

LA MUERTE Y EL ACOMPAÑAMIENTO DEL MORIR

Jorge J. Gómez Gude
Universidad de Vigo
España

RESUMEN

En los últimos años se han multiplicado de manera notable las publicaciones sobre el morir y la muerte. El desarrollo de la temática muerte está activado últimamente por el intento de comprender la violencia, por ejemplo el terrorismo, por aclararse ante las fases terminales y también ante la eutanasia o la muerte asistida. En este trabajo se ofrece una panorámica sucinta de los resultados esenciales de la tanatología teniendo en cuenta los cambios que han ido viniendo prácticamente por los avances sociales. Así mismo, se analizan aspectos como: La confrontación con el morir y la muerte, el morir como un proceso, la comunicación con los enfermos en fase terminal, el miedo a la muerte y el acompañamiento del morir. Por último, se defiende la utilidad de instituciones como los “Hospices”, así como el trabajar el duelo de los parientes afectados por la muerte de un allegado.

Palabras Claves: muerte, tanatología, duelo.

ABSTRACT

In recent years have increased significantly publications on dying and death. The development of the subject is on death recently by the attempt to understand violence, such as terrorism, clarified before the terminal phases and also to euthanasia or assisted death. This paper provides a brief overview of key results of the tanatología taking into account the changes that have been coming almost social developments. It also discusses issues such as: The confrontation with the dying and death, dying as a process, com-

munication with patients in terminal decline, fear of death and dying escort. Finally, it defends the usefulness of institutions such as the “Hospices”, as well as the work of grieving relatives affected by the death of a relative.

Keywords: death, tanatología, mourning.

INTRODUCCIÓN

Dado que esto es una sencilla aportación a una publicación in memoriam de José Luis Vega Vega debo empezar justificando el tema elegido. Tengo que hacer referencia al interés que mostró José Luís por la exposición del tema hecha por mí en el concurso a Cátedra E.U. en el año 1996. Sus consejos académicos sobre el estudio del tema no los eché en saco roto. Aquí se recogen también contenidos recibidos tanto en el acto académico como en la posterior conversación más distendida de la sobremesa.

En los últimos años se han multiplicado de manera notable las publicaciones sobre el morir y la muerte. Paralelamente se ha visto una mejor disponibilidad para discutir abiertamente esta temática por parte de la opinión pública. El tema ha ido calando y, aunque no se pueda hablar de una abierta “destabuización” de la muerte, sin embargo, la diferencia es notable si pensamos en la situación de hace unos años, por ejemplo, cuando yo presenté mi tesis doctoral en el 1992, sobre “La actitud ante la finitud de la existencia y el morir de la gente mayor en la provincia de Pontevedra”, tesis que entonces era novedosa. En esta tesis, por ejemplo se aludía al gradual incremento de las publicaciones tanatológicas en lengua inglesa hasta el 1990 (Gómez Gude 1992). Hoy día el número de publicaciones sobre la misma temática es muy superior.

El desarrollo de la temática muerte está activado últimamente por el intento de comprender la violencia, por ejemplo el terrorismo, por aclararse ante las fases terminales y también ante la eutanasia o la muerte asistida.

Estas discusiones públicas han aprovechado a la Tanatología, ciencia sobre la muerte y el morir. La tanatología es una ciencia típicamente multidisciplinar que, ante todo, bebe en fuentes sociológicas, psicológicas y psiquiátricas. Aunque en el fondo en los últimos años más o menos, todas las ciencias que se ocupan de la persona humana, han tomado posiciones intelectuales ante la tanatología: medicina, psicopatología, teología, filosofía, ciencias jurídicas etc.

Se acepta que la tanatología, como ciencia joven multidisciplinaria, tiene que superar todavía las grandes dificultades que están ante sí. Así, no posee un instrumental teórico propio en su labor investigadora, tampoco un canon de métodos propio y por ello utiliza preferentemente métodos y teorías de sus, en un tiempo, disciplinas básicas, las cuales por otra parte no siempre corresponden a las peculiaridades de las cuestiones tanatológicas.

