

HOMBRE SOCIEDAD Y MUERTE

El hombre es el único animal que sabe que envejece y tiene que morir, pero no quiere envejecer ni morir. Hay que considerar que la muerte forma parte de un ciclo vital.

Debemos tener en cuenta ante un paciente moribundo que su muerte es irremediamente personal, al igual que la vida. La certidumbre de la muerte es lo que humaniza, y de los aspectos más importantes que debemos de considerar es que el moribundo es un ser vivo, y la proximidad de la muerte les hace más sensibles sabios y nobles.

La asistencia al enfermo no curable pasa por la desdramatización de la muerte, ya que el principal problema en estos pacientes es aceptarla, por el problema que plantea su negación.

Hoy en día el negar la muerte y tratar de vivir más requiere medios técnicos que sólo se pueden dar en un hospital, así que la gente no muere en casa y muere en el hospital. Por esta razón podemos considerar que las instituciones y la medicina han expropiado a las personas su propia muerte. Hay que permitir a las personas que vuelvan a morir en casa.

Actualmente la muerte tiende a ignorarse, se separan los que van a morir o se les tiene dormidos, hay que procurar o permitir que el moribundo sea activo ante su propia muerte. No hay que olvidar que el moribundo sigue siendo una persona viva y tiene derecho a una muerte digna:

- participación y autonomía en el proceso
- poder elegir
- respetar las decisiones del paciente
- comunicación del paciente moribundo con su familia y sus médicos
- resolución de asuntos personales
- aceptación del proceso
- no confusión mental
- no dolor

El hecho de la muerte, de la no vida, ha sido en todas las sociedades, para todos los grupos humanos y para todos los individuos una situación que se ha afrontado de muy diversas formas. En general, a pesar de que la muerte es una parte, un fenómeno de la propia existencia, existe un rechazo hacia ella, hacia las personas que se hallan cercanas a la situación de muerte.

No se desea hablar de la muerte, a pesar de que está muy presente en lo cotidiano de nuestra existencia. Puestos en palabras, no deseamos hablar de ella ya que sería como decir que se maten otro. La muerte para los hombres es más que una muerte física, pero sólo cuando alguien cercano fallece es cuando nos afecta, pero también en esta situación nos cuesta hablar.

La muerte puede tener una razón, pero jamás un sentido. La vida, en cambio, puede tener sentido; debería tenerlo para todos.

Para todas las personas es necesario saber de la muerte, puesto que es una etapa vital. Sin embargo, para los profesionales sanitarios saber de la muerte es imprescindible, porque el dolor, la enfermedad, y la muerte están presentes en las situaciones de cuidados. El saber sobre la muerte no se aprende como una asignatura más, como un saber científico, ni tampoco se aplica como se aplica este último. El saber científico se transmite por el lenguaje a través del cuál establecemos una relación única y unidireccional entre una palabra y una cosa. Sin embargo el saber sobre la muerte se aprende en las relaciones con otras personas. En estas

relaciones descubrimos dónde y cómo se manifiestan las rupturas de comunicación entre personas, entre grupos, en la sociedad en general. Allí es donde se filtra la muerte, en los puntos donde falla el sentido compartido.

Como profesionales, tenemos la función social de encontrar explicaciones a los problemas humanos que en la vida no se encuentran. Tenemos que comprender para poder aliviar, cuidar y curar. Una formación en las relaciones interpersonales permite aprender los valores personales, sociales y culturales que influyen en nosotros mismos, y en las personas que tratamos, respecto de las actitudes adoptadas ante las pérdidas y la separación.

Los propios médicos, parece que desean que se les diga la verdad en caso de ser ellos los pacientes. Pero en cuanto a los propios pacientes no parece existir un deseo claro, en general, de aumentar los conocimientos respecto a la gravedad y la situación en la que se encuentran.

La negación es un mecanismo muy primario e inmaduro, y es muy difícil comunicarse con las personas que niegan la evidencia. Con esta actitud generalizada, no es de extrañar que nos encontremos delante del moribundo y este delante de nosotros, ya que pertenecemos a la misma cultura, faltos de palabras y de instrumentos para comunicarnos. Por ello es preciso que la formación de los profesionales incluya un aprendizaje a lo largo de su carrera, que les permita adquirir conciencia de sus propias actitudes frente a la muerte en sus múltiples y complejas manifestaciones en la vida de las personas y la sociedad.

