese concepto abstracto y lejano que era la muerte esté llamando a su propia puerta. La hora de la extinción llega justo cuando uno apenas comenzaba a palpar todo un mundo de esperanzas y proyectos; la dependencia de los adultos —padres, médicos u otros— le retiene de nuevo justo cuando comenzaba a ganar batallas a favor de una emancipación que le llevaría a convertirse asimismo en adulto. Nada de eso podrá ser, y la mayoría de los adolescentes tiende a encerrarse bajo una especie de coraza que repele todo intento de ayuda y comprensión; atravesarla para poder sintonizar y acompañarle en su proceso suele ser más difícil que en el caso de niños y adultos, aunque cada circunstancia es distinta y generalizar nunca es adecuado.

Los últimos momentos —días u horas— de vida de los niños que padecen una enfermedad terminal son especialmente duros. Además de los síntomas físicos del desenlace de la enfermedad, el niño se encierra en sí mismo y llora con frecuencia, sumergido en la tristeza y el silencio, huraño a cuanto le rodea y quiere acercársele. De forma parecida a lo que ya vimos con respecto a los adultos (en el capítulo 6), la indiferencia se apodera de ellos y no muestran siquiera signos de afecto por sus seres

más queridos.

Es una etapa normal, en la que el niño se está preparando para dar el último paso, siente miedo por lo que pasará, pero también dolor por alejarse de quienes ama y le aman. Quizá no reaccione, pero es consciente de lo que ocurre en su entorno. Necesita silencio. Necesita que no lloren por él ya que esto incrementa su propio pesar al hacerle sentir *culpable* de causar dolor en quienes más le amaban. Necesita que sus seres queridos estén ahí, junto a él, acariciándole, tomando su mano, pero respetando su marcha. Necesita saber y sentir que sus padres le permiten marcharse, y ello sólo es posible si mucho antes han compartido sentimientos y temores, han llorado juntos y se han expresado mutuamente la felicidad que han gozado durante su convivencia y el amor que siempre se han profesado y profesarán.

Para los familiares es uno de los peores momentos del proceso —para no pocos fue peor el ser conscientes del diagnóstico y sus consecuencias—, pero debe asumirse en silencio y con dignidad junto al niño. Cuando ya ha expirado, dar rienda suelta a las emociones de dolor, en cualquiera que sea su forma, será muy positivo para todos. Para la elaboración natural y correcta del duelo conviene que no se guarden dentro de uno las sensaciones de aflicción, rabia, impotencia, culpa o cualquiera otra. La descarga emocional ayudará a soportar mejor la pérdida irreparable.

Tras el fallecimiento de un niño, comienza el difícil proceso de elaborar el duelo, que ya abordamos en el capítulo 9.

11. El suicidio, una opción extrema cargada con un mensaje difícil de asumir

Toda muerte, cualquiera que sea la causa o edad del fallecido, produce trastornos importantes en las personas que le son más allegadas. La muerte por suicidio no es una excepción, aunque en ella concurren una serie de elementos que suelen complicar todavía más la aceptación de la pérdida y la realización del duelo.

Uno de los aspectos diferenciales más notables de la muerte por suicidio es que ésta es vivenciada como «innecesaria» y «evitable» y, en consecuencia, siempre se tiende a buscar algún motivo *lógico* y un culpable preciso de haberlo desencadenado. Una muerte cualquiera puede ser obra de esa gran imprecisión que llamamos «destino» —o «voluntad de Dios», para un creyente—,^[136] pero un suicidio necesita tener siempre un instigador para que los deudos queden algo más tranquilos.

En una cultura horrorizada por la muerte y adicta hasta la exasperación de la vida a cualquier precio, resulta incomprensible, absurdo, imposible, que alguien diga «hasta aquí deseo llegar» y acto seguido se quite la vida con plena libertad y responsabilidad. No importa lo que uno esté sufriendo en su fuero interno, porque nuestra sociedad le cree obligado a vivir, a mantener las formas, a morirse «cuando le toque» y no cuando lo crea oportuno. Nadie quiere entender el suicidio de una persona cercana como lo que fue, un acto deliberado de autodestrucción, así que lo más fácil es buscar un chivo expiatorio para convertir al suicida en «víctima» de algo o de alguien, una etiqueta que puede colgarse mejor en cualquier mala conciencia.

La lista de posibles responsables suele ser limitada, como limitado suele ser también el círculo social de cada cual, y en función de quién señale al causante, éste será uno u otro. Un padre responsabilizará del suicidio de su hijo al colegio, malas compañías, drogas..., pero desde la otra parte quizá se culpe a un padre demasiado autoritario, exigente, o desafecto... El suicidio de un cónyuge quizá se pretenda *explicar* por el carácter del otro, por problemas económicos, por el alcohol, por una depresión...; tal vez la causa no esté en nada de ello o quizás en todo a la vez, pero ¿es importante saberlo? En un homicidio es imprescindible encontrar a un culpable para cerrar el círculo de la justicia, pero en un suicidio no sirve absolutamente de nada.

Quien murió se dio muerte a sí mismo, no hay otro responsable; su forma de relacionarse con la vida, con su vida y con la de otros, le llevó a tomar esa decisión, en la que, sin duda, influyeron las incomprensiones, desplantes, presiones, desamor y otras muchas circunstancias negativas que creyó recibir de unos y otros, que quizá no actuaron de la mejor manera posible —no puede haber jamás ninguna actuación humana, por insignificante que sea, que, una vez desencadenada, no acabe beneficiando algunos y perjudicando a otros—, pero nadie puede ser responsabilizado

por lo que otro deduce o siente a partir de lo que supuso le dijo o hizo esa persona.

A lo anterior, además, cabe añadirle un matiz muy importante: el suicidio no sólo es una forma de abandonar una vida que se ha vuelto insoportable, absurda o, simplemente, sin interés, puesto que, con mucha frecuencia, cuando se deja algún escrito, se plasma en él una venganza muy directa contra alguien. Sea cual sea el contenido del escrito, la forma de su redacción y/o el propio destinatario señalan sin duda alguna a quien el suicida quiso hacer responsable de su final —una percepción muy subjetiva que no tiene por qué coincidir con las circunstancias reales—; también la manera aparatosa de morir —en medio de mucha sangre, colgado, desfigurado, etc. — y el escenario elegido, suponen un mensaje de venganza hacia alguna persona en concreto, particularmente contra aquella que supone encontrará su cadáver. También un niño puede suicidarse por despecho o venganza; sabe que la muerte hace sufrir a los mayores y se quita la vida, no para morir, sino para que sus padres sufran por él del mismo modo que el niño siente que lo hace por su causa...

La culpa, una culpa directa y tremenda, se apodera de todos aquellos que son señalados por un suicida o, simplemente, que en conciencia suponen que no hicieron lo suficiente para cambiar las circunstancias vitales del fallecido. A todos los efectos devastadores que —según ya señalamos en otros capítulos— siguen a una muerte traumática, debe añadirse en este caso las ya de por sí demoledoras secuelas de la culpabilidad.

Para completar el cuadro, en nuestra sociedad, mientras una muerte despierta solidaridad y comprensión, un suicidio tiende a provocar recelo y, consecuentemente, el rechazo y aislamiento de los parientes más próximos (siempre candidatos a ser vistos como culpables por dicha muerte), por lo que es habitual que éstos oculten o enmascaren el motivo del deceso y se afanen en buscar algún responsable fuera de su círculo inmediato —algo que sí despierta la solidaridad del vecindario—; a los hijos pequeños de un suicida se les oculta la razón de la muerte y se les miente —creándoles la problemática que vimos en el capítulo 10—, pero ello no evita que algunos compañeros y vecinos los traten como si estuviesen contagiados por el *virus del suicidio*, cosa que les genera mucha confusión y ansiedad. Especialmente en comunidades pequeñas, la familia en la que hubo un suicidio queda marcada durante dos o tres generaciones por un estigma negativo.

En la estigmatización del suicida y de su familia tiene muchísimo que ver la Iglesia católica, que hasta hace bien poco les negaba la sepultura y, por supuesto, les situaba eternamente en el infierno por méritos propios. Hoy día, con algo menos de tosquedad, la Iglesia, en su *Catecismo*, todavía advierte: «No se debe desesperar de la salvación eterna de aquellas personas que se han dado muerte. Dios puede haberles facilitado por caminos que Él sólo conoce la ocasión de un arrepentimiento salvador»,^[137] o sea, que si Dios no se lo toma como cosa personal al suicida le toca

infierno, una afirmación dogmática que, por supuesto, angustia, daña y deprime a todos los parientes y amigos del fallecido que sean creyentes (o, al menos, que crean en tal afirmación).

Cuando la persona que se suicida llevaba tiempo dañando emocionalmente a su entorno más íntimo —a causa de problemas de alcoholismo, drogas u otras adicciones, o por efecto de alguna psicopatología grave—, la muerte puede ser vivida con gran alivio, aunque esa percepción, en algunas personas, puede despertar culpabilidad por lo aparentemente contradictorio de los sentimientos que emergen, alegría y pena; casar una y otra emoción no resulta fácil dado que se supone que sólo debería sentirse la segunda.

Los estudios efectuados indican que el grado de afectación que se deriva de un suicidio dependerá básicamente de aspectos como la edad y el sexo del suicida y de la persona que le sobrevive, el tipo de relación existente entre ambos, el método empleado para causarse la muerte, el ser o no la persona que encontró el cadáver, el tiempo transcurrido desde el momento del suicidio las reacciones habidas en el entorno, el estatus socioeconómico y el nivel cultural (creencias religiosas, actitudes frente al suicidio, etc.).^[138]

Una de las mejores especialistas españolas en la clínica del suicidio, Blanca Sarró, describe las distintas reacciones al suicidio que presentan las personas allegadas al fallecido de la siguiente manera: «Las reacciones de las primeras semanas eran de tristeza, desesperanza, ansiedad —a veces intensa—, de sentimientos de culpa y/o agresividad, mecanismos de negación de la muerte, necesidad de comentar el suicidio e idealización del suicida, y podían aparecer ideación, amenazas o intentos de suicidio. Posteriormente, persistían los autorreproches por *no haber prestado suficiente atención y ayuda* al suicida o sentimientos de hostilidad y resentimiento por la situación de *abandono*. A través de los sueños podían haber vivencias de que el suicida aún estaba vivo. También podían mostrarse hipersensibles frente a los comentarios del entorno y desplazar la hostilidad hacia otros familiares, amistades próximas o al personal médico, si estaba en tratamiento. El resto de los familiares pueden dar un apoyo afectivo y económico o pueden mostrar una ambivalencia que oscila entre la protección y el rechazo, o negarse a hablar del acto suicida. A veces, la actitud de los medios de comunicación no es muy oportuna al publicar detalles personales o al hacer una interpretación superficial de las probables causas desencadenantes, a menudo buscando un culpable —la escuela, la familia, las drogas...— si el suicida es joven.»^[139]

Tras un suicidio, la posibilidad de que una o varias de las personas más íntimas del fallecido caigan en un proceso de duelo patológico —ver el capítulo 8— es muy elevada, así es que será de particular importancia tomar en cuenta todo lo dicho a lo largo de este libro a propósito del proceso de duelo, tanto en adultos como en niños.

El suicida, con su propio acto, deja a quienes le sobreviven un mensaje francamente difícil de asumir, ya que en muchos casos se culpa, sentencia y condena a otros sin ofrecerles la menor oportunidad para defender sus posturas y conductas, pero no debe olvidarse jamás que darse muerte fue la opción que esa persona eligió para sí mismo, nadie se la impuso, ni siquiera se la recomendó. Si se comprende esta realidad y se asume y respeta —aunque no se comparta en absoluto— la decisión que tomó el suicida en ejercicio de su autonomía, el proceso de duelo será normal y nadie deberá sufrir más de la cuenta.

12. Cómo prepararse para afrontar la muerte propia

Resulta indiscutible que cada cual debe vivir su propia muerte, circunstancia que sólo se experimenta muriendo de verdad; no hay ensayos, no ha lugar a nuevas oportunidades, no se tiene la menor experiencia previa, ni siquiera hay respuestas —mejor dicho, faltan respuestas que satisfagan vanas pretensiones de eternidad, porque la muerte biológica ya es una respuesta que se comprende perfectamente en toda su coherencia y necesidad—. Para conocerla debe estarse en ella, agonizar en ella, convertirse en ella... pero entonces ya es demasiado tarde para aprender de ella y también para ilustrar a los demás desde ella.^[140] Incluso un médico avezado a las muertes ajenas está infinitamente lejos de saber qué será y cómo vivirá su propia extinción. La muerte es el secreto mejor guardado, tal vez porque no hay ningún secreto tras ella. En cualquier caso, sea como fuere, todos vamos a desembocar en ella y no está de más prepararse para afrontar su encuentro.

Sin embargo, proponer que hay que «prepararse para afrontar su encuentro» parece infinitamente más fácil de lo que resulta encontrar algún camino que permita tal propósito. Cientos de sofisticadas reflexiones filosóficas, de todos los sabios que en la humanidad han sido, y decenas de dogmas religiosos, se nos ofrecen para creer en ellos y, cual barca de Caronte.^[141] permitimos cruzar en paz y con ventaja hasta el *más allá*, pero algo debe fallar estrepitosamente cuando, a pesar de tanta y tan cualificada oferta, en nuestro mundo moderno la idea de la muerte aterra a tirios y troyanos, con independencia de lo que puedan creer al respecto.

Cientos de millones de personas en todo el mundo imaginan un misterio trascendente tras la muerte, y sus respectivas creencias religiosas les presentan las explicaciones más diversas sobre el *más allá* y una vía para poder transitar hacia él y por él. Cada creencia a propósito de la muerte y de una anunciada vida post mórtem, por diferente que sea, cumple una función importantísima a fin de que sus creyentes incorporen en sus vidas, con normalidad, la idea de la muerte. Cada marco de creencias ofrece un modelo explicativo de la muerte que resulta coherente dentro de esa creencia, aunque no así en el ámbito de otras, ni tampoco para quienes no comparten ninguna fe.

Pero, tal como muestra la realidad actual, no basta con creer para que la muerte pierda su carga amenazante y terrible; así, por ejemplo, en el mundo cristiano de hoy, la gran mayoría de los creyentes declara tenerle miedo a la muerte, y en sus conductas personales y sociales lo demuestran con creces. Estar *seguro* de que a uno le espera una vida post mórtem puede tranquilizar su ánimo ante la extinción —o todo lo contrario, si cree que sus obras quizá no serán suficientemente buenas para merecerle el paraíso prometido por su creencia—, pero no capacita necesariamente para poder afrontar la dolorosa experiencia de la pérdida ajena y la certeza de la

inevitable extinción propia. Acatar con resignación lo que algún dios *decidió* puede servir para ocultarse a sí mismo el sufrimiento, incluso para sobrellevarlo mejor, pero sólo se madura y evoluciona como persona si se asume y acepta la realidad dentro de sus límites estrictamente humanos.

De hecho, aunque una diversidad de estudios muestra que la vivencia de lo religioso de buena parte de los creyentes es más *infantil* —irreflexiva, emocional, superficial, etc.— que adulta y madura, no debería haber problema alguno para que fe y madurez personal contribuyan complementariamente a enfrentarse a la realidad de la muerte, cualquiera que sea su sujeto. Nada hay mejor o peor ante la muerte si sirve para poder integrada en la vida. Desde el punto de vista de las estrategias psicológicas de afrontamiento de la muerte, tan razonable es la postura de quienes la sitúan dentro del campo de lo trascendente como quienes la limitan a un hecho biológico (certeza que comparte este autor mientras nadie le demuestre fehacientemente lo contrario). La muerte jamás puede ser un sinsentido, aunque, lógicamente, el sentido que le puede dar un creyente y un agnóstico no sea el mismo. En realidad, a los efectos de afrontamiento de la muerte, lo importante no es el sentido que se le dé a ésta sino, precisamente, el que se le dé alguno, y que éste se integre en la conciencia que tiene esa persona del universo del que forma parte.

Si fuésemos capaces de abstraernos de lo que implica la muerte para cada uno de nosotros, quizá veríamos que la extinción personal —como la colectiva— sólo carece de sentido o representa un misterio si se la carga de construcciones culturales, de corte metafísico, que no tienen nada que ver con ella o que, en el hipotético caso contrario, tampoco se estará jamás en condiciones de poder constatar, al menos mientras se permanezca vivo. La muerte —tal como intentamos mostrar en el capítulo 1— tiene absolutamente todo el sentido desde la perspectiva biológica, pero al ignorarlo —frecuentemente con plena voluntad de no saber— nos sumimos en el desconcierto de buscar lógicas trascendentes que sólo se mantienen mediante la fe, un mecanismo que suele tambalearse cuando la razón y la emoción la ponen a prueba ante el fin inminente.

La perspectiva que nos queda, en cualquier caso, puede ser la de adaptarse a lo que el horizonte de la muerte relativamente cercana nos permite y disfrutar —en el sentido de vivir con la máxima plenitud que se quiera y pueda— y construirse —o reconstruirse— uno mismo de la mejor manera que sepa, quiera o necesite. El horizonte de la muerte exige un previo vivir en el aquí y ahora, no en el a partir de ahora, ni, menos aún, tras el *después*. Con o sin creencias religiosas, la idea de la muerte, lo que implica, puede controlarse de forma racional, puede afrontarse de forma realista y, en este aspecto, que no depende de la fe ni de la voluntad divina, radica lo mucho que los humanos podemos hacer para encarar con fortaleza nuestra inevitable extinción.

Llegados a este punto, cabe recordar también que, a menudo, cuando nos salimos del terreno objetivo de lo biológico, tendemos a utilizar los conceptos de un modo demasiado restrictivo o amplio, según se discrepe o no de los mismos, pero debería tenerse presente, especialmente cuando se aborda eso que suele denominarse la «dimensión espiritual» humana, que tal esfera no queda reducida a lo religioso —a aquello que es propio de la creencia y práctica de una confesión organizada—, sino que también engloba necesidades y vías psicosociales comunes a todos los humanos, creyentes o no, como pueden ser la búsqueda de sentido a la vida y de comunión con uno mismo y con los demás.

Sin embargo, aceptado lo anterior, valdría también la pena detenerse a meditar acerca de la siguiente cuestión: ¿qué es más importante, buscarle sentido a la vida o sentir la vida que se vive? Quizá será de utilidad, antes de tratar de buscar alguna respuesta, reflexionar sobre un indicio que nos evidencia el comportamiento de cualquier individuo o colectivo humano: sólo se tiende a buscar «el sentido de la vida», en genérico, cuando individual y/o grupalmente domina la sensación de «estar mal» —incompletitud, vacío, fracaso, falta de horizonte o referencias, etc.—, mientras que cuando la percepción es de «estar bien», la conducta general tiende a limitarse a sentir la vida tal como fluye en el entorno de cada uno.

¿Somos lo que sentimos o somos cuando sentimos? El proceso de morir podrá ser ajeno a las emociones que nos dominan, pero jamás lo será de la forma de vivir que tuvimos.

La mejor o peor forma de gestionar y controlar nuestras emociones, adquirida a lo largo de la vida, será lo único que tendremos de verdad a la hora de vivir la propia extinción. ¿Estamos satisfechos con lo que somos ahora o querríamos cambiar algunas pautas? Es muy probable que tengamos tiempo suficiente, quizá sobrado, para poder introducir cambios en nuestra vida, pero nadie puede saber hasta cuándo se estará en condiciones de poder hacerla.

COMPRENDER Y ACEPTAR: UN PRIMER PASO INDISPENSABLE

Hemos repetido a menudo que la muerte es lo único que es real y universalmente consecuente con la vida, así que no puede haber subterfugios para escapar de ella, aunque sí los podemos encontrar o elaborar para evitar sufrir por ella, para perder el miedo que, como fuego que consume toda esperanza, se aviva con la sola mención de su nombre.

Hoy, en el mundo moderno, en general, puede evitarse el morir en medio de padecimientos físicos intensos gracias a los cuidados paliativos y a las drogas contra

el dolor, pero, curiosamente, cuanto más hemos exorcizado la presencia del dolor terminal —gracias a los avances médicos— más elevado e irracional ha sido el miedo implantado en torno a la muerte, que no sólo se teme y rehúye sino que frecuentemente se niega pretendiendo que «no tiene sentido» —a consecuencia, precisamente, de haber sobrevalorado las posibilidades de la medicina—; el origen fundamental de tal despropósito radica en la absoluta falta de aceptación de un hecho tan natural como la muerte.

El filósofo José Ortega y Gasset, en 1926, escribió en el periódico bonaerense *La Nación* lo siguiente: «Yo no creo que en la vida humana haya problemas absolutos. Lo único que es absoluto es la muerte y por lo mismo no es un problema, sino una fatalidad».

Según el diccionario, «fatal» —y fatalidad— significa «inevitable», y lo inevitable, por definición, no tiene más abordaje posible que la aceptación de sus consecuencias, aunque éstas puedan cambiar en el decurso del tiempo. Hasta hace muy poco, fue «inevitable» morir en medio de intensos dolores cuando se padecía ciertas enfermedades, hoy ya no es así —aunque no todo el mundo puede acceder a los recursos que, efectivamente, «evitan» el dolor— y nos hemos acostumbrado a esta nueva realidad posibilitada mediante nuestros recursos tecnológicos. Sin embargo, parece evidente que, desde el inicio de la vida en este planeta, ningún ser complejo ha podido eludir la muerte —recordemos lo dicho en el capítulo 1—; tanto nuestros parientes lejanos, los *Ardipithecus ramidus* de hace 4,4 millones de años, como nosotros mismos, nos extinguimos al llegar a un cierto punto de la existencia que, obviamente, varía. Hoy, la media de longevidad máxima es de apenas 2,5 veces la suya —¡no hemos sido capaces ni de llegar a triplicarla en más de cuatro millones de años de evolución!—, pero nos desintegramos exactamente igual que ellos. Podemos aspirar a vivir un poco más y mejor, pero jamás a evitar la muerte.

Ante el fin que a todos espera, la gran diferencia radica en la conciencia que uno puede llegar a tener del hecho mismo de morir. Estamos tan apegados a la frágil construcción que hemos llegado a hacer de ese «ser» (verbo sustantivo) que identificamos como «uno mismo», que somos incapaces de racionalizar que lo que «somos» y «tenemos» es un efímero, aunque maravilloso, *préstamo* derivado de una organización multicelular bien concreta como es la humana —otros prefieren imaginar a algún dios detrás del fenómeno de la vida—, que se expresa a través de nosotros y no al revés, tal como ya Vimos al inicio de este libro.

Pensar en la muerte, si es que somos capaces de aventurarnos por tales cavilaciones, implica situarse ante una ruptura, ante una crisis total, que no puede resolverse de ninguna manera y de la que tampoco puede saberse nada esencial a través de la muerte de los demás que, si acaso —y ello es bien fundamental— nos podrá indicar alguna actitud determinada ante la conciencia de la propia extinción.

Pero la muerte es un ejercicio personal, un acto individual, el último que haremos, que dependerá, básicamente, de cómo hayamos vivido, de qué se ha aprendido, y de qué recursos emocionales se ha adquirido para enfrentarse a las situaciones de crisis.

Morirse es siempre algo nuevo y absolutamente desconocido para cada uno, por ello, máxime siendo un paso de tanta trascendencia, es lógico que angustie. ¿Nos dejaríamos caer sin más por un hipotético pozo sin fin aunque una cuerda infinitamente larga nos asegurase el no lastimarnos en caso de llegar hasta un fondo tan lejano como inimaginable? Parece factible pensar que la mayoría de los humanos intentásemos eludir esa dudosa experiencia o, al menos, retrasada el máximo tiempo posible. Son demasiadas las dudas y temores que despertaría en nuestra mente esa caída infinita, por mucho que la *cuerda* garantizase no romperse la crisma jamás y el regresar a la superficie una infinitud después de la infinitud del descenso. Algo parecido nos ocurre ante la muerte, incluso a la inmensa mayoría de quienes la afrontan atados a la *cuerda* de alguna creencia que *garantiza* la vida post mórtem.

No hay nada —ya sea reflexión, evidencia o creencia— que permita comprender y aceptar de modo universal el hecho de la muerte. Cada cultura y cada persona sigue su propio camino; aunque mientras todas las culturas han desarrollado marcos adecuados para integrar la muerte en la vida, no todos quienes comparten éstos son capaces de lograr tal propósito. Ante la muerte, la actitud personal es lo único que cuenta. Lo que uno cree o puede llegar a creer es como un montón de arcilla, pero lo que uno sea capaz de hacer con esa materia prima variará mucho según sean las dotes *escultóricas* de cada cual.

También es cierto, claro está, que cada uno tenderá a incrementar ese montón de *arcilla* ideológica acumulando preferentemente aquello que más se ajuste a sus necesidades, expectativas o creencias previas, algo que podrá o no ser enriquecedor para quien lo haga ya que, en definitiva, lo fundamental será la reflexión intelectual y el control de las emociones que acabe construyéndose sobre esa base que, no por casualidad, hemos imaginado de arcilla.

Pecador confeso, aunque ocasional, de la tendencia recién mencionada, cuando estaba dando los toques finales a este libro me topé casualmente con un texto de Epicuro (341-270 a. C.) que conectaba perfectamente con el título *Morir es nada* que, hace unos quince años, cuando concebí el proyecto original, le había dado a este libro. En su *Carta a Meneceo*, el filósofo griego expresaba:

«La muerte nada es para nosotros, porque todo bien y todo mal residen en la sensación y la muerte es privación de los sentidos. Por lo cual, el recto conocimiento de que la muerte nada es para nosotros; hace dichosa la mortalidad de la vida, no porque añada una temporalidad infinita, sino porque elimina el ansia de inmortalidad. Nada terrible hay, en efecto, en el vivir, para quien ha comprendido realmente que nada temible hay en el no vivir. De suerte que es necio quien dice temer la muerte, no

porque cuando se presente haga sufrir, sino porque hace sufrir en su demora. En efecto, aquello que con su presencia no perturba, en vano aflige con su espera. Así pues, el más terrible de los males, la muerte, nada es para nosotros, porque cuando nosotros somos, la muerte no está presente y, cuando la muerte está presente, entonces ya no somos nosotros. En nada afecta, pues, ni a los vivos ni a los muertos, porque para aquellos no está y éstos ya no son».^[142]

Lamentablemente para mí, nunca antes había leído esta formulación, aunque la vida me llevó a una conclusión similar. La lectura de decenas de otras reflexiones sobre la muerte, realizadas por otros tantos filósofos o teólogos, sin duda de una talla intelectual muy superior a la de Epicuro, no me habían aportado nada útil para encarar la muerte, pero la simplicidad —que no simpleza— de la reflexión citada abre todo un universo de tranquilidad a quien sea capaz de comprenderla en su verdadera profundidad y dimensión. Quienes no puedan o no quieran andar por esta vía, tienen otras muchas para explorar. Nada es definitivo, nada es absolutamente cierto, salvo, quizá, la muerte.

La muerte es algo que puede y debe comprenderse —tiene una función clara y concreta— y aceptarse, pero esto sólo resulta posible emprenderlo y lograrlo en cada uno de nosotros, en su fuero interno y mediante los propios medios. Pero si no se acepta previamente la normalidad e incluso *necesidad* del hecho de la muerte, sin importar la fórmula o convicción adoptada para ello, no podrá actuarse en ninguna dirección razonable que permita poder afrontarla con serenidad y madurez.

QUÉ PODEMOS CAMBIAR EN NUESTRA VIDA PARA SABER ENFRENTARNOS DE MANERA POSITIVA A LA MUERTE

La extinción es el horizonte seguro de todo lo humano, tanto da que se trate de la propia persona como del resultado de su actividad. Todo perece a su debido tiempo. Sin embargo, la vida es suficientemente larga —al menos para una parte de los humanos— como para permitir que quienes la disfrutan se *olviden* de la propia muerte durante, al menos, la mitad de su existencia.

Suele ser en torno a los cuarenta años, superada ya la juventud, cuando el concepto de la muerte personal comienza a perder progresivamente su lejanía y carácter abstracto para integrarse como una realidad a la que se tiende de modo irremediable; de percibirse desde una perspectiva que contemplaba la vida como un espacio y tiempo abiertos e indefinidos, se cambia a otra que no puede dejar de ser consciente del límite mortal hacia el que se aproxima. Reconociéndolo o no, se abre la puerta a la llamada «crisis de la edad media de la vida», que conduce a una más o

menos profunda reelaboración de la propia imagen y de cuanto rodea y afecta a la persona.

A partir de ese momento, la muerte de los otros acaba siendo inevitablemente relacionada con el límite que tendrá la propia; conforme pasan los años, esas muertes ajenas se convierten en espejos que adelantan posibilidades —¿será así mi muerte?—, cada deceso próximo resquebraja parte de la cáscara que nos hizo creer inmunes. Quizá deprima algo el percibirse así, pero sería un error dejarse arrastrar por este sentimiento. Parece que la vida corra más rápido y los años se perciben como más cortos; el cómputo del tiempo pasa a realizarse en torno a la estimación de los años que pueden quedar por vivir; los proyectos en curso o los futuros se someten a este criterio temporal, pero también a las expectativas de salud que podrán delimitar las condiciones de cada cual.

Si las estadísticas de esperanza de vida se cumplen en cada caso, se llegará a la vejez y, con ella, tal como ya se dijo en diferentes capítulos, se entrará en un difícil período de aislamiento social. Llegó el tiempo de emprender los cambios vitales que nunca se hicieron, de poner en orden lo mucho pendiente, de realizar lo que jamás se tuvo tiempo de llevar a cabo; las limitaciones son siempre muy relativas, las posibilidades son muchas más de las imaginadas, pero hay que moverse. Si alguien no se siente útil, no le quedará más que esperar la muerte en medio de la frustración. Se comienza a morir cuando uno siente que tiene poco o nada por hacer (quizá por eso hay adolescentes que están más *muertos* que ancianos sumidos en un proceso terminal).

Conocemos bien, por las experiencias ajenas, que durante la crisis que representa el proceso de morir afloran desde el pasado una buena parte de los problemas fundamentales no resueltos, tales como conflictos de identidad, o características de personalidad como dependencia, pasividad o narcisismo; por eso, en el último tramo hacia la extinción no sólo deberemos enfrentarnos a esta realidad sino, también, a la sensación de falta de plenitud de la propia vida a causa de los conflictos no resueltos o mal resueltos (según el propio parecer). No hay *vacunas* para evitado... salvo el vivir y vivirse de otra manera.

Es hermosa la imagen que se desprende de un relato, que escuché de niño, en el que a la pregunta de «¿Qué harías tú si supieses que te quedan dos horas de vida?», el interrogado responde: «Seguiría con lo que estuviese haciendo»; Sin duda esa persona había aprendido a vivir y percibirse de una manera poco común, aunque envidiable.

Cuanto más consciente se llegue a ser durante la vida de aquello que falla en uno mismo y más se afronte para intentar mejorado, cuanto más coherente sea la expresión de cada vida, cuanto más se acepte todo lo realizado —con sus aciertos y errores— a lo largo de la vida, cuanto más plena haya sido la existencia —aunque se

haya vivido en la pobreza, pues la plenitud no tiene nada que ver con los medios disponibles—, cuantas menos deudas emocionales se haya adquirido o queden pendientes de cancelar..., mejores serán las condiciones disponibles para poder enfrentarse a ese inicio de *Juicio Final* en el que cada uno, dentro de su propia conciencia, se convierte en reo y juez al mismo tiempo.

Contestar a la cuestión que plantea este apartado —¿qué podemos cambiar en nuestra vida para saber enfrentarnos de manera positiva a la muerte?— no es fácil, pero la dificultad no estriba en que la posible respuesta obligue a adoptar procesos complejos y casi heroicos, sino justo lo contrario, en que todo cuanto debería hacerse es sumamente simple y lógico. Por otra parte, su alcance y resultados dependerá siempre de cómo sea —y esté dispuesta a ser— cada persona en particular.

Podemos dar un pequeño listado de aspectos que pueden cambiar positivamente la forma de percibir la vida y, por ello, también la muerte, pero la reflexión que cada cual construirá sobre ellos será muy distinta —variando en función de la experiencia previa, momento personal y social en el que se esté, madurez, etc.—, tan distinta, que mientras unos verán abiertos con claridad caminos llenos de posibilidades, otros no pasarán de leer letra muerta e inservible. Afirma un antiguo axioma del Yoga que «cuando estés preparado llegará tu maestro», y ello es una realidad cotidiana para todo el mundo. No hace falta buscar gurús externos, basta con los pequeños cambios sucesivos que pueden acumularse a lo largo de la vida para que aspectos que no significan nada para muchos se conviertan en verdaderos *maestros* para otros, sólo es cuestión de ser capaz de sintonizar de *otra manera* con aquello que nos rodea.

Probablemente muchos lectores han pasado por la experiencia de haber releído algún libro años después del primer contacto con ese texto y se han sorprendido por lo diferente que ha sido el resultado de la lectura. Sin duda el libro no varió ni una sola palabra en todo el tiempo, pero los cambios que la vida ha producido en cada lector le permiten extraer sentimientos, conclusiones y aprendizajes absolutamente nuevos —y adaptados a su momento presente—, que jamás disfrutó en lecturas anteriores... y que quizá ni siquiera su autor imaginó. Eso mismo nos pasa a todos con la vida; en las conductas cotidianas más simples se esconde gran parte de lo que nos hace falta para sentirnos mejor, pero es preciso encontrarse en el momento oportuno para darse cuenta de ello. Y ese «momento oportuno» no lo puede propiciar la mera lectura de algún libro, tampoco ninguna fórmula mágica, puesto que alcanzarlo depende de qué esté haciendo cada cual con su vida en un momento dado. En gran medida somos constructores de nosotros mismos; responsables, por tanto, del resultado que obtengamos.

En encuestas, o en charlas de café, la gran mayoría de la gente expresa sentirse insatisfecha con su situación personal —algo muy lógico y coherente con la absurda sociedad que hemos conformado entre todos—, pero ¿cuántos hacen algo en serio

para cambiar los aspectos que abocan a la frustración? Es siempre mucho lo que puede variarse y, a menudo, es más importante e influyente que el cambio se produzca dentro de uno mismo que fuera, en su entorno social.

Si uno no está satisfecho con lo que considera que «es» o con sus circunstancias, lo lógico será plantearse qué es lo que no funciona y comenzar a cambiarlo ya mismo, no dejando nada para mañana; actuando hoy, porque de ello dependerá todo el futuro. Lo que seremos o sentiremos mañana no surge de las buenas intenciones, sino de las acciones adecuadas realizadas ayer.