Adicionalmente hay carencias en los intentos de teorización y oscuridades en la terminología. Así la tanatología habla de modo muy indiferenciado, p. ej., de ayuda en el morir, acompañamiento en el morir, eutanasia activa vs. eutanasia pasiva y asistencia en el morir sin aclarar estos conceptos suficientemente y sin limitarlos entre ellos.

Trataré de ofrecer una panorámica sucinta de los resultados esenciales de la tanatología teniendo en cuenta los cambios que han ido viniendo prácticamente por los avances sociales. Los cuales no garantizan automáticamente un avance en la actitud ante la muerte y el morir, de la cual también tratamos. Así mismo también pensamos que necesitan un esfuerzo de reflexión para una mejor atención psicológica del enfermo terminal sobre aspectos que tratamos aquí, como: La confrontación con el morir y la muerte, el morir como un proceso, la comunicación con los enfermos en fase terminal, el miedo a la muerte, el acompañamiento del morir.

Defendemos la utilidad de instituciones como los “Hospices”, así como el trabajar el duelo de los parientes afectados por la muerte de un allegado.

PANORÁMICA DE LOS RESULTADOS ESENCIALES DE LA TANATOLOGÍA

Trataremos de hacer mención de aquellos resultados relevantes en la investigación gerontológica. Aportados en estudios empíricos en el plano de la psicología y sociología.

Aspectos introductorios

Quizás la media de la Unión Europea arroje que entre un 70 e un 80% de personas mueren en instituciones sanitarias y, sin embargo, seguramente un porcentaje mayor es el de los que desearían morir en su casa.

Esta institucionalización del morir ha traído consigo el que el acompañamiento en el morir se está convirtiendo en mayor medida una tarea del personal de las instituciones correspondientes. Pero el personal ahí con frecuencia no se encuentra suficientemente preparado y este mismo personal es de la opinión que propiamente el hospital no es el lugar apropiado para morir (George 1989). Pero los parientes de los moribundos tampoco se encuentran en el papel de los acompañantes del morir. Esto ha traído consigo que no raramente los parientes se encuentren inermes en este cometido; de ahí que con frecuencia necesiten apoyo, ayuda e instrucciones.

Antaño la experiencia de la muerte de parientes, vecinos o de otros en general pertenecía a la experiencia cotidiana; una persona ya en el comienzo de la edad adulta

temprana entonces ya se había visto confrontado con la muerte de los hermanos e, incluso con la de la propia madre. Si la guerra o la peste no erosionaba el entramado social, las personas morían en casa con su familia. Esa muerte era acompañada de rituales en que todos los presentes participaban y un mundo de valores le daba al acontecimiento su sentido.

Además también la forma de morir es ahora diferente que hace más de un siglo. Mientras que en aquel tiempo las enfermedades infecciosas suponían la mayor causa de mortandad en todos los grupos de edad, aunque ante todo en los de la infancia, la juventud y en el de las embarazadas, hoy día las enfermedades que son en mayor medida causa de muerte son las cardíacas, las circulatorias y las tumorales. Por ello el mayor número de casos de muerte se encuentra en el grupo de edad a partir de los 70 años. Mediante ese cambio y los avances sanitarios el proceso del morir se ha alargado más que antaño.

Si bien antaño la forma del morir era otra, si bien se puede decir que el ritual y el mundo de valores nos permiten describirla más como un acontecimiento social, de ahí no se puede concluir tan sencillamente que en ese tiempo la gente se arreglaba con la muerte de modo más competente. También entonces reinaba la inseguridad y el miedo a la muerte que, p. ej., llevaban a comprar costosas indulgencias, y se emprendían largas peregrinaciones para huir de las penas del infierno, reinaba un gran miedo a que la muerte acaeciese en el extranjero sin la asistencia de la familia y de los amigos. Y esto es válido a pesar de los libros que intentaban instruir sobre el arte de morir, “ars moriendi”. Mayormente esos libros se dirigían a ilustrar sobre los deberes eclesiásticos y la introducción de los rituales imprescindibles. Aunque muerte y morir estaban siempre presentes, en muchos lugares se llamaba a la gente a considerar: “piensa que tienes que morir” (“memento mori”).

