

Una noche el biper sonó y me desperté llorando, porque sabía que era el momento de irme. Cuando llegué al hospital me canalizaron y me prepararon para la cirugía; me introdujeron una sonda por la nariz, pero no la aguantaba. Tenía ganas de arrancármela. Esperé aproximadamente tres horas a que llegara el órgano y, finalmente, dijeron que no estaba bien para mí. Todo fue una falsa alarma. Quién sabe cuántas más serían y cuánto tiempo más esperaría.

Transcurrieron 15 días y volvió a sonar el biper. Regresamos al hospital con miedo y, al mismo tiempo, con la esperanza de que ese día me operaran. Inmediatamente, mi papá tomó un vuelo a Dallas. Era el 14 de marzo de 1995. Como la anterior ocasión me prepararon, sólo que esta vez no dejé que me pusieran la sonda. Preferí tomar un galón de agua salada para lavarme el estómago. Las enfermeras decían que no iba a aguantarlo, que lo devolvería, pero me lo propuse y tomé no sólo uno, sino un galón y medio.

Pocos minutos antes de la intervención mis papás y yo platicamos acerca de la cirugía, aunque yo no quería conocer nada acerca de ella porque tenía mucho miedo. Una de las cosas que debía saber era que no iba a poder hablar después de la operación: tendría que escribir para comunicarme. De camino a la sala de operaciones le dije a mi mamá: “¿Y si ya no te vuelvo a ver?” A las dos se nos llenaron los ojos de lágrimas.

Me llevaron a una enorme habitación con gigantescas lámparas y muchos doctores y enfermeras; después de eso sólo recuerdo que un doctor me pidió que cerrara los ojos y me dormí. Mis papás esperaban afuera; cada hora las enfermeras les informaban lo que habían hecho en los últimos minutos. Por la misma dificultad de la intervención la recuperación era otro paso difícil, pues cualquier complicación sería muy peligrosa

La anestesia duró mucho. Recuerdo que cuando abrí los ojos mi papá estaba junto a mí. Más tranquila, volví a dormir. No podía hablar, porque tenía un tubo en la boca que llegaba hasta el estómago; ni escribir, pues tenía colocados muchos sueros, tantos que era difícil mover las manos para comunicarme a señas. También recuerdo que me dolió muchísimo la herida, la cual se parecía al símbolo de la Mercedes Benz. La cicatriz abarcaba lo largo y ancho de mi estómago y tenía aproximadamente 45 grapas.

El primer día que estuve consciente me ayudaron a caminar. Todavía tengo presente que era muy difícil: apenas pude dar un paso, pues casi no sentía las piernas. Era muy doloroso: mientras estuve en terapia intensiva me tenían que cargar para cambiar las sábanas de la cama. Todo fue diferente cuando me pasaron a mi habitación. Me sentía mucho mejor, aunque tenía que moverme en silla de ruedas. Las enfermeras estaban sorprendidas por mi rápida recuperación.

Nunca en la vida voy a olvidar todo lo que sucedió.

En la actualidad tengo 13 años 8 meses y casi 4 años de haber sido trasplantada. Llevo una vida muy normal y nadie me molesta, porque ya no tengo los ojos amarillos. Cada año me realizo exámenes en Dallas y afortunadamente todo está muy bien. Sólo tomo, de por vida, una medicina que es muy cara: cada frasco tiene un costo de 300 dólares y me dura aproximadamente un mes. Pero gracias a eso, y al esfuerzo de mis padres, estoy viva.

Volví a nacer.

Por eso yo le llamo a este texto “Una nueva oportunidad de vida”.

## **El ser ante la muerte**

## **Bernardo Tanur Tatz**

La soledad nos dice el doctor Bernardo Tanur- es el mal de nuestra era, causa y consecuencia del frágil equilibrio de la psique humana. Sus manifestaciones inciden en el ejercicio de una medicina honesta y profesional. Esta es la segunda de dos partes de un ensayo del doctor Tanur Tatz respecto a la soledad y a la muerte. La primera parte se publicó en nuestro número anterior.