Comunicarse con los moribundos no tiene que ver con decirles llanamente, o no, que tienen una enfermedad incurable.

Es necesario insistir en un aprendizaje personal y una práctica asistencial.

MIEDO A LA MUERTE

Para los pueblos antiguos la muerte siempre ha sido desagradable, y siempre ha buscado algo más allá. Nuestro inconsciente no reconoce un verdadero final de nuestra vida aquí en la tierra, nos es inconcebible morir por una causa natural o vejez. La muerte de por sí va asociada a un acto aterrador, algo que exige pena y castigo.

Cuando nos hacemos mayores y empezamos a darnos cuenta de que nuestra omnipotencia en realidad no existe, de que nuestros deseos más intensos no son tan poderosos como para hacer posible lo imposible el miedo se mantiene, a veces atenuado mientras no se le provoque con demasiada fuerza.

Con la muerte nos invaden sentimientos de cólera, rabia y culpabilidad. El proceso de dolor siempre lleva consigo algo de ira. La muerte es todavía un acontecimiento terrible y aterrador y el miedo es un miedo universal.

Hay muchas razones por las que hoy en día no se afronta la muerte con tranquilidad, morir es algo solitario, mecánico y deshumanizado.

Es solitario porque a menudo el paciente es arrebatado de su ambiente familiar. Es mecánico debido al trato que se le da al paciente en el hospital. Y es deshumanizado debido a que a veces no se respeta la dignidad.

¿ Estamos volviéndonos más o menos humanos? Sea cual sea la respuesta el paciente hoy sufre más no físicamente sino emocionalmente.

EL MORIBUNDO COMO MAESTRO

Hablar o no hablar esa es la cuestión.

Hacer frente a un paciente después de diagnosticar una enfermedad incurable siempre es difícil. La cuestión no es preguntarnos cómo deberíamos de decírselo sino cómo compartirlo. El médico debe ser capaz de hablar francamente si sinónimos de muerte inminente, debe de dejar una puerta abierta a la esperanza. Es fundamental que haga comprender al paciente que no está todo perdido, que no va a desahuciarle por el hecho de ser moribundo pues es una batalla que van a librar juntos paciente familia y médicos sea cual sea el resultado.

Al pregunta de cuánto tiempo va a vivir se le puede contestar con que nadie lo sabe puesto que de la forma contraria es una de las formas peores de tratar al enfermo. Un caso especial sería informar al jefe de familia de la brevedad de su futura vida aunque en este caso también se le puede comentar que ponga en orden sus cosas mientras tenga tiempo y fuerza para hacerlo.

La necesidad de negación del paciente es directamente proporcional a la del médico, pero diferentes pacientes reaccionan de modo diferente según su personalidad y estilo de vida, los que hayan afrontado situaciones de tensión anteriores cara a cara harán lo mismo en este caso. Por eso es muy útil tener trato con el paciente para descubrir sus puntos fuertes o débiles.

Es difícil compartir una noticia dolorosa. Cuanto más simple se hace más fácil suele ser para el paciente. La información debe realizarse en una pequeña habitación y no en el pasillo. Debemos darles garantías de hacer todo lo posible, ya que así el paciente tendrá confianza en el médico y tiempo para pensar en su nueva y difícil situación.

PRIMERA FASE: NEGACIÓN Y AISLAMIENTO

La mayoría al enterarse de su enfermedad mortal reaccionan diciendo, no, yo no, no pude ser verdad . Esta negación es común tanto en aquellos a los que se les comunica directamente desde un principio su enfermedad, y a aquellos a los que no se les decía explícitamente y que llegaban a aquella conclusión por si mismos.

Esta negación tan angustiosa es más típica del paciente que es informado prematura o bruscamente por alguien que no le conoce bien o que lo hace rápidamente para acabar de una vez sin tener en cuenta la disposición del paciente. La negación, por lo menos la negación parcial, es habitual en casi todos los pacientes, no sólo durante las primeras fases de la enfermedad o al enterarse del diagnóstico, sino también más adelante, de vez en cuando.