Este convivir con la muerte y el morir de antaño representa, junto al morir en el seno de los parientes, dos diferencias grandes y esenciales con respecto al morir en el presente.

Actitud ante la muerte y el morir

La actitud ante el morir y la muerte, las imágenes del morir y de la muerte han sufrido en el desarrollo histórico muchos cambios (Ariès 2000; Imhof 1981). Hoy, al contrario que antes, se puede hablar de heterogeneidad tanto con respecto a la actitud ante el morir y la muerte como también con respecto al concepto de morir y muerte.

Baltes (1984) llega a estas conclusiones a partir de la panorámica de trabajos sobre el tema del morir y la muerte:

1. Existen diferencias muy grandes en las actitudes de la gente mayor ante el morir y la muerte;
2. Los significados que puede tener la muerte para la gente mayor varían también de modo muy fuerte.
3. También las formas de superación en la confrontación con morir y muerte muestran una gran heterogeneidad.

Adicionalmente se constata que la gente mayor de ninguna manera tiene una actitud ante el morir y la muerte más negativa o más conflictiva que la gente más joven.

Además se puede acentuar que se pueden encontrar en cada tramo de edad muy diversas formas de elaboración y estrategias de superación, así como altamente heterogéneos y subjetivos significados del morir y la muerte.

La Confrontación con el morir y la muerte

En la literatura tanatológica se ha discutido sobre si el hombre actual todavía se enfrenta con situaciones límite de la vida, como morir y muerte o si las calla, niega o reprime (Fuchs 1969). Esta cuestión se trata de modo diferenciado en la literatura más actual.

Warsitz (1984) extrae, p. ej., que la cada vez más frecuente muerte en instituciones ocultas a la opinión pública, p. ej., en residencias de ancianos y clínicas, puede conducir a que la persona humana en su experiencia temporal pierda su propio futuro, y con ello su experiencia del presente se desvanece. Caruso (1988) llega a parecidas conclusiones y añade que la elaboración de la experiencia de pérdida y separación en el curso vital puede fortalecer los recursos para aceptar la propia muerte.

La intensidad de la ocupación mental con la muerte y el morir depende de la percepción del buen estado de salud, pero de ninguna manera de modo unilateral. La enfermedad puede conducir a una mayor ocupación con pensamientos de muerte y morir, pero no necesariamente. Del mismo modo, variables como religiosidad y otras de índole socio-demográficas no actúan en una sola dirección. Una aclaración a este resultado, junto a constructos difíciles de operativizar como enfermedad, religiosidad y otros constructos socio demográficos, debe de contemplar en esta temática ante todo varianzas intra e inter individuales.

La enfermedad, aún teniendo el mismo diagnóstico, puede ser elaborada subjetivamente de modos diversos (Beutel 1988). La misma enfermedad puede traer consigo miedo, pavor, y desesperación, pero también despertar esperanza. También el miedo, el pavor, y la desesperación pueden formar muy diferentes imágenes en la experiencia y la

conducta de cada individuo, según sea la situación actual y la historia personal, y con ello también tomar posición intra e inter individualmente de modo diverso.

Lo mismo puede ser dicho aún y siempre del estatus social percibido y de la religiosidad. La confrontación mental con la muerte y el morir es, como la muerte misma un proceso muy individual, y esta individualidad se ha tratado estadísticamente de modo muy flojo con los constructos en cuestión (Wittkowski 1978). Cuando se trata de correlaciones, aún siendo significantes, son numéricamente más bien muy escasas y aclaran poco la varianza común.

Con respecto a las formas de confrontación con el morir podemos hacer referencia a los resultados de los trabajos de Thomae (1968) y Lehr (1983) sobre las formas de confrontación con situaciones de sobre carga en el curso de la vida humana y su correspondiente contexto situacional e individual. Ellos dejaron claro que la persona humana muestra un gran número de formas de confrontación con las situaciones de sobre carga. Y estas pueden aparecer en las más diversas configuraciones según la situación.