Una de las primeras dicotomías a enfrentar es la de «tener» o «ser».^[143] Nuestra sociedad industrializada nos fuerza a concentrarnos en el «tener» y a olvidarse del «ser» y, como en cualquier desequilibrio profundo, acabamos pagando un precio elevado por ello. Nada hay de malo en dedicar parte de la vida a «tener», lo material nos sirve de soporte para vivir mejor, incluso para poder «ser» en mejores condiciones, pero, especialmente cuando se supera la media edad, la acumulación de lo material, si no se sabe asumirlo con desapego y compartirlo, puede llegar a representar un lastre que se incrementará progresivamente a medida que se avance hacia el horizonte de la extinción. Ante la muerte no servirá nada de lo acumulado o poseído, pero sí será fundamental todo lo vivido, sentido y compartido. A la muerte solamente se la puede enfrentar con lo que uno «es», sus recursos emocionales —compuestos por la propia madurez personal y, también, en cierta medida, por la cercanía y disposición emocional de quienes le rodean y apoyan—, no con lo que se «tiene», eso es con los recursos materiales.

Aunque nuestra forma de vida occidental nos invita a lo contrario, lo cierto es que todo el interés y esfuerzo de una vida no debe volcarse, o invertirse, en el trabajo y en aquello que pueda facilitar dinero para vivir lo mejor posible tras la jubilación —ni siquiera teniendo en cuenta que ahora se puede vivir treinta o más años jubilado—; en cualquier caso, sin descuidar lo material, debería tenerse siempre bien presente que resulta fundamental *invertir* mucho, también, en amistad y en amor, ya que si uno se pasa la vida con cierto aislamiento, dedicado a acumular bienes materiales pero sin cultivar amigos de verdad, su vejez tenderá a ser bien lamentable. No cabe esperar recibir de nadie si a nadie se dio siquiera un ratito de vida, una esquirola de afecto y amistad.

A más abundamiento, será también óptimo comenzar a apreciar de otra manera cuanto tenemos o nos rodea, recordando que el valor de las cosas hay que situarlo antes en lo que significan para uno que en lo que cuestan o valen en el mercado. Un cuadro, una casa o un perro nos aportan felicidad si los disfrutamos por ellos mismos, no por su precio o su *pedigrí*. De igual manera, un amigo es alguien que ejerce de tal, no los muchos o pocos que gozan de cargos o de relevancia social pero con los que apenas nos vemos ni intercambiamos sentimientos. No es tan importante una agenda

llena de teléfonos posibles como un corazón repleto de conversaciones compartidas.

Resulta básico aprender a distinguir entre lo esencial y lo accesorio. Pensando a corto plazo no es fácil hacer esta distinción, pero sí lo es cuando se analiza la vida y sus circunstancias a más largo plazo. Así, por ejemplo, en el corto y medio plazo de una persona de treinta o cuarenta años puede verse como fundamental el trabajo, los beneficios, el éxito social... que se anteponen a la relación y tiempo dedicados a la pareja, hijos, amigos, familiares... pero en caso de sumirse en un gran fracaso o en una enfermedad grave o terminal, los valores y necesidades se invertirán rápidamente: lo que se consideró prioritario resultará totalmente inútil, mientras que lo que se relegó a segundo o tercer plano será fundamental.

La energía que uno puede disponer e invertir a lo largo de la vida es limitada, así es que no estará de más aprender a distribuirla inteligentemente entre lo que es esencial y lo que siempre será accesorio; sin prohibirnos, ni mucho menos, lo segundo —que, en cualquier caso, debería ser administrado desde una perspectiva más cercana al «ser» que al «tener»—, resulta muy conveniente dedicar mucho más esfuerzo del que solemos a lo primero. Parece obvio que una parte de lo que puede ser considerado «esencial» o «accesorio» variará con cada persona y circunstancia, pero también es cierto que el grueso que conforma la partida de lo «esencial» es prácticamente universal. Si por un momento fuésemos capaces de imaginar que nos queda sólo un año de vida y nos atreviésemos a reflexionar sinceramente sobre cómo nos gustaría vivir durante ese plazo, seguramente identificaríamos todo aquello que, para cada uno de nosotros, es realmente «esencial».

Mientras escribía este libro, un buen amigo mío, un conocido director de cine que siempre tiene tiempo de meter su nariz en todas partes, me envió un correo electrónico —uno de esos típicos que conllevan una cadena de envíos a terceros— con un texto que, al menos, invita a la reflexión:

«Mi amigo abrió el cajón de la cómoda de su esposa y levantó un paquete envuelto en papel de seda. “Esto —dijo— no es un simple paquete, es lencería”. Tiró el papel que lo envolvía y observó la exquisita seda y el encaje. “Ella compró esto la primera vez que fuimos a Nueva York hace 8 o 9 años. Nunca lo usó, lo estaba guardando para una ocasión especial. Bueno, creo que esta es la ocasión”. Se acercó a la cama y colocó la prenda junto con las demás ropas que iba a llevar a la funeraria. Su esposa acababa de morir. Volviéndose hacia mí, dijo: “No guardes nada para una ocasión especial, cada día que vives es una ocasión especial”.

»Todavía estoy pensando en esas palabras y han cambiado mi vida. Ahora estoy leyendo más y limpiando menos. Me siento en la terraza y admiro la vista sin fijarme en las malas hierbas del jardín. Paso más tiempo con mi familia y amigos y menos tiempo en el trabajo. He comprendido que la vida debe ser un patrón de experiencias para disfrutar, no para sobrevivir. Ya no guardo nada. Uso mis copas de cristal todos

los días. Me pongo mi vestido nuevo para ir al supermercado si así lo decido y me da la gana. Ya no guardo mi mejor perfume para fiestas especiales, lo uso cada vez que me apetece hacerlo.

»Las frases “algún día” y “uno de estos días” están desapareciendo de mi vocabulario. Si vale la pena verlo, escucharlo o hacerlo, quiero verlo, escucharlo o hacerlo ahora. No estoy segura de lo que habría hecho la esposa de mi amigo si hubiera sabido que no estaría aquí para el mañana que todos tomamos tan a la ligera. Creo que hubiera llamado a sus familiares y amigos cercanos, a lo mejor hubiera llamado a algunos antiguos amigos para disculparse y hacer las paces por posibles enojos del pasado. Me gusta pensar que hubiera ido a comer comida china, su favorita.

»Son esas pequeñas cosas dejadas sin hacer las que me harían enojar si supiera que mis horas están limitadas. Enojada porque dejé de ver a buenos amigos con quienes me iba a poner en contacto algún día. Enojada porque no escribí ciertas cartas que pensaba escribir uno de estos días. Enojada y triste porque no le dije a mis hermanos y a mis hijos con suficiente frecuencia cuánto los amo. Ahora trato de no retardar, detener o guardar nada que pueda agregar risa y alegría a nuestras vidas. Y cada mañana me digo a mí misma que este día es especial, cada día, cada hora, cada minuto es especial».

La mayoría de las cientos de miles de copias de este e-mail que han circulado por Internet han despertado, si acaso, alguna leve sonrisa, pero casi nadie habrá tomado en cuenta lo que en él se dice. Parece una tontería, ¿verdad? Pero ¿no es más tonto vivir aplazando *sine die* mucho de aquello que nos hace disfrutar y permite demostrar a uno mismo y a los demás nuestra condición de humanos?

Debe aprenderse a vivir el tiempo presente, que es el único que en realidad tenemos. El pasado se fue, ya no es nada sino recuerdo y, tal vez, sentimientos atesorados y lecciones asimiladas; y el futuro no es nada por sí mismo, depende absolutamente de lo que se haga en cada momento presente. La vida de cada cual acontece hoy, no ayer ni mañana.

La gente se muere —nos morimos— en cualquier instante inesperado, y por no querer pensar y asumir esta realidad perdemos irremediablemente la oportunidad de compartir miles de horas y sentimientos con quienes nos importan. Quizá mañana sigamos vivos, pero alguien a quien aplazamos ver durante días o meses tal vez ya no lo esté; o quizás ocurra al revés. Todos somos finitos, y precisamos de los sentimientos que somos capaces de dar y recibir a lo largo de nuestras respectivas existencias para poder disfrutar de la vida y, en el ocaso, poder afrontar la muerte con la máxima tranquilidad posible.

La muerte es el final lógico y necesario de una vida dentro de un *continuum* en el que todo está estrechamente relacionado y donde todo lo anterior influye en lo

posterior, así es que la manera de vivir, la actitud ante la vida, de cada cual determinará en gran medida su comportamiento ante la muerte. Por ello, corregir las actitudes y circunstancias personales que empobrecen, limitan o alteran —en diferentes grados, psicopatológicos o no— el ámbito de las emociones, o que representan un lastre de cualquier tipo, será fundamental tanto para vivir mejor como para enfrentar positivamente la propia extinción, que es la razón de este apartado. Al margen de lo ya mencionado, podrá ser de utilidad tomar en cuenta lo que seguirá:

Muchos pasan buena parte de su vida girando en torno al propio ego, centrados en las propias necesidades y deseos; hacer tal cosa con mesura es necesario para poder sobrevivir y disfrutar de la vida, pero convertir en finalidad lo que sólo es un medio acaba pervirtiendo la relación de uno consigo mismo y con los demás. Resulta acertada la frase del sofista griego Protágoras (s. IV a. C.) que postula que «el hombre es la medida de todas las cosas», pero, en cualquier caso, ese «hombre» se refiere a un genérico de especie, no a un sujeto concreto... aunque no pocos viven entronizados sobre egos desmedidos, creyéndose el centro del universo. Sin tener que aspirar necesariamente a convertirse en budista, es deseable liberarse del ego en la mayor medida posible. Relativizar el propio rol que uno desempeña en la vida, así como también los propios éxitos y sufrimientos, y dedicar parte del tiempo disponible a realizar cosas por los demás, centrándose en «sus» necesidades y sin pedir nada a cambio, será una de las actitudes a adoptar que facilitará mucho el estar en condiciones de encajar adecuadamente la propia finitud.

Vivir es navegar en medio de una variable corriente nutricia, por tanto, será bueno dejarse fluir en actitud abierta y de eterno aprendizaje, tomando los errores y fracasos por maestros, reformulando en positivo aquello que hace sufrir, encontrando algún punto de alegría dentro de la contrariedad. En chino, la palabra «crisis» se compone de los ideogramas «peligro» y «oportunidad», dos situaciones que pueden llevar por caminos opuestos a quienes gestionen peor o mejor la fuente que las desencadena. Sin duda tendrá una vida más plena —y una mejor actitud ante la muerte— quien, durante las miles de crisis que conforman una existencia, haya aprendido a transformar en oportunidades lo que, efectivamente, pudieron ser peligros.

Aunque no es posible extenderse aquí en pormenores acerca de cómo puede llevarse a cabo cada uno de los cambios de actitud recomendados —cada aspecto merecería un libro específico... y, de hecho, muchos textos publicados ya los abordan desde múltiples perspectivas—, sí apuntaremos, al menos, a modo de guía, algunas de las posibles vías por las que merece la pena transitar a fin de mejorar la forma de relacionarse con la vida y la de asumir la propia muerte. Entre ellas: dedicar un tiempo regular a pensar y reflexionar sobre uno mismo su entorno y necesidades, sin descuidar los sentimientos que despiertan todo ello; simplificar la vida (mucho de lo que se cree fundamental no lo es); aprender a ser positivo, a disfrutar del silencio, a

perdonar —cada cual tuvo sus razones para actuar tal como lo hizo— y a ver los problemas de la vida como *regalos* (oportunidades para poder mejorar); aceptar las contradicciones propias y las de la vida; aceptar lo que no puede cambiarse; no ser rígido y estar abierto a lo que vaya sucediendo; no juzgar a los demás según los propios criterios, no hay una «única manera» para nada; hacerse responsable de la propia vida, de los aciertos y de los errores, de lo bueno y de lo malo; acabar con las relaciones personales que no aportan nada y/o son negativas, la vida es demasiado corta para malgastarla; hacer cambios, sí, pero sintiéndose cómodo con ellos; realizar actividades creativas ajenas al trabajo profesional; mantener y disfrutar el contacto con la naturaleza; reflexionar sobre los sentimientos y actitudes que despierta la muerte, la de los demás en uno mismo y en los otros, y la perspectiva de la propia en cada cual, adelantar acontecimientos permite un mejor control cuando llegue la ocasión...

Especialmente importante será ir saldando las *deudas* emocionales que vamos acumulando a lo largo de la vida. Enfados, rencillas... todas las escalas del odio o resentimiento que hemos ido adjudicando a quienes sentimos que nos dañaron en alguna ocasión, o todo aquello que quisimos decir pero siempre callamos, supondrán un lastre sumamente doloroso cuando uno se acerque a su propia extinción. Esos conflictos emocionales no resueltos cautivos bajo mil formas de enemistad, son como vías de agua que amenazan con echar a pique nuestra *barca* justo cuando más frágiles somos. Quizá no podremos cambiar la emoción negativa que otro pueda sentir hacia nosotros, pero darnos —y darle— la oportunidad de dialogar y rectificar, de hacer las paces, será suficiente para que uno mismo, al menos, se sienta liberado de la carga, de la deuda emocional que conlleva todo conflicto abierto y no resuelto. Quienes realizan este ejercicio tan fundamental suelen emprenderlo en la última fase de su vida —a menudo cuando ya se está en medio de un proceso terminal—, cosa comprensible y absolutamente correcta, pero ¿sabemos cuándo acabará nuestra vida?

Enfrentarse a la propia muerte, en definitiva, es hacerlo a una situación altamente estresante, por eso la afrontan muchísimo mejor quienes ejercen un adecuado control sobre sus emociones. El control emocional de la ansiedad y del estrés es algo que deberíamos haber aprendido todos antes de llegar a la madurez, y si no es así, cosa muy corriente,^[144] es aconsejable solicitar ayuda especializada a fin de poder adquirir esta indispensable habilidad psicológica. Aprender a manejar las propias emociones requiere, de modo muy esquemático, tres fases progresivas: saber reconocerlas cuando están surgiendo, particularmente sabiendo distinguir cuando el nivel de ansiedad rebasa los límites habituales de control de cada sujeto; saber aceptarlas, ya sea expresándolas a uno mismo y/o a otros, ya que a partir del momento en que se aceptan se abren vías para encontrar soluciones alternativas; y saber canalizarlas de modo inteligente, convirtiendo una posible vulnerabilidad en un proceso de

crecimiento personal.

Siendo los cambios de actitud lo fundamental para enfrentar el propio fin, no debe olvidarse tampoco que la muerte requiere de una faceta burocrática que deberíamos abordar con el máximo tiempo y tranquilidad posibles. Es básico otorgar testamento —y modificarlo cuantas veces se crea conveniente— para dejar los asuntos materiales bien ordenados, y también para evitar que el Estado se quede con parte de los bienes —y/o grave excesivamente a sus legítimos destinatarios— si su propietario muere sin haber testado.

Contratar seguros adecuados para proteger a la pareja e hijos en caso de muerte; prever opciones para que el ámbito familiar —padres, hijos, pareja— y económico —negocios, sociedades, inversiones, tierras, etc.— puedan proseguir de la mejor manera posible cuando uno falte, y mantener bien ordenados los documentos y asuntos de orden legal, administrativo, económico u otros, será siempre algo que facilitará mucho el poder asumir con tranquilidad una muerte cercana, por enfermedad, o la siempre probable extinción por causas imprevistas.

Un documento de últimas voluntades, o el llamado «testamento vital», servirá para dejar bien sentado qué es lo que uno desea que se haga con su persona en caso de quedar incapacitado y sumido en un proceso terminal, qué tratamiento final prefiere que se le dé a sus despojos —enterramiento o cremación—, si se desea donar algunos órganos concretos o todos los aprovechables.^[145] dónde ser inhumado o en qué lugar deben esparcirse las cenizas, qué tipo de honras fúnebres deben celebrarse..., hablado y discutido abiertamente con los familiares más próximos y los amigos íntimos siempre será una buena idea: todos sabrán a qué atenerse, no habrá ocasión para peleas y discrepancias entre familiares, y todos los participantes en el funeral sentirán que están colaborando en algo que decidió en vida la persona fallecida.

Todo cuanto podamos cambiar en una vida, para mejorarla mientras dure y para suavizar el choque inevitable que deberá asumir ante su extinción, no sólo será un privilegio, sino un deber para consigo y los demás. Tal necesidad, además, resulta tanto más apremiante si le damos crédito al moralista francés Jean La Bruyère (1645-1696) cuando afirmó que: «Los más de los hombres emplean la primera parte de su vida en hacer la otra parte miserable».

Sólo de nosotros dependerá que no acabe cumpliéndose esta aguda observación de La Bruyère.

13. Enfrentándose a los chantajes emocionales de las funerarias

Uno de los aspectos más desagradables de la llamada «burocracia de la muerte» son los trámites para formalizar el entierro de la persona querida. Si ya resulta muy duro enfrentarse a la realidad de la pérdida y sus consecuencias, tener que negociar una serie de servicios y complementos, como quien está preparando cualquier otro acto social, suele producir una gran desazón y malestar, máxime cuando el deceso ha sido inesperado y/o el fallecido era un niño o una persona muy joven.

La ley española —como la de todos los países de nuestra órbita socio cultural— obliga a enterrar o incinerar el cadáver antes de setenta y dos horas después del fallecimiento. ^[146] por lo que la premura con que deben tomarse decisiones —particularmente en muertes intempestivas—, ^[147] supera con creces la capacidad de reflexión y de actuación que suelen presentar los parientes más íntimos en ese momento de crisis. Tal apremio, en situación de debilidad y obnubilación, es una oportunidad que no dejan de intentar aprovechar quienes hacen de la muerte ajena el ámbito de su negocio, eso es los servicios funerarios.

Valga como ejemplo de los abusos que deben prevenirse, el caso de un padre que, tras perder a su hija adolescente en un accidente, fue a contratar su entierro a una conocida empresa funeraria. El padre le dijo al comercial de la funeraria que le atendió que quería incinerar a su hija y que la ceremonia debía ser lo más sencilla e íntima posible, pero el vendedor, viendo el dolor y oliendo la desesperación y culpabilidad que sentía el hombre, le puso el dedo en la llaga diciéndole que no podía hacerle ese desprecio a su hija, que ella se lo merecía todo y que si le hacía un entierro sencillito demostraba a todo el mundo que no la quería... total, que bajo la presión y coacción de ese vendedor sin escrúpulos, el padre gastó muchísimo más de lo que podía y debía asumir. En lugar de los 1000 euros que costaba, como máximo, el entierro que pretendía, acabó pagando unos 9000 euros por un ataúd de lujo... ¡que fue incinerado horas después!

El sector funerario español mueve un negocio anual de unos 601 millones de euros —con 330.000 entierros o incineraciones efectuadas en el año 2000— y, como en cualquier otro tipo de actividad comercial, los representantes de las funerarias, por muy «asesores» que se denominen, son meros vendedores que cobran una comisión —porcentaje sobre el total de la factura— por cada venta, y esto es algo que no debe perderse jamás de vista.

Sin embargo, antes de abordar de lleno lo que motiva este capítulo —las maneras de enfrentarse a los chantajes emocionales de las funerarias—, será útil revisar sucintamente el marco legal que regula la actividad de las empresas funerarias y ampara los derechos de los consumidores y usuarios de sus servicios.

DERECHOS DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FUNERARIOS

Aunque en este apartado nos centraremos en la legislación española, las garantías mínimas que se adoptan aquí son similares a las de todos los países de nuestra órbita sociocultural cuyos gobiernos hayan establecido también algún marco jurídico específico para la defensa de los derechos de los consumidores.^[148]

Todas las legislaciones españolas establecen que los servicios funerarios tienen la condición de servicio esencial de interés general, que puede ser prestado por la Administración —los ayuntamientos pueden constituir empresas mixtas, con capital o gestores privados, a fin de prestar los servicios funerarios—, por empresas públicas o por empresas privadas, en régimen de concurrencia en todos los casos. Por otra parte, ordenan también que los municipios sean la administración competente en materia de servicios funerarios y, como tales, sean los responsables de garantizar su existencia y prestación a toda la colectividad local.

En cuanto a los derechos que amparan a los usuarios de servicios funerarios, la legislación vigente señala los siguientes:^[149]

«a. Recibir los servicios en condiciones de respeto a la intimidad, la dignidad, las convicciones religiosas, filosóficas o culturales y al dolor de las personas afectadas.

»b. Tener acceso al servicio en condiciones básicas de igualdad, de forma que la falta de recursos económicos no pueda constituir un impedimento.

»c. Recibir el asesoramiento imprescindible para garantizar el proceso correcto hasta la inhumación o incineración del cadáver. Este asesoramiento, en todo caso, también debe incluir la información sobre los trámites legales a seguir y sobre los requisitos y prácticas sanitarias exigibles según la normativa de policía sanitaria mortuoria.

»d. Tener acceso a un catálogo de las prestaciones que pueden contratarse con las entidades prestadoras de los servicios funerarios, con indicación detallada de las características de estas prestaciones y los precios aplicables.

»e. Ser consultados sobre el proceso de elaboración de las normas de ordenación de la actividad, y participar en el mismo.

»f. Tener la garantía de que esos servicios se mantienen en las condiciones sanitarias que requieren.

»g. Tener la garantía de la continuidad de las prestaciones.

»h. Poder elegir libremente a la empresa funeraria.

»i. Los demás derechos definidos por el resto de normativa que sea de aplicación, y los reconocidos por las ordenanzas y reglamentos municipales».

Además:

«Las empresas autorizadas a prestar el servicio funerario deben depositar en el

correspondiente Ayuntamiento la información actualizada sobre prestaciones y precios, que puede ser consultada por cualquier persona interesada.

»Los servicios funerarios autorizados a llevar a cabo sus actividades en un municipio no pueden denegar el servicio para las personas difuntas cuyo domicilio mortuario esté en el mismo término municipal.

»Los derechos establecidos en el presente artículo deben ser garantizados por los municipios (...) y deben ser respetados por las entidades prestadoras de los servicios funerarios».

Por otra parte, la actividad de los servicios funerarios debe comprender las funciones siguientes:^[150]

«a. Informar y asesorar sobre el servicio.

»b. Suministrar el féretro, que debe tener las características que correspondan según el servicio de que se trate, y urnas cinerarias y de restos, en su caso.

»c. Realizar las prácticas higiénicas necesarias en el cadáver, colocarlo en el féretro y transportado desde el lugar de defunción hasta el domicilio mortuario, si procede, y hasta el lugar de destino final mediante un vehículo de transporte funerario autorizado.

»d. Realizar la gestión de los trámites administrativos preceptivos para todo el proceso hasta el entierro o incineración de conformidad con la normativa aplicable, y para la inscripción de la defunción en el Registro Civil.

»e. Realizar las prácticas sanitarias en el cadáver.

»f. Prestar los servicios de tanatorio, en condiciones físicas adecuadas para el velatorio.

»Las entidades prestadoras de los servicios funerarios deben asumir la gestión de las funciones a que se refieren las letras a, b, c y d, del apartado 1, y no pueden condicionar su prestación a la contratación de actividades complementarias. También pueden gestionar las demás funciones establecidas en el apartado 1, y otras prestaciones complementarias, de acuerdo con las costumbres locales».

El responsable de una funeraria puede orientar y asesorar a sus clientes, pero en ningún caso debe permitirse que imponga su criterio o gustos. La ley le obliga a prestar los servicios funerarios básicos con independencia de que se contraten o no los servicios complementarios que, sin especificar que son opcionales, las funerarias suelen añadir de entrada en el *paquete* que ofrecen a sus clientes. Si un usuario sólo contrata los servicios básicos y no acepta los complementos ofertados, la empresa de servicios funerarios no puede negarse a realizar el entierro y funeral correspondiente.

En todas las legislaciones de países modernos se contempla la contratación de un servicio funerario como un acto de compra o consumo similar a cualquier otro y, por tanto, sujeto a los mismos derechos y deberes generales que regulan la compra o consumo de productos o servicios. Así, por ejemplo, es obligación de las empresas

funerarias ofrecer a sus clientes, ya sea por teléfono o por escrito, un listado o catálogo que contenga los precios generales de los productos y servicios ofertados desglosados por conceptos^[151] así como también debe mediar en la transacción un contrato escrito donde se especifique con claridad qué se paga y en concepto de qué, además de explicitar los derechos de cancelación y reembolso que, en su caso, puedan ejercerse.

Como en cualquier acto de consumo o contratación de servicios, en el trato con una empresa funeraria debe regir el sentido común y la medida. No debe sentirse aprensión o vergüenza por preguntar con detalle acerca de los precios y condiciones de los servicios correspondientes; éstos varían mucho de unas empresas a otras — también entre los mismos servicios y productos dentro de una misma funeraria—^[152] y, por grande que sea el dolor ante una pérdida, nunca se justifica regalarle a esos comerciantes sumas de dinero, que pueden ser muy elevadas, por servicios innecesarios que se aceptan bajo presión.^[153]

Jamás debe sentirse uno obligado a gastar más de lo que desea o pueda pagar; y si bien es cierto que el precio suele reflejar la calidad o aspecto del material o servicio adquirido, también es verdad que el dinero gastado no puede ni debe ser de ninguna manera la medida del amor que se tenía por la persona fallecida.

En la medida en que pueda ser previsible una muerte cercana, resulta aconsejable comenzar los contactos para contratar los servicios funerarios que se deseen con anterioridad a que se produzca el deceso, dándose tiempo para reflexionar y decidir.^[154] Si la muerte acaece de forma inesperada, lo más apropiado será que se ocupe de la contratación de los servicios funerarios la persona del círculo íntimo del fallecido que se encuentre menos afectada emocionalmente, o quien ésta decida. En todo caso, cuando se vaya a tratar con una empresa funeraria, cualquiera que sea el momento y circunstancia, siempre debería irse acompañado de una persona de confianza que no esté implicada emocionalmente en esa muerte.

ESTRATEGIAS BÁSICAS PARA VENCER LA MANIPULACIÓN DE LAS FUNERARIAS

Antes incluso del fallecimiento de un ser querido, las primeras presiones de quienes hacen de la muerte su negocio pueden llegar por teléfono hasta el domicilio familiar. Cuando una persona tiene a algún pariente directo hospitalizado tras un accidente muy grave y/o en situación terminal, no puede ni imaginarse que sus datos personales pueden tardar bien poco en llegar a manos de abogados sin escrúpulos y de los comerciales de las empresas funerarias que operan en el municipio. A las pocas horas puede comenzarse a recibir llamadas telefónicas de desconocidos que, ante el

estupor de los padres o cónyuge de la persona afectada, preguntan por el estado en que se encuentra el familiar hospitalizado —del que saben nombre y circunstancias— y acaban ofreciendo sus servicios.

El sujeto que llama suele haber obtenido los datos personales mediante una filtración procedente de algún contacto personal en la policía, el juzgado o el hospital, cosa que supone un delito muy grave que debería ser denunciado y depurado. Si se producen este tipo de intromisiones desvergonzadas, es aconsejable respirar hondo, tranquilizarse, preguntar —y anotar— todos los datos personales —nombre, empresa que representa, teléfonos, servicio ofrecido, etc.—, y, una vez obtenidos, colgarle el teléfono tras mandarle al cuerno y, después, presentar denuncia contra él y contra quienes hayan podido facilitarle los datos privados.^[155]

Mientras eso sucede, en el hospital, a espaldas de los familiares, otra batalla sorda puede estar desarrollándose entre las empresas funerarias en competencia (si es que el servicio no está en manos de un monopolio); quien venza, quedará en el lugar de salida para ocuparse del traslado e inhumación del fallecido. Hay mucho dinero a ganar y no pocas veces se reparten comisiones entre el personal que allane el camino a una funeraria.

A pesar de que los comerciales de las empresas funerarias tienen prohibida la entrada en los hospitales, se les permite estar en la zona de mortuorios —o en un vehículo en la calle—, desde donde se lanzan sobre los familiares directos de los difuntos para ofrecerles sus servicios,^[156] protagonizando *asaltos* casi siempre desagradables y dolorosos para quienes los sufren.

Sin embargo, lo peor puede estar todavía por llegar. Hay que inhumar al pariente fallecido dentro de las setenta y dos horas siguientes al deceso y será obligado tratar cara a cara con alguna funeraria. Puede suceder que el comercial que atienda al cliente sea buen profesional, honesto y sensible, y que haga relativamente fácil un trance siempre desagradable; pero también cabe pensar en todo lo contrario. Vamos a ponemos ahora en lo peor, situándonos frente a un vendedor de servicios funerarios con escasos escrúpulos.

Las principales *armas* con que cuenta un vendedor de servicios funerarios deshonesto, para manipular a su cliente y hacerle gastar el máximo dinero posible, son: incidir en el sentimiento de culpabilidad del deudo —que puede incrementarse a través de múltiples vías, como apelar a una supuesta falta de amor por el fallecido si no se le hace un entierro «como corresponde», insistir en que es la última oportunidad para poder «hacer algo» por el fallecido, incidir en el rol del cliente («es que usted es su padre...»), etc.—; enfrentarle con el qué dirán, anunciándole una pésima imagen entre sus conocidos si racanea servicios y buenos productos para la ceremonia mortuoria —«a sus amigos y vecinos les será muy difícil entender que haga tan poco para decir adiós a su [pariente fallecido]», «una familia de su posición no puede

permitirse menos...»,^[157] etc.—; halagando al cliente —«usted sabe perfectamente que su [pariente fallecido] y su familia confían plenamente en que sabrá decidir lo mejor para todos», «se nota que nadie quería a esa persona como usted», etc.—; o apelando a la credulidad y angustia frente a la muerte sugiriéndole que hacer el máximo esfuerzo posible para las honras fúnebres ayudará al familiar en el *más allá*.

Sea cual fuere el resorte emocional del que intente valerse el vendedor de servicios funerarios, las estrategias que puede aplicar el cliente para enfrentar y superar su intento manipulador son simples y eficaces, tal como veremos a continuación.

Lo primero, ya mencionado con anterioridad es no acudir nunca solo a negociar con la funeraria. Es mejor ir acompañado de alguien no implicado emocionalmente con el fallecido y al que se esté dispuesto a hacer caso si pone trabas a las decisiones que se vayan tomando. Por regla general, si el comercial percibe que se encuentra ante una persona sólida de ánimo y sensata, aunque sea el acompañante, opta por no presionar al deudo. En cualquier caso, los argumentos y apreciaciones de una persona amiga y no afectada por la muerte siempre serán de gran importancia en todos los pasos que deben darse en estas circunstancias.

Será de mucha ayuda, también, tener claras, al menos, tres cosas.

1) No se quiere más a una persona, ni duele menos su pérdida, si se gasta más dinero en su entierro.

2) El momento del entierro pertenece a los deudos, es su momento de dolor y debe vivirse a su manera, no de la forma que prefiera o decida una funeraria —que es un mero proveedor de servicios, no un asesor, ni mucho menos un amigo—; cada uno puede y debe ser libre para establecer la forma y contenido del ritual que desee, no hay normas únicas para expresar los sentimientos hacia la persona fallecida y no importa en absoluto lo que otros puedan pensar y opinar al respecto.

3) No debe hacerse nada si no se está seguro de ello y debe evitarse la sensación de que otro te está llevando, es preciso tener un papel activo en la toma de decisiones. Estar aturdido por la muerte de un ser querido no convierte a la persona en irreflexiva, sólo le dificulta más o menos la capacidad de pensar con la nitidez y rapidez habituales; puede costar algo más tomar iniciativas, quizás haga falta apoyarse en opiniones de confianza, pero la decisión final debe ser la propia.

Para resistir la presión de un vendedor —del de una funeraria o del de cualquier otro negocio—, son útiles estas seis tácticas:

1) Mantenerse firme en la propia decisión mediante la técnica del *disco rayado*, eso es repetir una y mil veces, con la máxima tranquilidad, serenidad y firmeza posible, aquello que se desea («Sí, pero lo que yo quiero es...»).

2) No pretender rebatir ni razonar los *coherentes* —aunque siempre tramposos— argumentos de venta —un buen vendedor siempre sabe mezclar argumentos objetivos

con manipulaciones emocionales, y en este segundo campo él tiene ventaja ya que arrastra al cliente hacia un debate circular que le agota—; basta con repetir las veces que haga falta: «Sí, pero no me interesa».

3) Tampoco debe caerse en la tentación de explicarle, para que comprenda el punto de vista del cliente, la razón por la que no se desea adquirir, por ejemplo, un féretro de 9000 euros —de nuevo se le abriría una vía excelente para poder bombardear al cliente con nuevas manipulaciones lanzadas contra sus sentimientos—; es suficiente con rechazar la oferta con rotundidad. Espetarle un «Le he dicho que no», seco y mirando a los ojos del vendedor, suele zanjar la cuestión.

4) Mantenerse firme y repetitivo, sin verse obligado a contestar a cada afirmación del vendedor con una nueva respuesta específica; él puede decir lo que le venga en gana, pero al cliente le bastará con responder, las veces que haga falta: «Bien, pero lo que yo deseo es...». Cuanto más se entre a debatir los argumentos del vendedor más fuerza adquirirá éste; una conversación comercial tiene una estructura interna muy sutil prefijada por el vendedor para lograr su propósito, pero para que el cliente logre su propósito, y no el del vendedor, deberá ser rotundo y concreto, «Bien, pero lo que yo deseo es...».

5) Sean del tipo que sean las preguntas que pueda hacer un vendedor, jamás se está obligado a responderlas. Es más, la mayoría de las veces no conviene hacerla. Para proveer los servicios necesarios para un funeral no hace falta saber qué relación afectiva se mantenía con el difunto, ni los datos familiares, ni el tipo de trabajo que se tiene... El vendedor de una funeraria debe limitarse a hablar de servicios y precios en función de lo que le interese al cliente, y éste debe ser lo más concreto posible.

6) La contratación de los servicios funerarios no debe ser una compra por impulso —que es lo que intentará el vendedor—, sino algo bien meditado, así es que, cuando se tengan elementos de juicio para poder decidir, será bueno irse a tomar un café o a pasear un ratito y comentario con otros. No hay prisa. Esperar una hora antes de firmar el contrato puede evitar problemas. La funeraria, en cualquier caso, está obligada a prestar el servicio solicitado dentro del plazo que marca la ley y según sus tarifas oficiales registradas (que, insistimos, siempre será mucho mejor haber analizado antes de que se produzca el deceso).