El doctor Bernardo Tanur Tatz es presidente del cuerpo médico del Centro Médico ABC y presidente de la Academia de Ciencias Médicas del Instituto Mexicano de Cultura.

En la inmensa mayoría de los seres humanos, el proyecto principal en la vida es prolongarla y, mientras se viva, hacerlo con la mayor y mejor calidad posible. Con toda seguridad, la auténtica labor del científico ha sido y será cumplir con este objetivo.

Es interesante tener como cartabón y ejemplo la historia natural de un individuo que transita por la vida sanamente; aquél que tiene una buena historia familiar sin enfermedades específicas —como diabetes, hipertensión, obesidad, algunos tipos de cáncer u otras entidades menos comunes— en sus parientes cercanos y que en su desarrollo fetal no sufrió enfermedades hereditarias de tipo congénito.

Su madre fue lo suficientemente cuidadosa para evitar hábitos como tabaco, alcohol y drogas; no se contaminó con padecimientos virales que hubieran podido dar al traste con el desarrollo adecuado del producto; evitó durante su embarazo medicamentos nocivos que alteraran la salud física y mental del feto; eliminó al máximo posible situaciones agresivas para el bebé, como excesos tensionales y procedimientos violentos y, cuando nació, procuró ofrecerle a su hijo los cuidados naturales, desde los aspectos de ternura y cariño, hasta los de nutrición y protección de los estragos del medio ambiente.

Si este ser viviente procura desde entonces desarrollarse, en su niñez —con la invaluable ayuda de quienes lo rodean— y durante su adolescencia, juventud, edad adulta y vejez —ya con sus propios medios— con hábitos adecuados de ejercicio, sana relajación, evitando noxas como tabaco, alcohol y drogas y con un desarrollo mental equilibrado, podrá inclusive ser responsable de reiniciar el ciclo practicando la reproducción.

Este relato podrá parecer utópico, teórico y evidentemente programático; sin embargo, hay innumerables personas que pueden presumir de ello, advirtiendo excelencia en su salud: la obtención de un equilibrio psíquico y biológico adecuado. No obstante, múltiples aspectos pueden ser la causa de destrucción de esta envidiable evolución, como los grandes problemas sociales y ambientales producto de incapacidades, irresponsabilidades e interminables corrupciones.

Yo no creo en las perfecciones y en llegar de lleno a la excelencia, pero sí en hacer el esfuerzo de obtener, por medio de un equilibrio correcto y permanente, estabilidad y alternada felicidad. Ésta se siente cada vez con mayor permanencia cuando se llega a un profundo conocimiento de uno mismo, que origina la tranquilidad interior necesaria para disfrutar una verdadera y buena calidad de vida. Lo paradójico, y a la vez verdadero, es que no se puede llegar a esa meta sin observar, palpar y sentir el equilibrio y la tranquilidad de los demás.

Al parecer, ésta ha sido una fórmula simple y, por supuesto, repetitiva, a lo largo de las centurias. El tiempo ha demostrado que si no existe esa voluntad de compartir, se originan siempre luchas fratricidas que sólo provocan permanentes odios, violencia y muerte. Bajo estos conceptos, la prevención —entendida como el evitar precozmente una entidad morbosa física y mental— adquiere una dimensión enorme a la que la humanidad, a pesar de los grandes avances, no ha podido tener acceso.

En nuestra tarea diaria como médicos, generalmente nos limitamos a orientar al paciente con respecto a su estado físico —su peso, presión arterial, historia clínica, examen físico, situación nutricional, etcétera— y por falta de tiempo o de conocimientos no nos adentramos en su problemática existencial integral, dejando amplias lagunas en lo que se refiere a la prevención de acontecimientos futuros.

Esta tarea se hace más complicada por el ritmo de vida que las circunstancias nos imponen. Paradójicamente, el avance desorbitado de la ciencia en general y, en particular, de la ciencia médica —con las crecientes facilidades que poseen los centros de investigación del primer mundo— cambia frecuentemente de orientación. De esta manera, confunde y desvía, en muchas ocasiones, al público que se afana en seguir indicaciones para vivir mejor.