La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrarse al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas menos radicales. Esto no significa, que este paciente, más adelante, no esté dispuesto, a sentarse a charlar, con alguien, de su muerte inminente. Este dialogo deberá tener lugar cuando buenamente pueda el paciente y ha de terminar cuando el paciente no pueda seguir afrontando los hechos y vuelva a su anterior negación.

Generalmente la negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial.

La necesidad de negación existe en todos los pacientes alguna vez, luego, la necesidad va y viene, y el oyente sensible y perceptivo reconocerá esto y respetará las defensas del paciente sin hacerle consciente de sus contradicciones.

Si el personal del hospital, se sientan y escuchan, y repiten sus visitas aunque al paciente no le apetezca hablar en el primer o segundo encuentro, el paciente pronto comenzará a sentirse confiado, porque hay una persona que se preocupa por él, que está disponible, que se queda por allí.

Cuando estén dispuestos a hablar se abrirán, y compartirán su soledad, unas veces con palabras, otras con pequeños gestos o comunicaciones no orales.

SEGUNDA FASE: IRA

Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, envidia, y resentimiento.

Les surge la siguiente pregunta: ¿ Por qué yo? .

Esta fase de ira a diferencia de la anterior es muy difícil de afrontar para al familia y el personal. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas las direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar.

La familia que les visita es recibida con poco entusiasmo, con lo que el encuentro se convierte en algo violento. Luego responden con dolor y lagrimas culpabilidad o vergüenza, o eluden futuras visitas, lo cual sólo sirve para evitar la incomodidad y el disgusto del paciente.

A donde quiera que mire el paciente en esos momentos, encontrará motivos de queja.

TERCERA FASE: PACTO

Es menos conocida pero igualmente útil para el paciente, aunque sólo durante breves periodos de tiempo.

En realidad, el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio a la buena conducta , además fija un plazo de vencimiento impuesto por uno mismo y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento.

La mayoría de los pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto o se mencionan entre líneas o en el despacho de un sacerdote.

CUARTA FASE: DEPRESIÓN

Cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, su insensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia serán pronto sustituidos por una gran sensación de perdida.

Al tratamiento y la hospitalización prolongados, se añaden las cargas financieras. A esto puede añadirse la perdida del empleo debido a las muchas ausencias o a la incapacidad de trabajar.

Todas estas circunstancias y otras añadidas son razones de depresión para el paciente moribundo que va causar un dolor preparatorio por el que ha de pasar el paciente desahuciado para disponerse a salir de este mundo.

El segundo tipo de depresión no tiene lugar como resultado de la perdida de algo pasado, si no que tiene como causa perdidas inminentes. Debemos intentar hacer ver a setos pacientes la cara alegre de las cosas que le rodean, por ejemplo hacer saber a una madre que sus hijos juegan felices.

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. Y si se les permite expresar su dolor en este tipo de depresión, encontrará mucho más fácil la aceptación final.

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 en la cama en silencio.

QUINTA FASE: ACEPTACIÓN

Cuando el paciente ha tenido tiempo para asumir su situación y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas llegará una fase en la que su destino no le deprimirá ni le enojará.

Se habrá podido desahogar anteriormente.

Se sentirá cansado, y débil o sentirá la necesidad de dormir a menudo. No hay que confundir esta fase con una fase feliz. Para el paciente, esta fase está desprovista de sentimientos y es la familia quien necesita más apoyo. El paciente lo único que necesita es la presencia de alguien a su lado, aunque no haya comunicación oral, simplemente el silencio, el contacto entre las manos pueden ser las comunicaciones más llenas de sentido.

Los pacientes mueren con más facilidad si se les ayuda a desligarse lentamente de todas las relaciones importantes de su vida. Quizás se puede hacer una comparación de esta fase con la primera infancia, que es una edad en la que no se nos pide nada y se nos da todo lo que queremos, es una época de pasividad, una edad de narcisismo primario en la que el yo lo es todo.

Así que quizás al final de nuestros días, cuando hemos trabajado, dado, disfrutado, sufrido, volvemos a la fase en la que empezamos, cerrando el círculo de la vida.