Los análisis presentados, ante todo dejaron claro lo siguiente:

1. Parece ser muy importante para el hombre tomar como tareas vitales (Havighurst 1963) las situaciones de sobrecarga, crisis, etc, tomarlas como situaciones con las cuales el hombre debe confrontarse de modo activo, con las cuales él tiene que tomar posición.
2. Además en estas investigaciones quedó claro que la búsqueda de “sentido” puede serle de ayuda a la persona, para afirmar su vida (Erikson 1989; Kruse 1988). La aceptación de la propia vida parece aliviar de nuevo la conciencia de las situaciones límite existenciales y con ello también aliviar la experiencia de la propia finitud.

El morir como un proceso

Todavía es patente la repercusión de los trabajos Kübler-Ross (1969) sobre la muerte y el morir en que hablaba de las cinco fases en el proceso terminal: negación, ira, pacto depresión y aceptación. La mayor parte de los trabajos tanatológicos se ocupan con aspectos de las actitudes, imágenes y conceptos de morir y muerte aquí discutidos, pero no el propio proceso de morir (Bondolf 1988; Erlemeier 1972). En este caso se encuentran relativamente pocas publicaciones tanatológicas que nos remitan a encuentros concretos con moribundos (Kruse 1988). Más bien en la tanatología se habla sobre, pero no del morir y la muerte.

Sobre el propio proceso de morir, el cual se supone que es de naturaleza individual, hay pocas aportaciones. Se ha comprobado que los componentes psicológicos de

un síndrome “prefinal” con una creciente disminución de la distancia temporal con la propia muerte con frecuencia son un debilitamiento del rendimiento cognitivo, el fortalecimiento de diversos mecanismos de defensa y, en parte, extremas oscilaciones de ánimo. Adicionalmente se puede comprobar una determinada fijación con temas del ámbito personal y/o vital. Teniendo en cuenta una, por supuesto, realista consideración del morir como proceso entonces la evolución del mismo puede adoptar formas muy diferentes incluso en un marco de referencia tanto intra como interindividual.

Parece relativamente seguro que una aceptación profundamente anclada de la propia vida vivida puede llevar consigo la aceptación de la propia muerte (Munnichs 1966). Del mismo modo la hipótesis de Erikson según la cual integridad del yo y pavor a la muerte correlacionan negativamente parece que resiste una comprobación empírica (Boecker et al.1987).

Kruse (1988) en sus investigaciones llega a un hallazgo que completa los resultados ya mencionados. El reunió biografías de moribundos hasta su muerte, las documentó muy cuidadosamente y trabajó ese material a la búsqueda de procesos de confrontación con el morir y la muerte.

Kruse (1988) individualizó cinco formas de discurrir el procesos de morir, en las cuales quedó claro que los momentos personales y los aspectos del entorno social junto al tipo y curso de la enfermedad juegan un papel importante en la observada configuración del proceso de morir.

De acuerdo con esa misma investigación se puede comprobar que en el proceso final aparecen con frecuencia imágenes depresivas que pueden favorecer o evitar síntomas depresivos. También parece que juegan un gran papel la perspectiva temporal individual y el sentimiento de estar agobiado (palabra que no pocos pacientes escogen, dando por supuesto que poseen el correspondiente vocabulario y están capacitados y dispuestos al diálogo).

Todavía no se ha aclarado suficientemente en qué medida son aplicables las observaciones e investigaciones sobre el modo de la elaboración de las enfermedades mortales y también sobre el modo de la confrontación con el morir, aunque tampoco ello es improbable. La composición de Beutel (1988) permite perspectivas interesantes.

De todos modos aquí son grandes las diferencias intra e inter individuales. Esto vale de modo especial para mecanismos de defensa, los cuales parecen jugar un papel especial, pues parece que pueden llenar importantes funciones adaptativas (Beutel 1988).

Estos y otros componentes adaptativos con frecuencia son infravalorados en su significado. Los hombres en fase terminal, con frecuencia, todavía quieren tomar parte

en la vida, ello les lleva a tener que adaptarse al medio social en su entorno, pero no raramente intentan que sea el medio el que se adapte a ellos. Aquí la capacidad adaptativa juega un gran papel.