De lo que sí estamos plenamente seguros es que sin lucha y convicción en este sentido no llegaremos a nada. Nunca será suficiente hablar o escribir acerca de la trascendente relación del médico con su paciente. Por ello, es imposible soslayar la necesidad de que el médico esté al tanto de los adelantos de la ciencia moderna. Así podrá cubrir al máximo el reto de la ignorancia, factor fundamental en el manejo moderno y alopático del paciente.

Esto no disculpa la falta de conocimientos que los médicos naturistas, tradicionalistas y empíricos tienen, de acuerdo con sus limitaciones. Sin embargo,

con que brindaran un trato especial a su enfermo —utilizando buen humor, una simple sonrisa, una profunda comprensión y algo de ternura—podrían suplir, con naturales peligros, su probable ignorancia, para obtener el alivio del paciente.

*... por falta de tiempo o de conocimientos no nos adentramos en su problemática existencial integral, dejando amplias lagunas en lo que se refiere a la prevención de acontecimientos futuros.*

El arte no sólo de tratar, sino de comprender al enfermo, no tiene límites. Aunque poseamos una amplísima experiencia, sobre todo en la profesión médica, todos los días aprendemos algo nuevo tanto en el terren o académico como en el humano.

Esto se refleja en una carta inédita del intelectual, escritor y político Jaime Torres Bodet en torno a sus sentimientos y reflexiones al enterarse de su inminente fallecimiento. No todos tienen la amplísima cultura de que gozó Torres Bodet para poder expresar con sensibilidad los pensamientos de una persona que se enfrenta a la muerte. Por esta razón, es de particular importancia transmitir el sentido de su texto como una lección para nosotros los médicos y para todos en general, ya que —con plena seguridad—podemos sentir lo mismo sin poder compartirlo o divulgarlo.

Es notable cómo Torres Bodet observa y analiza la actitud del médico que le transmitió la infausta noticia. No sabe cómo perdonarle la serenidad con la que le comunicó el diagnóstico de la enfermedad que se lo llevaría de este universo, pero acepta que al final el facultativo lo conforta, y compara la comunicación que se establece entre ellos con la de un gran violinista que no vacila en añadir a una marcha fúnebre —en calidad de encore—algún trozo alegre, rápido y melodioso. Un

minueto de Mozart, por ejemplo.

Luego de conocer su trágico sino, Torres Bodet acepta quedarse solo con su angustia y decide, guiado por su propia responsabilidad, ocultar su padecimiento a sus seres queridos. Se da cuenta, aunque sin aceptarlo interiormente, de que siente un profundo amor por su existencia, y el hecho de abandonarla le produce desconcierto.

Medita sobre alguno de sus libros, en donde escribe que, en esencia, se vive y se muere solo. La diferencia estriba en que mientras vivimos hay seres que nos odian, aman, envidian o desprecian, y quien va a morir está más allá de todo, incluso del desprecio. ¿Qué valen, sobre un cadáver, las condecoraciones o los insultos?

Luego, mientras escribe, muestra una envidia sana por todos aquellos que, creyéndose eternos, tienen proyectos, fuerza y salud; ejercen la amistad y la sonrisa, hablan de asuntos sin importancia y están alejados, pues, de la condena de muerte.

Mientras la salud nos engaña, ignoremos lo riguroso de semejante condena. Vivir constituye un acto de magnífico egoísmo. Al saber con certeza nuestro final, se nos revela de un golpe lo absurdo de haber vivido como vivimos. Ahí está lo escrito por Borges en la famosa alegoría de sus 85 años, acerca de lo que hubiera realizado de dársele una nueva oportunidad. El escritor argentino escucha luego —con fervor sin precedente, emocionado y agradecido— el canto de un pájaro, y se tranquiliza pensando que, como ese bello y pequeño animal, vivió también saludando a la vida como si fuera un fragmento de eternidad.

Somos, apenas, gotas de un río inmenso. La única ley positiva de la existencia es la de no atar el destino del mundo a la dimensión de lo individual. Gibrán Jalil Gibrán dijo: “Ignoro la verdad absoluta, pero soy humilde en mi ignorancia, y en ello residen mi honor y mi recompensa”. Cuánto nos hace falta a todos el aprender de los demás, compartiendo el arsenal de la belleza que otros nos pueden dar. El médico, posiblemente más que nadie, tiene la oportunidad de vivirlo en total intensidad.