A la mayoría de la gente, en esta o en cualquier otra situación, le resulta dificultoso hacer frente a las críticas que recibe de los demás por lo que dice, piensa o hace, máxime si éstas se realizan públicamente. Pero si no se tiene la energía, capacidad o ganas de mantener una discusión —que muy a menudo no aporta nada ni permite llegar a ninguna parte—, debe tenerse en cuenta la regla de oro para estos casos: no negar las críticas ni contraatacar con otras. Así de simple, así de eficaz. Refrenando el propio impulso se le quitan dos *armas* al oponente, la fuerza que cree tener por su crítica, y la debilidad que descubriría tras una respuesta ineficaz o

agresiva.

Tras una muerte puede haber mucho que lamentar, pero debe intentar evitarse por todos los medios que uno de los motivos para ello sea el abuso de alguna empresa funeraria.

PARTE III. EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE

14. Experiencias cercanas a la muerte: sentimientos reales con explicaciones equivocadas

Las llamadas ECM, Experiencias Cercanas a la Muerte,^[158] suponen un conjunto de vivencias emocionales muy intensas, con aspectos trascendentales, que le han ocurrido y ocurren a un número notable de personas durante episodios en los que, ya sea por estar sufriendo un fallo orgánico grave —parada cardíaca, colapso de algún otro órgano vital, etc.—, e incluso ser declarado clínica mente muerto (y recuperarse posteriormente), o por encontrarse en la agonía que precede ni deceso, o por estar sufriendo un accidente con pésimo pronóstico —caerse desde lo alto de una montaña o edificio, ser arrollado por un vehículo, recibir un disparo, etc.—, llegan a estar plenamente convencidas de encontrarse en trance de morir.

Estas experiencias presentan una gama de aspectos comunes, casi universales, mientras que algunos otros difieren significativamente de un individuo a otro, tal como veremos más adelante. En general, incluyen elementos cognitivos tales como procesos de pensamiento acelerado y una revisión de la propia vida; elementos afectivos como sentimientos intensos de paz y felicidad; elementos pretendidamente paranormales, como la sensación de estar fuera del cuerpo, o la visión de acontecimientos futuros o de un presente aparentemente imposible de conocer; y trascendentes, como los presuntos encuentros con familiares muertos o «seres celestiales», o el verse en un lugar que es interpretado como que «no es de este mundo».

Se estima que la cifra de personas que tienen algún tipo de ECM supone entre el 9 Y el 18 por ciento de quienes han estado en situaciones realmente cercanas a la muerte;^[159] los estudios retrospectivos de quienes han experimentado una ECM demuestran que todos los sujetos eran psicológicamente sanos y que no diferían del resto en edad, género, etnia, salud mental, religión o religiosidad. Aunque las ECM suelen vivirse como algo muy positivo, en algunas personas, tras la experiencia, pueden surgir problemas emocionales derivados de su dificultad para poder integrar esa vivencia en su propia conciencia y asumir sus secuelas en la propia vida.

Las ECM relatadas por niños son similares a las de los adultos salvo en que no suelen incluir ningún episodio de revisión de su vida, ni encuentros con amigos y/o familiares ya fallecidos, aunque, en cualquier caso, ambas diferencias pueden explicarse en base a que las experiencias vitales acumuladas por los niños de corta edad son todavía muy limitadas.

A pesar de que el estudio de las ECM y la atención que despiertan es muy reciente, su huella ya estaba presente en una diversidad de antiguos relatos folclóricos de las culturas europeas, del Próximo Oriente, de África, la India, Este asiático e Islas del Pacífico, y también en los de muchas tribus nativas norteamericanas; y la

literatura médica del siglo XIX ya las documentó como sucesos dignos de estudio. El fenómeno fue descrito por primera vez como un síndrome en 1892, cuando Heim publicó una colección de casos entre los que había alpinistas que se habían despeñado en los Alpes —tal como le había sucedido también a él—, soldados heridos, trabajadores caídos desde lo alto de un andamio, y personas que estuvieron a punto de morir en accidentes o ahogados.^[160] posteriormente, diferentes médicos publicaron relatos semejantes sobre pacientes a los que asistían en la hora de su muerte.^[161]

La posición que se adopta frente a las ECM oscila entre la de quienes las creen una demostración de la supervivencia post mórtem y la de quienes las rechazan aduciendo que son alucinaciones, efectos iatrogénicos^[162] o mera fabulación, pero un cuarto de siglo de investigaciones científicas rigurosas ha servido, al menos, para descartar ambos extremos. Las ECM son sucesos que pertenecen al lado de la vida, no al de la muerte, aunque la presunción de esta última sea su desencadenante. Las ECM nos enseñan mucho sobre la forma de afrontar las situaciones de máximo estrés, como lo es la propia muerte, pero nada sobre ésta o su después. Las sensaciones indescriptibles que uno experimenta cuando pasa por una ECM son reales, indiscutibles. Lo opinable, en cambio, como se verá al entrar en materia, son las posibles explicaciones acerca de las causas de estas vivencias.

Sin embargo, antes de entrar a debatir las razones por las que se produce una ECM, será útil ver con algún detalle su configuración y las percepciones que induce. Nos basaremos para ello en la experiencia que tuvo en propia carne este autor. Es un ejemplo más de los muchos que puede encontrarse, pero éste es el que mejor conozco desde todos los ángulos posibles, así es que permitirá un análisis mucho más completo y profundo, en lo objetivo y lo subjetivo, que cualquier otro que pudiese emplear.

VIVIENDO LA MUERTE... CON SUMO PLACER

Tenía 20 años, era el domingo 4 de noviembre de 1973 y mi reloj estaba a unos pocos segundos de quedarse detenido para siempre en las 18,20 horas. Conducía mi automóvil por el tramo de carretera que separa las poblaciones tarraconenses de Amposta y San Carlos de la Rápita y acababa de adelantar a varios vehículos cuando, al regresar a mi lado de la calzada, una moto Vespa se incorporó a la carretera desde un estrecho arcén y sin previo aviso. En la primera fracción de segundo maldije a ese imbécil, en la siguiente comencé a maniobrar.

A la velocidad que yo llevaba, 140 kilómetros por hora —excesiva, sin duda alguna—, no tenía margen para poder frenar y la inevitable colisión con la moto hubiese matado sin duda alguna a su conductor, un hombre de mediana edad. Me

preparé para esquivarle, pero el motorista ocupaba el centro de la calzada y venía otro automóvil a gran velocidad en sentido contrario. Frenar en seco era imposible, a esa velocidad no hubiese podido detener el vehículo ni, mucho menos, dominarlo, así que reduje de marcha (para aprovechar el efecto de retención del motor) y di algún pequeño golpe de freno justo para intentar retenerlo un poco y permitir que me rebasase el automóvil que llegaba de frente. Lo había conseguido, pero unas pocas décimas de segundo dan para muy poco y la moto se encontraba ya a sólo uno o dos metros de distancia, el choque era inminente, así es que decidí dar un volantazo para esquivarla, pero fue demasiado brusco, era demasiada la velocidad y demasiado estrecha la carretera; mi automóvil evitó al motorista, pero comenzó a derrapar dirigiéndose sin control posible hacia el pronunciado terraplén que resultó de haber elevado la calzada por encima de las fincas agrícolas colindantes. A partir de ese instante todo cambió, yo también dejé de tener el control sobre mí mismo. Relataré la secuencia de las percepciones tal como las recuerdo y, al final, las casaré con lo que fue la secuencia real del accidente.

Al sentir que ya no podía dominar el vehículo, miré hacia el tablero de control y vi la aguja indicadora temblando en torno a la marca de los 140 kilómetros por hora —recuerdo esa imagen como si fuese una foto fija clavada en mi retina—, pensé que no podía salvarme de ninguna manera y que mi muerte era inmediata; curiosamente, esa conclusión radical y sin reservas me llenó de paz y tranquilidad. De repente, todo a mi alrededor había desaparecido, sólo me percibía a partir de mis pensamientos.^[163]

Lo primero que pensé fue que era realmente estúpido morir haciendo algo que no tenía el menor sentido —me encontraba en esa carretera con la sola finalidad de pasar un rato «haciendo algo» mientras llegaba la hora de ir a buscar a una amiga ¡treinta kilómetros más atrás!—, pero así es la vida, me dije. Cambié rápidamente de registro mental para comenzar a pensar en todas las personas que conocía, padres, hermana, familiares, amigos y amigas, conocidos..., no recuerdo en qué orden, pero sí que los fui visualizando uno a uno, reviviendo un número indefinido de escenas compartidas con cada uno de ellos; cuando acababa de revivir los recuerdos de uno, me despedía de él —no sin antes hacerme una reflexión del tipo «qué pena no volver a verle, me hacía sentir...» o «por fin dejaré de verle, era un pesado...»— sumido en una intensa emocionalidad, y comenzaba el mismo proceso con el siguiente. No había prisa, la sensación era que podía revisar los recuerdos tantas veces como precisase, hasta que la emoción de la despedida se fundía con el rostro evanescente de la persona.^[164]

Tras el tiempo dedicado a las despedidas, que pareció durar años a pesar de que sólo transcurrieron algunas décimas de segundo —durante una ECM la percepción del tiempo queda distorsionada y el pensamiento acelerado lo hace cundir casi infinitamente—, se produjo un corte radical —un cambio de plano, se diría en

lenguaje cinematográfico— y la sensación siguiente fue que una especie de cortina luminosa blanca inundó el campo de visión,^[165] descendiendo desde arriba y transformándose inmediatamente en el fondo o *pantalla* sobre el que comencé a visualizar mi vida pasada como si fuese una película.^[166]

Pero esa narración, que comenzó en hechos recientes y fue retrocediendo hasta acabar en escenas de mi niñez, era vivida y sentida desde tres ángulos diferentes de mi «yo»: desde el actor que protagonizaba la escena en *pantalla* y sentía lo que estaba haciendo en cada momento; desde el espectador que se limitaba a contemplar, sin más, esas imágenes desde su *butaca* —viéndolas con la misma perspectiva que en una sala de proyección—; y desde una especie de inmaterial conciencia moral, que se reconocía como «yo», que contemplaba las escenas desde una perspectiva elevada —quizá desde unos 45 grados— y las juzgaba y valoraba con absoluta frialdad, puntuando con notas realmente duras aquello que así lo merecía. En mi recuerdo quedó fijada la sensación de que esas escenas de mi vida podían pasarse una y otra vez, sin prisa ninguna, hasta llegar a alguna conclusión entre esos tres «yo» que actuaban a la vez y sentían por separado. De nuevo —debido a la distorsión del tiempo y al pensamiento acelerado— parece que hubiese empleado muchos años en el meticuloso examen de mi vida, pero apenas pudo transcurrir algún segundo.

Finalizado este auténtico «Juicio Final» —en el que, tal como lo recuerdo, fui más detallista, exigente y duro conmigo mismo de lo que cualquier creyente espera que lo sea con él su dios particular—, la *pantalla* blanca desapareció y me encontré inmerso en un espacio sin límites, sin horizontes, sin imágenes definidas. Todo era confuso y se confundía. Los sentidos se habían trastocado y funcionaban de un modo maravillosamente absurdo, la luz podía oírse y tocarse, quizá también tenía algún sabor que no fui capaz de retener, el sonido podía verse y olerse... era ligeramente consciente de que aquello era un despropósito, pero era lo único que tenía, lo único que sentía.

Percibía también que me estaba desplazando hacia alguna parte, mis pies andaban sobre una superficie que no era sólida, ni líquida, ni gaseosa. No flotaba sino que andaba sobre algo muy suave y acogedor que, sin embargo, soportaba bien mi peso. Para poder describir esa sensación, jamás he encontrado otra comparación mejor que la de imaginarse andando por encima de esos densos cúmulos^[167] que solemos ver a través de la ventanilla del avión: si pudiese andarse por la superficie de esas masas algodonosas —y en lugar de una temperatura polar hubiese una veraniega—, probablemente nos acercaríamos un poco a la sensación que tenía en ese momento.

Sin embargo, lo fundamental de esta parte de la experiencia era el infinito e indescriptible placer que dominaba todo cuanto podía percibir en mi interior o exterior. Me sentía inundado y arrebatado por —o quizá formando parte de— una tremenda sensación de paz, armonía, alegría y gozo orgásmico. Nada puede

compararse ni remotamente a ese estado que, claro está, también pareció durar una eternidad.

En un determinado momento, descubrí frente a mí una luz blanca, muy intensa pero de tamaño reducido —como un foco—, situada a unos 20 a 40 grados de elevación sobre el plano de observación. Poco a poco iba aumentando su tamaño —lo que es lo mismo, brindándome la sensación de que yo me estaba acercando a ella— y enseguida fui perfectamente consciente de dos cosas: esa luz era un túnel y tras él estaba la frontera que separaba la vida de la muerte.^[168] Tras esa certeza se produjo un sutil cambio de ánimo, sin perder la sensación de gozo precedente, comencé a notar una pujante necesidad de llegar lo antes posible a ese *túnel*, y si hasta ese instante yo estuve *andando*, desde entonces comencé a *correr* en dirección a la luz (las percepciones se aceleraron). Me sentía pletórico y feliz, estaba absolutamente solo^[169] y notaba cómo los latidos del corazón se aceleraban progresivamente a medida que me acercaba al *túnel*. Finalmente, cuando estaba a punto de penetrar en la boca iluminada —que ahora ya ocupaba completamente mi campo de *visión*—, todo se apagó, no había más luz, había cesado el placer, no podía sentir nada.

Ese radical *apagón* coincidió con el desenlace del accidente, con el momento en que mi cuerpo, que había salido despedido del vehículo, tocó el suelo. La secuencia del accidente fue como sigue: tras derrapar, mi automóvil arrancó una valla metálica de protección y se precipitó por el terraplén. En medio de alguna de las primeras volteretas, con mi muslo izquierdo rompí el volante durante el mismo impulso que me llevó a impactar con la cabeza en el parabrisas y me hizo salir volando varios metros, mientras el vehículo seguía rodando hasta quedar finalmente empotrado en un olivo. En el momento en que golpeé con la espalda en la tierra acabó mi maravilloso viaje hacia la muerte que, a pesar del recuerdo que me dejó, no pudo durar más de cinco o seis segundos. Me incorporé inmediatamente y volví a caer algo conmocionado. Recuerdo haber gritado con rabia «¡mierda, estoy vivo!». Toda la felicidad anterior se había transformado en algo muy desagradable, pero esa sensación duró muy poco, quizás algún minuto mientras estaba recobrando el control total de mis sentidos.

Acudió gente a ayudarme. Yo estaba sentado en el suelo, me negaba a recostarme como alguien me pedía. Uno había encontrado mis gafas de montura metálica junto a una roca, estaban dobladas por el puente pero intactas, las enderecé y me las puse, comencé a ver más claro. Un magnetófono portátil —una maravilla de la Philips de esos días— había volado como yo y permanecía colgado de la rama de un olivo, seguía en marcha y una tristona canción en boca de Cafrune y Marito amenizaba la escena. Del automóvil mejor ni hablar. Salvé la vida gracias a no llevar abrochado el cinturón de seguridad^[170] y, a pesar de las características del tremendo impacto que soportó mi cuerpo, no me hice ni un solo moratón, ni sufrí el menor rasguño.

Había vuelto a nacer, sin duda alguna, pero lo más importante de todo es que, inmediatamente después del accidente, estando todavía sentado sobre el suelo pedregoso de la finca donde fui a estrellarme, ya le había perdido el miedo al hecho de morir. El impacto de la experiencia que acababa de sentir dentro de mí transformó de golpe —nunca mejor empleado este término— mi percepción de la vida y de la muerte y, tal como ya adelanté en la introducción, se esfumó sin más la convicción que mantenía desde la adolescencia de que moriría joven; en todo caso, el hecho de morir perdió su carga de amenaza terrible y mi postura frente a la vida se relajó, abriendo perspectivas nuevas que me han facilitado vivir con mayor plenitud. La ECM no cambió ni un ápice mi forma de ser, pero sí transformó radicalmente mi forma de hacer. Aquel domingo 4 de noviembre de 1973 fue extremadamente generoso conmigo.

LA VISIÓN DEL TÚNEL DE LUZ Y OTRAS MARAVILLAS... PRODUCIDAS POR LA FISIOLOGÍA Y LA BIOQUÍMICA CEREBRAL

Tras la descripción hecha en el apartado anterior de las percepciones subjetivas que pueden vivirse en un caso de ECM, pasaremos ahora a intentar sistematizar la diversidad de elementos que las caracterizan, sus efectos psicosociales y las posibles causas fisiológicas y bioquímicas que las conforman.

Cuando Raymond Moody acuñó el término ECM en este caso NDE o *Near-death experiences* clasificó quince aspectos distintos que se daban asiduamente en las ECM: inefabilidad —imposibilidad de expresar con palabras la experiencia vivida—; oír las noticias —eso es escuchar que le dan a uno por muerto—; sensaciones de paz y quietud; escuchar inusuales sensaciones auditivas; ver un túnel oscuro; sentirse «fuera del cuerpo»; encontrarse con «seres espirituales»; experimentar una luz muy brillante como un «ser de luz»; realizar una revisión panorámica de la propia vida; sentir una frontera o límite; regresar «dentro del propio cuerpo»; certeza absoluta de la realidad de la experiencia junto a dificultades para comunicarla a otros; aparición de efectos diversos y sutiles sobre la vida posterior —que se «amplía» y «profundiza»; cambio de actitud ante la muerte, con desaparición del miedo a morir; y corroboración de hechos reales acaecidos mientras se estaba «fuera del cuerpo».

[171] Moody también señaló, con acierto, que no hay dos experiencias idénticas, que ninguna de ellas incluye más de doce o quince de los aspectos citados, que no todos los aspectos están presentes en cada caso, y que el orden de aparición de esos aspectos varía de una experiencia a otra.

Los científicos que comenzaron a estudiar las ECM a partir de la divulgación

hecha por Moody ofrecieron sistematizaciones más académicas de los elementos que componen esta experiencia. Así, el psiquiatra Bruce Greyson, partiendo del análisis de *clusters* de los aspectos informados por sus protagonistas, los clasificó en: a) elementos cognitivos de distorsión temporal, aceleración del pensamiento, revisión de la vida, y revelación; b) elementos afectivos de paz, felicidad, unidad cósmica, y encuentro con la «luz»; e) elementos paranormales como presentar una extrema agudeza de los sentidos, aparente percepción extrasensorial y visiones precognitivas.^[172] y experiencias «fuera del cuerpo»; y d) elementos trascendentales como encuentros fuera de este mundo con «seres místicos», «espíritus» visibles, y posicionarse ante una frontera infranqueable.^[173]

También se clasificaron los efectos psicosociales que puede sobrellevar una ECM a quien la experimenta. Entre los efectos positivos se relaciona: un incremento del interés por los demás y de la espiritualidad, aprecio por la vida, disminución del miedo a la muerte, del materialismo y de la competitividad^[174]. Comparando las actitudes anteriores y posteriores de quienes han pasado por una ECM, Noyes constató que tras la experiencia se producía una disminución del miedo a la muerte, un sentimiento de invulnerabilidad relativa, un sentimiento de especial importancia o destino respecto a uno mismo, y un fortalecimiento de la creencia en la existencia post mortem.^[175] Otro investigador, Kenneth Ring, detectó que quienes habían pasado por una ECM sentían un gran aprecio por la vida, un renovado sentido de propósito de la existencia, una mayor confianza y flexibilidad a la hora de enfrentarse a las vicisitudes de la vida, una mayor compasión por los demás, un elevado sentido de propósito espiritual, una importante reducción del miedo a la muerte, y otorgaban un mayor valor al amor y al servicio y menos al estatus personal y a las posesiones materiales.^[176] El ya citado Greyson, por su parte, encontró que tras pasar por una ECM se da menos importancia al estatus social y profesional, así como al éxito material y a la fama, y se piensa en la muerte como un hecho menos amenazante.^[177]

Por regla general, las ECM se vivencian como sucesos muy positivos, y en caso de provocar algún desajuste psicológico éste suele resolverse en poco tiempo sin necesidad de ningún tratamiento específico; sin embargo, no es infrecuente que un sujeto, para ajustarse a las nuevas percepciones —o enfoques para percibir a los demás y a uno mismo— que le aportó la ECM, adopte también algunos nuevos valores, actitudes e intereses, protagonizando un cambio radical que no siempre puede ser comprendido ni compartido por familiares y amigos. En algunas ocasiones, el cambio de vida que surge tras una ECM impide seguir con las relaciones, roles y estilo de vida que eran habituales anteriormente, detectándose en estos casos un porcentaje notablemente alto de rupturas de pareja, así como conductas de aislamiento y alejamiento de lo que esos sujetos comienzan a definir como «mundo material».

Además de los efectos negativos citados, y de los que puede implicar el haber pasado por una experiencia que invita a dudar del propio equilibrio psíquico —y/o a que los demás lo cuestionen, o ridiculicen y/o rechacen a quien afirma haberla tenido—, una ECM puede dejar como secuela sentimientos de rabia y depresión por haber sido arrancado de esa percepción del *paraíso* sin desearlo (algo que, si se cronifica, sólo cabe esperar que suceda en sujetos con un gran nivel de insatisfacción, fracaso y temor en sus vidas). También pueden aparecer dificultadas para integrar el significado que una determinada persona le da a la ECM dentro de su sistema de valores o creencias.

Aunque la mayor parte de las investigaciones sobre ECM se ha efectuado en personas de cultura occidental, las comparaciones con casos procedentes de culturas muy distintas parecen avalar la tesis de que algunas de las semejanzas que aparecen en los estudios transculturales se deben al hecho de que la fisiología humana es la misma para toda la especie y, claro, produce efectos similares en idénticas circunstancias; las respuestas psicológicas adaptativas al estrés son comunes, lo que cambia, fundamentalmente, es la interpretación posterior que uno le da a la experiencia por la que ha pasado, que dependerá, ésta sí, de la idiosincrasia personal y del marco cultural, que aportan el filtro que permitirá explicarla, comprenderla y adaptarla a la propia vida, entorno y creencias.

Tal como es habitual en el terreno de la investigación, describir un fenómeno y sus consecuencias es siempre muchísimo más fácil que descubrir sus causas y mecanismos. Las ECM no son una excepción y las diferentes hipótesis explicativas propuestas siguen estando en discusión, básicamente por la dificultad —más bien imposibilidad— de investigar *in situ* cuando se está produciendo la experiencia y/o por las limitaciones que todavía tiene la ciencia actual para poder investigar determinados procesos cerebrales *in vivo*.

El primer intento serio para intentar comprender el mecanismo psicológico de las ECM lo realizó, en 1930, Pfister, psicoanalista austríaco que las describió como una defensa contra la amenaza de la muerte. Según su propuesta, las personas que se enfrentaban a un peligro del que potencialmente no podían escapar, trataban de eliminar esa realidad desagradable de su campo perceptivo reemplazándola con fantasías placenteras, que protegían al sujeto del shock emocional. Pero esta hipótesis temprana fue descartada hace ya tiempo.

Quienes afirman que una ECM es un suceso imaginado, elaborado desde las expectativas individuales y culturales a fin de protegerse del choque que produce el enfrentarse con la muerte, deben tener en cuenta tres aspectos que contradicen tal presunción: quienes previamente desconocían absolutamente qué es y/o qué ocurre durante una ECM, describen parecidos detalles que quienes ya estaban informados de qué sucede en este tipo de experiencias; el contenido de la experiencia no siempre

resulta acomodaticio para quien la vive ya que con frecuencia aparecen elementos que entran en contradicción con las propias creencias o expectativas acerca de la muerte; y, por último, los niños, en sus ECM, describen detalles similares a los adultos —aunque más fragmentarios— a pesar de que el condicionamiento cultural recibido por un niño todavía es escaso.

Igualmente a descartar es otra hipótesis, propuesta en 1977 por el psiquiatra Stanislav Grof y Joan Halifax —y popularizada dos años después por Carl Sagan—, que sostiene que el túnel y la luz son un recuerdo de la primera percepción al nacer tras asomar por el canal vaginal durante el parto, algo totalmente absurdo si consideramos que el canal del parto está comprimido y fuerza al bebé a atravesado con la cabeza apuntando hacia delante y los ojos cerrados, con lo que difícilmente podrá recordar un «túnel» y una luz que jamás vio; pero es que, además, debe tenerse en cuenta que un recién nacido carece de agudeza visual, que las imágenes visuales que construye no tienen estabilidad espacial, y que no tiene todavía la capacidad cortical para poder codificar y registrar recuerdos.

La hipótesis de que las ECM son alucinaciones producidas ya sea por algún fármaco administrado a pacientes terminales, por alguna perturbación metabólica, o por un deterioro cerebral progresivo al acercarse a la muerte, debe ser también descartada por varias razones: muchas ECM se producen en sujetos que no tienen el menor problema orgánico ni estaban tomando fármacos (por ejemplo, en accidentes mientras se estaba trabajando, conduciendo un vehículo, haciendo alpinismo u otro deporte, etc.); la nitidez en el pensamiento y percepciones, así como la sensación de paz que aporta una ECM es justo lo contrario del pensamiento nebuloso e irritabilidad que va asociado al pretendido deterioro cerebral; las visiones de quienes deliran casi siempre se relacionan con personas vivas, mientras que en las ECM siempre aparecen personas muertas. A más abundamiento, muchas investigaciones muestran que los pacientes bajo anestesia o sedantes tienen menos ECM y, cuando las presentan, son menos detalladas y profundas que las experimentadas en personas no medicadas.

Una vez dejadas de lado estas hipótesis erróneas o sin fundamento, nos iremos acercando progresivamente a las posibles causas y mecanismos de las ECM basándonos en las investigaciones realizadas por los mejores expertos en esta cuestión.

Desde la perspectiva psicológica, una de las vías más transitadas y productivas ha sido la que propone la existencia de algún tipo de respuesta disociativa bajo las ECM; Así, al estudiar a personas que habían pasado por una ECM, Bruce Greyson^[178] observó que las experiencias en las que se trascienden las fronteras del ego y los confines del tiempo y el espacio compartían algunas características con el fenómeno de la disociación, en el que la identidad personal se separa de las sensaciones corporales. La disociación es la separación de pensamientos, sentimientos o

experiencias del flujo normal de conciencia y memoria —por ejemplo en experiencias de ensoñación no patológica, amnesia psicógena, *personalidades múltiples* observadas en el trastorno disociativo de identidad, etc.—, y la mayoría de los expertos interpretan la disociación como una respuesta adaptativa a un trauma físico o emocional intolerable, que es común en la mayoría de las personas y que no conlleva necesariamente patología, ni deterioro psicológico, ni un sufrimiento significativo.^[179]

Por ello, Greyson sostiene que las ECM son una respuesta psicofisiológica al elevado estrés generado por la confrontación con la propia muerte. «Las ECM implican un desvío de la atención desde el entorno físico hasta un estado alterado de conciencia en el que la percepción, el funcionamiento cognitivo, los estados emocionales, y el sentido de la identidad pueden estar parcial o completamente desconectados del flujo principal de la conciencia. Las ECM no parecen ser un tipo patológico de disociación ni una manifestación del trastorno disociativo; parecen ser una experiencia no patológica que implica el mecanismo psicológico de la disociación como una respuesta normal ante un trauma intolerable.»^[180]

No cabe la menor duda de que el estrés desatado ante la *evidencia* de estar muriendo es el desencadenante de las ECM, pero algo bien distinto será poder llegar a conocer los mecanismos fisiológicos y los elementos bioquímicos que están involucrados en la producción del resultado conjunto que se experimenta durante una ECM. El propio Bruce Greyson, en un trabajo anterior,^[181] apuntaba que se ha comprobado que algunos aspectos fisiológicos de la situación que pone frente a la muerte juegan un rol notable en el resultado final.

Así, las ECM en las que predominan los procesos cognitivos alterados, tales como distorsiones del sentido del tiempo, pensamientos acelerados y revisión de la vida, son mucho más frecuentes en las situaciones de riesgo repentinas e imprevisibles que en las que eran previsibles de alguna manera. Las ECM asociadas con ataques cardíacos presentan experiencias fuera del cuerpo, mientras que las que no están relacionadas con ataques cardíacos presentan experiencias más parecidas a la despersonalización, en las que uno se siente a sí mismo o a su propio cuerpo como algo irreal. Las ECM que experimentan sujetos intoxicados tienden a ser extrañas y confusas como alucinaciones. Por otra parte, aunque todos los elementos que conforman el conjunto de una ECM pueden darse en quien se percibe cerca de la muerte, algunas de esas características, como el verse frente a una luz brillante, presentar funciones cognitivas intensificadas y sentir emociones positivas, son más corrientes entre personas cuyos historiales clínicos confirman su proximidad a un riesgo de muerte cierto.

Para intentar explicar las diferencias citadas, así como la misma base funcional de las ECM, deberá acudir al campo de la fisiología y de la bioquímica, desde los que

se han formulado diversos modelos teóricos explicativos que, debido a que ninguno de ellos explica por sí solo la totalidad de la experiencia —y no hay la menor razón lógica ni científica para que un solo modelo explique todo cuanto sucede dentro de un fenómeno complejo—, finalmente han dado lugar a modelos neurobiológicos multifacéticos.

Uno de los elementos que puede formar parte del mecanismo complejo de una ECM es la anoxia o hipoxia^[182], un fenómeno que se produce siempre en la muerte cerebral. Whinnery^[183] desarrolló un modelo explicativo de las ECM basado en la hipoxia, a partir de los efectos observados en la pérdida de conciencia inducida a pilotos de guerra, durante entrenamientos, mediante una aceleración muy rápida que reduce el flujo sanguíneo en la cabeza.^[184]

La investigación de Whinnery ha evidenciado una serie de aspectos básicos comunes entre las ECM y la pérdida de conciencia por hipoxia, entre ellos: visión del túnel —focalización de la visión en forma de túnel hacia un punto central luminoso situado frente al sujeto— y de luces brillantes; sensación de estar flotando; sentimientos de placer; euforia elevada al recuperar la conciencia; ensimismamiento e introspección; ensoñaciones muy vivas en las que uno se siente en algún lugar hermoso, con frecuencia acompañado de uno o varios familiares o amigos íntimos; reminiscencia de recuerdos agradables; movimientos automáticos; experiencias extracorporales; y parálisis. Los pilotos de combate suelen repetir también que «pasar por este estudio de laboratorio me ha quitado el miedo a perder el conocimiento en pleno vuelo», que es una sensación equivalente a la que expresan, respecto de la muerte, quienes han pasado por una ECM. En este tipo de experiencias por hipoxia no se da un aspecto habitual y muy sugestivo de las ECM, la revisión de la propia vida en forma de recuerdos panorámicos.^[185]

Parece obvio que, en las ECM, los síntomas citados están relacionados con la pérdida de conciencia, ya sea por hipoxia o por cualquier causa análoga —aunque debe tenerse presente que diferentes tipos de anoxia y sus cambios de velocidad causan efectos diferentes—, pero también es cierto, tal como reconoce el propio Whinnery, que este modelo explicativo no permite aclarar todos los fenómenos que confluyen en una ECM. En cualquier caso, la hipoxia sirve para explicar una parte de los síntomas vividos durante una ECM, permitiendo diferenciar los que le son propios de aquellos otros que seguro tienen otras etiologías dentro del conjunto de una ECM.^[186]

Los sentimientos de placer y euforia típicos de una ECM, y que también disfrutaban los pilotos militares por efecto de la hipoxia, se deben a que el cerebro libera sustancias opiáceas a fin de aligerar la ansiedad intensa y el sufrimiento derivados de la amenazante situación por la que se atraviesa en ese instante; uno de estos flujos de opiáceos endógenos se compone de neurotransmisores péptidos denominados

endorfinas, moléculas que, entre otras funciones, tienen, precisamente, la de inhibir a otro neurotransmisor —denominado sustancia P— encargado de transmitir las sensaciones de dolor físico y psicológico. No será baladí, tampoco, recordar que estas sustancias pueden producir alucinaciones en la zona cerebral responsable de los recuerdos y las emociones.

Por estas razones, se han formulado diversos modelos neurobiológicos a fin de explicar las ECM mediante la acción de endorfinas^[187] y otros neurotransmisores, así como también modelos neuroanatómicos que las han localizado en áreas cerebrales específicas, pero, hasta la fecha, todas las hipótesis planteadas, aunque lógicas, coherentes y plausibles, no se han podido demostrar debido a lo impredecible del fenómeno y a las muchas moléculas y sistemas cerebrales que implica y que deberían ser monitorizados a la vez (si se tuviese la tecnología adecuada para ello, claro). En cualquier caso, y me adelanto a lo que pensará más de un lector, el hecho de que no se disponga de un modelo científico que explique todo cuanto integra una ECM —aunque sí pueda explicarse buena parte de ella— no implica que ésta sea un fenómeno que trascienda lo biológico ni, mucho menos, que demuestre nada acerca de una posible vida post mortem.

Desde otro enfoque complementario, se apunta que la casi totalidad de los aspectos característicos de una ECM —la visión del túnel y la luz hacia la que uno se dirige, las percepciones extracorporales, la sensación de flotación, la audición de música *celestial*, las experiencias *místicas*, etc.—, tal como demostró el neurólogo Michael Persinger,^[188] pueden provocarse en situación de laboratorio aplicando al sujeto en experimentación pequeñas estimulaciones eléctricas, en el área temporal del cerebro, mediante una fuente de campos magnéticos,^[189] aunque, en este caso, a diferencia de lo que sucede en una ECM, los sujetos permanecen conscientes del mundo real y pueden comunicarse con el experimentador, notan vértigos y hormigueo, y sus experiencias son fragmentarias e inestables. Sin duda no es lo mismo una ECM que lo que provocó Persinger con sus experimentos, pero la base neurofisiológica que sostiene ambas percepciones es común, sólo que en la ECM intervienen muchos más elementos que se complementan para propiciar un resultado a todas luces diferente.

También la ketamina^[190] ha dado lugar a un posible modelo explicativo, basado en sus efectos, de las ECM y de otros fenómenos relacionados, dado que sus propiedades psicoactivas pueden inducir experiencias en las que se visualizan túneles, luces brillantes, se tiene la sensación de comunicarse telepática mente con «entidades místicas», etc. Según el modelo propuesto por Jansen,^[191] algunas de las condiciones necesarias para que se dé una ECM, como la hipoxia, segregan un flujo de glutamato,^[192] que provoca la muerte de neuronas por hiperactivación de los receptores cerebrales de NMDA (N-metil-D-aspartato). Tal neurotoxicidad se impide, o queda

muy limitada, si los receptores de NMDA quedan bloqueados tras haberse acoplado a ellos una molécula de ketamina. Este mismo mecanismo, según Jansen, podría darse en los sujetos que tienen una ECM sin estar bajo el efecto de la ketamina, sólo que, en esos casos, el papel de neuroprotector lo desempeñaría algún neurotransmisor todavía no identificado que se acoplaría a los receptores de NMDA para prevenir la citada toxicidad del glutamato, produciendo éste un efecto parecido al de la ketamina respecto a la alteración de conciencia del sujeto que pasa por este trance.