La comunicación con los enfermos en fase Terminal

En relación con preguntas y problemas del acompañamiento del morir es ante todo importante el concepto de “muerte social” de Glaser/Strauss (1968). Con “muerte social” se describe la múltiple situación en que pueden venir a dar los enfermos terminales institucionalizados: reducción de la esfera privada, pérdida del contacto social; en parte dramática reducción de la propia actividad etc. Rice (1997) habla de aceleración social del proceso de la muerte cuando el hospital no se preocupa por la medicina geriátrica o por curar las enfermedades de los ancianos. Esta “muerte social” aparece supuestamente cuando entre el moribundo y el entorno social ya no hay ningún contacto franco. De todos modos el paciente terminal y sus compañeros de contacto inciden en formas específicas de contacto como:

1. El moribundo no sabe nada de su muerte próxima, pero sí lo saben los otros.
2. El moribundo supone lo que los otros saben de su estado y lo quiere verificar o falsificar.
3. El moribundo y los otros saben de la próxima muerte del primero, pero todos suponen que el otro no lo sabe
4. Todos los afectados son conscientes de la muerte próxima y hablan sobre ello.

De la precedente relación se deduce claramente que las tres primeras formas facilitan la “muerte social”, en parte mucho antes de la muerte biológica. Precisamente por ello el postulado de Glaser/Strauss (1968) adquiere aquí una gran importancia para la descripción de las formas de comunicación entre el moribundo y sus compañeros de contactos y, con ello, en general para el acompañamiento del morir.

El miedo a la muerte

Tanto la idea de la muerte como la del envejecimiento son un motivo de turbación para el hombre. Sin embargo la literatura científica ha soslayado, e incluso minimizado, aunque con diferencias, temas de tanta importancia para la vida de la persona humana.

Por otra parte, la actitud sociocultural con respecto a la idea de la muerte se ha caracterizado frecuentemente por la ambivalencia, el miedo y la negación (Kastenbaum et al., 1977). Como variable psicológica es un constructo no unitario, pero articulado por

diversos componentes, como ponen en evidencia numerosos estudios de análisis factorial (Hoelter, 1979; Lonetor et al., 1979). Tales componentes (P.ej. miedo a una muerte dolorosa, miedo de perder las personas queridas, miedo a la vida después de la muerte, miedo a la aniquilación del propio cuerpo etc.) probablemente revisten una importancia diversa para el individuo según sean las variables psicosociales, biológicas y culturales.

Hay estudios que han demostrado que el miedo a la muerte aparece más bien difuminado y no presenta variación con respecto a la edad, al sexo y a las características demográficas de la población (Feifel, 1969; Rhudick & Dibner, 1961; Swenson, 1961). Para otros estudios la idea de muerte en la vejez adquiere valencias particulares en cuanto el anciano se encuentra constreñido a afrontar en la cotidianeidad el impacto con una realidad con frecuencia negada y/o alejada; la manera de afrontar tal evento condiciona su vida afectiva y cognitiva (Jeffers et al., 1969; Feifel, 1959) e influye en la adaptación al ambiente y en su actitud ante los diversos acontecimientos críticos de la vida (Goodman, 1966). Por medio del miedo a la muerte el anciano experimenta las propias angustias, miedos y temores. Las variables que pudieran condicionar e influir en la actitud del anciano ante la muerte parecen ser numerosas. El miedo a la muerte parece ser más frecuente entre los ancianos afectados por perturbaciones psiquiátricas (Goodman, 1966) que en ancianos que se consideran mentalmente sanos.

Por tanto el miedo a la muerte es un constructo complejo y articulado cuya relevancia está conectada con la actitud existencial del anciano.

Pero, a pesar de lo dicho, preferimos atenernos a la idea de Munnichs (1968) cuando piensa que el término muerte es poco relevante psicológicamente, y prefiere el término de finitud de la existencia, término éste que está menos revestido de las connotaciones culturales del otro y que sin embargo, refleja mejor nuestra idea al respecto.

Wittkowski (1978) lo define como algo similar a la presencia de una aguda amenaza vital. Para Erlemeier (1976) es un “estado emotivo de excitación” “con frecuencia con una elevada actividad del sistema nervioso autónomo en que la muerte y el morir se experimentan como una amenaza personal a la existencia”.

Thomas (1980) ve en el miedo a la muerte más la consecuencia de una disposición general del miedo.