Indudablemente, crisis como la que estamos pasando originan inmensos daños que probablemente perdurarán, en diferentes formas, por muchos años; sin embargo, las tragedias que ha vivido la humanidad —incluso las más violentas, como guerras, asesinatos o hecatombes— han dejado enseñanzas que permiten el resurgimiento de nuevas esperanzas para llevar una mejor vida personal, familiar y nacional.

Esta vez no mencionaremos la tan llevada y traída corrupción; nos interesa analizar, aunque sea someramente, el comportamiento y la actitud que como individuos ejercemos ante la sociedad y ante los amigos, y, sobre todas las cosas, el juicio que podemos hacer ante nosotros mismos.

En nuestra práctica diaria del ejercicio de la medicina experimentamos frecuentemente verdaderas novelas de la vida real que pudieran ser temas interesantes para cualquier dramaturgo. Está el ejemplo de una paciente que perdió de vista hace varios años: en un accidente automovilístico perdió esposo e hijos. Bastó eso para que la mayoría de sus amistades materialmente la abandonara, posiblemente porque su esposo era el eje fundamental que los sostenía activos en la sociedad.

Con frecuencia, dichos amigos se retiran por no haber conveniencias económicas. Luego viene el desastre psicológico —la depresión y las consecuentes alteraciones frente al resto de la microsociedad en que vivimos y, en muchas ocasiones, las alteraciones orgánicas lógicas.

Todo esto nos lleva a meditar acerca de las relaciones que debemos tener con nuestros conciudadanos. ¿O acaso, además de haber perdido muchísimas virtudes gracias a la modernidad, debemos perder también el extraordinario sentimiento de lealtad, no la corrupta, sino la auténtica? Estamos en peligro —y ya está sucediendo— de abandonar del todo el respeto a nuestros padres, a los viejos; de olvidar que, para no ir más lejos, la gran civilización maya se sostuvo y se basó en el Consejo de Ancianos.

La historia nos señala ejemplos de grandes hombres que tuvieron enormes responsabilidades durante la senectud: Konrad Adenauer, canciller de Alemania Occidental, tras cumplir los 80 años; el cómico estadounidense George Burns siguió activo hasta cumplir 100 años; Fidel Velázquez, a los 97, ofrecía conferencias de prensa; Pablo Picasso pintaba a los 90; Arthur Rubinstein ofreció un inolvidable concierto a los 89 y, por no mencionar más, Pablo Casals daba aún conciertos a los 88; el gran Miguel Ángel, también a los 88, hizo una de sus mejores obras.

En sentido cronológico, la agonía podría comenzar en el ser humano que se siente viejo o senil, aunque sea joven. Entramos a una época donde la ambición, el poder y, sobre todo, el egoísmo, invaden a los gobiernos, a las familias y a las personas. Esto marca el inicio de un oscurantismo moral peor que el daño que puede provocarnos la más tremenda violencia natural o adquirida.

Es imperativo que volvamos al reconocimiento de nuestros buenos actos, al apoyo de quienes hacen bien las cosas, al recuerdo estimulante de los individuos cercanos o lejanos que, con su paso por la vida, nos legaron lo positivo que tenemos. Si todo esto lo recuperamos y la presente crisis nos hace meditar sobre ello, obtendremos, a través de una mejor salud espiritual, un organismo mejor, una vida más plena y, sobre todo, podremos recuperar nuestra tranquilidad de conciencia, única forma de vivir la vida para nosotros y para los demás.

Por todo esto, es esencial que el médico se comprometa, de una u otra forma, con el manejo del paciente que sufre una enfermedad progresiva o irreversible que en corto o mediano plazo lo llevará a la muerte. Éste es siempre un asunto individual. Recordemos al actor mexicano Pedro Armendáriz, quien decidió quitarse la vida al saber que tenía cáncer, y a Torres Bodet, quien enfrentó la muerte con una actitud en apariencia semejante.