Se le ha criticado a Jansen, con razón, que las experiencias con ketamina suelen desencadenar algún temor, casi nunca son vividas como *reales* y el recuerdo que se conserva de ellas no es tan definido como el de una ECM, pero debe tenerse en cuenta que este modelo no atribuye las ECM a la ketamina, sino que la pone como ejemplo funcional de una molécula capaz de prevenir el efecto neurotóxico del glutamato, consecuencia de la hipoxia, y sugiere, con mucha lógica respecto al funcionamiento cerebral conocido, que debe haber algún «neuroprotector no identificado todavía» que se encargue de este trabajo y que tenga un efecto equivalente, aunque no necesariamente igual a la ketamina, como modificador del estado de conciencia.

Otros modelos explicativos más complejos, y sin duda más cercanos a lo que puede ser el conjunto de dinámicas que coinciden en una ECM, parten de la asunción de que no puede deberse toda la experiencia a una sola causa y la describen como resultado de diversos fenómenos diferentes pero interrelacionados y coincidentes en el tiempo.

Así, por ejemplo, el modelo neurobiológico propuesto por Saavedra-Aguilar y Gómez-Jería^[193] hace converger la presencia de un alto estrés psicológico, actividad de diversos neurotransmisores, hipoxia y disfunción del lóbulo temporal —que es modulada por los recuerdos individuales y el sistema lingüístico—. Según esta hipótesis, a una situación altamente traumática como es el convencimiento de estar muriendo, le sigue un elevado estrés que desencadena, en áreas concretas del cerebro, la segregación de neurotransmisores que —como opiáceos endógenos que son algunos de ellos, como las endorfinas— producen analgesia y desapego, pero también euforia; al mismo tiempo, a causa de la hipoxia, se reduce el aporte de oxígeno en el cerebro, alterando muy especialmente las delicadas estructuras límbicas. Ambos efectos se suman para provocar descargas epileptiformes en el hipocampo y en la amígdala,^[194] capaces de provocar alucinaciones visuales complejas y desencadenar la conocida revisión de la vida típica de las ECM. La transmisión de esas descargas a otras estructuras cerebrales, a partir de las conexiones límbicas, sería la causa de la sensación de luz brillante y de otras alucinaciones. Finalizado este breve período de descontrol, el sistema lingüístico reúne las percepciones vividas y las reconstruye con la máxima coherencia posible de modo que signifiquen algo concreto en función de la

base psicológica y cultural de cada sujeto (por eso las experiencias tienden a ser más parecidas entre sí dentro de un mismo marco cultural).

Una de las investigadoras más conocidas en el campo de las ECM, Susan Blackmore, elaboró también un modelo explicativo de las ECM conformado por la incidencia de una diversidad de mecanismos psicológicos y fisiológicos.^[195] Para esta científica, el túnel y la luz brillante se deberían a una desinhibición neuronal en el córtex visual motivada por la hipoxia u otras causas. Los sonidos percibidos durante una ECM procederían de la estimulación de la cóclea^[196] o del lóbulo temporal, también a causa de la hipoxia. Los sentimientos de paz y bienestar, obviamente, serían obra de las endorfinas —mientras que las minoritarias experiencias negativas, que causan temor, se deberían a los antagonistas mórficos—. ^[197] La revisión de la vida sería consecuencia de alteraciones producidas en el sistema límbico y el lóbulo temporal por las endorfinas y a la estimulación del hipocampo por otros neurotransmisores. La percepción de sentirse fuera del cuerpo la atribuye a la reconstrucción retrospectiva que realiza el cerebro para convertir la experiencia de la ECM en una realidad plausible, algo con efectos especialmente impactantes si se tiene en cuenta que durante el período de la ECM la imagen corporal habitual había quedado interrumpida a causa de la falta de estímulos sensoriales provenientes del mundo físico *real*.

Al hilo del modelo propuesto por Blackmore, repasaremos ahora con un poco más de detalle cada aspecto importante de la ECM. Comenzaremos por la visión del túnel, una percepción que también puede ser experimentada en circunstancias tan diferentes como durante una meditación o relajación profundas, en el momento de quedarse dormido, al aplicar una determinada presión sobre los globos oculares, como consecuencia de una epilepsia o migraña, y a causa del consumo de alucinógenos como LSD, mescalina (droga procedente del cactus llamado peyote) o psilocibina («hongos mágicos»). Por otra parte, tal como documentó Heinrich Klüver, en los años treinta el túnel es una de las cuatro formas típicas, junto con la espiral, la telaraña y la trama o red cristalina, que aparecen en las alucinaciones, indicando con ello que su origen sólo puede radicar en la propia estructura de la corteza visual.

La explicación fisiológica de la visión del túnel y de la luz es relativamente simple. La actividad cerebral se mantiene estable gracias a la inhibición que unas células ejercen sobre otras, pero cuando se produce una desinhibición cortical —que puede ir asociada, o no, con hipoxia, que es causa de una hiperactivación neuronal—, su efecto en el córtex visual —que normalmente está organizado mediante muchas células en el centro del campo visual y pocas en la periferia—^[198] es que tal excitación fortuita y aleatoria —desencadenada por el estrés ante la cercanía de la muerte— incrementa de modo progresivo el número de células excitadas que se convierten en puntos de luz, tanto en el centro como en la periferia visual,

produciéndose así un efecto en el que la luz brillante del centro del campo visual va aumentando y fundiéndose hacia fuera, hacia los bordes oscuros —que cada vez lo son menos por efecto del incremento de células excitadas luminosas—, provocando, al expandirse, la sensación de un túnel —luz inicial en medio de la oscuridad— al que uno se va acercando a medida que esa luz crece y disminuye la oscuridad circundante por efecto de la sobre excitación celular.

La ilusión del túnel y del desplazamiento del sujeto hacia él se entiende más fácilmente si conocemos dos aspectos curiosos del funcionamiento cerebral, eso es que tiende a interpretar como movimientos hacia fuera los cambios que se producen al azar en la periferia del campo visual y, además, que infiere en gran medida como movimiento propio lo que se percibe; por ello, una luz blanca fluctuante y creciente tenderá a ser interpretada en el sentido de que el sujeto se dirige hacia ese *túnel* y avanza por él.

La percepción de sentirse fuera del cuerpo, como la visión del túnel, puede darse también bajo muchas circunstancias ajenas a las ECM —entre las que destacan: disociación, pérdida de conciencia por hipoxia, estimulación eléctrica del área temporal del cerebro, consumo de determinadas drogas, meditación, relajación, migraña, epilepsia, etc.—, así que ni es ni representa nada extraordinario; pero, al igual que sucede con la visión del túnel, cuando se da dentro de una ECM, quien la protagoniza la vivencia como una experiencia indiscutiblemente real.

Para intentar comprender ese realismo, que diferencia claramente esas experiencias de lo que podría ser producto de un sueño, ensoñación o de la imaginación, deberemos retomar el concepto de lo ya dicho en el capítulo 3 cuando mostramos que eso que denominamos «realidad» no es más que una construcción subjetiva, mediatizada y limitada por la información que perciben nuestros sentidos, por la forma de elaborarla que tiene nuestro cerebro, y por el marco de significados que ha conformado nuestra cultura. El resultado de ese proceso de construcción —iniciado a partir de todas las percepciones recibidas a partir del nacimiento— que resulta más constante y estable es lo que asimilamos como el «mundo real», mientras que lo que es fugaz e inestable, como los sueños o las fantasías, que se desvanecen rápidamente, lo asociamos a lo «irreal», a lo que no tiene existencia salvo como algo imaginado dentro de nuestra mente.

Susan Blackmore se apoya en esta evidencia para proponer una explicación muy plausible al fenómeno que nos ocupa. En estado normal, el cerebro no tiene el menor problema para distinguir entre el modelo estable de la «realidad» y el inestable de la «imaginación», pero cuando se está entrando en el sueño profundo, o se está bajo la presión de una amenaza y/o estrés muy intensos —como sentir que uno se está muriendo—, el modelo de realidad que proporcionan los sentidos se debilita y se vuelve confuso e inestable; pero si, además, se produce una hipoxia, todos los

modelos posibles, «reales» o no, se volverán inestables.

En esas circunstancias, propias de una ECM, los efectos derivados de la hipoxia, de la hiperactividad cortical, de las endorfinas, de la estimulación del lóbulo temporal, etc., pasarán a ser la percepción predominante... y la visión del túnel, la luz, el placer intenso, la revisión de la vida, etc., se convertirán en lo más real que puede encontrarse, de modo que ese modelo sensorial interno, originado en el desbordamiento del estrés, remplazará al de la «realidad» externa, que en esos instantes no es percibida debido al bloqueo de los sentidos. Al disminuir la situación de máximo estrés y volver a la normalidad, la intensa sensación recién vivida se entremezcla con el débil —aunque no desaparecido— recuerdo de la situación previa a ese instante —microsegundos antes de comenzar el infarto, de producirse el accidente, de...— y el cerebro, al retomar el control y estabilizar el modelo de «realidad», reelabora todo lo vivido a fin de que pueda tener sentido y significado para el sujeto en función de su idiosincrasia y creencias. Cada cual tenderá a ordenar un puzzle de sensaciones parecidas —nuestra fisiología es la misma para toda la especie— mediante secuencias y significados algo diferentes que, de hecho, será lo que se recordará como «real» cuando se rememore o relate la experiencia de la ECM.

Explicar la razón por la que uno, durante una ECM, se ve a sí mismo desde arriba, es mucho más simple. Cualquier lector puede hacer la prueba por sí mismo. Bastará con cerrar los ojos —aunque antes debería acabarse de leer este párrafo— e imaginar una escena cualquiera —un día de playa, excursión, paseo con la pareja, juego con los hijos, comida de Navidad, etc.— en la que uno mismo haya participado; rememoremos ahora esa escena —mejor con los ojos cerrados— buscando primero la posición que uno mismo ocupa dentro de ella y, después, localizando el lugar desde el que se observa al conjunto y los detalles que se recuerdan de esa vivencia. ¿Lo intentamos?

¿Desde qué perspectiva te has visto a ti y a los demás? ¿Desde «arriba», verdad? La explicación no es otra que el hecho fisiológico de que los modelos de memoria tienden a ser contruidos desde una perspectiva aérea. En la ECM, ese recuerdo de la escena del accidente, infarto, o lo que fuere, unido a las percepciones ya tantas veces citadas, se reconstruirá como una visión «desde arriba y desde fuera de uno mismo» que incorporará algunos aspectos que sucedieron mientras se «estaba muerto».

Hasta aquí todo muy normal, pero la escena puede aparentar mucha complicación cuando quien «regresa de la muerte» describe hechos que teóricamente no podía conocer; así, por ejemplo, es corriente que una persona que estaba inconsciente, o anestesiada en un quirófano, al recuperarse sea capaz de explicar cómo se vio «desde arriba», tendida, inerte, mientras los médicos u otros hacían o decían talo cual cosa. Tal prodigio se explica perfectamente si sabemos que el sentido del oído es el último que se pierde antes de morir, que la anestesia no nos priva de él —sólo inhibe la

elaboración consciente de la información que aporta y que va a parar al lóbulo temporal— y que, tal como todos quienes disponemos de este sentido hemos podido apreciar, puede obtenerse una imagen muy clara y detallada de cualquier escena con sólo escuchar qué pasa en ella (ése era el encanto del teatro radiofónico de hace unas pocas décadas, y ése es el gran *poder* que caracteriza a los invidentes).

Así es que bastan algunos fragmentos de conversación entre médicos u otros para, una vez mezclados con todas las percepciones propias de una ECM y colocados de forma coherente dentro del recuerdo construido con perspectiva aérea, para que esa persona, al recuperarse, cuente con toda naturalidad —y ante su sorpresa y la de los demás— las maniobras que le realizaron para remontarle del paro cardíaco y apunte, además, que el doctor Martínez sudaba mucho (para saberlo no hace falta más que una enfermera haya dicho algo así como «¿le secó el sudor, doctor Martínez?»). En esas situaciones de emergencia todo el mundo habla mucho, y a menudo también de muchas cosas ajenas a lo que está ocurriendo, así es que la posibilidad de conocer detalles increíbles es muy elevada, aunque, con todo, esas visiones suelen construirse recordando de verdad muy escasos datos, puede bastar una palabra o una frase para evocar una escena entera. Tampoco aquí hay lugar para el prodigio.

Sin embargo, no hay por qué descartar de entrada la posibilidad de que en algún caso muy concreto, y más bien excepcional, pueda haberse producido algún tipo de acceso a información *imposible* mediante algún mecanismo de percepción extrasensorial. Si en una ECM, tras descartar todas las posibilidades ordinarias de adquisición de conocimientos, no quedase más probabilidad que la hipótesis de la percepción extrasensorial... tampoco estaríamos ante nada extraordinario, eso mismo le ocurre a las muchas personas que, en medio de la más absoluta normalidad, dicen haber obtenido algún tipo de información *imposible* vía percepción extrasensorial.

[199]

Para intentar explicar la revisión de la vida hay que remitirse a los ya bien conocidos efectos de la estimulación del lóbulo temporal, cuyo papel parece crucial en las ECM dado que es sensible a la hipoxia y a las endorfinas, cuya acción induce alucinaciones, *flashbacks* de memoria, distorsiones corporales y experiencias extracorporales. También el sistema límbico —en particular la amígdala y el hipocampo— es sensible a la hipoxia y las endorfinas y, dado que está implicado en la organización de las emociones y la memoria, puede tener mucho que ver con la revisión de la propia vida en las ECM. En los casos de ECM en los que no se ha podido dar anoxia o hipoxia, basta con el particular efecto adicional de las endorfinas en el lóbulo temporal y en partes del sistema límbico para que se presenten idénticas consecuencias. Siguiendo la hipótesis que venimos citando, este episodio alucinatorio, al recobrar la conciencia, también pasará a integrar, junto a los demás efectos de la ECM, el modelo estable de «realidad» que concretará y sostendrá el recuerdo posterior de la experiencia como otro «hecho real» más. [200]

En la visión panorámica de la vida, sin embargo, faltaría por explicar un ingrediente muy llamativo: ya sea por uno mismo o por otro —«dios», «un ser espiritual» o «un familiar fallecido»—, las escenas revividas son analizadas, juzgadas y puntuadas. Tras analizar lo que sentí al pasar por mi ECM, pensé que esta parte de la experiencia se debió a la *necesidad cultural* que tenemos de poner en orden la conciencia antes de morir,^[201] y que el cambio de actitud posterior, respecto a la muerte y a la forma de abordar la vida, se debe a que uno, al sentirse como si hubiese retornado de la muerte o, al menos, como si acabase de *verle las orejas al lobo*, aprendió de golpe a relativizar su «yo» ante la evidencia de su insignificancia y frente a lo absurdo que parecen todas nuestras pretensiones en ese instante *final*. Enfrentar la sensación de morir de la forma en que lo permite una ECM, con un radical y lúcido desapego de sí mismo, es razón más que suficiente para que la persona se vea impulsada a introducir cambios importantes en sus valores y conductas, tanto más notables cuanto más impactante haya sido la percepción de los fenómenos asociados dentro de la ECM y más trascendente la interpretación y conceptualización posterior de los mismos.

Comparto con Susan Blackmore su opinión de que «cuando el mundo normal de los sentidos se ha marchado y los recuerdos parecen reales, cambia nuestra perspectiva acerca de la propia vida. No podemos continuar tan ligados a nuestros planes, esperanzas, ambiciones, temores que se desvanecen y se tornan insignificantes, mientras el pasado retorna nuevamente a la vida. Solamente podemos aceptarlo tal como es, y no hay quien lo juzgue más que nosotros mismos. Ésta es, pienso, la razón por la que muchos de quienes han estado cerca de la muerte dicen que encararon su vida pasada con aceptación y ecuanimidad».^[202]

A pesar de los maravillosos discursos de quienes hacen apostolado de las ECM como pruebas irrefutables de supervivencia a la muerte, lo cierto es que no hay apenas diferencias entra las ECM de las personas que han estado realmente «casi muertas» y las experimentadas por personas absolutamente sanas —tal como fue mi caso— que simplemente creyeron que iban a morir. Una ECM se desencadena a partir de percibirse a sí mismo en situación de muerte —mediante la elaboración de una información, ya sea fisiológica (paro cardíaco, por ejemplo) o procedente de una mera racionalización (presunción de estar en vías de morir)— y el mecanismo que activa todos los vistosos componentes que la conforman anida en una serie de reacciones fisiológicas, comunes en otras circunstancias y por otras causas, que actúan al unísono dentro de una situación de emergencia orgánica que, en lo que a nuestro «yo» atañe, se vivencia como un intento de afrontar el estrés que provoca el sentirse morir.

Pienso que sería óptimo que todo el mundo pudiese pasar alguna vez por una ECM, ya que la experiencia puede producir cambios muy positivos en quien la

vivencia, pero, por extraordinarios que parezcan sus efectos, no hay nada en una ECM que exceda lo humano, que sobrepase lo fisiológico, ni que rebase el momento de la extinción. Las ECM nos cuentan mucho sobre la vida, sobre la manera de percibirla y construirla, sobre la forma de reaccionar que tiene nuestra fisiología ante un estrés extremo, pero eso es todo, que no es poco, claro está.

15. Raymond Moody: «Reniego de mi libro *Vida después de la vida* y lo declaro nulo y vacío».

Si algún autor es conocido en todo el mundo por sus textos sobre la presunta supervivencia a la muerte éste es Raymond Moody Jr. De su primer libro, *Life after life* (*Vida después de la vida*), se han vendido casi diez millones de ejemplares desde su publicación en 1975; sus obras posteriores tuvieron menos repercusión, pero se convirtieron igualmente en éxitos comerciales.

Moody, sorprendido por su inesperado triunfo como escritor, encantado por su apabullante ganancia económica y halagado y agasajado por legiones de lectores *creyentes* en decenas de países, abandonó muy pronto su carrera universitaria para convertirse en un profeta de la «vida después de la vida». Viajes, conferencias, incesantes entrevistas, dinero y lujos a espuestas sedujeron a quien sólo había pretendido enseñar filosofía de la medicina en un aula universitaria provinciana.

Siempre ratificó en público aquello que afirmaba en sus libros, aunque en cualquier debate con detractores cualificados invariablemente debía darles la razón ante sus críticas. El personaje se convertía en gigante ante los medios de comunicación y ante su público crédulo, pero pasaba a ser un enano intelectual cuando se le oponían argumentos razonables. El contenido de sus libros desembocó muy rápidamente en el esperpento, pero Raymond Moody cobraba su buen dinero por sostener majaderías esotéricas que pretendía disfrazar de seriedad usando su título de licenciado en medicina. Jamás explicó que, por ejemplo, en su libro *Reencuentros* —que relataba sus experimentos con sujetos que se «comunicaban con parientes muertos»—, así como en *Regresiones* —relatos de supuestas experiencias de personas que han «recordado vidas pasadas»—, el editor le pagó una suma muy importante por el contrato a cambio de que aceptas e como coautor a Paul Perry, experto en *literatura popular* que escribió de nuevo los textos originales de Moody hasta convertirlos en un puré de relatos emocionales sin fundamento, pero apetecibles para las masas. En sus trabajos, Moody aplicó un más que escaso rigor y, víctima de su propia imagen comercial de «investigador serio», cuando descubrió que alguno de sus más famosos *resucitados*, como Dannion Brinkley, mentía en lo que decía y engañaba para enriquecerse, tuvo que callarse para poder seguir encubriéndose a sí mismo.

Pasaron los años, disminuyeron las ventas, los ingresos y el protagonismo, y Raymond Moody se descubrió solo, abandonado y criticado casi por todos, sin el menor prestigio y condenado a ser la marioneta del gran supermercado esotérico y *new age* que le hizo rico. No era su mejor momento y, con veintidós años de retraso, dio un paso bien curioso para intentar recuperar algún prestigio y nivelar su cuenta corriente. La vía para acercarse a sus propósitos fue un nuevo libro, titulado *The Last*

Laugh (*La última risa* o *Quien ríe el último...*), que tuvo que editarse él mismo.^[203]

The Last Laugh, según Moody, es un texto compuesto por los descartes de aquello que escribió en sus otros libros y que sus editores no le quisieron publicar. En una entrevista publicada por su amigo Francisco López-Seivane en la revista española *Más Allá*,^[204] con ocasión de la edición de ese libro en Estados Unidos, Raymond Moody se despachó a gusto contra sus antiguos editores, pero haciéndolo se puso también a sí mismo en la picota. Veamos un par de fragmentos significativos de la mencionada entrevista:

Para justificar la auto edición de su libro *The Last Laugh*, Moody explicó: «La verdad es que, en su insaciable búsqueda de beneficios, los editores persiguen siempre obsesivamente el sensacionalismo. Durante veinte años, mis libros, víctimas de esa obsesión, han sido tan manipulados y tergiversados que, muchas veces, ni siquiera me reconozco en ellos. Por eso me he visto obligado a sacar a la luz pública todos los pensamientos que los editores comerciales han recortado a mis libros, sin importarles que con ello deformaban su mensaje y mancillaban mi imagen.

»Ha habido portadas en las que podía leerse con sonrojante falsedad: “¡Pruebas científicas de que existe vida después de la vida!”. Esto ha sido una fuente constante de disgustos para mí. Semejante sensacionalismo tal vez ayude a vender, pero arruina la credibilidad de su autor. Y mientras las editoriales se llenaban los bolsillos con las ventas, yo tenía que contestar a los críticos que me hacían las mismas objeciones que ya había anticipado y resuelto en los párrafos que los editores habían descartado. Todo eso se ha acabado. Con este nuevo libro espero restablecer mi identidad».^[205]

Sin duda éste parece el caso de *secuestro de un autor* más flagrante y patético de la historia de la humanidad: un profesor bienintencionado reúne unos pocos testimonios de gente que dice haber tenido una ECM, no los contrasta en absoluto, los empaqueta en forma de librito y se los entrega a un editor; pero éste manipula el texto y cambia su contenido —haciendo exactamente la misma maniobra con los libros posteriores—, mientras que su autor lo firma y promociona por todo el mundo —confirmando siempre su contenido—, durante más de veinte años, enriqueciéndose él también sin cesar... aunque siendo incapaz de denunciar que aquello que afirma en público y que dicen sus libros no sólo es mentira, sino que contradice lo que él escribió en su original. Ante esta situación, cabe pensar, al menos, en dos posibilidades, o bien Raymond Moody estaba *secuestrado* por su editor —el mismo que, además, le hacía millonario; ¡curioso *secuestro*!—, o es que su caradura extrema tomó la forma de fraude.

Las relaciones entre autor y editor se rigen siempre por un contrato que, en caso de discrepancia, puede resolverse ante un juzgado exigiendo las responsabilidades pertinentes. El caso de Moody no podía ser una excepción, así que el no haber ejercido sus derechos legales en defensa de su obra sólo puede interpretarse en el

sentido de que autorizó contractualmente todas las manipulaciones que ahora repudia. En cualquier caso, fuese cual fuese el contrato firmado, como autor siempre podía negarse a asumir un contenido ajeno y que le «arruinaba la credibilidad» —según dice ahora—, pero la clave para comprender lo que pasó, y su prolongado silencio, es que estaba cobrando su porcentaje por los derechos de autor correspondientes a unos diez millones de libros vendidos, que arrojan una cifra de beneficio más que enorme, sin duda alguna. Otro indicio claro de la actitud fraudulenta en torno a los libros de Moody es que sólo sus obras sobre aspectos de la supervivencia post mórtem han pasado por la misma *desgracia* —que su texto fuese manipulado en sentido contrario al original... para convertirse en *best-sellers* populacheros capaces de generar una fortuna en ventas—, mientras que en sus libros sobre otros temas no sucedió nada parecido.

En la entrevista que citamos, se le pregunta a Raymond Moody: «¿Reniega, entonces, de su mayor éxito, *Vida después de la vida*?», y éste responde: «Completamente. Lo declaro nulo y vacío y pido a todo el mundo que no compren nunca más un solo ejemplar, a menos que lean antes, de principio a fin, *The Last Laugh*. En el futuro, únicamente aceptaré responsabilidad por lo escrito en *Vida después de la vida*, si se lee y se interpreta en el más amplio contexto que proporciona este nuevo e imprescindible suplemento».^[206]

No hace falta añadir nada más, las propias declaraciones de Raymond Moody, y su actitud durante veintidós años, le sentencian con claridad. Este hombre es el apóstol que, haciéndose llamar «doctor», ha convencido a millones de personas en todo el mundo de que la vida post mórtem existe.

Suele cumplirse siempre, con exquisita exactitud, la fina observación del fabulista francés Jean de La Fontaine (1621-1695) cuando dijo que: «cada cual cree fácilmente aquello que teme o que desea». Ésta es la clave de los grandes negocios en torno a la muerte.

Y nunca estará de más tener presente el consejo que nos dejó otro escritor francés, André Gide (1869-1951): «cree a aquellos que buscan la verdad; duda de los que la han encontrado».

PARTE IV. EL PULSO ENTRE LA CIENCIA Y LA MUERTE: ¿EL FIN DEL FIN?

16. Manipulación genética: ¿la terapia definitiva?

La evolución de los seres vivos se ha producido, hasta hoy, al azar, y cada nuevo cambio se ha mantenido en función de la mejora adaptativa que facilitase. Desde el neolítico, con la invención de la agricultura y ganadería, los humanos comenzamos a incidir conscientemente sobre la selección natural actuando sobre algunas especies para obtener, mediante la hibridación, todas las variantes actuales que constituyen la base de nuestra alimentación. Pero esa manipulación genética, lenta y tranquila, integrada en la naturaleza, ha desaparecido de nuestro horizonte para dar paso al vertiginoso torrente desbocado que supone la actual biotecnología orientada hacia la manipulación genética en el laboratorio.

Hoy poseemos ya los conocimientos teóricos básicos para ser capaces de controlar y acelerar nuestra evolución como especie —también la de otras muchas criaturas—, estamos en puertas de poder decidir la carga genética que llevará un nuevo ser —qué características físicas, habilidades e inteligencia tendrá, eliminación de cualquier predisposición a una diversidad de enfermedades, etc.—; nos faltan apenas algunos desarrollos técnicos, cuestión de tiempo; y, eso sí, resulta imprescindible estructurar un gran debate social —y global— que permita ponerle límites éticos y jurídicos a tal poder potencial y a quienes puedan emplearlo en beneficio propio y de otros.

Al igual que el siglo xx fue denominado el siglo de la física, por sus espectaculares avances en este campo, el siglo actual, que hereda la brillante trayectoria científica de la biología molecular durante las últimas décadas del pasado, ya ha sido bautizado como el siglo de la biología, un campo que está posibilitando, y garantizará en un inminente futuro, el control más radical, global y serio que el ser humano haya llegado a concebir con el fin de poder dirigir las características y el destino de su propia vida y el de las demás especies con las que compartimos el planeta.

Las investigaciones realizadas por Francis Crick y James Watson que, en 1953, pusieron al descubierto la estructura en doble hélice del ADN —ácido desoxirribonucleico—^[207] contenedor de toda la carga genética^[208] de cualquier ser vivo, desembocaron, tras una sucesión de descubrimientos tan fundamentales como complementarios, en la creación de una nueva disciplina, la ingeniería genética, y su consecuencia, la biotecnología.

Se comenzó modificando bacterias y, pasando por toda la escala de seres vivos, se llegó hasta el ser humano, incidiendo artificialmente en la mejora de su proceso reproductivo, mediante las técnicas de reproducción asistida —inseminación artificial, fecundación in vitro, etc.— y, posteriormente, armados con medios cada vez más sofisticados, se pasó a alterar componentes de nuestra dieta —vegetales y

animales modificados genéticamente— y se abrió novedosas perspectivas a la tecnología farmacológica y biomédica, tal como más adelante veremos.

Una fecha particularmente memorable dentro de esta carrera científica hacia un mundo inimaginable fue el 26 de junio de 2000, cuando el genoma humano,^[209] verdadero manual de instrucciones de la vida, se dio por descifrado en sus partes esenciales. La aventura había comenzado diez años atrás, contó con el trabajo de muchos científicos adscritos al organismo público Proyecto Genoma Humano —dirigido por Francis Collins e integrado por Estados Unidos, Reino Unido, Alemania, Francia y Japón, con la colaboración de China—, que aunó conocimientos, esfuerzos e intereses públicos con privados —básicamente de la empresa Celera Genomics, presidida por el gran científico y no menos excelente comerciante Craig Venter—, y culminó en una histórica presentación mundial del descubrimiento desde la Casa Blanca norteamericana, ocasión en la que el presidente Bill Clinton afirmó, con razón, que «estamos aprendiendo el lenguaje con el que Dios creó la vida».

Al anunciar el descubrimiento científico, el Proyecto Genoma Humano aseguró tener listo un primer borrador de la secuencia genérica^[210] y haber completado el 85% de su ensamblaje. La empresa Celera Genomics, por su parte, afirmó que, a partir de los datos genéticos procedentes de tres varones y dos mujeres —de diferente origen étnico: hispano, asiático, afroamericano y caucásico—, había completado ya la secuencia y el ensamblaje del código genético. El ADN humano está escrito a lo largo de 3120 millones de letras y, al revisar estos millones de datos que configuran el «libro de la vida», se ha visto que un 99,8% de ellos son idénticos y comunes en todo el mundo, sin importar su sexo ni su procedencia étnica. La reflexión inmediata, al hilo de este descubrimiento, es que los humanos somos tan semejantes entre sí que no cabe ya el menor argumento para sostener la terrible discriminación racial y de género que caracteriza la conducta de buena parte de nuestra especie; pero es que, además, al compartir un número extraordinario de características con todos los demás organismos del planeta, tampoco quedan ya argumentos para sostener esa presunción, tan estúpida como dañina, que nos llevó a proclamarnos «reyes de la creación».

En la práctica, este descubrimiento, según los científicos, promueve una transformación absoluta de la medicina actual y futura al abrir las puertas a una nueva y poderosa capacidad para enfrentarse a las enfermedades, tanto previniéndolas como curándolas; particularmente esperanzador es el futuro que se les presenta a los enfermos de cáncer, Alzheimer, Parkinson, diabetes, problemas cardíacos, presión arterial alta, esquizofrenia y, en suma, a los aquejados por cualquier patología que esté causada o complicada por la carga genética del propio enfermo.

Conocer la secuencia de los genes facilitará reconocer las secuencias erróneas, eso es responsables de una determinada patología, y permitirá incidir en ellas cambiándolas; se podrá acceder al núcleo de una célula, localizar en el gen

correspondiente la sección y secuencia que ha mutado —que ha cometido un error al escribir un fragmento de código con las letras ACGT— y, mediante células reparadoras, se devolverá al gen la normalidad perdida, restaurando la salud en todo el organismo antes afectado por el problema derivado de tal mutación. Hoy, este trabajo, sustituir genes defectuosos por otros sanos, ya es la base del negocio de nuevas empresas como Kimeragen (Pensilvania).

Craig Venter, el genio de Celera Genomics, llevaba razón al afirmar que los humanos podremos cambiar nuestro destino y diseñar de nuevo, a nuestro antojo, las características propias de nuestra especie, pero también es verdad otra de sus frases pronunciadas tras la presentación del mapa del genoma humano: «Ahora, comienza la fase más divertida del proyecto. Ya tenemos el orden de todos los elementos del código genético, pero ahora debemos averiguar qué significan».

Falta mucho por hacer, aunque se avanza a una velocidad de vértigo, hasta poder controlar en la práctica todo lo que ya se sabe que podrá realizarse en un futuro próximo. Sin embargo, las cuestiones de orden ético afloran y se postulan como tan o más importantes y difíciles de resolver que las propiamente científicas. En el capítulo siguiente repasaremos algunas de las ventajas de esta revolución biotecnológica en la que estamos inmersos y, al final, señalaremos algunos de los problemas que plantean las nuevas tecnologías basadas en la manipulación genética.

17. Hacia un nuevo universo médico: genómica, biochips de ADN, terapia génica, clonación, *pharming*, xenotrasplante...

Nos preocupa y hasta aterra la idea de la decrepitud la muerte, pero somos incapaces, por nosotros mismos, de cuidarnos más, de eludir hábitos patógenos en la alimentación, en el trabajo, en lo que respiramos y en la manera misma que tenemos de vivir.

Haseltime, director de la empresa Human Genome Sciencies, da por hecho que los humanos podemos llegar a vivir 120 años ahora mismo... bastaría para ello con que cualquier sujeto con una salud normal siguiese los consejos sobre modos de vida y alimentación que se publican en cualquier revista o suplemento semanal de los periódicos.

Jay Olshansky, científico de la Universidad de Chicago, sin embargo, piensa que las mejoras en el estilo de vida y los avances médicos tienen un efecto limitado en cuanto a su incidencia en la elevación de la esperanza de vida —razón por la cual es un crítico feroz del sector de productos y tratamientos que pretenden incrementar la longevidad—. ^[211] Este pesimismo, o realismo, de Olshansky y su equipo procede de su línea de investigación. En 1991 ya predijeron que el límite de la esperanza de vida estaba en los 85 años y hoy, basándose en los datos demográficos de la última década de Japón, Estados Unidos y Francia, se reafirma en lo mismo. La mortalidad entre los 0 y los 99 años disminuyó un 1,5 por ciento anual en Francia, un 1,2 por ciento en Japón y apenas un 0,4 por ciento en Estados Unidos, por lo que, de sostenerse la misma tendencia, hacia el 2040 se llegará a los 85 años de esperanza de vida en Francia y Japón, mientras que Estados Unidos no la alcanzará hasta entrado el siglo XXII. ^[212]

El biólogo celular Leonard Hayflick, aunque sostiene que los genes no tienen nada que ver con el envejecimiento ^[213], se acerca más a la suposición de Haseltime cuando asegura que los humanos tenemos la capacidad potencial de vivir más tiempo, «quizás hasta 120 años», y que podríamos alargar 15 años de media la esperanza de vida si se lograra vencer a las dos causas de muerte fundamentales, cáncer y enfermedades cardiovasculares, algo que, para él, sólo será posible cuando se comprendan los procesos atómicos y moleculares asociados a la degeneración de las células, órganos y procesos metabólicos ^[214].