Bahle (1963) distingue entre miedo directo miedo indirecto. Opina que los miedos directos son más escasos de los que se cree y que en conjunto el morir está libre de miedo y es un acontecimiento fuertemente positivo. Sus afirmaciones no convencen y son comentadas críticamente por Thomas (1980).

Thomas (1980) utiliza una múltiple división hablando de los motivos del miedo:

1.- miedo a la muerte general e indeterminado (Alude a las aportaciones presentadas en el IX Congreso de Hipnosis Médica y Medicina Psicoanalítica de agosto de 1979, en el Palatinado. Alemania). Parece ser que los intentos de aborto frustrados de las madres de los pacientes son la causa de un miedo a la muerte neurótico y resistente al tratamiento.

Dentro de este miedo coloca también:

- el miedo depresivo, - el miedo ocasionado por una enfermedad grave,
- el miedo por experiencia de la propia impotencia,
- el miedo por falta de preparación en general,
- el miedo a ser enterrado vivo,
- y el miedo a la desesperación.

2.- miedo a la muerte sin más,

- al dolor,
- a una larga enfermedad,
- a despedirse de seres queridos,
- a la impotencia para valerle a los demás después de la muerte
- y a la agonía.

3.- miedo a sopesar la vida, por lo pasajero, sin sentido, o por las cargas de conciencia.

4.- miedo a la existencia después de la muerte, al después, a lo desconocido, al juicio y a la justicia.

Wittkoski (1980) ofrece una distinción de miedo a la muerte tomada de Kastenbaum & Eisenberg (1972) y Lester (1967):

-miedo a la propia muerte y - miedo a la muerte de los demás

El miedo a la propia muerte se refiere a la irreversible disolución y aniquilación del individuo, al desatar todos los vínculos, y con ello a la imposibilidad de conseguir objetivos.

Por otra parte Wittkowski (1978) deduce de sus trabajos de campo que el miedo a la muerte es mayor en las mujeres que en los hombres, y también que el miedo a la muerte disminuye con la edad. Para Wittkowski (1978) la religión no es ajena en el tema del miedo a la muerte. En esos trabajos de campo, entre otras, tiene en cuenta las “variables de fondo”: que presentan principalmente la dependencia entre religiosidad y miedo

a la muerte, aquí saca como consecuencia que la religiosidad tanto puede aumentar el miedo a la muerte como reducirlo, dependiendo de si las expresiones de la religión son prometedoras (gracia, paraíso, etc.) o si son amenazadoras (infierno, juicio, condenación, etc.)

Dado el avance de la medicina se observa que el miedo a la muerte como proceso doloroso va disminuyendo. Diggory (1966) y Kastenbaum & Eisenberg (1972), hablando del miedo a la muerte de otros dicen que se refiere a la pérdida de lazos y relaciones, a la falta de estímulo y competencias que se habrían agotado así como a la supresión de las propias metas y del contenido de la vida, todo lo cual tendría sentido sólo en relación con el muerte.

Meyer (1979) habla del miedo a la muerte de los otros, opinando que hay discrepancia entre el miedo personal y la confrontación colectiva con muerte y morir. Más adelante Meyer se pregunta si el dilema del hombre moderno no estará en el abismo existente entre el miedo personal a la muerte y una conciencia colectiva que no percibe la muerte como el final de la vida.

Nelson & Nelson (1975): en relación con la investigación es citado el miedo a los muertos. La presencia de un cadáver remite a los observadores a su propia muerte. Esta opinión parece ser confirmada mediante el análisis factorial de una escala aplicada a una muestra escogida al azar en una población de EE.UU.. El primer factor resultó ser; “evitación de la muerte”.

El miedo a la muerte de otros tiene gran importancia para la interacción médico-paciente (Glasser 1977).

Antiguamente el miedo a la muerte colectiva era suscitado por la evocación del fin del mundo. En la actualidad lo es por la posibilidad de una guerra nuclear. Friedrich (1985) presenta el miedo a la muerte atómica como utilizado en la estrategia de disuasión entre las grandes potencias.