El gran reto estriba en poder concentrarnos en estos pacientes para reflexionar acerca de su realidad existencial; para consolidar su manejo y, de acuerdo con sus bases educativas, ideológicas, morales, religiosas e incluso políticas; considerar algo tan discutido en el mundo como las eutanasias activas y pasivas y el suicidio asistido. Estas posibilidades han enfrentado al médico con una gran problemática de legislación y humanismo.

*Medita sobre alguno de sus libros, en donde escribe que, en esencia, se vive y se muere solo. La diferencia estriba en que mientras vivimos hay seres que nos odian, aman, envidian o desprecian, y quien va a morir está más allá de todo, incluso del desprecio. ¿Qué valen, sobre un cadáver, las condecoraciones o los insultos?*

Mencionaremos a Kavorkian y a Bray Benjamin, estadounidenses, quienes aceptan asistir a sus pacientes en el tránsito a la otra vida siempre y cuando cubran los requisitos que ellos exigen como facultativos. Y la aceptación tácita de esta técnica en el estado de Oregon, en los Estados Unidos, donde dos médicos, un representante religioso, los familiares o incluso el propio paciente —si lo permite su estado mental— pueden optar por el suicidio asistido sin ningún daño legal para las partes.

Así, en muchos otros países —aunque este tipo de suicidio constituya un delito en

sus diferentes constituciones o códigos—el médico, los familiares y el paciente viven y sufren al tomar la decisión, a veces únicamente dictada por la conciencia, de actuar en casos verdaderamente dramáticos.

La historia y la actualidad, aunque no lo registren así, aceptan, en innumerables ocasiones, que el encargado de un enfermo actúe benévolamente al quitarle al paciente lo que le prolonga la vida, suspendiendo los fármacos o instrumentaciones que sostienen a la persona en un doloroso estado de vegetación. Muchas veces, por piedad, familiares, amigos o profesionales de la medicina han inducido la muerte al no soportar el infierno de su ser querido. Aquí, claramente, se observa la diferencia entre eutanasia activa y pasiva.

Este tema, difícil de fondo porque deben tomarse en cuenta factores educativos, culturales, religiosos, éticos, económicos, políticos e incluso personales, no se había tratado con el debido respeto en las publicaciones científicas serias del medio médico. No obstante, el *New England Journal of Medicine*, revista estadounidense reconocida mundialmente, publicó hace un par de años una encuesta entre los médicos que ejercen la medicina en Oregon: 60% aceptó haber ayudado a algunos pacientes terminales, y 7% lo confirmó plenamente. Se considera que el verdadero número de profesionales médicos o paramédicos que han ejercido al menos la eutanasia pasiva es mucho más alto.

En la actualidad podríamos visualizar algún sistema o método que complazca más o menos a todos — sobre todo en términos morales— para que tengamos mayor libertad de acción con el objetivo primordial de evitar el sufrimiento extremo innecesario. Sin embargo, muchos facultativos temen que la legalización del suicidio asistido o la eutanasia pasiva pueda llevar a tomar acciones incorrectas o precipitadas.

Como ejemplo está lo sucedido en Holanda en 1993, donde no se recabó la autorización del paciente para el proceso. En otros casos, la depresión del sujeto o el dolor intratable pueden desviar la legalidad de las acciones, bien porque los síntomas o síndromes del enfermo no necesariamente tienen pronóstico fatal, o porque podrían contar con vías adecuadas de curación y rehabilitación. Aquí podemos agregar, incluso, intereses económicos o políticos que inducen, por caminos escabrosos, a actitudes legales que de fondo no lo son.

Por esto, es imperativo proceder con extrema cautela al conocer las conclusiones que resultaran de los intercambios entre abogados, médicos y canónigos en el futuro. Se trata de un reto intransferible. En principio, es necesario acordar, a quién llamamos paciente terminal. ¿Cómo se determina si el paciente es competente en términos mentales? ¿Si está convencido de su deseo de morir? ¿Qué alternativas le ofreceríamos? Existen otras interrogantes. Es un tema inconcluso y difícil de resolver, pero es necesario enfrentarlo.