En cualquier caso, discusiones científicas al margen, parece poco probable que sigamos el consejo de Haseltime —que, sin duda, nos haría mucho bien—; nuestra sociedad tecnológica hace ya tiempo que nos alejó del ejercicio de la propia responsabilidad para anclarnos en el reino de los servicios ajenos. A fin de cuentas,

todo lo que uno es capaz de hacerse por sí mismo no lo cobra otro, y eso viene a ser como un atentado contra el libre mercado. Una sociedad compleja necesita y busca soluciones complejas, así que, hoy, en cuestión de salud, ¿qué mejor que confiar nuestro futuro a científicos que, jugando a dioses, pueden donar una oveja, una vaca o lo que se les antoje? Hemos descubierto los genes y, con ellos, estamos descubriéndonos a nosotros mismos.

Nuestro organismo, como el del resto de seres vivos, para prosperar e intentar sobrevivir, tiene que interactuar con el entorno en que se desenvuelve, y sus respuestas están mediatizadas por dos grandes condicionantes íntimamente relacionados: la carga genética y los factores ambientales. Ambos, además de los procesos de tipo infeccioso, llevan en sí mismos la razón de la aparición de enfermedades y, también, de la ausencia de las mismas.

La carga genética concreta de un sujeto determina la probabilidad que tiene éste de contraer una serie de enfermedades,^[215] pero para que éstas eclosionen será imprescindible que ese mismo sujeto esté sometido a factores ambientales —tipo de dieta, ingesta o inhalación de sustancias tóxicas, estilo de vida (sedentarismo, actividad estresante, etc.)— que actúen a modo de catalizadores de una determinada patología. Ésta es la razón por la que muchas sustancias químicas presentes en nuestro entorno son etiquetadas de cancerígenas, o que se relacione el sedentarismo con las patologías coronarias.

Los científicos afirman que la información facilitada por el mapa del genoma humano permitirá identificar, en cada persona, los genes que la predisponen a determinadas enfermedades y, de este modo, podrá actuarse sobre ellos para prevenir la patología o, al menos, para minimizar sus efectos.^[216] Sin duda es una buena noticia que se traducirá en hechos muy pronto, pero ello no debe hacernos perder de vista una de las muchas contradicciones absurdas del *homo tecnológico*: comemos y bebemos kilos de toxinas, respiramos casi tantos venenos como oxígeno, llevamos una vida personal y laboral sedentaria, estresante y contraria a cualquier norma adecuada para mantener una buena salud... y en lugar de cambiar todo eso, que es lo realmente grave, nos volcamos a modificar los genes para que sean capaces de aguantar un volumen de toxinas y de estrés muy superior al que ya soportan hoy.

Lo que se pretende hacer con los humanos ya lo han hecho las multinacionales biotecnológicas con los cereales básicos manipulados genéticamente: se trata de hacerlos más productivos incrementando su resistencia a una mayor exposición y concentración de pesticidas que les hacen *inmunes* a enfermedades y plagas; obviamente, en la manipulación genética de esos organismos se ha programado que los únicos venenos que esos cereales soporten, con *salud* aparente, sean aquellos que fabrica la misma multinacional que vende las semillas transgénicas (que, además, son de un solo uso, que es tanto como tener secuestrado al agricultor).

Si no se legisla con dureza la actividad biotecnológica y no se pone coto a la voracidad económica de unas pocas multinacionales, el paraíso prometido se convertirá en un infierno en el que cualquier ser vivo, incluidos los humanos, tendrá su vida y destino en manos de mafias biotecnológicas, y las mafias, ya se sabe, siempre han actuado, actúan y actuarán de la misma manera, sin importarles en absoluto el bienestar de aquellos sobre los que se lucran mediante su fuerza y posición de predominio.

En cualquier caso, sea lo que fuere lo que nos depara el destino en las próximas décadas, resulta indiscutible que conocer el genoma humano y, particularmente, la función y responsabilidad que puede tener un determinado gen —y/o sus modificaciones— en la aparición y/o evolución de alguna patología concreta, supone comenzar a andar un camino muy esperanzador que permitirá superar los límites con los que debía enfrentarse la medicina actual. Se abre de par en par la vía hacia la medicina genómica, que deberá clasificar de nuevo las enfermedades en función de sus marcadores genéticos, y que se verá auxiliada con la progresiva implantación de métodos de diagnóstico absolutamente precoces y absolutos; las terapias génicas, basadas en la elaboración de nuevos fármacos de acción específica sobre genes —y sus consecuencias por mal funcionamiento—; las nuevas biotecnologías aptas para reparar órganos y tejidos, así como para producir *fármacos* usando animales vivos estabulados a modo de *fábricas*...

Las grandes multinacionales farmacéuticas ya han reorganizado sus estructuras empresariales y estrategias de investigación para entrar de lleno en la era de la medicina genómica. Su vista está puesta en el análisis del código genético a fin de poder detectar anomalías causantes de patologías —casi un 60% de las alteraciones generadoras de enfermedad descubiertas entre 1998 y 2000 apuntan hacia algún tipo de mutación de un gen— y, desde esa base, diseñar algún tipo de abordaje biotecnológico que permita reparar o cambiar el gen —o porción del mismo— defectuoso, u obtener fármacos que inhiban o eliminen ese efecto nocivo del gen.

Este tipo de abordaje, llamado terapia génica, aportará beneficios suplementarios ya que el tiempo y coste económico de la investigación necesaria para desarrollar un nuevo fármaco se reducirán mucho. Actualmente, la industria farmacéutica, para localizar una nueva molécula apta para convertirse en la base o principio activo de un fármaco novedoso necesita un proceso muy largo —de unos catorce años como promedio—, que requiere tecnologías muy complejas y una inversión de unos 360 millones de dólares como promedio. A través de la investigación genómica, el tiempo estimado para lograr un nuevo descubrimiento farmacológico eficaz se reducirá a menos de la mitad del que se emplea ahora.

La genómica se ha marcado como áreas de interés prioritario en la investigación las enfermedades oncológicas, cardiovasculares, metabólicas, inmunológicas,

infecciosas, pulmonares y neurodegenerativas, así como también todo lo referente al control del dolor. Resulta evidente que estos objetivos apuntan básicamente a enfermedades de alta incidencia en las sociedades industriales modernas y que generan a sus gobiernos costes astronómicos en concepto de gastos sanitarios públicos, pensiones y pérdidas productivas por absentismo laboral. Muchísimo menos interés le pone la genómica al estudio del código genético de los agentes infecciosos —virus, bacterias y parásitos—, puesto que son más endémicos del Tercer Mundo y en occidente ya nos apañamos con los antibióticos, uno de los grandes negocios de la industria farmacéutica. Las dolencias propias del proceso de envejecimiento tampoco preocupan demasiado a la genómica dado que la vejez no es un período socialmente productivo. Quien piense que la genómica no servirá a los intereses económicos del liberalismo capitalista se equivoca totalmente; es más, jamás un enfoque terapéutico le ha sido de más utilidad al capitalismo puro y duro que éste; ya iremos viendo los motivos a lo largo del capítulo.

Una de las primeras y más rentables aplicaciones de la genómica será el diagnóstico, precoz o no, de enfermedades y/o su propensión, así como la prevención de éstas, tanto en individuos como en colectivos sociales específicos. Conocida la función de cada gen —en la actualidad se conoce la de unos dos mil genes humanos, pero falta averiguar la que tienen entre cincuenta y cien mil genes más— y detectadas las codificaciones erróneas y su papel en las enfermedades, nada será más fácil que averiguar la predisposición de un sujeto o colectivo a contraer alguna patología, una opción que abre dos caminos: prevenir la enfermedad antes de que eclosione mediante terapia génica, o usar la información acerca del riesgo genético de una persona para, por ejemplo, negarle una póliza de seguro o incrementar mucho el precio, excluirle de algún tipo de trabajo o actividad, etc. Hoy, lo segundo, ya se está aplicando en contra de millones de personas en varios países. Lo primero está en fase de promesa que nos llevará a terapias eficaces sin —o con menores— efectos secundarios.

A nadie escapa la importancia de un buen diagnóstico, y a ello se vuelca la genómica trabajando sobre el código genético y estudiando los llamados SNP o polimorfismos de nucleótidos simples, eso es buscando los cambios simples que puede haber en los nucleótidos —una mera diferencia de posición de alguna de las letras ACGT del código— para adoptados como marcadores genéticos. Aprovechando la ingente cantidad de información pública reunida por el Proyecto Genoma Humano, las multinacionales farmacéuticas más poderosas ya se han embarcado en el proyecto de identificar trescientos mil SNP y realizar mapas del código de todos ellos o, al menos, de una buena parte. Esos marcadores se convertirán en el *chivato* de nuestra vulnerabilidad genética, en el agorero —infalible, para más inri— de todos los problemas que podamos llegar a tener en el futuro... y le

cuesten dinero a terceros, particularmente a gobiernos y compañías aseguradoras.

Bastará depositar una simple gota de sangre sobre un «biochip» —un microchip de ADN— para averiguar rápidamente qué alteraciones genéticas presenta el sujeto analizado y, según sean éstas, qué malformaciones o enfermedades le amenazan. La tecnología actual ya ofrece microchips de un centímetro capaces de contener hasta cien mil minúsculos depósitos con oligonucleótidos —fragmentos de secuencia con varios pares de nucleótidos—, una vastísima biblioteca de información que podrá contener todas las secuencias patógenas conocidas a fin de detectar anomalías mediante su comparación con el código genético contenido en la gota de sangre.

Las empresas que desarrollan estos biochips, como Argonne o, particularmente, las fusionadas Affymetrix y Molecular Dynamics, ya están trabajando junto al sector farmacéutico para establecer el estándar básico que permitirá comercializar, hacia el año 2003, los primeros biochips para analizar el código genético de modo instantáneo. Otras empresas, como Genome Systems, ya experimentan con prototipos de biochips multigénicos, capaces de identificar la presencia de los genes relacionados con una enfermedad concreta analizando unos veinte mil genes al mismo tiempo, permitiendo así diagnósticos concretos y selectivos, tanto en adultos como en bebés.

Estamos a un paso de las terapias génicas... aunque aún queda bastante por descubrir antes de estar en condiciones de poder aplicadas. Se sabe que unas cuatro mil patologías están causadas por alguna anomalía en un solo gen, y que otras de gran incidencia entre la población —algunos cánceres, enfermedades neurodegenerativas, diabetes, etc.— son consecuencia de la interacción de mutaciones en varios genes; pero, de momento, la ciencia ignora todavía la mayoría de las funciones asociadas a los genes y tampoco conoce los mecanismos específicos que las activan.

Muchos experimentos actuales intentan hacer realidad el principio casi elemental que fundamenta la terapia génica: cuando se conoce el gen o secuencia mutada que causa una enfermedad, basta con cambiar ese gen o reescribir el código alterado para que la enfermedad desaparezca. El enunciado, sin embargo, es más fácil que su puesta en práctica. Los ensayos en los que se ha sustituido un gen *enfermo* por otro *sano* son pocos y su resultado insatisfactorio. Los que han intentado incidir sobre una enfermedad produciendo alteraciones a base de añadir un nuevo gen o de inhibir la acción del gen mutado, tampoco han obtenido resultados claros. Pero el camino está ya abierto y es cuestión de tiempo, de poco tiempo.

Mucho más lejanas, sin embargo, están otras posibilidades que se vislumbran reales en el horizonte biotecnológico. Apoyada en técnicas de clonación,^[217] transgénesis o bioingeniería de tejidos, que hoy ya están en desarrollo, la ciencia podrá diseñar y cultivar tejidos y órganos para trasplantar a humanos —seguramente podrá realizar también xenotrasplantes, eso es trasplantar algunos órganos de

animales genéticamente modificados y criados ex profeso, entre los que el cerdo es el más compatible con nosotros—, y no pocos fármacos serán producidos por animales de granja con sus genes manipulados.

Esto último se conoce como *pharming* —resultado de unir las palabras *pharmacy* (farmacia) y *farming* (granja)— y se basa en la introducción de un determinado gen humano —o de cualquier otro ser— en un animal —transgénesis— para lograr que su organismo produzca moléculas de interés farmacológico; una vez logrado el propósito, el animal transgénico se clonará para amplificar y mantener su función mediante un rebaño estabulado y creciente. Haciendo que la proteína con propiedades medicamentosas se concentre en la leche del animal manipulado, su recolección será más fácil, productiva y segura que los procesos que se siguen actualmente para cultivar las moléculas con las que se fabrican algunos fármacos para controlar enfermedades muy graves.

Las biotecnologías, al margen de servir ya para diseñar animales experimentales —a los que se les genera enfermedades propiamente humanas para probar nuevas vías terapéuticas—, nos acercan con muchas garantías de éxito hasta la posibilidad de los xenotrasplantes —trasplantes de órganos entre especies distintas—, un imposible hasta hoy. La base de un xenotrasplante se apoya en la inserción de un gen humano en el genoma del animal donante para lograr que, tras el trasplante, el organismo receptor no rechace el nuevo órgano, o lo haga tan débilmente que ese efecto sea fácilmente controlado mediante inmunosupresores. Aunque, en cualquier caso, queda todavía pendiente de resolver la cuestión de la bioseguridad, de los riesgos que puede correr un organismo al incorporar parte del de otro sistema vivo diferente que, entre otras cosas, se ha hecho inmune o resistente a unas enfermedades específicas, las que le afectan, pero no a otras, las que nos afectan a nosotros los humanos.

Siguiendo la estela de la investigación que dio lugar a la donación de la oveja Dolly, la capacidad de reprogramación celular podrá ser aplicada para regenerar tejidos dañados por degeneración o muerte de parte de las células que lo componen; bastará con obtener células adultas sanas del propio paciente, desprogramarlas mediante transferencia nuclear, controlar su diferenciación y crecimiento y, finalmente, reintroducirlas en el mismo organismo del que partieron, pero diferenciadas para poder cumplir una función diferente en el tejido al que se trasplantan y que deben reparar con su multiplicación.

Hoy ya se ha demostrado que las «células madre», debido a su multipotencial, son capaces de transformarse en cualquier tipo de célula de un organismo y pueden cultivarse conservando esa cualidad y, además, permitiendo ser manipuladas genéticamente a fin de llevar en su seno un gen ajeno con fines terapéuticos. Veamos un caso: si se añade ácido retinoico a una célula madre se convierte en células cerebrales que, en un próximo futuro, tras ser modificadas genéticamente, es

previsible que, por ejemplo, puedan ser trasplantadas al tejido cerebral de un enfermo de Parkinson para combatir la degeneración de sus neuronas.

Las «células madre» actualmente más factibles de obtener son las embrionarias, pero, dado que para obtenerlas debe destruirse embriones humanos —que, por otra parte, son *sobrantes* congelados, procedentes de técnicas de reproducción asistida, con un destino dada claro—, su uso con fines de investigación o de aplicaciones terapéuticas suscita el rechazo ético de muchos gobiernos y científicos, aunque estos últimos son conscientes de su inmenso potencial, que acabará revolucionando la medicina cuando logre obtenerse «células madre» sin entrar en conflicto con los «derechos del embrión»; de hecho, ya se está trabajando con este tipo de células procedentes de algunas partes de nuestro organismo. A pesar de la complejidad técnica que requiere su cultivo y manipulación en laboratorio y de la dificultad para obtenerlas, las «células madre» están evidenciando su capacidad para convertirse en cualquier tipo de tejido humano en muchas investigaciones. Así, por ejemplo, en septiembre de 2001, poco después de que la Administración norteamericana autorizase un uso limitado de algunos embriones para investigación, el equipo de Dan Kaufman, de la Universidad de Wisconsin, consiguió transformar «células madre» embrionarias en células sanguíneas, un hito que permitirá comprender el proceso de renovación de estas células y, más adelante, permitirá fabricar en laboratorio sangre para transfusiones, o evitar el rechazo en trasplantes efectuados con tejidos obtenidos mediante cultivo de «células madre».

Cerrando el círculo que abrimos al inicio de este capítulo, al citar el efecto de la contaminación ambiental como catalizador de la predisposición genética a contraer alguna enfermedad, señalaremos ahora que nuestro entorno altamente contaminado quizá también podrá recobrar algo de su salud y lozanía, con lo que esto repercutirá en positivo para la nuestra propia, mediante las biotecnologías de «biorremediación», consistentes en diseñar, mediante manipulación genética, microorganismos y vegetales capaces de degradar, absorber o inmovilizar los cientos de tóxicos peligrosos que diseminamos por el suelo y las aguas.

Actualmente ya se ha fabricado en laboratorio bacterias que degradan parte de los componentes del petróleo —sin duda la única arma posible contra las mareas negras y sus consecuencias—; otras que absorben metales pesados, limpiando así el suelo contaminado; las hay especializadas en eliminar el mercurio, o el cadmio, etc. Esos organismos ya son una realidad, pero su uso puede ser un riesgo. Nadie sabe qué puede ocurrir si estos seres transgénicos comienzan a expandirse por la naturaleza, por eso se está estudiando añadirles genes específicos que ordenen su suicidio tras haber cumplido el fin para el que fueron diseñados; quizás así pueda evitarse la propagación incontrolada de las cepas de bacterias descontaminantes, o tal vez no, puesto que sabemos que los microorganismos tienen una gran plasticidad para

adquirir resistencias a aquello que pretende acabar con ellos; ése es el problema que lleva a los antibióticos actuales a perder eficacia año tras año.

Un nuevo universo terapéutico para los humanos se abre paso a partir del desarrollo de las biotecnologías basadas en la manipulación del código genético. Quizá podremos vivir algunos años más, y tal vez los viviremos con mejor salud y en mejores condiciones físicas, pero por muchos genes que nos cambien, eso que llamamos felicidad, esa percepción subjetiva de sentirse bien con uno mismo y los demás, seguirá dependiendo de cada uno, de su modo de percibirse y asumirse a sí mismo y a su entorno y del tipo de interrelaciones que establezca con su propia realidad. Vivir más no es sinónimo de ser más feliz —aunque nos guste acariciar esta ilusión—, pero sí podría ser causa para prolongar la infelicidad.

En la reunión de la Asociación Americana para el Avance de la Ciencia celebrada en San Francisco en febrero de 2001, dos científicos, especialistas en los procesos del envejecimiento, el danés Kaar Christensen y el norteamericano Jay Olshansky, afirmaron, respectivamente, que «lo importante es añadir vida a los años y no años a la vida», y que «lo que importa es vivir con salud y no el tiempo que se viva».^[218]

Vivir más será posible, pero ¿valdrá la pena? Sólo cada uno de nosotros, tras analizar cuanto sepa y pueda saber de sí mismo y del mundo futuro que deberá compartir, está en condiciones de dar una respuesta, necesariamente condicional, a esta pregunta.

LOS RIESGOS DEL PARAÍSO PROMETIDO

El día de la presentación mundial del mapa del genoma humano, dos de sus padrinos de excepción, los presidentes Bill Clinton y Tony Blair, hicieron especial hincapié en que, al igual que ocurre con muchos descubrimientos científicos, éste presentaba riesgos bien específicos, entre ellos, el de discriminar a una parte del planeta de sus beneficios, y el de vulnerar la privacidad, la protección de datos personales que deberían ser secretos, mediante el acceso de intereses privados a los bancos de datos genéticos de la población.

Esa preocupación no sólo es legítima, sino que llega con retraso, porque esos atropellos ya se han empezado a cometer incluso antes de comenzar la era de la genómica. Hagamos un paréntesis aquí para apostillar que no vamos a ocuparnos en este apartado de una cuestión tan fundamental como es la ética, tratada ya con mucha extensión en decenas de libros y artículos, y que viene a poner límites claros a aquello que deberíamos poder hacer o debe prohibirse. ¿Hasta dónde es lícito y razonable manipular la evolución natural de los seres vivos y utilizada en beneficio de pocos o muchos humanos? ¿Es lícito, justo y necesario que algunos puedan elegir un hijo/a a la carta, seleccionando los genes que determinan aspectos físicos,

inteligencia, ausencia de enfermedades, etc.? ¿Es moralmente aceptable que uno pueda clonarse a sí mismo? ¿Es aceptable que una empresa, compañía aseguradora, o nuestra pareja, nos exija un análisis genético antes de contratarnos, aceptar una póliza de seguro de enfermedad, o formalizar un matrimonio? ¿Quién es el propietario de mis genes: yo, el gobierno que los reúne en un banco de datos, la multinacional que los emplea como un producto más...? ¿Cómo se limita el acceso a nuestro código genético si basta un simple pelo para tenerlo completo?^[219] ¿Es lícito que las multinacionales, tal como ya hacen, registren como propiedad privada fragmentos de código genético —de hecho sus aplicaciones— que son patrimonio de toda la humanidad?^[220] Las preguntas son muchas y aumentan cada día, pero las respuestas legislativas son más bien laxas, tibias, incompletas e injustas.

Las compañías de seguros británicas marcan la pauta acerca de lo que nos espera en la era de la genómica. Hoy, esas empresas pueden exigir legalmente a todos sus futuros clientes de seguros de vida, enfermedad o viaje un análisis genético, a fin de detectar si tienen predisposición a contraer una larga serie de enfermedades y, en función del resultado, podrán ser rechazados o ver aumentada la cuota de sus pólizas hasta cinco veces por encima de la cuota oficial básica, que es la que pagarán los clientes más sanos. La discriminación que supone esta situación es indiscutible, inaceptable y delictiva, pero es todavía peor el planteo económico que subyace: las compañías privadas hacen mucho negocio, sin riesgo, con la población sana, pero la población enferma debe ser asumida únicamente por la sanidad pública —y, si acaso, por el bolsillo particular del enfermo—, financiada con el dinero de todos. A eso le llaman liberalismo, aunque en realidad es un expolio descarado disfrazado por la legalidad que le han regalado —¿quizá vendido?— políticos *comprometidos*... y no precisamente con los intereses socioeconómicos de su comunidad.

Cabe preguntarse qué pasará si finalmente todos elegimos nuestros genes a la carta y acabamos siendo más sanos que una manzana, ¿desparecerán las aseguradoras o nos harán pagar un impuesto especial por exceso de buena salud? Si algo parece muy claro en el desarrollo de la genómica es que ha hecho votos de servilismo total a los intereses económicos del capitalismo más salvaje y global que la humanidad haya visto jamás.

Respecto a España, los expertos dicen que no será posible que las aseguradoras españolas imiten a las británicas, pero la experiencia dice que, en un mercado global, las malas noticias son imparables y se imponen por todas partes. En resumen, la legislación española no contempla nada específico sobre protección de la información genética, pero ésta podría estar suficientemente regulada mediante la Ley de Protección de Datos de diciembre de 1999 —que protege la intimidad de los datos de carácter personal y los relacionados con la salud— y el Convenio del Consejo de Europa sobre Derechos Humanos y Biomedicina que entró en vigor en enero de 2000

y que todavía está en desarrollo; este texto normativo, que no ha sido firmado por Gran Bretaña, establece en su artículo 12 que sólo podrá realizarse análisis genéticos con fines médicos o de investigación y contando siempre con el consentimiento de la persona implicada —ambos supuestos no amparan la contratación de un seguro, servicio u otros—, y en su anexo relativo a la donación humana, se prohíbe la discriminación basada en datos del código genético.

El gobierno de Islandia, en 1998, legisló que los datos genéticos de todos sus ciudadanos debían pasar a formar parte de una base de datos pública... gestionada por una empresa privada que está autorizada a vender, sin ninguna restricción, esos datos personales como si fuesen un producto comercial cualquiera. Ninguna intención sanitaria, preventiva o no, puede justificar el perpetrar este atropello a la intimidad personal, que ha creado el primer precedente jurídico grave de cesión ilimitada de datos genéticos personales a un gobierno que, para más burla, los cede sin control a intereses privados para su lucro económico.

Puede pensarse que la existencia de un banco de datos genéticos como el islandés quizás acelere la investigación de la industria privada y que eso puede redundar en adelantos terapéuticos —que está por ver si será así y a qué sector de la población beneficiarán, al margen de a las propias industrias—, pero los científicos que no están a sueldo de las multinacionales biotecnológicas opinan que con esos datos no se va a descubrir nada nuevo que no pudiese lograrse con algo más de tiempo y sin poner en peligro algo tan fundamental y privado como es la información genética de cada persona.

Además, cuando se pretende imponer una especie de *limpieza étnica* de los genes, no debe olvidarse que muchas alteraciones genéticas etiquetadas como patógenas desde un laboratorio y, por ello, objetivo a abatir, han tenido y tienen una función biológica importante para la supervivencia de sus portadores. Un ejemplo de ello puede ser la modificación genética causante de la anemia de célula falciforme —que hace que los glóbulos rojos se vuelvan rígidos—, un proceso que en el mundo desarrollado puede llevar a la muerte, a través de problemas respiratorios graves y sobrecarga en otros órganos, mientras que en África, por el contrario, supone una modificación adaptativa que incrementa la ~resistencia a la malaria y, por ello, salva vidas. Los genes, alterados o no, ni son esencialmente buenos ni tampoco perversos, cumplen un papel biológico dentro de un nicho ecológico determinado y eso obliga a ser más cautos y previsores a la hora de alterar los equilibrios naturales.

La sociedad industrial moderna masacra todo cuanto frena sus intereses sin importarle las consecuencias, y eso, ciertamente, ha mejorado nuestras vidas en lo material —aunque sólo a una parte de la población del privilegiado primer mundo—, pero teniendo que pagar el precio de dejar el planeta hecho unos zorros y sumido en una agonía muy difícil de superar, ¿acabaremos haciendo lo mismo con nuestro

propio organismo? O tal vez logremos justo lo contrario consiguiendo un organismo perfecto, sano y resistente, pero ¿será eso la panacea universal?

Ahorrémonos, por ya sabidos, los múltiples e irresolubles problemas de orden social y ecológico al que nos ha condenado ya una explosión demográfica sin control que ha doblado la población del planeta en menos de cincuenta años —en 1950 éramos 2800 millones de habitantes, hoy superamos los 6000 millones, en el año 2050, según el ritmo de crecimiento actual, seremos 9400 millones—; ^[221] nadie en su sano juicio puede esperar que el planeta soporte sin más este exceso, ¿pensamos realmente en qué puede ocurrirle a la humanidad dentro de tan sólo una generación? Hay datos más que suficientes para poder prever buena parte de lo que nos espera, pero seguimos mirando hacia otra parte y, como niños irresponsables, confiamos que papá ciencia nos sacará de apuros a golpe de tecnología. Lamentablemente, mañana ya no podremos reclamar por el ayer que nos abocó al presente que tendremos.

Sin embargo, ajenos a nuestro destino global, en las sociedades industrializadas, no parece preocupar otra cosa que el *derecho* que nos hemos arrogado de vivir más tiempo y mejor; la genómica nos ayudará a ello, pero ¿en qué condiciones? Podemos imaginar, si nos da por ser optimistas, que *recauchutar* nuestros genes y células será relativamente barato, tendremos más salud, más vida —¿cuánta más?, ¿diez, veinte, treinta años por encima de nuestra actual esperanza de vida?—, pero ¿dispondremos de recursos económicos suficientes, propios o públicos, para afrontar con dignidad los muchos años de vida no productiva en los que seremos considerados como un estorbo para todos? La respuesta, para la inmensa mayoría de la población mundial, es: ¡NO!

El bienestar social que hoy goza la Europa rica ya pasó a la historia, será irrepetible. ¿Cómo vivirá la Europa gerontológica de la próxima década? ¿Cómo afrontará el continente latinoamericano el tremendo incremento de población que se le avecina? ¿Y China? ¿Qué sucederá con el incremento de millones de pobres en África y Asia? ¿Dónde diablos están los recursos que podrán financiar nuestra vida ociosa durante décadas?

En cualquier caso, si los beneficios posibles derivados de la genómica llegasen a universalizarse —cosa que no ocurrirá en el Tercer Mundo, pero tampoco en el primero—, quizá muchos —¿millones, tal vez?— acaben odiando su buena salud. Vivir, como morir, es un ejercicio que debe practicarse con la máxima dignidad y en las mejores condiciones globales posibles. Cuando estemos capacitados para hacer un *lifting* genético como quien se toma una aspirina, el test que nos dará la medida del valor de nuestra existencia será muy simple: ¿estoy viviendo o sobreviviendo? Ponga una cruz en la casilla correspondiente.

Nunca antes el ser humano ha estado tan cerca de lograr su sueño de *inmortalidad* o, al menos, su anhelo de poder alcanzar una edad elevada gozando de buena salud,

pero el precio a pagar puede acabar siendo desmedido. Si nos fijamos en un conocido relato mítico bíblico, veremos que Esaú se equivocó una infinitud cuando le vendió a su hermano mellizo Jacob su derecho de primogenitura a cambio de un potaje de lentejas; un momento de hambre y su falta de control personal cambiaron su historia y la de su pueblo para siempre. [\[222\]](#)

Nuestra *hambre* de salud a cualquier precio, y la prepotencia de parte del colectivo científico, unida a la voracidad económica de las multinacionales del ramo y al sometimiento de los gobiernos a éstas, también cambiará la historia de toda la especie humana... pero no vaya a ser que, tal como cuentan que le ocurrió al irresponsable Esaú, toda su heredad fue dejada «para los chacales del desierto» (*Mal* 1,3) y no sobrevivió al error de su fundador.

Jugar con la vida es hacerlo también con la muerte. Andar por la cuerda floja es un ejercicio circense emocionante, pero peligroso. ¿Somos conscientes de los riesgos que tendremos que asumir cuando la genómica tome las riendas de nuestra vida?

Bibliografía

- ALONSO DE MEDINA, E. (1991). *El animal humano (Una introducción a su etología)*. Barcelona: Barcanova.
- ALONSO SCHÖKEL, L. y MATEOS, J. (1975). *Nueva Biblia Española*. Madrid: Ediciones Cristiandad.
- ALLUÉ, M. (1996). *Perder la piel*. Barcelona: Seix Barral.
- ARRIAGA, J. L. (1988). *Diccionario de mitología*. Bilbao: Mensajero.
- BARENYS, M. P. (1990). *Residencias de ancianos. Análisis sociológico*. Barcelona: Fundació Caixa de Pensions.
- BARRETT, W. (1926). *Death-Bed Visions*. Londres: Methuen.
- BAYÉS, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- BLACKMORE, S. (1992). «Las experiencias cercanas a la muerte: ¿dentro o fuera del cuerpo?». *El Ojo Escéptico* (4), pp. 8-12.
- BLACKMORE, S. (1993). *Dying to Live: Near-Death Experiences*. Buffalo: Prometheus.
- BLACKMORE, S. J. (1996). «Near-death experiences». *Journal of The Royal Society of Medicine* (89), pp. 73-76.
- BLÁZQUEZ, J. M., MARTÍNEZ-PINNA, J. y MONTERO, S. (1993). *Historia de las religiones antiguas*. Madrid: Cátedra.
- BLÁZQUEZ, J. M., MARTÍNEZ-PINNA, J., MONTERO, S. y otros (1994). *Historia de las religiones de la Europa antigua*. Madrid: Cátedra.
- BOWLBY, J. (1983). «The Impact of Death on the Family System». *Journal of Family Therapy* (5), pp. 279-294.
- BRANDON (1975). *Diccionario de las religiones comparadas* (2 vols). Madrid: Ediciones Cristiandad.
- BUCKMAN, R. (1984). «Breaking bad news—why is it still so difficult?». *British Medical Journal* (288), pp. 1597-1599.
- BUCKMAN, R. (1988). *I do not know what to say*. Toronto: Key Porter Books.
- BUCKMAN, R. (1994). *S'asseoir pour parler*. París: Inter Editions.
- BUXÓ, M. J. y otros (1986). *Antropología de la muerte: símbolos y ritos*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- CARR, D. (1981). Endorphins at the approach of death. *The Lancet* (14), p. 390.
- CARR, D. (1982). «Pathophysiology of stress-induced limbic lobe dysfunction: A hypothesis relevant to near-death experiences». *Journal of Near-Death Studies* (2), pp. 75-89.
- DELGADO, M. (1992). *La magia (la realidad encantada)*. Barcelona: Montesinos.
- OLIN, B. M., STERN, M. D. y POLIAKOFF, S. J. (1974). «Survivors of cardiac

- arrest: The first few days». *Psycho-somatics* (15), pp. 61-67.
- OBSON, J. L. (1995). «The Equations of Maya». En Matthews, C. N. y Varghese, R. A. (Eds.) (1995). *Cosmic Beginnings and Human Ends: Where Science and Religion Meet*. Chicago: Open Court.
- DUNNE, E. J., McINTOSH, J. L. y DUNNE-MAXIM, K. (1987). *Suicide and its aftermath. Understanding and counseling the survivors*. Nueva York: Norton.
- MURKHEIM, E. (1912, 1992). *Las formas elementales de la vida religiosa*. Madrid: Akal.
- OLIADE, M. (1974). *El mito del eterno retorno*. Madrid: Taurus.
- OLÍAS, N. (1987). *La soledad de los moribundos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- OLIADE, M. y COULIANO, I. P. (1992). *Diccionario de las religiones*. Barcelona: Paidós.
- OLSAESSER VALARINO, E. (1997). *On the other side of life*. Nueva York: Plenum Press.
- OLMANUEL, E. J. y EMANUEL, L. L. (1998). «The promise of a good death». *The Lancet* (351), pp. 21-29.
- OLSPINA, A., GAGO, J. y PÉREZ, M. M. (1993). «Sobre la elaboración del duelo en terapia familiar». *Revista de Psicoterapia* (13), pp. 77-87.
- OLSPINOSA, F. (2001). «Apoyo psicológico al paciente terminal y su familia». En Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2001). *Salud Mental (II)*. Barcelona: SemFYC y Semergen.
- OLONNEGRA DE JARAMILLO, I. (1989). *Los niños y el tema de la muerte*. Bogotá: Fundación Omega.
- OLONNEGRA DE JARAMILLO, I. (2001). *De cara a la muerte*. México: Andrés Bello.
- OLOUTS, R. (1999). *Primos hermanos*. Barcelona: Ediciones B.
- OLROMM, E. (1978). *¿Tener o ser?* México: Fondo de Cultura Económica.
- OLARCÍA-SABELL, D. (1999). *Paseo alrededor de la muerte*. Madrid: Alianza Editorial.
- OLARZANTI (1991). *Enciclopedia de la Literatura Garzanti*. Barcelona: Ediciones B.
- OLARZANTI (1992). *Enciclopedia de la Filosofía Garzanti*. Barcelona: Ediciones B.
- OLLASER, B. y STRAUSS, A. (1965). *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- OLÓMEZ SANCHO, M. (1998). *Cómo dar las malas noticias en medicina*. Madrid: Arán Ediciones.
- OLONÇALVES, O. F. (1992). «Narrativas del inconsciente. Las terapias cognitivas: regreso al futuro». *Revista de Psicoterapia* (12), pp. 29-48.
- OLREYSON, B. (1985). «A typology of near-death experiences». *American Journal of*

- Psychiatry* (142), pp. 967-969.
- REYSON, B. (1992). «Reduced death threat in near-death experiencers». *Death Studies* (16), pp. 533-546.
- REYSON, B. (1998). «Biological aspects of near-death experiences». *Perspect Biol Med* (42), pp. 14-32.
- REYSON, B. (1998). «The incidence of near-death experiences». *Med Psychiatry* (1), pp. 92-99.
- REYSON, B. (2000, febrero, 5). «Dissociation in people who have near-death experiences: out of their bodies or out of their minds?». *The Lancet* (355), pp. 460-463.
- USKI, R. (1992). *La percepción*. Barcelona: Herder.
- IEIM, A. (1892). Notizen über den Tod durch absturz. *Jahrbuch des Schweitzer Alpenclub* (27), pp. 327-337.
- IUMPHRY, D. (1986). *El derecho a morir*. Barcelona: Tusquets.
- IUMPHRY, D. (1991). *El último recurso*. Barcelona: Tusquets.
- IUSSERL, E. (1960). *Cartesian Meditations*. The Hague: Nijhoff.
- ANSEN, K. L. R. (1997). «The ketamine model of the near-death experience: A central role for the N-methyl-D-aspartate receptor». *Journal of Near-Death Studies* (16), pp. 5-26.
- ÜBLER-ROSS, E. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo-Mondadori.
- ÜBLER-ROSS, E. (1987). *La muerte: un amanecer*. Barcelona: Luciérnaga.
- ÜBLER-ROSS, E. (1992). *Los niños y la muerte*. Barcelona: Luciérnaga.
- UNG, H. y JENS, W. (1995). *Morir con dignidad*. Madrid: Temas de Hoy.
- AZARUS, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford University Press.
- ONGAKER, C. (1998). *Afrontar la muerte y encontrar esperanza*. Barcelona: Grijalbo.
- ORENZ, K. (1972). *El comportamiento animal y humano*. Barcelona: Plaza & Janés.
- ACMILLAN, R. L. y BROWN, K. W. G. (1971). «Cardiac arrest remembered». *Can Med Assoc J* (104), pp. 889-890.
- MARGULIS, L. y SAGAN, D. (1998). *¿Qué es el sexo?* Barcelona: Tusquets.
- MARÍN, J. (1952). *Lao Tsze o el universo mágico*. Buenos Aires: Espasa-Calpe.
- MARQUÉS UTRILLAS, J. L. (1995). *Nacemos para siempre*. Terrassa (Barcelona): Editorial Bahá'í España.
- MCGINLEY, D. (2000). *The Last Taboo*. Dublín: Mentor.
- MCVAN, B. (Ed.) (1987). *Paciente terminal y muerte*. Barcelona: Doyma.
- MAUTIS, G. (1982). *Mitología griega*. Buenos Aires: Hachette.
- MOODY, R. A. Jr. (1975). *Life after live*. Atlanta: Mockingbird Books.