Acompañamiento del morir

Hoy día parece que se entiende que el acompañamiento del morir debe ser cada vez más una cosa del personal del hospital o de a residencia de ancianos o de cualquier otra institución al caso. O sea el acompañamiento del morir se está insitucionalizando y, con frecuencia, desritualizando debido al cambio de papeles de las iglesias. Hay que considerar desde luego que el cambio de valores que se está viendo también en el plano individual lleva a una más escasa vinculación con los valores religiosos y a una clara desritualización de la vida cotidiana y, por ello, también a la de la muerte. También

precisamente ese aspecto con respecto a la muerte puede generar inseguridad en los acompañantes del enfermo terminal.

Acompañar al moribundo significa ante todo, siempre incidir en las particularidades personales y necesidades y contemplar sus necesidades actuales de modo específico. De los siguientes aspectos surgen especiales dificultades para muchos acompañantes de enfermos terminales:

1. De la edad del moribundo (El acompañamiento de enfermos más jóvenes se experimenta como más difícil)
2. La propia inseguridad.
3. La frustración por la propia inseguridad.
4. Dificultades por la muerte repentina.
5. Sentimientos de culpa por una comunicación no abierta.
6. Miedo ante las preguntas ambivalentes por parte del enfermo.
7. El control ante el paciente que no sabe nada de su estado.
8. La fuerte identificación del paciente y su estado.
9. La escasez de resultados exitosos.
10. Las conversaciones con el paciente sobre el morir.

Una determinada ayuda puede ofrecerla una relación de necesidades del paciente que puede ser extraída de la experiencia y las observaciones:

1. Estar libre de dolores
2. Sentirse bien corporalmente.
3. Estar libre de percepciones corporales incómodas
4. Esta informado tanto como lo desea el paciente.
5. Tener la sensación de ser aceptado y respetado.
6. Necesidad de una valoración de la propia vida llena de sentido.

Esta relación muestra cómo los moribundos desean tener parte en el mundo ampliamente en forma cualitativa y cuantitativa. El acompañante tiene la tarea de indicar el lenguaje, señales, mímica y gestos donde un lenguaje claro no es posible o se evita. Al acompañante le incumbe ante todo escuchar qué desea y no desea un moribundo; también qué quiere saber y qué no quiere saber.

Es importante considerar las preguntas propuestas por el enfermo terminal y contestarlas. Aquí con frecuencia no se trata de dar respuesta al diagnóstico, sino más bien a la amenaza, el peligro o el grado de esperanza que todavía permanece. Con frecuencia preguntas similares se presentan siempre de nuevo y a veces queda la sospecha de que las preguntas hechas se olvidan, se reprimen o se niegan. Estos mecanismos de defensa tienen un significado protector, de ninguna manera son mecanismo “inmaduros”

De lo dicho se deduce claramente, que es importante establecer conversación con los enfermos terminales y, si ello no es posible, por lo menos permanecer en contacto. No pocos moribundos se buscan un compañero de contacto en el cual se concentran. Este no tiene por qué pertenecer al círculo familiar o de amigos, sino del círculo del personal sanitario en general o de los médicos.

Aclaraciones al paciente es cosa del médico. La mayor parte de los enfermos crónicos quieren que se les aclaren las cosas e informan lo positivamente que les ha sentado esa aclaración. De todos modos no es la mera aclaración o comunicación del diagnóstico la que aludimos. Aclaración es siempre un proceso. Este tiene que empezar y tener lugar cuando el paciente lo desea y está preparado para ello y requiere una relación llena de confianza, la cual solo se puede desarrollar en un proceso y normalmente no está inmediatamente a disposición.

Además, es importante no tomar la aclaración ni dura ni objetivamente, sino con empatía y con la dosificación que el paciente desea y determina. Normalmente no es indicado dar más información de la que desea el paciente, y es imprescindible que el paciente experimente que se está haciendo todo lo humanamente posible y que el puede plantear preguntas. Solo en aquellas situaciones con una amenaza de muerte en que se pueden derivar patologías psíquicas para el afectado se pueden utilizar “mentiras de emergencia” de modo transitorio.