Hay países que han aceptado estos procedimientos en sus leyes; y exonerado de culpa a médicos o individuos que, por diversas razones, efectuaron dichas prácticas en Inglaterra e incluso en nuestro país. Algunos pacientes, gozando de cabal salud, elaboran y entregan documentos a sus médicos de confianza para instruirlos respecto a los actitudes y limitantes en el manejo del periodo agónico de su persona, cuando se presente. El Papa, bajo ciertas condiciones, acepta la eutanasia pasiva.

Por otro lado, debemos recordar que no sólo en el ejercicio médico, sino en el vasto campo del empirismo, la tradición, el naturismo y la medicina alternativa, se efectúan a diario acciones de esta naturaleza; sólo quienes nos enfrentamos rutinariamente al problema comprendemos su magnitud y lo difícil que es tomar decisiones que pretendemos justas. Ciertamente, todo esto implica una situación al filo de la navaja del

ejercicio legal, de acuerdo a las circunstancias que rodean la muerte de un individuo.

A menudo nos enteramos de que la causa fundamental para la realización de, cuando menos, una eutanasia pasiva es el dolor provocado por una enfermedad imposible de resolver, aun parcialmente; mas existe otro dolor que puede llevarnos a tomar acciones semejantes: el insufrible dolor psíquico.

El Time del 4 de julio de 1994 aborda el caso de una paciente que, tras divorciarse después de haber sido maltratada durante 25 años por su esposo alcohólico, y de perder a sus dos hijos, entró en una depresión profunda: su psiquiatra le facilitó 20 píldoras para dormir y puso música clásica para ayudarla a bien morir. Tras un prolongado juicio, el médico fue exonerado de culpa por un juez que reconoció el derecho del paciente a morir con dignidad, no sólo por intolerable dolor físico, sino también por extraordinario sufrimiento psíquico.

Aquí entra el gran capítulo de la muerte con dignidad, tema sensible, y fuente de reflexión en lo que respecta a los innumerables pacientes que sufren de tremenda

agonía por males incurables. Volvemos a recordar al doctor Jack Kavorkian, quien constantemente ha eludido la cárcel por ayudar a bien morir a tales pacientes. Mas no recuerdo que se haya intentado legalizar la ayuda para que un paciente muera con dignidad ante dolores psíquicos intratables: depresión, angustia, ansiedad, neurosis.

Creo que es un tema profundamente humano. Consideremos que vivimos en un mundo que enfrenta constantes avances en lo que a tecnología médica se refiere, donde, además, impera la deshumanización, un notable abandono y aislamiento familiar, donde se inician, al fin, estudios serios para mejorar el manejo de los pacientes agónicos.

La muerte que más tememos es la que acompañada de dolor, carga la indiferencia de quienes nos rodean y el abandono de los seres queridos. Estudios prospectivos sin precedente en cerca de 10 mil pacientes (Annals of Internal Medicine. En. 15, 1997. Vol. 126, Núm. 2) fallaron al recomendar un sistema específico de tratamiento y apoyo para los agónicos, pero fueron excelente inicio; muchos pacientes y sus familiares manifiestan ambivalencias al enfrentar enfermedades incurables y, cuando la muerte se complica, les es difícil tomar una decisión por adelantado.

El interés por medicinas alternativas resulta de la desconfianza en la ciencia médica. Los facultativos carecen de habilidades para comunicarse y ofrecer explicaciones adecuadas en diversas situaciones, e incluso pueden ser agresivos en el trato a pacientes que están muriendo.

En Holanda, la eutanasia y el suicidio asistido aún van contra la ley, pero cada vez hay más personas que prefieren finalizar sus días con estos métodos, de manera que han formado asociaciones importantes.

Las opciones que se han propuesto son:

1. Desarrollar unidades especiales en hospitales con especialistas para atender pacientes agónicos.
2. Evitar aplicaciones innecesarias de alta tecnología.
3. Cambiar al máximo actitudes culturales para aceptar la muerte como un fenómeno natural.
4. Tener como objetivo proveer a pacientes de una muerte digna y en paz.