- MOREL, H. V. (1987). *Diccionario de mitología egipcia y Medio Oriente*. Buenos Aires: Kier.
- NÁCAR, E. y COLUNGA, A. (1979). *Sagrada Biblia*. Madrid: Edica.
- JOEL, F. F. (1987). *Diccionario de Mitología Universal*. Barcelona: Edicomunicación.
- JOYES, R. (1980). «Attitude change following near-death experience». *Psychiatry* (43), pp. 234-242.
- JULAND, S. B. (1995). *Cómo morimos: reflexiones*. Madrid: Alianza Editorial.
- OSIS, K. y HARALDSSON, E. (1977). *At the Hour of Death*. Nueva York: Avon.
- ADMA SAMBAVA (1994). *El libro tibetano de los muertos*. Introducción y comentarios de Robert Thurman. Barcelona: Kairós.
- ERSINGER, M. A. (1994). «Near-death experiences: Determining the neuroanatomical pathways by experiential patterns and simulation in experimental settings». En Bessette, L. (Ed.) (1994). *Healing: Beyond Suffering or Death*. Chabanel (Canadá): Publications MNH.
- OLKINGHORNE, D. E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany (N. Y.): Suny Press, p. 11.
- UECH, H-C. (ed.) (1977). *Historia de las Religiones Siglo XXI: Las religiones antiguas. II*; Vol. 2. Madrid: Siglo XXI.
- UECH, H-C. (ed.) (1979). *Historia de las Religiones Siglo XXI: Las religiones en el mundo mediterráneo y en Oriente Próximo. I*; Vol. 5. Madrid: Siglo XXI.
- UENTE OJEA, G. (2000). *El mito del alma*. Madrid: Siglo XXI.
- QUILES, I. (1968). *Filosofía Budista*. Buenos Aires: Troquel.
- LAMOS PLATÓN, M. J. (1996). *Sueño y procesos cognitivos*. Madrid: Síntesis.
- REINA, C. y VALERA, C. (1960). *Santa Biblia*. Buenos Aires: Sociedades Bíblicas en América Latina.
- UICOEUR, P. (1984). *Time and narrative*. Chicago: University Chicago Press.
- ING, K. (1984). *Heading Toward Omega: In Search of the Meaning of the Near-Death Experience*. Nueva York: Morrow.
- RODRÍGUEZ, P. (2000). *Mentiras fundamentales de la Iglesia católica*. Madrid: Punto de Lectura.
- RODRÍGUEZ, P. (2000). *Dios nació mujer*. Madrid: Punto de Lectura.
- RODRÍGUEZ, P. (2000). *Adicción a sectas (Pautas para el análisis, prevención y tratamiento)*. Barcelona: Ediciones B.
- AAVEDRA-AGUILAR, J. C. y GÓMEZ-JERÍA, J. S. (1989). «A neurobiological model for near-death experiences». *Journal of Near-Death Studies* (7), pp. 205-222.
- ÁDABA, J. (1991). *Saber morir*. Madrid: Ediciones Libertarias.
- ÁDABA, J. (2000). *La vida en nuestras manos*. Barcelona: Ediciones B.

- ARRÓ, B. y DE LA CRUZ, C. (1991). *Los suicidios*. Barcelona: Martínez Roca.
- CHULZ, R., SEIDEL, M. y otros (1997). *Egipto, el mundo de los faraones*. Colonia: Könnemann.
- HONFIELD, H. J. (1990). *El Nuevo Testamento original*. Barcelona: Martínez Roca.
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2001). *Atención al paciente terminal*. Barcelona: SemFYC y Semergen.
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2001). *Atención al anciano (I)*. Barcelona: SemFYC y Semergen.
- OULIER, J-P. (1995). *Morir con dignidad, una cuestión médica*. Madrid: Temas de Hoy.
- PIEGEL, D. y CÁRDENA, E. (1991). «Disintegrated experiences: the dissociative disorders revisited». *Journal Abnorm. Psicol.* (100), pp. 366-378.
- VALLEJO-NÁGERA, J. A. y otros (1991). *Guía práctica de Psicología*. Madrid: Temas de Hoy.
- VERZELE, M. (1999). *La muerte sin dolor: suicidio y eutanasia*. Tafalla: Txalaparta.
- VILLEGAS, M. (1992). «Hermenéutica y constructivismo en psicoterapia». *Revista de Psicoterapia* (12), pp. 9-10.
- VALSH, F. y McGoldrick, M. (1988). «Loss and Family Life Cycle». En Falicov, C. J. (Ed.). *Family Transitions. Continuity and Change over the Life Cycle*. Nueva York: The Guilford Press.
- VEISMAN, A. D. (1976). «Coping With Untimely Death». En Moos, R. H. (Ed.). *Human Adaptation: Coping With Life Crisis*. Lexington (Mass): D. C. Health & Co.
- VEISMAN, A. D. (1993). *El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer*. Valencia: Promolibro.
- VHINNERY, J. E. (1997). «Psychophysiologic correlates of unconsciousness and near-death experiences». *Journal of Near-Death Studies* (15), pp. 231-258.



PEPE RODRÍGUEZ (Tortosa, Tarragona, 1953). Doctor en Psicología por la Universidad de Barcelona y licenciado en Ciencias de la Información, Pepe Rodríguez es también Director del EMAAPS (Equipo Multidisciplinar para el Asesoramiento y Asistencia en Problemas Sectarios) desde su constitución en 1991 y especialista en técnicas de persuasión coercitiva y problemática sectaria (desde 1974), campo en el que, desde 1979, asesora a diferentes Administraciones y afectados.

Autor de 28 libros.

Notas

[1] Cfr. Moody, R. A. Jr. (1975). *Life after live*. Atlanta: Mockingbird Books. Este libro que adquirí diez años después, cuando se editó en España, jamás llegué a leerlo ya que bastó una mera inspección rápida para comprobar que el texto carecía de todo rigor, era un mero folletín, algo inadmisible en un autor que se presenta como científico. En 1997, el propio Moody tuvo la desfachatez de declarar que el best-seller que le convirtió en famoso y millonario era un texto «nulo y vacío», «manipulado» por su editor, y solicitó que nadie «compre un solo ejemplar del mismo». El doctor Moody, al parecer, tardó veintidós años en aprender a ser honesto, pero no ha devuelto a sus lectores ni un solo dólar de las astronómicas ganancias que le proporcionaron los diez millones de ejemplares vendidos del libro que ahora repudia. Más adelante, en el capítulo 15, trataremos con detalle las circunstancias de este fraude. <<

[2] De hecho, la ciencia tampoco andaba sobrada de conocimientos al respecto por esa época. Pensemos, por ejemplo, que entre 1927 y 1975 los neurotransmisores descritos no llegaban a la decena y en ningún caso eran péptidos; en los siguientes cinco años, por el contrario, se descubrieron unos cuarenta neurotransmisores péptidos y otros cinco años más tarde, a mediados de la década de los ochenta, se añadieron unos cincuenta más a la lista. Las fundamentales endorfinas, neurotransmisores péptidos que actúan sobre los receptores de opiáceos replicando sus efectos, no fueron aisladas hasta finales de 1975. Y así un largo etcétera. <<

[3] Yo iba para químico y, además, buena parte de mi generación se caracterizó por una sabia y prudente experimentación con sustancias psicoactivas, de modo que fue inevitable comparar algunas de las percepciones vividas a consecuencia de la ECM con las producidas por determinadas drogas. <<

[4] Caracterizada por su sumisión absoluta a las necesidades del proceso productivo y a las pautas consumistas que lo mantienen en marcha. <<

[5] La sociedad industrial moderna, particularmente con el predominio de la cultura urbana, ha conllevado un alejamiento radical del hecho natural, pervertido y sustituido por el proceso industrial. Los alimentos apenas se relacionan ya con la tierra y el ciclo de las estaciones, puesto que son productos tan industrializados y *maquillados* que resulta francamente difícil relacionarlos con el proceso biológico que los originó. El efecto equivalente lo encontramos en todo el resto de facetas humanas, sometidas a un elevadísimo grado de tecnificación y artificialismo del que no escapa, sino todo lo contrario, el ámbito de la salud en cualquiera de sus estadios. La asepsia y la técnica nos domina desde que nacemos hasta que morimos; lo humano es una especie de telón de fondo, algo subsidiario de los avatares técnicos. Hoy, por ejemplo, los tomates tardan mucho en pudrirse gracias a una manipulación genética que sólo sirve a intereses comerciales, pero no biológicos... y nos parece algo extraño que un tomate se pudra, porque llevamos años sin ver tal cosa, Algo parecido nos sucede con nosotros mismos ya que, al igual que con el tomate, no estamos acostumbrados a vemos deteriorar lentamente y la extinción nos parece antinatural. El mundo artificial en el que vivimos inmersos nos dificulta aceptar que el proceso natural de un ser vivo siempre acaba con su declive y extinción. <<

[6] Desde un entorno altamente medicalizado y tecnificado como el nuestro, a menudo se tiende a presentar la muerte como un mero conjunto de patologías que siguen un curso previsible hasta desembocar en una situación en la que «la ciencia médica ya no puede hacer nada más»... y el paciente se muere; pero la deformación, o perversión, del concepto de la muerte, así como la prepotencia que caracteriza a no pocos médicos, acaba por presentar una imagen absurda: la ciencia médica todavía tenía instrumentos para mantener la vida... pero el paciente no fue capaz de resistir más. Parece que la muerte es consecuencia de nuestra propia fragilidad o, peor aún, de nuestra incapacidad para reaccionar tal como la ciencia médica necesita; parece que quien se muere no ha colaborado lo suficiente con sus médicos y, en suma, en él ha fracasado la medicina cuando, en realidad, lo único que ha pasado es que la biología ha cumplido con su deber. «Se nos ha ido», suelen decir los médicos ante el fallecido, y el resto pensamos que tal vez dentro de unos años esa muerte no se hubiera producido, la medicina adelanta año tras año... nos hemos llegado a creer que nos morimos por falta de una adecuada tecnología biomédica, perdiendo de vista que nos extinguimos, simplemente, porque en la naturaleza intrínseca de la vida anida la muerte. <<

[7] Mis lectores latinoamericanos sin duda lo habrán conocido acompañando con su mágico toque de guitarra a Joan Manuel Serrat en alguno de sus conciertos en directo.

<<

[8] Cfr. Campbell, K. (1971). *Body and Mind*. Londres, pp. 54-55. Citado en Puente Ojea, G. (2000). *El mito del alma*. Madrid: Siglo XXI, pp. 395. <<

[9] La entropía es un término termodinámico que expresa el grado de orden de un sistema. La entropía del universo y de los sistemas que contiene tiende a aumentar, es positiva, pero en este caso, se señala como negativa, eso es que tiende al desorden, a la extinción del sistema orgánico. <<

[10] *Cfr.* Dobson, J. L. (1995). «The Equations of Maya». En Matthews, C. N. Varghese, R. A. (Eds.) (1995). *Cosmic Beginnings and Human Ends: Where Science and Religion Meet*. Chicago: Open Court, p. 272. <<

[11] Olshansky y su equipo, en un artículo publicado en marzo de 2001 en la revista *Scientific American*, demostró lo mal diseñado que está el cuerpo humano para poder durar 70 años y propuso una serie de modificaciones orgánicas necesarias en caso de querer alargar la vida de nuestro organismo. <<

[¹²] Cfr. Rodríguez, P. (2000). *Dios nació mujer*. Madrid: Punto de Lectura, pp. 31-153. <<

[13] Fecundación es la fusión de dos células sexuales (haploides) o bien de los núcleos que albergan los cromosomas para formar un núcleo diploide (hongos y protoctistas diversos), un huevo fecundado (animales, plantas y protoctistas), o un saco embrionario (plantas con flores). El resultado más corriente de la fecundación es el cigoto, una célula agrandada con un núcleo diploide. Valga saber también que la haploidía es la condición propia de los eucariotas (células, tejidos, u organismos) en la que el núcleo contiene un solo juego completo de cromosomas (núcleo haploide); la haploidía es restablecida por la meiosis, mientras que la diploidía (dos juegos de cromosomas) lo es por la fecundación. <<

[14] La meiosis es la división celular con reducción a la mitad del número de cromosomas, como la que da lugar a cuatro células descendientes haploides a partir de una célula diploide progenitora. En los animales, la meiosis de células corporales diploides antecede a la formación de gametos haploides. La meiosis es un componente esencial de los ciclos sexuales de la totalidad de plantas y animales. <<

[15] Los protoctistas son los organismos en los que evolucionó la reproducción celular mitótica y el sexo meiótico. No forman ni embriones ni esporas fúngicas; todos son eucariotas (están constituidos por células nucleadas) y se ha identificado hasta hoy unas 250.000 especies. Los protoctistas evolucionaron a partir de simbiosis integradas permanentes entre distintos tipos de bacterias (las algas verdes, por ejemplo, se derivaron de una asociación permanente entre arqueobacterias, eubacterias y cianobacterias). <<

[16] Cfr. Margulis, L. y Sagan, D. (1998). *¿Qué es el sexo?* Barcelona: Tusquets, pp. 126-128. <<

[17] Tipo de reproducción asexual en la que el progenitor se divide en dos seres prácticamente iguales. <<

[18] División celular en la que se conserva el número de cromosomas, como la que da lugar a dos células descendientes genéticamente idénticas a partir de una célula progenitora haploide o diploide. <<

[19] Ácido desoxirribonucleico, una molécula de doble cadena, en forma de hélice, formada por carbono, hidrógeno, nitrógeno, oxígeno y fósforo, que lleva inscrito el código genérico de cada ser vivo. <<

[20] Aquí resulta apropiado recordar que, dada la gran variedad de religiones que se autoproclaman «verdaderas», pero que dan fórmulas y necesidades incluso opuestas para ganarse la supervivencia post mórtem, entra dentro de lo posible que cientos de millones de creyentes en religiones «no verdaderas» —¿cómo demonios podemos distinguirlas con objetividad?— tengan el mismo destino, sea cual fuere, que el de los ateos más recalcitrantes. Seguramente la muerte será más democrática e igualitaria que las teologías excluyentes, así que agnósticos, ateos e indiferentes no parecen tener peor lugar de salida que los creyentes en la carrera hacia la supervivencia post mórtem. <<

[21] Los chimpancés en especial, pero también los gorilas, son capaces de aprender a comunicarse con los humanos mediante un lenguaje por señas y pueden designar objetos, hechos y actos por su nombre —el que nosotros le hemos dado en nuestro vocabulario— y emplear éste de forma genérica para señalar otros objetos, hechos y actos parecidos al que aporta el nombre básico. Este comportamiento implica saber manejar signos arbitrarios —que eso son las palabras, ya que su significado no está en ellas mismas sino en lo que hemos convenido que representen— y empleados para organizar categorías de objetos, hechos y actos; una tremenda habilidad que sólo puede darse si se posee talento para el análisis, mucha flexibilidad y una memoria eficaz. En chimpancés y gorilas la fonación no es posible debido a la especificidad de su tracto vocal, que se mantiene en un estado similar al de los bebés humanos, en quienes sólo al cabo de un tiempo de vida se produce la adaptación evolutiva que permite el descenso de la laringe, un cambio imprescindible para poder hablar [*Cfr.* Rodríguez, P. (2000). *Dios nació mujer*. Madrid: Punto de Lectura, capítulo dedicado a la adquisición del lenguaje, pp. 76-82]. <<

[²²] *Cfr.* Fouts, R. (1999). *Primos hermanos*. Barcelona: Ediciones B, pp. 270-271. <<

[23] *Op. cit.*, pp. 271-273. <<

[²⁴] *Ibíd.*, pp. 274-277. <<

[25] *Ibíd.*, pp. 283-284. <<

[26] Si comparamos las secuencias de los ácidos componentes de las proteínas del hombre, del chimpancé y del gorila, veremos que concuerdan en un 99%, cosa que demuestra nuestra procedencia de un antepasado común. De todos los primates, los chimpancés son los más próximos a los humanos. Tan iguales somos que nuestro ADN y el suyo es parecido en el 99% de su estructura. También la vida social de los chimpancés proporciona un modelo de diferencias sexuales de comportamiento que tiene grandes paralelismos con los humanos. Entre las características sociales de los chimpancés encontramos: estabilidad de las asociaciones entre individuos, la más duradera de las cuales es la conformada entre la madre y sus crías; unas pautas de relación con las crías que llevan a las madres a intervenir con mayor intensidad durante las primeras fases del desarrollo, mientras que los padres sólo aumentan su participación a medida que aquéllas van creciendo; en las actividades de cuidado mutuo también hay similitudes en edad y sexo con la pareja humana; y la estructura básica de los protocolos sociales de saludo es idéntica en chimpancés y humanos. Cuando los grupos sociales de chimpancés se dispersan, es corriente verlos actuar a partir de la unidad mínima de reproducción, eso es un macho junto a una hembra y sus crías; para algunos especialistas, estos grupos mínimos son modelos válidos para el origen de la familia humana, ya que son el colectivo más reducido que es capaz de sobrevivir al lograr la autosuficiencia alimentaria/económica y reproductiva [Cfr. Rodríguez, P. (2000), *Dios nació mujer*. Madrid: Punto de Lectura]. <<

[27] Para comprender la complejidad de nuestro sistema de pensamiento, tanto desde el punto de vista evolutivo como del de los elementos y fases que están implicados en la adquisición del pensamiento lógico-verbal, algo que debemos aprender todos desde el momento de nacer, puede ser de interés la lectura del capítulo específico que desarrolla esta cuestión en Rodríguez; P. (2000). *Dios nació mujer*. Madrid: Punto de Lectura, pp. 75-111 y 113-183. <<

[28] Con seriedad de científico, pero con la ironía que caracteriza a toda gran persona, Roger Fouts reseña en su libro el caso del chimpancé Ally y de su cuidadora Sheri Roush. «Ally hacía un signo que nunca llegué a incluir en la lista de su vocabulario: la señal de la cruz, que dibujaba sobre su propio pecho. Y es que Ally era católico, o por lo menos así lo creía su madre adoptiva, que lo había bautizado al cumplir dos años. Cuando tenía visitas, Sheri Roush les enseñaba con gran orgullo las fotografías del bautizo, y solía decir: “¿Por qué no va a tener mi bebé derecho a la salvación?”» [Cfr. *op. cit.* pp. 194-195]. He recordado esta anécdota mientras escribía la frase de la que cuelga como nota, pero me disgustaría enormemente ser el responsable de perturbar la paz de los chimpancés a causa de haber excitado la imaginación devota y febril de algún clérigo ocioso que viese en ellos un nuevo campo pastoral. <<

[29] Aunque, en su estructura social, la figura del sujeto alfa o macho dominante presente ya los trazos fundamentales de comportamiento que caracterizan a los líderes políticos y religiosos humanos en su interrelación con sus *súbditos*. <<

[30] Cfr. Lorenz, K. (1985). *El comportamiento animal y humano*. Barcelona: Plaza & Janés, p. 341. <<

[31] *Íbid*, pp. 316-317. <<

[32] Los grandes machos adultos viven siempre en solitario y sólo se acercan a las manadas de hembras, durante la época de celo, para aparearse. <<

[33] Cfr. Rodríguez, P. (2000). *Dios nació mujer*. Madrid: Punto de Lectura. <<

[34] El parque nacional Serengeti, creado en 1941 Y declarado Patrimonio de la Humanidad, se extiende a lo largo de 14.763 km² y está enclavado en parte de las provincias de Mara, Arusha y Shinyanga, situadas al nordeste de Tanzania. <<

[35] Así como tampoco sería oportuno desviarse de nuestro tema entrando a valorar el apasionante proceso de perversión de mecanismos sociales que ha posibilitado que, entre nosotros, al contrario de lo que es norma obligada en cualquier otro colectivo natural, los sujetos más mediocres hayan sido capaces de acaparar buena parte del poder y sus privilegios, pero sin asumir ninguna de sus responsabilidades. <<

[36] Por lo que conocemos de los rituales funerarios prehistóricos de nuestra propia especie, la decapitación de los cadáveres fue un ritual habitual durante, al menos, el Paleolítico superior y Neolítico, aunque en algunas culturas aisladas se mantuvo hasta principios del siglo XIX [Cfr. Rodríguez, P. (2000). *Dios nació mujer*. Madrid: Punto de Lectura]. <<

[37] Cfr. Rodríguez, P. (2000). *Dios nació mujer*. Madrid: Punto de Lectura, pp. 31-73. <<

[38] En el *Antiguo Testamento*, los términos *ruach* (hálito, soplo) y *néfesh*, que indica tanto la vida vegetativa como la espiritual, vienen a designar la fuerza vital que permite las manifestaciones humanas que tienen un carácter espiritual, sensitivo y vegetativo. <<

[39] Texto procedente de la *Nueva Biblia Española*, con traducción de los textos originales dirigida por Luis Alonso Schökel y editada por Ediciones Cristiandad, Madrid, 1975. Una versión alternativa de los mismos versículos, según la traducción de Reina y Valera, dice así: «lo que sucede a los hijos de los hombres, y lo que sucede a las bestias, un mismo suceso es: como mueren los unos, así mueren los otros, y una misma respiración tienen todos; ni tiene más el hombre que la bestia; porque todo es vanidad. Todo va a un mismo lugar; todo es hecho del polvo, y todo volverá al mismo polvo. ¿Quién sabe que el espíritu de los hijos de los hombres sube arriba, y que el espíritu del animal desciende abajo a la tierra? Así, pues, he visto que no hay cosa mejor para el hombre que alegrarse en su trabajo, porque ésa es su parte; porque ¿quién lo llevará para que vea lo que ha de ser después de él?» [Cfr. *Santa Biblia*, versión de Casiodoro de Reina y Cipriano de Valera, editada por Sociedades Bíblicas en América Latina, revisión de 1960]. <<

[40] Siendo cierto que la vida sigue una tendencia lineal, va del punto de origen al de destino, no sería acertado imaginarla como una línea recta, ya que muy a menudo nos movemos en círculos, o en espiral... y, en cualquier caso, las formulaciones geométricas euclidianas no sirven para representar la complejidad de cualquier vida, ni siquiera la de la bacteria más insignificante; para acercarnos algo más al dibujo de lo que podría ser una existencia deberíamos recurrir a la matemática fractal, representando miles de millones de iteraciones... algo que, afortunadamente para el lector, no intentaremos aquí. <<

[41] La taxonomía es la ciencia que trata de los principios, métodos y fines de la clasificación. Se aplica en particular, dentro de la biología, para la ordenación jerarquizada y sistemática, con sus nombres, de los grupos de animales y de vegetales. <<

[42] La semántica se ocupa del estudio del significado de los signos lingüísticos y de sus combinaciones, desde un punto de vista sincrónico —eso es de las leyes y relaciones internas propias de una lengua o dialecto en un momento o período dados; o del estudio de la estructura o funcionamiento de una lengua o dialecto sin atender a su evolución— o diacrónico. <<

[43] Es común, en los sujetos aquejados de paranoia, que su vida oscile en torno a una situación vital que ni es cierta ni tiene la menor base para suponerse como tal, pero que se siente como absolutamente verdadera. Entre los muchos sujetos aquejados por esta patología que hemos atendido con mi equipo asistencial —Equipo Multidisciplinar para el Asesoramiento y Asistencia en Problemas Sectarios (EMAAPS)—, destacan los delirios persecutorios. Una persona adulta llega a la convicción de que alguien —en nuestro caso suele ser una «secta», real o imaginada — le vigila y controla para conseguir cierto fin; tras desencadenarse el delirio —que en este tipo de psicopatología se estructura sobre la base de una coherencia interna extremadamente minuciosa—, todo su pasado, presente y futuro pasan a estar unidos, urdidos, por un inexistente hilo de conspiración; cientos de hechos normales —una bicicleta rota a los diez años, un libro perdido con quince, un autobús que se escapó por segundos, una avería en cualquier máquina, una colilla frente a la entrada de su casa, una mirada furtiva de cualquier transeúnte, un vecino con el que se coincide a menudo, un desconocido que suele viajar en la misma dirección, el carnicero, el panadero..., el conductor de un informativo televisivo que le *observa y controla*...— pasan a formar parte de la *conspiración*; gentes y sucesos irrelevantes del pasado y presente se unen en una progresión lineal, indiscutible, irrefutable, irreductible, que orienta absolutamente cada conducta y percepción del paranoico. Todo cuanto sucede en su vida y en su entorno obedece y es consecuencia del *proyecto* a largo plazo del *otro*. No importa que no haya ningún móvil para tal persecución; ni que los supuestos esfuerzos empleados por su *agresor* sean desmedidos, imposibles o inútiles; ni tampoco que ese otro no haya logrado nada concreto tras años de insidiosa *persecución*; su vida permanece atrapada en ese imaginado *proyecto* ajeno y cuanto le ocurre sólo tiene sentido en referencia a ese *plan*. Todo lo que su visión delirante de la realidad le permite encajar con su ideación paranoide lo transforma en pruebas *coherentes* que sostienen sus presunciones, pero todo lo que no encaja de ninguna manera también es adoptado como prueba justo por eso (qué mejor manifestación del poder y habilidad de su *agresor* que hacerlo bajo formas imposibles de relacionar con él...). Sin llegar al extremo de lo psicopatológico, en ciertas conductas humanas, particularmente en las relacionadas con creencias, anida esta dinámica paranoide bajo la forma de percibirse a uno mismo y al entorno *evolutivo* —individual y colectivo— en el que muchos se imaginan estar integrados. <<

[⁴⁴] Cfr. Rodríguez, P. (2000). *Dios nació mujer*. Madrid: Punto de Lectura, pp. 75-127. <<

[45] Para el pensamiento primitivo, nada ocurre ni puede ocurrir sin la mediación de alguna voluntad que lo desee y controle. El proceso de construcción cultural del concepto de un ser divino y su evolución posterior hasta dar lugar a las religiones actuales se documenta y describe ampliamente en el ensayo recién citado, *Dios nació mujer*. <<

[46] En todas las culturas primitivas, lo primordial es la vida, la historia, del clan, mientras que la existencia individual es accesorio y subsidiaria, un mero elemento que no importa si no es en función del clan al que pertenece y al que da continuidad.

<<

[47] El profeta Elías, que vivió en tiempos de los reyes Acab y Ocozías (c. 874-852 a.C), fue fundamental para el futuro desarrollo de la creencia judeocristiana ya que dotó de cuerpo a la tesis de que Dios se manifiesta en la historia, interviniendo en el desarrollo de los acontecimientos humanos. Al asentar que la historia es una epifanía (manifestación) de Dios —aspecto contrario a las creencias paganas, que no veían la epifanía de Dios en el decurso de la historia sino en el de la Naturaleza—, Elías diseñó y propagó una peculiar atribución divina que fue tan exitosa como para lograr perdurar, acaparando todo protagonismo, hasta el monoteísmo actual [Cfr. Rodríguez, P. (2000). *Mentiras fundamentales de la Iglesia católica*. Madrid: Punto de Lectura, pp. 62-63]. <<

[48] Cfr. Ricoeur, P. (1984). *Time and narrative*. Chicago: University Chicago Press.