ESPERANZA

La única cosa que generalmente persiste a lo largo de todas estas fases es la esperanza. Aún los enfermos más realistas, y los que aceptan de mejor manera su situación, mantienen una chispa de esperanza para su curación o para la aparición de un medicamento nuevo. Esta chispa de esperanza les sostiene durante días, semanas o incluso meses de sufrimiento. El papel del médico en este caso, no se trata de decirles mentiras, pero es importante compartir con el paciente su esperanza.

Cuando el paciente deja de manifestar esperanza generalmente es señal de muerte inminente. Un ejemplo podría ser el paciente que creía en un milagro, y un día comenta: creo que este es el milagro ahora estoy dispuesto y no tengo miedo.

Con este aspecto de la esperanza pueden surgir dos tipos de conflictos:

- la transmisión de una sensación de desesperanza por parte del personal o la familia cuando el paciente todavía necesita esperanza.
- Por la incapacidad de la familia para aceptar la fase final de un paciente, cuando ya el propio paciente estaba dispuesto a morir y notaba la incapacidad de la familia para afrontar este hecho.

Es fundamental para el paciente moribundo que se le siga considerando como el único responsable de su vida, y que aún sigue manteniendo la capacidad de autogobierno.

Sería muy útil que hubiera más gente que hablara de la muerte como de una parte intrínseca de la vida, del mismo modo que no vacilan de que alguien está esperando otro niño. Debemos estar dispuestos en cualquier momento a escuchar al paciente moribundo, porque cuando siente que hay alguien que le escucha éste se va a sentir mucho mejor y será capaz de transmitirle sus inquietudes y necesidades, constituyendo un gran desahogo para el paciente.

LA FAMILIA DEL PACIENTE

La reacción de la familia ante la enfermedad del paciente contribuirá en mucho a la respuesta de éste. Es muy importante para el enfermo y la familia, ver que la enfermedad no rompe totalmente un hogar, ni priva completamente a todos los miembros de cualquier actividad placentera.

El propio paciente puede ser gran ayuda para sus parientes a la hora de hacerles afrontar su muerte. El compartir con naturalidad algunos de sus pensamientos y sentimientos con los miembros de la familia para ayudarles a hacer lo mismo. Un elevado porcentaje de viudos y viudas presentan síntomas somáticos que son consecuencia de su incapacidad para sobreponerse a sus sentimientos de dolor y culpa.

TERAPIA DEL ENFERMO DE MUERTE

El paciente desahuciado tiene necesidades muy especiales que pueden cubrirse si nos tomamos tiempo para escuchar y averiguar cuáles son. Muchos pacientes se aferran a la vida porque tienen asuntos pendientes. Todos estos se encuentran mejor después de hacer confesiones o de encontrar soluciones para el cuidado de otros, y generalmente, morían poco después de que desapareciera el asunto pendiente.

Hay un momento en la vida de un paciente en que deja de haber dolor, y la mente deja de imaginar cosas, la necesidad de alimento se vuelve mínima y la conciencia de lo que le rodea desaparece en la oscuridad. Es entonces cuando los parientes recorren los pasillos del hospital, atormentados por la espera. En esos momentos es demasiado tarde para las palabras, y no obstante, es cuando los parientes piden más ayuda con o sin palabras.

El personal sanitario puede ser una gran ayuda, durante estos momentos finales, si logran comprender los conflictos de la familia en ese momento y ayudan a seleccionar la persona que se sienta más capaz de estar junto al paciente moribundo.

Los que tienen la fortaleza y el amor suficiente para sentarse junto al paciente moribundo en el silencio que va más allá de las palabras, sabrán que ese momento no es espantoso ni doloroso, sino el pacífico cese del funcionamiento del cuerpo.

Observar la muerte pacífica de un ser humano nos recuerda la caída de una estrella; en un silencio inmenso, una de entre un millón de luces brilla solo unos momentos y desaparece para siempre la muerte perpetua.

Atiende a este día, porque él es Vida, pues el Ayer es ya un sueño y el Mañana, tan solo una visión.

Pero el Hoy bien vivido convierte cada Ayer en un sueño de felicidad y cada Mañana, en una visión de Esperanza.

2

9

LA MUERTE Y EL PACIENTE TERMINAL

RICARDO FERNÁNDEZ PRADO

FRANCISCO CALLEJO MAGAZ