<<

[49] Cfr. Villegas, M. (1992). Hermenéutica y constructivismo en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia* (12), pp. 9-10. <<

[50] *Cfr.* Husserl, E. (1960). *Cartesian Meditations*. The Hague: Nijhoff. <<

[51] Palabra alemana que significa a la vez historia y narración <<

[52] Según la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud, el Ego o Yo es una de las tres instancias del aparato psíquico, junto al Ello y el Superyo. El Yo se desarrolla con posterioridad al nacimiento y resulta de la interacción del niño con el mundo real y el aprendizaje que le sigue. El Yo, que actúa sujeto al principio de realidad, trata de ajustar las pulsiones del Ello —dominado por el principio de placer— a las exigencias del Superyo —sometido a las normas de la cultura u obligaciones morales—; el Yo adopta el papel de mediador entre los impulsos y deseos instintivos y las obligaciones sociales y morales exigidas por el entorno en el que vive un sujeto. <<

[53] Cfr. Gonçalves, O. F. (1992). «Narrativas del inconsciente. Las terapias cognitivas: regreso al futuro». *Revista de Psicoterapia* (12), pp. 29-48. Ver también Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany (N. Y.): Suny Press, p. 11. <<

[54] Cfr. Fromm, E. (1978). *¿Tener o ser?* México: Fondo de Cultura Económica, pp. 124-125. <<

[55] Fromm afirma que «la naturaleza del modo de existencia de tener surge de la naturaleza de la propiedad privada. En este modo de existencia, lo único importante es adquirir propiedades y el derecho ilimitado de conservar lo adquirido. El modo de tener excluye a los otros; no requiere que yo haga ningún otro esfuerzo por conservar mis propiedades ni que haga un uso productivo de éstas. A este modo de conducta el budismo lo denominó codicia, y las religiones judía y cristiana lo llamaron ambición; esto transforma a todo el mundo y todas las cosas en algo muerto y sometido al poder de otro» [*Ibíd.*, p. 83)]. <<

[56] «El modo de ser —afirma Fromm— tiene como requisitos previos la independencia, la libertad y la presencia de la razón crítica. Su característica fundamental es estar activo, y no en el sentido de una actividad exterior, de estar ocupado, sino de una actividad interior, el uso productivo de nuestras facultades, el talento, y la riqueza de los dones que tienen (en varios grados) todos los seres humanos. Esto significa renovarse, crecer, fluir, amar, trascender la prisión del ego aislado, estar activamente interesado, dar. Sin embargo, ninguna de estas experiencias puede expresarse plenamente con palabras» [*Ibíd.*, p. 92]. <<

[57] El proceso de transformaciones socioculturales habidas durante los últimos 30.000 años y sus consecuencias, tanto para la organización colectiva como para el psiquismo humano, se describen con detalle en Rodríguez, P. (2000). *Dios nació mujer*. Madrid: Punto de Lectura, pp. 285-342. <<

[58] Lograr dominar la técnica del fuego resultó un paso gigantesco para la supervivencia y la evolución de la especie humana; en África probablemente comenzó a controlarse hace cerca de un millón de años, en Asia hace entre 700.000 y 460.000 años y en Europa hace entre 750.000 y 200.000 años, aunque parece que el uso metódico de la técnica del fuego no se generalizó hasta hace algo menos de 200.000 años. <<

[59] Es clarificador el pensamiento que Aristóteles (384-322 a.C) dejó escrito en su compendio de ética: «Un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto». Todavía hoy, la mayoría de los padres sigue pensando y actuando como si sus hijos fuesen una más de sus propiedades. <<

[60] Que, en el colmo del desvarío, se aplica hasta para definir el maravilloso acto de generar vida y/o darse placer. La idea de «poseer a una mujer» —como sinónimo de mantener un coito, o de hacer el amor, que no es lo mismo a pesar de que se empleen los mismos recursos genitales—, es una de las peores herencias que todavía nos quedan de la deplorable cultura patriarcal que ha dominado en nuestra civilización durante los últimos cinco mil años. <<

[61] Las estructuras básicas de la memoria radican en las neuronas, cuya cifra se va reduciendo continuamente a lo largo de la vida hasta arrojar una pérdida de en torno al 31% del total como término medio (en regiones concretas como el cerebelo, hipocampo y neocórtex, la pérdida puede llegar a un 60%). Sin embargo, debido a la enorme plasticidad de la estructura neuronal —una propiedad que se mantiene hasta en torno los 90 años—, la arborización de las neuronas vivas cubre los vacíos dejados por las ya muertas, de modo que se puede compensar en gran medida la función de las neuronas perdidas. <<

[62] La pérdida de rendimiento del sistema de procesamiento de la memoria cuando se llega a edad avanzada puede deberse a causas como: disminución de la velocidad de los procesos sensoriales y motores, reducción en la cantidad de recursos cognitivos fundamentales, pérdida de eficiencia por desuso de las habilidades de memoria, diferencias generacionales en el entorno físico o social, etc. [Cfr. Castellón Sánchez del Pino (2001). «Aspectos psicosociales del envejecimiento». En Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2001). *Atención al anciano (I)*. Barcelona: SemFYC y Semergen, p. 11]. <<

[63] *Cfr.* Nuland, S. B. (1995). *Cómo morimos*, Madrid: Alianza Editorial, p. 76. <<

[64] Si cuidásemos un poco más de nosotros mismos, sin duda no se llegaría a las desmesuradas cifras que, en el caso español, aflora el INSALUD: entre los cerca de seis millones de ancianos que actualmente hay en España, la prevalencia de la enfermedad supera el 80%, las tasas de incapacidad severa-moderada son del 20% y los índices de ocupación de camas hospitalarias son del 40% del total disponible. La población anciana española consume el 20% de todas las consultas médicas, el 68% del gasto total en medicamentos, y el 40% del gasto sanitario total. Estas cifras irán en aumento en los próximos años. <<

[65] La autoestima es un concepto evaluativo que comprende la autovaloración y la autoevaluación. Está integrado dentro del llamado autoconcepto, de carácter descriptivo, que supone el conjunto de percepciones que un sujeto mantiene sobre sí mismo a partir de la interpretación de su propia experiencia y de su entorno. El autoconcepto, que varía a lo largo del ciclo vital de una persona, depende de sus habilidades y capacidades intelectuales, de los conocimientos prácticos y sociales, del universo emocional y afectivo (respecto a uno mismo y a los demás) y de la carga genética. <<

[66] El confort dentro del hogar de una persona anciana puede incrementarse mucho a través de una serie de pequeños cambios como: mantener una buena iluminación, evitando las lámparas empotradas y luces fluorescentes que incrementan el deslumbramiento; emplear electrodomésticos y teléfonos provistos de números grandes, con colores brillantes que contrasten, y que sean fáciles de usar; mantener un mobiliario más bien reducido y sin esquinas; eliminar las alfombras y similares (por el peligro de tropezar); colocar dispositivos que aumenten el sonido del timbre o teléfono; reducir el nivel de ruido ambiental colocando cristales dobles a fin de que pueda mejorar la audición; dar prioridad a las puertas ligeras y de apertura automática; recurrir a estanterías y espacios para guardar objetos que sean fáciles de alcanzar; instalar asideros en todos los elementos del cuarto de aseo para evitar caídas; instalar cerraduras fáciles de manejar, etc. <<

[67] Cfr. Barenys, M. P. (1990). *Residencias de ancianos. Análisis sociológico*. Barcelona: Fundació Caixa de Pensions, pp. 9-10. <<

[68] En la parte IV de este libro, al tratar el futuro próximo de la genómica y de las terapias génicas, se abordan también las previsibles consecuencias personales y sociales derivadas de la posibilidad de poder vivir mucho más tiempo del que tenemos biológicamente pautado. <<

[69] Particularmente los varones de más de 50 años y buen estatus socioeconómico, que a menudo abandonan a su pareja de parecida edad para juntarse con otra —u otro— mucho más joven, persiguiendo con el cambio la vana esperanza de exorcizar su propio envejecimiento. <<

[70] El sistema de vida derivado de la sociedad de consumo ha logrado un curioso éxito: se ha reducido la mortalidad —número proporcional de defunciones en una población o tiempo determinados—, pero se ha incrementado la morbilidad —proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado—, eso es que vivimos más personas y durante muchos más años, pero también pasamos mucho más tiempo enfermos o, lo que es lo mismo, somos consumidores durante muchos más años y, además, al estar más enfermos, estamos forzados a consumir servicios biomédicos y farmacológicos en una proporción tan elevada —y que podría disminuirse con relativa facilidad— que sólo una mentalidad política y social centrada en el lucro inmediato lo justifica. <<

[71] Las cifras de esperanza de vida en los países más importantes del mundo pueden consultarse en la nota a pie de página número 212. <<

[72] El estado terminal de enfermedad se define como el estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo, presentándose como el proceso evolutivo final de las enfermedades crónicas progresivas cuando se han agotado los remedios disponibles. Los criterios médicos que se usan para definir la situación de enfermedad terminal son: enfermedad causal de evolución progresiva; pronóstico de supervivencia menor de seis meses; estado grave con incapacidad para cuidar de sí mismo, con necesidad de cuidados especiales y deterioro progresivo de las funciones orgánicas básicas; insuficiencia de órgano única o múltiple; ineficacia comprobada de los tratamientos; y ausencia de otros tratamientos curativos. <<

[73] En adelante, cuando nos refiramos a «enfermedad terminal» deberá darse por supuesto que nos referimos siempre a un «proceso» complejo antes que a una determinada enfermedad como tal. Así, un cáncer puede ser una enfermedad curable en unas circunstancias o, en otras distintas, una patología que hace evolucionar el organismo de quien lo padece hacia un estado incurable o terminal. <<

[74] *Cfr.* Buckman, R. (1984). «Breaking bad news—why is it still so difficult?». *British Medical Journal* (288), pp. 1597-1599. <<

[75] De hecho, sólo es posible afinar en el plazo en que se producirá una muerte cuando el estado del paciente se agrava mucho. Los pronósticos se basan sobre datos estadísticos acerca del tiempo de supervivencia de los enfermos a un determinado diagnóstico. <<

[76] *Cfr. Gómez Sancho, M. (1998). Cómo dar las malas noticias en medicina. Madrid: Arán Ediciones, p. 4l. <<*

[77] *Cfr.* Glaser, B. & Strauss, A. (1965). *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine Publishing Company. <<

[78] *Cfr. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2001). Atención al paciente terminal. Barcelona: SemFYC y Semergen, pp. 87-88. <<*

[79] De la definición y características de los cuidados paliativos, y de los equipos que los administran, nos ocuparemos en un apartado específico del capítulo 7. <<

[80] Un enfermo, al margen de la información directa que puede recibir de su médico y/o a través de sus familiares, dispone de muchas otras fuentes de información que a menudo se pasan por alto, por ejemplo: comentarios del médico a otras personas, escuchados por casualidad; afirmaciones directas por parte de personal del hospital ajeno a los médicos; comentarios entre médicos, escuchados por casualidad; afirmaciones directas por parte de amigos, parientes, sacerdotes, abogados o notarios; cambio de comportamiento de los demás hacia el enfermo; cambio en los tratamientos médicos; autodiagnóstico por lectura de libros médicos, del historial clínico, etc.; señales del propio cuerpo y cambios del estado físico; respuestas alteradas de los demás con respecto al futuro; y comentarios hechos por otros enfermos [Cfr. Gómez Sancho, M. (1998). *Cómo dar las malas noticias en medicina*. Madrid: Arán Ediciones, pp. 63-68]. <<

[81] La negación es un mecanismo adaptativo que supone la revisión o reinterpretación de una parte de una realidad dolorosa. Entre las formas que puede tomar la negación encontramos: racionalización, uso de argumentos para justificar que todo va bien («si estuviese grave no habría recuperado peso»); desplazamiento, uso de explicaciones alternativas a la realidad («me encuentro mal por el tratamiento»); eufemismo, uso de expresiones alternativas y no amenazantes para referirse al diagnóstico («tengo un bultito en el pecho»); minimización, entender que el problema no es grave («me lo han pillado antes de que se hiciera un cáncer»); autoinculpación, atribuciones internas que permiten al sujeto creer que tiene control sobre su caso («mi problema es que fumo demasiado, voy a intentar dejarlo»). Cfr. Weisman, A. D. (1993). *El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer*. Valencia: Promolibro, p. 140. <<

[82] *Cfr.* Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Nueva York: McMillan. En edición castellana, Kübler-Ross, E. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo. <<

[83] Cfr. Kübler-Ross, E. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo, pp. 63-64. <<

[84] *Ibíd.*, pp. 117-119. <<

[85] *Ibíd.*, pp. 147-150. <<

[86] A modo indicativo, puede resultar conveniente saber que se considera que un paciente terminal adopta conductas patológicas cuando niega persistentemente su realidad, cuando no presenta sentimientos de aflicción o de pena, cuando abusa del alcohol u otras drogas, cuando responde con excesiva agresividad a los otros o a sí mismo (intento de suicidio), cuando muestra síntomas de depresión mayor con ideas delirantes, cuando manifiesta un cuadro psicótico. En pacientes oncológicos, se considera que entre un 30% y un 50% padece trastornos de adaptación con síntomas ansiosos o depresivos, pero que habitualmente no precisan de intervención especializada, salvo el apoyo de familiares y del equipo médico habitual; la depresión mayor es un trastorno que aparece con muchísima menos frecuencia en este tipo de enfermos. Algunos de los síntomas que permiten detectar una depresión son: melancolía o irritabilidad; pérdida pronunciada de interés o de placer en la mayoría de las actividades; disminución o aumento del apetito y variaciones de peso importantes; insomnio o hipersomnia; agitación o enlentecimiento psicomotor; cansancio o disminución de la energía; sentimientos de inutilidad o sentimientos de culpabilidad excesivos o desplazados; dificultad de atención o concentración, indecisión; preocupación frecuente por la muerte o ideas frecuentes de suicidio. <<

[87] Estas conductas y reacciones ante las alteraciones físicas graves se encuentran muy bien descritas en el relato auto biográfico de la antropóloga Marta Allué que, en un accidente, sufrió quemaduras profundas en el 80% de su cuerpo, logrando sobrevivir e integrarse a su vida cotidiana a pesar de haber quedado afectada por gravísimas secuelas físicas. *Cfr.* Allué, M. (1996). *Perder la piel*. Barcelona: Seix Barral. <<

[88] Entre los elementos psicosociales que incrementan el riesgo de suicidio en un paciente terminal destacan los siguientes: sexo masculino; aislamiento social; dolor agudo y/o prolongado; temor al deterioro físico o psicológico; trastornos afectivos; problemas económicos; insomnio severo; estancias hospitalarias; personalidad impulsiva, intolerante, narcisista e insegura; y, claro, intentos anteriores de autólisis (suicidio). <<

[89] *Cfr.* Buckman, R. (1994). *S'asseoir pour parler*. París: Inter Editions, p. 96. <<

[90] *Cfr. Gómez Sancho, M. (1998). Cómo darlas malas noticias en medicina. Madrid: Arán Ediciones, p. 151. <<*

[91] Cfr. Buckman, R. (1994). *S'asseoir pour parler*. París: Inter Editions, pp. 168-172. <<

[92] Cfr. Walsh, F. & McGoldrick, M. (1988). «Loss and Family Life Cycle». En Falicov, C. J. (Ed.). *Family Transitions. Continuity and Change over the Life Cycle*. Nueva York: The Guilford Press. <<

[93] La situación agónica se caracteriza por un gran deterioro físico, extrema debilidad, postración, disminución del nivel de conciencia e intolerancia para la ingesta de sólidos y líquidos y las tomas de medicación oral. Son frecuentes los estertores pulmonares, la incontinencia urinaria, las crisis de agitación, la fiebre y la disnea (dificultad en la respiración). <<

[94] El concepto de muerte digna implica morir sintiéndose persona, elegir el momento de la muerte o *morir humanamente*. Una encuesta realizada por Vega Gutiérrez, en Valladolid, afloró lo que médicos y pacientes consideran una muerte digna: morir rodeado del apoyo y cariño de los seres queridos, eliminando en lo posible el dolor y el sufrimiento, sin manipulaciones médicas innecesarias, aceptando la muerte con serenidad, con la asistencia médica precisa y con apoyo espiritual si se desea. <<

[95] Desde el otro lado, desde las obligaciones del médico, en los manuales de formación especializada se dice al respecto: «Es una de las cuestiones más espinosas en el tratamiento de los enfermos en una situación terminal, no porque no se reconozca este derecho, sino porque se supone que a veces el saber la verdad puede resultar perjudicial y se opta por no dar toda la información (...) El propio paciente actúa como regulador de la información que desea recibir (...) Es éticamente reprochable la omisión de la verdad a un paciente que quiere conocerla. Se debe dar la información que el paciente pueda asumir. Es fundamental que mantenga la *esperanza* pero no se deben ofrecer garantías de recuperación, manteniendo siempre la comunicación interpersonal. En algunos casos no habrá que decirla de manera completa, en otros las condiciones individuales cambian y lo que en principio no estaba indicado puede cambiar y otros pacientes que están capacitados pueden demandar la verdad desde el comienzo de la enfermedad. Debemos contemplar el *derecho a no informarle* si el paciente no desea saber el diagnóstico» [Cfr. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2001). *Atención al paciente terminal*. Barcelona: SemFYC y Semergen, p. 12]. <<

[96] En algunos listados de «derechos del enfermo terminal» se explicitan como tales recomendaciones y circunstancias que en este libro son comentadas en sus respectivos capítulos. Veamos un ejemplo de listado «global» de derechos del enfermo terminal: Ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de la muerte. Ser respetado y poder expresar o compartir a la manera de cada cual los sentimientos y emociones respecto a la proximidad de la muerte. Obtener la atención de médicos y enfermeras, incluso si los objetivos de curación deben ser cambiados por objetivos de confort. Participar en las decisiones que afecten a los cuidados que deben aplicarse. Recibir los medios necesarios para combatir el dolor. Recibir una respuesta adecuada y honesta a todas y cada una de las preguntas que se formulen. No ser engañado. No morir solo, sino recibiendo el consuelo de la familia y amigos que el enfermo desee que le acompañen a lo largo de su proceso de enfermedad y en el momento de la muerte. Conservar la individualidad y mantener la jerarquía de valores, sin ser juzgado por las decisiones tomadas incluso si éstas son contrarias a las creencias de otros. Ser cuidado por personas sensibles y competentes, capacitadas para la comunicación en estos casos y que puedan ayudar a enfrentarse con la muerte. Morir en paz y con dignidad y que el cuerpo sea respetado tras la muerte. La familia ha de ser informada correctamente de las circunstancias del fallecimiento y recibir ayuda administrativa, psicológica y espiritual para poder hacer frente con serenidad a la etapa que se inicia tras la muerte. <<

[97] Cfr. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2001). *Atención al paciente terminal*. Barcelona; SemFYC y Semergen, pp. 12-13. <<

[98] *Cfr.* Ley 21/2000, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y a la documentación clínica. <<

[99] *Cfr.* Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura. <<

[¹⁰⁰] *Cfr.* Ley 3/2001, de 28 de mayo, Reguladora del Consentimiento Informado y de la Historia Clínica de los pacientes. <<

[¹⁰¹] Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Publicada en el B.O.E. núm. 101, el 29 de abril de 1986. <<

[102] Ernest Lluch, intelectual y político querido y admirado por todos, fue asesinado por un comando de ETA el 21 de noviembre de 2000. <<

[103] De hecho, según datos del INE (Instituto Nacional de Estadística) de noviembre de 2000, en España, el subgrupo de mayores de 65 años que más crece es el de mayores de 80, denominado la «cuarta edad», en el que se integran actualmente 1.200.000 ancianos que superan esta edad. Las previsiones indican que hacia el año 2026 el índice de envejecimiento de la población española alcanzará el 22,3 por ciento del total. <<

[104] Aunque las cifras estadísticas del cáncer son duras, sin duda alguna, hay que tener en cuenta dos cosas: 1) todos moriríamos de cáncer si viviésemos el tiempo suficiente para poder desarrollar algún tipo de tumoración maligna a causa de nuestra decrepitud física y 2) actualmente muchos cánceres tienen cura si se detectan precozmente y muchos se evitarían si cambiásemos algunas de nuestras pautas de vida lesivas (dietas erróneas, alimentos tóxicos, tabaquismo, entornos contaminados, etc.). <<

[105] *Cfr. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2001). Atención al paciente terminal. Barcelona: SemFYC y Semergen, p. 20. <<*

[106] En el web de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (<http://www.secpal.com>), está disponible un directorio actualizado de todos los recursos existentes en España, y se ofrecen links para acceder a recursos similares en otros países (http://www.secpal.com/guia_gral.html). En el momento de escribir este libro, en toda España existen 206 unidades de cuidados paliativos, entre equipos de ayuda domiciliaria —un centenar—, unidades de asistencia hospitalaria y servicios ambulatorios. España ocupa el tercer lugar europeo respecto a la atención sanitaria de cuidados paliativos, pero los expertos estiman que hacen falta otras 200 unidades para poder atender adecuadamente a todo el país y cubrir el incremento de demanda asistencial que se está produciendo. Cataluña, Canarias, País Vasco y, en menor medida, Madrid, son las comunidades con mayor número de recursos paliativos, donde trabaja la mayoría de los profesionales actuales y las que ofrecen mejor atención a sus ciudadanos. <<

[107] *Cfr.* Pániker, S. (2001, 13 de mayo). «Un derecho de libertad». *El País*. <<

[108] *Cfr.* García Bedoya, J. (2001, 2 de mayo). «La decisión de morir. Los “tratos inhumanos o degradantes”». *El País*. <<

[109] El 20 de junio de 2000, la Mesa de la Cámara acordó admitir a trámite la «Proposición no de Ley sobre el derecho a una muerte digna», presentada por el diputado José Antonio Labordeta Subías, por la que el «El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a: 1. Que ponga a disposición de la ciudadanía, a través del Ministerio de Sanidad, un documento identificado como Testamento Vital, en el que toda persona que lo desee pueda establecer, delante de testigos, por escrito y mediante acta notarial, su voluntad expresa e inequívoca de no ser mantenida con vida por métodos extraordinarios y artificiales, siempre que posea una enfermedad incurable y dolorosa que le conduzca irremediablemente a una muerte segura, o que produzca graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar. 2. Que promueva la reforma del artículo 143.4 del Código Penal vigente, con el objeto de despenalizar las conductas contempladas en dicho párrafo» [Cfr. Boletín Oficial de las Cortes Generales, VII Legislatura, Serie D: General, 26 de junio de 2000, núm. 37]. <<

[110] Es bien conocida, en esta línea, la frase pronunciada por Gandhi: «la grandeza de una nación y su progreso moral pueden ser juzgados por la forma en que los animales son tratados». <<

[¹¹¹] Se llama aprendizaje vicario al que se realiza mediante la observación de lo que hacen otros. <<

[112] Según se ha observado en el ámbito hospitalario, la mayoría de los enfermos mueren cuando se encuentran acompañados. La presencia de otros, particularmente de seres queridos, facilita el trámite de la extinción. Parece que sólo en torno a un 6% de los enfermos muere en soledad. <<

[113] Que es la capacidad de sintonizar afectivamente con la otra persona, con sus necesidades, sentimientos y puntos de vista, y poder «ponerse en su lugar». <<

[¹¹⁴] *Cfr.* Gómez Sancho, M. (1998). *Cómo dar las malas noticias en medicina*. Madrid: Arán Ediciones, p. 163. <<

[115] Aclaremos aquí que, a pesar del sentido al que restringiremos este concepto, el duelo no solamente es el proceso desencadenado por una muerte, sino, más ampliamente, representa todos los procesos que se ponen en marcha ante la pérdida —o la frustración que se deriva— de seres vivos, entes inanimados o abstractos y roles. A menudo son sumamente dolorosos y complejos de afrontar los procesos de duelo derivados de un divorcio, ruptura de una relación afectiva, pérdida de un trabajo o cargo, amputación de un miembro, fracaso personal... No sólo tiene que realizar el duelo aquel a quien se le ha muerto un ser querido, ni mucho menos. En cualquier vida se acumulan muchos procesos de duelo diferentes y resueltos con mayor o menor coste emocional. <<

[116] *Cfr.* Weisman, A. D. (1976). «Coping With Untimely Death». En Moos, R. H. (Ed.). *Human Adaptation: Coping With Life Crisis*. Lexington (Mass): D. C. Health & Co. <<

[¹¹⁷] *Cfr.* Bowlby, J. (1983). «The Impact of Death on the Family System». *Journal of Family Therapy* (5), pp. 279-294. <<

[118] En la literatura médica se apuntan los siguientes signos y síntomas que delatan la dificultad para elaborar el duelo: síntomas de depresión clínica graves y prolongados; aislamiento social prolongado, retraimiento, enajenación; embotamiento emocional; incapacidad para llorar; hablar como si la persona muerta continuase viva; hiperactividad compulsiva persistente sin sentimientos de pérdida; quejas múltiples y persistentes de síntomas físicos; fuerte identificación con el difunto y manifestación de los mismos síntomas de enfermedad; rabia extrema y persistente; abuso de alcohol o drogas, demanda insistente de sedantes o narcóticos; problemas conyugales o familiares; problemas laborales o escolares [Cfr. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2001). *Atención al paciente terminal*. Barcelona: SemFYC y Semergen, pp. 99]. <<

[¹¹⁹] Citado por Espina, A., Gago, J. y Pérez, M. M. (1993). «Sobre la elaboración del duelo en terapia familiar». *Revista de Psicoterapia* (13), p. 78. <<

[120] Incluso cuando se perciben emociones muy contradictorias o que «no deberían sentirse ahora», como por ejemplo, sentir tranquilidad, liberación, alegría, etc, a la vez que sentimientos de pesar, rabia o culpa por la pérdida. <<

[121] Siempre será mejor aplazar decisiones tales como vender alguna propiedad, regalar o deshacerse de cosas personales del fallecido, o firmar documentos del tipo que sean. Resulta muy conveniente tener a una persona formada y de confianza —aunque en muchos casos será adecuado contratar a un abogado de confianza, si no se tiene ya uno habitual encargado de resolver los asuntos familiares o personales—, que controle los asuntos que vayan surgiendo y que revise todos y cada uno de los documentos —de compañías de seguros, bancos, Hacienda, administraciones diversas, etc.— que se reciban y los valore antes de aceptarlos y/o firmarlos. <<

[122] Quizás irse de viaje o vacaciones al superar el duelo puede ser un buen punto y aparte que permitirá mitigar los recuerdos de la pérdida, mejorar la moral, cargarse de energía para poner en orden aspectos de la casa o de la vida que se habían evitado hasta ese momento y/o para incorporarse a actividades con proyección de futuro, pudiendo construirse mejor el nuevo modelo interno del mundo adaptado a una realidad que sigue adelante sin contar ya con la persona fallecida. <<

[123] De hecho es frecuente y atinado recurrir a este tipo de apoyo dentro del primer año de duelo, así como también es eficaz y muy recomendable leer libros que permitan comprender mejor el hecho de la muerte, las características y necesidades del duelo, etc, y ponerse en contacto con algún grupo de apoyo para realizar el duelo particularmente si está especializado en dar soporte a padres que han perdido a un hijo. En el sitio web del autor (<http://www.pepe-rodriguez.com>) se intentará mantener actualizado un listado con aquellos grupos de duelo que nos permitan facilitar sus datos. <<

[124] Según le escuché afirmar a Elisabeth Kübler-Ross en una conferencia, el 80 por ciento de los padres que pasan por el trance de tener que enterrar a un hijo pequeño, acaban divorciándose entre dos y tres años después del fallecimiento. Un altísimo porcentaje que otros autores rebajan hasta el 50 por ciento. <<

[125] Pudiendo llegar a convertirse en una especie de fantasma o alma en pena detenido en el tiempo, que deambula por la casa ocupándose fundamentalmente de las cosas del hijo muerto, tratándolas como si fuese a regresar en un rato, y cuidando su habitación como si fuese un santuario (que es lo que en realidad representa); la inmersión en ese mundo de recuerdos y fantasías —no estamos hablando aquí de «locura» sino de un duelo patológico— acaba por hacerle cortar los lazos de relación y comunicación habituales con su pareja y, en algunos casos, también con gran parte del mundo exterior. <<

[126] Debe tenerse presente, también, que cuando el deterioro de la relación de pareja era ya importante antes de la muerte del hijo, difícilmente podrá ésta mantenerse unida después, dado que la crisis desatada hará imposible seguir fingiendo una relación que ya estaba sentenciada. <<

[127] Merecen ser destacados: Kübler-Ross, E. (1992). *Los niños y la muerte*. Barcelona: Luciérnaga [el texto original inglés fue publicado en 1983]; y Gómez Sancho, M. (1998). *Cómo dar las malas noticias en medicina*. Madrid: Arán Ediciones. <<

[128] En el sitio web de este autor (<http://www.pepe-rodriguez.com>), en la sección temática dedicada a la muerte, se mantiene un listado con los datos de entidades relacionadas con el apoyo y asesoramiento en torno a la muerte. <<

[129] Diferentes estudios muestran que en las familias donde hay un progenitor afectado con cáncer, los niños, entre un 30 y un 40% de los casos, presentan alteraciones emocionales de diferente consideración. Son comunes las pesadillas nocturnas, enuresis (micción involuntaria en la cama) y/o encopresis (incontinencia fecal), aislamiento, dependencia desmedida del progenitor no enfermo, pérdida de rendimiento escolar, etc. Esas investigaciones sugieren también que cuando los padres tienen dificultades para adaptarse a la nueva situación, los hijos padecen problemas en mayor medida. <<

[130] La banalización de la muerte en televisión, particularmente con las películas de «ángeles», aporta pautas a imitar —tal como ya se apuntó en la introducción, todos los ángeles de Hollywood fueron personas que sufrieron algún accidente mortal (atropello, caída, etc.), en el que no hubo dolor, y pasaron a ser felices y a divertirse mucho— que pueden ser adoptadas por algún menor muy afectado por una pérdida. De hecho ya se conocen bastantes casos de suicidios de menores relacionados con su anhelo de «subir al cielo con...». <<

[131] *Cfr.* Buckman, R. (1988). *I do not know what to say*. Toronto: Key Porter Books, pp. 156-172. <<

[132] Sucede con frecuencia que un menor, tras la muerte del progenitor de su mismo sexo, trate de asumir el rol que éste desarrollaba en la familia. Este comportamiento puede suavizar inicialmente el sentimiento de pérdida, pero acaba siendo nefasto ya que impide el normal proceso de maduración, y el logro de su independencia, al niño o niña que se vea atrapado en esta dinámica. Cuando se detecta este comportamiento, es recomendable recabar la intervención de un terapeuta familiar. <<

[133] *Cfr.* Fonnegra de Jaramillo, I. (1989). *Los niños y el tema de la muerte*. Bogotá: Fundación Omega. <<

[134] La tasa de incidencia de la depresión mayor entre la población infantil se estima en un 0,3% de los niños en edad preescolar, un 1,9% de los de edad escolar, y un 4,9% de los adolescentes entre 14 y 16 años, mientras que diferentes estudios entre enfermos pediátricos crónicos (cáncer y patologías neurológicas) arrojan tasas de depresión mayor, de entre el 17 y el 40%. <<

[135] La regresión es un mecanismo de defensa del «yo» consistente en el retorno a una fase anterior del desarrollo ante situaciones que generan estrés o ansiedad. <<

[136] Por cierto, jamás he comprendido la razón teológica, o cualquier otra, por la que puede ser considerado «voluntad de Dios» morir de un cáncer, atropellado por un tren, ahogado con una espina de pescado, reventado en un atentado terrorista, en accidente laboral por caída de lo alto de un andamio... y no puede serio suicidarse dejándose caer, por ejemplo, desde el andamio antes citado. <<

[137] *Cfr.* Santa Sede (1992). *Catecismo de la Iglesia Católica*. Madrid: Asociación de Editores del Catecismo, párrafo 2283, p. 502. <<

[138] *Cfr.* Dunne, E. J., McIntosh, J. L. y Dunne-Maxim, K. (1987). *Suicide and its aftermath. Understanding and counseling the survivors*. Nueva York: Norton. <<

[139] Sarró, B. y De la Cruz, C. (1991). *Los suicidios*. Barcelona: Martínez Roca, p. 99. <<

[140] Esta afirmación, obviamente, no es compartida por todas las religiones y *expertos* que *explican* qué sucede tras la muerte. Cada uno es muy libre de imaginar y creer cuanto se le antoje, así como también de confundir las manifestaciones de las reacciones puramente fisiológicas y bioquímicas características de las llamadas ECM (Experiencias Cercanas a la Muerte) —que trataremos en el capítulo 14— con lo que sucede en el hipotético *más allá*, pero lo obvio es que tras la extinción cesa toda posibilidad de comunicación (dicho sea con el permiso de los locuaces contactos de espiritistas, sanadores y videntes, y también de los no menos habladores seres divinos diversos que gustan de transmitir mensajes que, curiosamente, en su fondo y forma jamás superan la cualificación intelectual de quienes dicen recibidos, y están siempre limitados por las creencias del momento y entorno social del *vidente*). <<

[¹⁴¹] En la mitología griega, Caronte, hijo del Erebo y la Noche, tenía por oficio pasar a la otra parte de la Estigia y del Aqueronte, en una barca estrecha y miserable, a las sombras de los muertos, pero sólo las de aquellos que habían recibido sepultura y le pagaban entre uno y tres óbolos por el pasaje. <<

[¹⁴²] *Cfr.* Epicuro. *Carta a Meneceo*. Citado por Castañares, W. y González Quirós, J. L. (1993). *Diccionario de citas*. Madrid: Nóesis, pp. 134-135. <<

[143] Ver al respecto lo dicho en el capítulo 4. <<

[144] En la base de todos los comportamientos adictivos, ya sean mediatizados por el consumo de sustancias (alcohol, tabaco, fármacos, drogas ilegales, etc.) y/o por el consumo de conductas (adicción al juego, a la comida, a compras, a sectas, al sexo, a Internet, etc.), subyace la dificultad de un sujeto para poder controlar emocionalmente el elevado estrés, la ansiedad, que genera su incapacidad para poder afrontar y resolver una amplia gama de situaciones cotidianas problemáticas que el resto enfrentamos y solucionamos de muy diferentes maneras. Para una información amplia sobre los mecanismos comunes a todas las adicciones y la función de éstas como reductoras de ansiedad, puede consultarse Rodríguez, P. (2000). *Adicción a sectas (Pautas para el análisis, prevención y tratamiento)*, Barcelona: Ediciones B, pp. 47-97. Una información básica más reducida puede encontrarse también en el sitio web de este autor (<http://www.pepe-rodriguez.com>). <<

[145] Dicen los judíos liberales, respecto a las donaciones de órganos para trasplantes, que no hay mayor respeto por los muertos (*K'vod Hamet*) que el de facilitarles que puedan sanar a los vivos. <<

[146] Salvo en el caso de extranjeros, circunstancia en la que habitualmente se permite disponer de todo el tiempo que sea preciso para realizar los trámites burocráticos para la repatriación del cuerpo —que, eso sí, debe ser embalsamado y depositado en un doble ataúd especial—, algo que, en cualquier caso, se resuelve en pocos días. Cuando el fallecido es incinerado, no hay restricción ninguna para poder viajar con la urna que contiene sus cenizas. <<

[147] En el sentido de muerte intempestiva que categorizó Weisman y que ya describimos en el apartado que se ocupa del duelo en el capítulo 8. <<

[148] Entre los principales marcos legislativos españoles que regulan los derechos de los consumidores y usuarios de servicios funerarios destacaremos los siguientes: Ley 26/1984, de 19 de julio; para la Defensa de los Consumidores y Usuarios. Ley 3/1995, de 9 de marzo; de Presidencia de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha· Estatuto del Consumidor de Castilla-La Mancha. Ley 4/1996, de 14 de junio; de Presidencia de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; Estatuto de los Consumidores y Usuarios. Ley 2/1997, de 3 de abril, del Parlamento de Cataluña; Normas reguladoras de servicios funerarios: Decreto 88/1997, de 1 de agosto; de Cantabria; Derechos de los adquirentes de servicios funerarios. Decreto 1/1998, de 2 de enero; de la Consejería de Sanidad y Consumo; Derecho a la información de los consumidores y usuarios sobre los servicios mortuorios y funerarios. Ley 1/1998, de 10 de marzo; de Presidencia de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares; Estatuto de los consumidores y usuarios. Ley 7/1998, de 13 de abril, sobre Condiciones generales de la Contratación. Decreto 79/1998, de 16 de abril; de la Consejería de Industria, Comercio y Turismo de la Comunidad de Castilla y León; Derecho a la información y derechos económicos de los usuarios de servicios funerarios. Ley 6/1998, de 15 de mayo; de Presidencia de la Diputación Regional de Cantabria; Estatuto del consumidor y usuario. Ley 11/1998, de 5 de diciembre; de Presidencia de la Junta de Castilla y León; Defensa de los Consumidores y Usuarios. En el sitio web <http://www.funerarias.org> puede encontrarse, ordenada por diferentes conceptos, la legislación española que regula la actividad del sector funerario. <<

[149] Reproducimos aquí los que regula, en su artículo tercero, la Ley 2/1997, de 3 de abril, sobre servicios funerarios, legislada por el Parlamento de Cataluña [Cfr. *Diario Oficial de la Generalidad de Cataluña*, número 2370, de 14 de abril de 1997]. El texto completo de ésta y otras legislaciones específicas puede encontrarse en el web de este autor, <http://www.pepe-rodriguez.com>, o en otras webs especializadas en legislación. <<

[150] *Ibíd.*, artículo cuarto. <<

[151] En muchos países, el listado actualizado de cada empresa funeraria debe poderse consultar en el departamento' correspondiente de la alcaldía local, una posibilidad que debería proteger al usuario de la presión de los comerciales a sueldo de las funerarias. En caso de negarse el acceso establecido por ley a este listado, resulta aconsejable presentar denuncia contra el Ayuntamiento y la empresa funeraria correspondientes, tanto ante la policía como ante el organismo oficial encargado de controlar el cumplimiento de los derechos de usuarios y consumidores. <<

[152] El ataúd suele ser el artículo funerario más caro y presenta una amplísima variación en precios y modelos; por lo general, se venden por su apariencia y se fabrican en materiales como madera —de diferentes calidades—, metal, fibra de vidrio, plástico y cartón (modelo ecológico). El ataúd y la esquila —habitualmente publicada en el diario local de más tirada— suelen representar la mitad de un presupuesto normal de servicios funerarios. El alquiler del coche fúnebre puede representar otro gasto elevado si el desplazamiento es importante, o se sale del área municipal de cada funeraria, máxime si no hay un sistema común de tarifación homologado y la factura se calcula en función del tiempo que demore el servicio, según el recorrido, o por ambos conceptos a la vez. <<

[153] Entre los servicios o productos innecesarios, abusivos o engañosos, que las empresas funerarias colocan más habitualmente a sus clientes desprevenidos, destacan: comprar lujosos ataúdes, de gran calidad de diseño, material, resistencia y «prestaciones», cuando el cadáver va a ser incinerado —abuso que también es común tras presionar y culpabilizar a clientes en estado de crisis a los que se hace gastar muchísimo más dinero de lo que podían y necesitaban para inhumar a su pariente—; embalsamar un cuerpo que va a incinerarse, o cuyo funeral no será con el cuerpo presente; contratar limusinas u otros vehículos que están muy por encima de las posibilidades económicas reales del cliente; o adquirir una cantidad excesiva de adornos florales y otros servicios accesorios. <<

[154] También cabe recomendar esta planificación previa respecto u los documentos que se necesitarán después del deceso, tales como tarjeta de la Seguridad Social, pólizas de seguros —de vida, hipotecario, laboral, de accidente, asociado al uso de tarjetas de crédito, etc.—, testamento, documentos que acrediten el parentesco de los herederos y/o beneficiarios, listado de propiedades y cuentas bancarias, certificado de defunción (necesario para todos y cada uno de los trámites a realizar; su precio es mucho menor si se solicitan copias múltiples, eso es tantas como asuntos a tramitar). Recabar el asesoramiento de un experto en el ámbito fiscal y legal puede agilizar muchas cuestiones y evitar problemas. <<

[155] Es más que probable que la primera llamada pille desprevenidos a los familiares, pero para las siguientes, que sin duda llegarán, puede disponerse de una grabadora conectada al teléfono a fin de obtener pruebas de la conversación. No debe entregarse jamás una grabación de este tipo junto a la denuncia (se pierden a menudo), sólo debe informarse que se dispone de esa prueba, y siempre hay que quedarse con una copia de la grabación cuando finalmente se aporte al abogado o al juzgado. <<

[156] En algunos hospitales españoles, esos comerciales de funerarias incluso proponen a los familiares que el centro hospitalario puede pagar los gastos de traslado y entierro a cambio de que el fallecido done sus órganos. Aunque el Real Decreto que regula la donación y trasplante de órganos explicita en su artículo octavo que «No se podrá percibir gratificación alguna por la donación de órganos humanos por el donante ni por cualquier otra persona física o jurídica», esta práctica es frecuente, conocida y aceptada por el sistema sanitario desde hace años —aunque no está regulada con claridad— y los gerentes de hospitales, que abonan directamente la factura a las funerarias, imputan contablemente los alrededor de 2500 euros —que cuesta como promedio el traslado e inhumación de los restos— en el capítulo de «suministros, servicios y bienes corrientes» del balance económico del centro hospitalario. <<

[157] Mientras estaba realizando la última revisión del manuscrito de este libro, se produjo el fallecimiento del admirado genio de la música y admirable persona que fue George Harrison. En su entierro, ese hombre, que dejó una fortuna de varios miles de millones de dólares, nos dio una enorme lección de humildad y de sentido común: su cuerpo fue depositado en un ataúd de cartón prensado e incinerado después. <<

[158] Denominadas en inglés *Near-death experiences* y designadas a menudo por el acrónimo NDE, acuñado en 1975 por Raymond Moody. <<

[159] *Cfr.* Greyson, B. (1998). «The incidence of near-death experiences». *Med Psychiatry* (1), pp. 92-99. <<

[160] Cfr. Heim, A. (1892). «Notizen über den Tod durch Absturz». *Jahrbuch des Schweizer Alpenclub* (27), pp. 327-37. <<

[161] Ver, por ejemplo, Barrett, W (1926). *Death-Bed Visions*. Londres: Methuen; MacMillan, R. L. Y Brown, K. W. G. (1971). «Cardiac arrest remembered». *Can Med Assoc J* (104), pp. 889-890; Dlin, B. M., Stern, M. D. y Poliakoff, S. J. (1974). «Survivors of cardiac arrest: The first few days». *Psychosomatics* (15), pp. 61-67; Osis, K. y Haraldsson, E. (1977). *At the Hour of Death*. Nueva York: Avon. <<

[162] Se entiende por iatrogénico toda alteración del estado de un paciente producida por la actuación de un médico; su sentido más habitual es negativo, haciendo referencia a una mala praxis médica, por eso se habla de «enfermedades iatrogénicas», causadas por actos médicos, negligentes o no, que provocan efectos secundarios indeseables. <<

[163] Al día siguiente del accidente, escribí una especie de poema mediocre pero cargado con las sensaciones de un momento no sólo inolvidable sino que se convirtió en el punto de partida del resto de mi existencia. En la hoja amarillenta que conservo entre mis papeles puede leerse: «Cuando la muerte te enseña su cara, / notas un frío cálido, un dulce placer. / No tienes miedo. Gozas y te dejas atraer. / Revives tu vida pasada, la juzgas impasible, / te sientes liberado, flotas en fino terciopelo. / Es un coito supremo de tu vida con la luz. / Te lanzas a un abismo de sensaciones vivas, / notas, al fondo, la frontera, casi la palpas, / no llegas, la ansías, vas a cruzarla... / Los sentidos se dilatan y estallan, / una explosión de luz tangible te devora, / no sientes nada. Sólo un gran vacío. / ¿Qué ha pasado? / Ya piensas, sientes dolor y te asustas. / Miras pero no ves nada, estás aturdido. / Cuando, por fin, observas a tu alrededor, / la amargura te invade, no razones. / Sólo murmuras un ¡Oh Dios mío! / Esto en un instante eterno, / tan rápido como duradero. / Esto sentí yo ante la muerte». Este texto apunta dos momentos muy marcados dentro de la misma experiencia: uno, el infinito placer que sentí mientras experimentaba la «muerte»; el otro, la sensación profundamente desagradable de verse arrancado de ese *paraíso* para volver a ser consciente de que seguía vivo. <<

[164] Ignoro si eso que denominamos telepatía existe o no, pero de lo que sí puedo dar certeza absoluta es de que en tres ocasiones, a lo largo de los años, me he enterado de la muerte de tres amigos —que no eran íntimos, con los que me veía con poca frecuencia y que vivían a entre 400 y 1600 kilómetros de distancia— percibiendo la emoción de esa despedida de la que acabo de hablar. En un cuarto caso, al despertarme supe que estaba agonizando el padre de una gran amiga —ex novia ya en esos días—, un hombre al que jamás conocí; esa mañana, sin pasar por la ducha siquiera, la llamé y, efectivamente, su padre estaba muriendo en un hospital a casi 800 kilómetros de donde yo me encontraba. Puede ser perfectamente que esos y otros casos parecidos que me han ocurrido sean fruto de la casualidad —aunque de una casualidad que rompe cualquier cálculo de probabilidades—, no tengo el menor interés en afirmar lo contrario, me basta y me sobra con haberlos vivido y los he integrado como hechos normales y corrientes, pero sí quiero destacar que la fuerza emocional que recuerdo haber sentido cuando era yo el que se despedía, concuerda con el tipo de impacto emocional que sentí cuando era otro el que se estaba despidiendo. Nos movemos en el ámbito de percepciones muy subjetivas y nada puede añadirse salvo especulaciones de dudosa utilidad. <<

[165] Una percepción que, como se explicará más adelante, no era mediatizada por la estimulación directa de luz sobre los ojos sino por una anormal estimulación eléctrica del córtex visual. No existía físicamente esa luz, pero la percibía como tal a consecuencia del funcionamiento interno del cerebro. <<

[166] Debe tenerse presente que el correlato de mi experiencia es el fruto de la reconstrucción posterior, realizada automáticamente por el cerebro al volver a recuperar la conciencia, y ello implica, como en cualquier otro caso similar, que las vivencias fueron traducidas por mi sistema de codificación cerebral a elementos coherentes y significativos dentro de mi sistema lingüístico y de comprensión. Así, es más que probable que la luz blanca no inundase mi percepción visual de arriba hacia abajo —es mucho más factible que se expandiese por igual desde el centro y los extremos del campo visual hasta fundirse en un todo blanco—, pero al ser el paso anterior a la aparición de recuerdos en forma de imágenes muy vívidas, resulta lógico, en nuestra cultura actual —aunque no en culturas pasadas o ajenas al invento de la cinematografía—, que se recuerde el conjunto como una pantalla de cine que desciende y sobre la que se proyecta la película de mi vida. <<

[167] Los cúmulos son nubes hinchadas, que se encuentran a menos de 2000 metros de altura, y son grises en su parte inferior y blancas y brillantes en la superior. <<

[168] Insisto en que ese «ser consciente de» se debe a la ya citada codificación y estructuración realizada por mi cerebro para poder convertir un conjunto de experiencias inconexas en un «recuerdo» coherente que las integrase a todas (en el apartado siguiente estudiaremos este mecanismo). Cabe recordar, también, que entonces ignoraba absolutamente la existencia de las ECM y, claro está, desconocía las ahora famosas historias de «túneles». Tampoco creía —ni creo— en la posibilidad de supervivencia post mórtem. <<

[169] Recalco el estar completamente solo ya que es en esta fase de la ECM cuando las personas que pasan por esta experiencia se «encuentran» con familiares y/o amigos ya fallecidos, pero también con «seres celestiales», que les tranquilizan, orientan, asesoran y acompañan hasta el *túnel*, o con «seres de luz» que les confrontan con su propia vida, haciéndoles preguntas, mientras realizan la revisión panorámica de lo vivido. En mi caso, dado que desde muy pequeño he pensado que la vida es sólo responsabilidad de uno mismo y que siempre me he hecho único responsable de mis actos, parece que no necesitaba a tan «elevados seres» para enfrentarme a mi muerte. Veremos más tarde que, en fragmentos de ECM como el que nos ocupa, las creencias y personalidad de quien pasa por la experiencia son fundamentales para rellenar con un tipo de contenidos culturales u otros las percepciones que, de hecho, nacen de una situación fisiológica y bioquímica alterada por el estrés de creerse morir. <<

[170] En esos días no era obligatorio, hoy sí; pero sigo discutiendo la norma que obliga a llevarlo. No cabe la menor duda de que llevarlo abrochado salva muchísimas vidas, pero también condena algunas, la mía hubiese sido una de ellas. En todo caso, pienso que una medida como ésta debería ser muy recomendable, pero no obligatoria en todas las circunstancias. <<

[171] Cfr. Moody, R. A. (1984). *Vida después de la vida*. Madrid: Edaf, pp. 43-109. <<

[172] Se denomina precognición a la presunta capacidad de un sujeto para conocer acontecimientos que todavía no han tenido lugar, mediante la percepción extrasensorial. <<

[173] *Cfr.* Greyson, B. (1985). «A typology of near-death experiences». *American Journal of Psychiatry* (142), pp. 967-969. <<

[174] Greyson apunta, a este respecto, que las personas que han tenido una ECM tienden a verse ellas mismas como parte integrante de un universo benevolente y con propósito en el que la ganancia personal, particularmente si es a expensas de los demás, deja de ser algo relevante [Cfr. Greyson, B. (1998). «Biological aspects of near-death experiences». *Perspect Biol Med* (42), pp. 18]. Esta observación sin embargo, debe contextualizarse dentro del particular pensamiento socioeconómico de las sociedades de cultura predominantemente protestante, en donde la búsqueda descarada del beneficio y el bienestar material como prioridad no está mal vista, algo que sí sucede en las sociedades atemperadas por el catolicismo, mucho más mojigato e hipócrita en este terreno. <<

[175] *Cfr.* Noyes, R. (1980). «Attitude change following near-death experience». *Psychiatry* (43), pp. 234-242. <<

[176] Cfr. Ring, K. (1984). *Heading Toward Omega: In Search of the Meaning of the Near-Death Experience*. Nueva York: Morrow. <<

[177] *Cfr.* Greyson, B. (1992). «Reduced death threat in near-death experiencers». *Death Studies* (16), pp. 533-546. <<

[178] *Cfr.* Greyson, B. (2000, febrero, 5). «Dissociation in people who have near-death experiences: out of their bodies or out of their minds?». *The Lancet* (355), pp. 460-463. <<

[179] De hecho, síntomas disociativos han sido descritos en víctimas de situaciones traumáticas tan dispares como las sufridas por prisioneros de guerra, rehenes en actos violentos o secuestrados. Estudios como los de Spiegel y Cárdena concluyen que entre un 25 y un 50% de quienes sobreviven a alguna experiencia traumática ha experimentado un sentimiento de desapego o percepción disociada que, en casos extremos, puede desencadenar amnesia sobre el suceso traumático o un recuerdo distorsionado del mismo [Cfr. Spiegel, D. y Cárdena, E. (1991). «Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited». *Journal Abnorm Psicol* (100), pp. 366-378]. <<

[180] *Cfr.* Greyson, B. (2000). «Dissociation in people who have near-death experiences: out of their bodies or out of their minds?». *The Lancet* (355), p. 463. <<

[181] *Cfr.* Greyson, B. (1998). «Biological aspects of near-death experiences». *Perspect Biol Med* (42), pp. 14-32. <<

[182] La anoxia es una oxidación insuficiente, mientras que la hipoxia es una anoxia moderada. <<

[183] Whinnery, J. E. (1997). «Psychophysiologic correlates of unconsciousness and near-death experiences». *Journal of Near-Death Studies* (15), pp. 231-258. <<

[184] En las investigaciones de laboratorio sobre los efectos que experimenta el organismo humano bajo fuerzas de gravedad muy elevadas, los pilotos de combate son encerrados en el cubículo del brazo de una potente centrifugadora capaz de girar a tanta velocidad que deja el cerebro del piloto sin sangre y le lleva a perder el conocimiento. La grabación en vídeo de cuanto sucede en la cabina y la medición de los parámetros biológicos del militar permite obtener datos muy esclarecedores. <<

[185] Pensemos, sin embargo, que la revisión de la propia vida, quizá para intentar poner en orden la propia conciencia —un hecho espoleado, sin duda, por la creencia de que la conducta en vida determina las posibilidades del hipotético destino post mórtem, que es una suposición común en todos los grandes sistemas de creencias occidentales y orientales—, no tiene sentido si uno, subjetivamente, no se vivencia inmerso en un real e inevitable proceso de muerte, algo que no ocurre con los pilotos durante sus entrenamientos ya que ellos saben que, aunque pierdan la conciencia por efecto de la gravedad, no pueden morir durante ese trance poco menos que rutinario.

<<

[186] Los críticos radicales de la explicación de algunos efectos de la ECM mediante la hipoxia, suelen argüir que se efectuó una medición en un enfermo mientras estaba inmerso en una ECM y se comprobó que sus parámetros de gases en sangre eran normales. Siendo ello cierto, lo que siempre se omite al citar este caso es que la sangre de ese paciente fue extraída de una arteria femoral y, tal como es sabido, las muestras de sangre periférica no son adecuadas como indicador del volumen de gases que se encuentra en la sangre cortical, eso es en el cerebro. <<

[187] *Cfr.* Carr, D. (1981). «Endorphins at the approach of death». *The Lancet* (14), p. 390; y Carr, D. (1982). «Pathophysiology of stress-induced limbic lobe dysfunction: A Hypothesis relevant to near-death experiences». *Journal of Near-Death Studies* (2), pp. 75.89. <<

[188] *Cfr.* Persinger, M. A. (1994). «Near-death experiences: Determining the neuroanatomical pathways by experiential patterns and simulation in experimental settings». En Bessette, L. (Ed.) (1994). *Healing: Beyond Suffering or Death*. Chabanel (Canadá): Publications MNH. <<

[189] Michael Persinger, en 1989, en la Universidad Laurentian de Ontario, investigó casos espontáneos de fenomenología paranormal y, según sus resultados, sugirió que cuando disminuye la actividad geomagnética terrestre se incrementa el número de experiencias de percepción extrasensorial, una curiosa correlación que este neurólogo atribuyó a la excitación del lóbulo temporal del cerebro, afectado por la variación de actividad geomagnética terrestre. <<

[190] Sustancia química que produce un efecto anestésico no convencional — denominado «estado disociativo»—, en el que la conciencia de quien está bajo su efecto se desconecta de su cuerpo y de la realidad externa (una muy peculiar percepción que suele causar reacciones de temor en quienes, con finalidad de ocio, se inyectan esta droga por primera vez). <<

[191] *Cfr.* Jansen, K. L. R. (1997). «The ketamine model of the near-death experience: A central role for the N-methyl-D-aspartate receptor». *Journal of Near-Death Studies* (16), pp. 5-26. <<

[192] El glutamato es el neurotransmisor excitatorio más importante del cerebro y es, también, de vital importancia para la formación de las conexiones entre neuronas, que son la base del aprendizaje y de la memoria a largo plazo. <<

[193] *Cfr.* Saavedra-Aguilar, J. C. y Gómez-Jería, J. S. (1989). «A neurobiological model for near-death experiences». *Journal of Near-Death Studies* (7), pp. 205-222.

<<

[194] La amígdala, como parte del sistema límbico, es la responsable de dotar de entidad bioquímica a las emociones negativas y tiene una actuación relevante en las respuestas adaptativas a situaciones de estrés a través de la secreción de CRF —factor de liberación corticotropina—, una hormona que, a su vez, libera otra de gran importancia, la hormona adrenocorticotropa (ACTH), en el núcleo paravental del hipotálamo. A la liberación de ACTH le sigue la activación del estado de alerta. Tanto la amígdala como el hipocampo son estructuras cerebrales que desempeñan un papel muy importante en el efecto adictivo de las drogas de abuso [Cfr. Rodríguez, P. (2000). *Adicción a sectas (Pautas para el análisis, prevención y tratamiento)*. Barcelona: Ediciones B, pp. 79-80]. <<

[195] *Cfr.* Blackmore, S. (1993). *Dying to Live: Near-Death Experiences*. Buffalo: Prometheus. <<

[196] La cóclea es una cavidad cónica del oído interno constituida por un conducto espiral dividido por una lámina en dos rampas, vestibular y timpánica. <<

[197] Susan Blackmore comenta el caso de un enfermo de cáncer, de 72 años, al que se administró naloxona y, acto seguido, la placentera ECM que estaba experimentando se transformó en algo horroroso y desesperante, con los seres amistosos que percibía anteriormente convertidos en médicos que le amenazaban. Una plausible explicación para este radical cambio es que la naloxona, como antagonista de la morfina que es, había bloqueado las endorfinas —opiáceos como la morfina, aunque endógenos— que le estaban proporcionando sus percepciones placenteras [Cfr. Blackmore, S. J. (1996). «Near-death experiences». *Journal of The Royal Society of Medicine* (89), p. 74]. <<

[198] Por eso pueden verse con nitidez las cosas pequeñas situadas en el centro del campo visual, pero no las que están situadas en los bordes. <<

[199] A pesar de que soy extremadamente crítico con los denominados «fenómenos parapsicológicos», en mi vida, afortunadamente, he experimentado con absoluta normalidad, y de manera espontánea, muchos episodios curiosos que sólo tendrían sentido aceptando la hipótesis de la percepción extra sensorial. Ignoro cuál sería la explicación correcta de decenas de sucesos personales en los que no viene al caso entrar ahora, pero no tengo la menor intención de posicionarme en ninguno de los radicalismos enfrentados, me trae absolutamente sin cuidado que sean una cosa o la contraria. Sé muy bien dónde está el suelo que piso, y con eso me basta. <<

[200] Idéntica construcción como «recuerdo» tiene la visión de familiares ya fallecidos, «seres espirituales», o «paisajes del otro mundo», tras superar «el túnel» o en cualquier otra fase de la experiencia. Al percibirse uno mismo como muerto, tras rebasar «la frontera», es absolutamente lógico que aflore en forma de imágenes aquello que cada cual se figura que es el más allá y ponga en ese paisaje a sus seres queridos y a algunos personajes que pueblan sus creencias. Esas imágenes fantásticas también pasarán a incorporar el modelo de la «realidad» cuando se recobre la conciencia. <<

[201] A este respecto resulta muy definitorio saber que la revisión de la vida sólo se ha detectado en relatos de ECM sucedidas en los países occidentales o en la India o China —más exactamente en aquellos dominados por concepciones religiosas como la judía, hindú, budista, cristiana o musulmana—, pero no en culturas más primitivas —aborígenes australianos, tribus amazónicas, indios norteamericanos, etc.—, en las que el concepto de clan o grupo prevalece sobre el de individuo. En las culturas donde predomina lo grupal sobre lo individual, el examen de la vida personal no tiene sentido, pero sí lo adquiere, y mucho, en las individualistas, donde, además, el modelo de las religiones dominantes postula una clara confrontación entre lo espiritual y lo material que genera ansiedad y culpabilidad. En las formas religiosas más arcaicas, la diferenciación entre lo que uno es y su mundo externo no está tan marcada, así como tampoco están distantes el mundo físico («real») y el universo mítico; todo lo fundamental para equilibrar las relaciones entre el mundo de los vivos y el post mórtem no está guardado entre los archivos de recuerdos —actos pasados— de la mente individual sino en la colectiva, en el universo animista, así es que la ansiedad por la culpa y la responsabilidad de los actos pertenece a lo que es propio del mundo —en su concepción animista— pero no del sujeto, por lo que no existe la necesidad específica de las grandes culturas occidentales y orientales de confrontar las propias obras en un «juicio» a fin de poder dirimir posibles premios y castigos post mórtem. <<

[202] *Cfr.* Blackmore, S. (1992). «Las experiencias cercanas a la muerte: ¿dentro o fuera del cuerpo?» *El Ojo Escéptico* (4), p. 12. <<

[203] Cuando un autor que ha sido *best-seller* mundial, como lo fue Raymond Moody, tiene que editarse a sí mismo, es señal inequívoca de que está acabado (o eso al menos piensan todos los editores profesionales). Si, además, el título autoeditado parafrasea un refrán popular que bendice el placer de la venganza afirmando que «quien ríe el último ríe mejor», parece adecuado pensar que la trastienda de Moody estaba bien surtida de *cadáveres*, propios y ajenos, que ahora desea exhumar en beneficio propio. <<

[204] *Cfr.* López-Seivane, F. (1997, junio). «Raymond Moody: “No hay evidencia científica de que exista vida después de la vida”». *Más Allá* (100), pp. 50-57. <<

[205] *Ibíd.*, pp. 54. <<

[206] *Ibíd.*, pp. 54. <<

[207] Una hebra de ADN está constituida por nucleótidos —adenina (A), citosina (C), guanina (G) y timina (T)—, cuatro moléculas bastante parecidas, constituidas básicamente por carbono, hidrógeno, nitrógeno, oxígeno y fósforo; y la desoxirribosa —un azúcar— es su espina dorsal. En la hebra de ADN se pegan C-G y A-T, con los nucleótidos por dentro y los azúcares por fuera, formando una doble hélice, la molécula de la vida, que tiene una estructura como una cremallera que, al replicarse, se abre en dos cadenas capaces de reconstruirse emparejando los nucleótidos. El núcleo de cualquier célula eucariota normal contiene alrededor de un metro de ADN (cuando está desplegado, claro, ya que tal longitud es unas cien mil veces mayor que su propio diámetro. Una aparente contradicción que explica perfectamente la matemática fractal, pero que resulta imposible argumentar aquí por falta de espacio; nuestros pulmones —que comprimen un área de alvéolos mayor que un campo de tenis—, o las neuronas cerebrales son otros tantos ejemplos de organización fractal que permite lo imposible: extender en un espacio mínimo una superficie inmensa, biológicamente necesaria para cumplir con su función). <<

[208] Un gen es un fragmento de hebra de ADN que contiene las instrucciones para hacer una proteína, eso es una cadena de aminoácidos, que es la base de nuestra constitución orgánica. El término gen fue propuesto por W. L. Johannsen, en 1909, a fin de sustituir el concepto de pangene con el que Hugo de Vries designaba a los factores hereditarios. Un año después, 1910, Thomas H. Morgan estableció la relación entre cromosomas y genes. <<

[209] Se entiende por genoma al conjunto de genes característicos de cada especie. El genoma, responsable de la variedad entre las especies, dirige el desarrollo de todo organismo vivo desde su inicio como óvulo fecundado hasta que completa su proceso adulto. Todas y cada una de las células de un organismo contienen completo el genoma de su especie, y la razón de sus evidentes diferencias radica en que cada una, según su función, tiene activados unos genes concretos y desactivados otros. <<

[210] Las moléculas de ADN conforman una especie de rosario en el que cada cuenta es un compuesto químico denominado base o nucleótido. Los cuatro tipos de nucleótidos —adenina (A), citosina (C), guanina (G) y timina (T)— se representan por sus letras A, C, G y T agrupadas en múltiples combinaciones que vienen a expresar el lenguaje de la vida. La información genética está contenida en el orden exacto, eso es en una secuencia, de los nucleótidos a lo largo del ADN, de forma similar a un texto literario cuyo sentido depende del orden de letras, palabras y frases. Secuenciar, por tanto, significa determinar el orden de los nucleótidos que conforman los 3120 millones de datos —letras A, C, G y T— de nuestro mapa genético (texto completo de la vida, que debe ser descifrado fragmento a fragmento para que pueda tener utilidad científica, algo que todavía estamos lejos de conseguir en su totalidad).

<<

[211] Aparentemente, el papa Wojtyla no debe estar de acuerdo con esta crítica ya que, según la indiscreción privada de un responsable del monasterio cisterciense de Valdedios, sito en Villaviciosa (Asturias), el pontífice consume unas píldoras de efecto presuntamente rejuvenecedor que se han desarrollado y se fabrican, con apoyo vaticano, en el sofisticado laboratorio que ocupa una parte del monasterio. <<

[212] La esperanza de vida al nacer en la Unión Europea es de 77,75 años (80,9 las mujeres y 74,6 los hombres). En España es de 78,9 (82,5 las mujeres y 75,3 los hombres); las españolas son las mujeres más longevas de la Unión Europea —mientras que las menos longevas son las italianas (75,5)— y los hombres ocupan el cuarto puesto de la UE —los más longevos son los suecos (77,1) y los menos los irlandeses (73,5)— [Fuente: Consejo de Europa y Eurostat]. En Estados Unidos la esperanza de vida al nacer es de 76,9 (79,7 las mujeres y 74,1 los hombres). En los principales países de Latinoamérica, la esperanza de vida al nacer es la siguiente: Argentina (población total: 74,1; hombres: 70,6; mujeres: 77,7). Bolivia (63,6; 61,9; 65,3). Brasil (69,3; 65,5; 73,3). Chile (76,0; 73,0; 79,0). Colombia (72,2; 69,2; 75,3). Costa Rica (77,3; 75,0; 79,7). Cuba (76,7; 74,8; 78,7). Ecuador (70,8; 68,3; 73,5). El Salvador (70,6; 67,7; 73,7). Guatemala (65,9; 63,0; 68,9). Honduras (71,0; 68,6; 73,4). México (73,4; 70,4; 76,4). Nicaragua (69,7; 67,3; 72,2). Panamá (74,9; 72,6; 77,3). Paraguay (70,8; 68,6; 73,1). Perú (69,8; 67,3; 72,4). República Dominicana (72,3; 70,2; 74,5). Uruguay (75,2; 71,6; 78,9). Venezuela (73,7; 70,9; 76,7). [Fuentes: CELADE, *Boletín Demográfico* n° 67 y *United Nations, World Population Prospects The 1998 Revision*]. La media de la esperanza de vida al nacer en algunos países representativos de Asia es: Afganistán (45). Bangladesh (58). Birmania (60). Camboya (53). China (71). Carea del Sur (72). Filipinas (67). Hong Kong (79). La India (62). Indonesia (65). Japón (80). Laos (53). Malasia (72). Mongolia (65). Nepal (57). Pakistán (63). Singapur (77). Sri Lanka (73). Taiwán (75). Tailandia (69). Vietnam (68) [Fuentes varias]. En resumen, la Organización de Naciones Unidas estima que hacia el año 2025 la esperanza de vida al nacer será, como promedio mundial, de 76 años las mujeres y 71 los hombres; y más concretamente, en los países desarrollados se llegará a un promedio de 82/76 años (mujer/hombre), en los países en vías de desarrollo se alcanzará los 74/70 años, y en los menos desarrollados —que ahora están por los 51/49 años— se subirá hasta los 67/64 años. <<

[213] Investigadores e hipótesis científicas andan divididos acerca de las posibilidades de lograr, a corto y medio plazo, evitar el deterioro derivado de la vejez y alargar la vida. La hipótesis que sostiene que el envejecimiento del organismo se debe al envejecimiento de las células y, por ello, resulta prácticamente irreversible, se enfrenta a una más optimista que postula que el envejecimiento está controlado por los genes y, por ello, podrá llegar a frenarse. <<

[214] Sin embargo, su colega Thomas E. Johnson, biólogo de la Universidad de Colorado —y descubridor de que la modificación de algunos genes puede alargar o acortar, incluso espectacularmente, la vida del gusano nema todo transparente *Caenorhabditis elegans*—, afirma que la investigación del genoma humano permitirá lograr drogas antienviejecimiento en un plazo relativamente corto, aunque el trabajo sea muy complejo por estar implicados no menos de sesenta genes en el proceso de envejecimiento. <<

[215] Aunque no cabe hablar de «probabilidad» en los casos en que la enfermedad es consecuencia directa de la carencia de un gen concreto o de una mutación del mismo, tal como sucede, por ejemplo, en las enfermedades hereditarias, en las que la presencia de la anomalía genérica basta por sí sola para desencadenar la patología. <<

[216] Esa misma probabilidad puede extenderse a regiones o etnias enteras, permitiendo actuar sobre amplios grupos de población a fin de corregir su predisposición a una determinada enfermedad, o incrementar sus bajas defensas para poder defenderse de aquello que la desencadena. <<

[217] Un clon es un organismo idéntico, en genotipo y fenotipo, a otro, sin importar que éste sea o no su progenitor. La clonación es habitual entre los microorganismos, no es infrecuente entre los vegetales, resulta esporádica en animales y rara en mamíferos, aunque ahí está el caso de los gemelos para afirmar su posibilidad absolutamente natural, sin manipulación genética alguna. Hay diversas técnicas de clonación. La más antigua se basa en la fisión embrionaria, en provocar la división de un embrión de pocas células para que cada una de sus partes resultantes origine un adulto completo. Una variante de ésta, la clonación a partir de células embrionarias, aprovecha la capacidad de reprogramación celular para separar cada una de las células que componen un embrión y obligarlas a desarrollarse en cultivos individuales. La técnica más reciente, la que originó la famosa oveja Dolly en 1996, llega a la clonación a partir de células adultas, eso es desprogramando una célula adulta —ya diferenciada—, mediante transferencia nuclear, para forzarla a comenzar un nuevo ciclo de vida que se complete en un nuevo ser idéntico al adulto del que se extrajo la primera célula. Es bien conocido que los padres de Dolly fueron una célula adulta procedente de la ubre de una oveja de 6 años y el óvulo aportado por otro animal adulto. Hoy, la clonación se admite en animales y plantas, con fines agropecuarios y médicos, e incluso para poder preservar especies en riesgo de extinción, pero la mayoría de los ciudadanos la rechaza con respecto a humanos. <<

[218] La Organización Mundial de la Salud, en el año 2000, creó un nuevo indicador —el DALE (*Disability Adjusted Life Expectancy*)— que resta los años en que se está enfermo del total de la esperanza de vida a fin de obtener el número de años pasados «con buena salud» (entendiendo por tal a las personas que no tienen problemas de movilidad, de visión, de oído, no sufren dolores, no están estresadas ni ansiosas ni padecen trastornos mentales). Dentro de un listado de 191 países, España ocupa el quinto puesto en cuanto a la «esperanza de vida sana», con un promedio de años vividos con buena salud de 72,8 años (75,7 las mujeres y 69,8 los hombres) —mientras que ocupa el décimo lugar mundial en cuanto a la esperanza de vida en el momento del nacimiento (con 78,9 años)—. Los países con mayor «esperanza de vida sana» son Japón (74,5 años) y Australia (73,2 años), debido a que sus habitantes sufren pocas enfermedades cardíacas, consumen pocas grasas animales y tienen escasos cánceres causados por el tabaco. Estados Unidos ocupa el puesto 24 de la lista (70,0 años); «en general —afirmó la OMS— un americano muere antes y pasa más tiempo enfermo o inválido que cualquier persona de otro país industrializado».

<<

[219] Al margen de lo que venimos afirmando del genoma humano, debe tenerse en cuenta el uso que puede hacerse del llamado ADN no codificante, que es un fragmento de la molécula de ADN que no contiene genes pero es diferente en cada individuo, permitiendo su identificación absoluta. Esta huella de identidad genética, hoy usada por las policías científicas y forenses de muchos países, puede almacenarse en bancos de datos públicos —con riesgo de acceso privado, aunque estén protegidos— y no está bien legislado ni regulado su empleo, ni las personas que tienen obligación de acceder al archivo de sus datos genéricos privados para usos policiales.

<<

[220] Las legislaciones a este respecto varían y, claro, la norteamericana, que es la que concentra a la práctica totalidad de las multinacionales que comercian con los genes, es mucho más permisiva que las europeas. El Convenio Europeo de Patentes prohíbe patentar genes humanos, aunque se conozca su función orgánica, y sólo permite que lo sea el descubrimiento o técnica que le implique, eso es, la estrategia terapéutica o farmacológica específica que incluya el uso de un determinado gen. <<

[²²¹] *Cfr. Estado de la Población Mundial, 1998*, publicado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Otros expertos, según un trabajo publicado en la revista *Nature*, en agosto de 2001, afirman que los 9000 millones de humanos no se alcanzarán hasta el año 2075. <<

[222] De hecho, este relato (*Gén* 25 a 36), con lenguaje metafórico, describe un proceso real, el declive del modo de supervivencia de los colectivos cazadores (modelo de vida de Esaú), que expolían sin crear recursos, ante el auge del modo de producción agrícola y ganadera (representado por Jacob), que genera recursos nuevos para poder subsistir y que se impuso en el pueblo hebreo y, obviamente, en cualquier otra cultura del mundo que haya evolucionado desde la etapa cazadora a la agricultora en medio de un entorno natural cambiante y con recursos limitados. <<