En un proceso como el descrito no se debe abrir una brecha a través del mecanismo de defensa del paciente. Un paciente no debería ser confrontado con la verdad en contra de su voluntad. Siempre pueden hacer aparición sentimientos como ira, duelo, rabia, agresión y desesperación y estos deben ser permitidos y soportados por los médicos, por el resto del personal sanitario, por los familiares y las demás personas de contacto.

EL MOVIMIENTO DE LOS “HOSPICIOS”

Si bien instituciones similares a casas de acogida ya existían en la antigüedad y también en culturas con otras religiones altamente desarrolladas, la idea del hospicio, hospital, en nuestra cultura está vinculada con la idea cristiana de amor al prójimo. Su cometido más importante se dirige a la asistencia intensa de los enfermos terminales, el amplio tratamiento del dolor (objetivo importante de aquellos hospicios) y la estrecha colaboración con familiares y amigos. Aquí los ayudantes filantrópicos tenían también un importante papel que ejercer.

En los últimos veinte años, a partir de tempranas iniciativas singulares, se han ido formando cada vez más grupos y asociaciones que han ido intentando desarrollar, rea-

lizar y buscar lugar a la idea de hospicio en la realidad de nuestro sistema de seguridad social occidental, a pesar de enormes dificultades. La iniciativas singulares alcanzan a la escala completa de los grados de institucionalización: desde servicios ambulantes hasta ofertas de estaciones. Es imprescindible que los deseos del enfermo terminal estén en primer plano. Esto incluye también, p. ej. apoyar al enfermo y a sus parientes que quieren que él muera en casa.

Todas las miradas que lancemos a la escena norteamericana o escandinava, donde el movimiento de los “hospicios” en este sentido ya llevan más distancia de desarrollo que aquí y donde existen “hospicios” que pueden servirnos de modelo. Pero el hospicio que está en la mente de todos con diferencia es el “St. Christophers” de Londres y su fundadora Dra. Saunders. Quizá esta iniciativa, y su popularización a través de la película “Aún 16 días (Noch 16 Tage)” de Reinhold Iblacker nos haga caer en la cuenta de lo lento que ha sido este movimiento incluso en países como Alemania, para que comprendamos las reticencias en nuestro país. Esto no quiere decir que no se hayan hecho intentos, incluso antes, pero quedan bastante en la penumbra, al menos ante la opinión pública, sin contactos mutuo, vinculado a determinadas personalidades y limitado en sus facetas, y mayoritariamente vinculados a las unidades de cuidados paliativos y de las unidades de hospitalización a domicilio (HADO).

Esto, sin duda, tiene fundamentos que deben ser buscados en nuestra sociedad y en sus valores de entonces. Primeramente las publicaciones de la ya aludida E. Kübler-Ross y otras autoras y autores marcaron un punto de inflexión e hicieron el morir humano el centro de un creciente interés y de discusiones públicas. Con estos cambios se planteó aquí la necesidad de instituciones similares.

Realmente hay que reconocer que el tema suscita controversia, hay médicos y autoridades sanitarias que niegan la necesidad de tales hospicios. Incluso hoy hay voces críticas de ese estilo si bien los argumentos han variado. Pero no se puede pasar por alto que cada vez más se deja sentir el apoyo creciente al trabajo de tales instituciones, aunque sea en versión estacionaria: el creciente número de enfermos e incluso moribundos a los que a no se les puede ayudar en su diagnóstico ni terapéuticamente, pero que necesitan de los más novedosos conocimientos y de la correspondiente terapia paliativa y, una más reconocible disposición de planteamientos en la opinión pública y política para tratar esa temática llevan también a una mayor aceptación del movimiento de los hospicios en todos sus matices.

Lamentablemente eso no significa que la iniciativa y la puesta en marcha de los hospicios se hayan vuelto una cosa sencilla. Está el tema económico. Es necesario que la administración sea consciente de que este tipo de hospicios son imprescindibles en nuestro sistema oficial de asistencia sanitaria. Así los hospicios dispondrían también de un apoyo financiero por parte del sistema sanitario.

Los hospicios nunca se han visto en concurrencia con hospitales y clínicas, sino como un complemento necesario debido a su objetivo. Además estos hospicios utilizan lo más novedoso en conocimientos y experiencias sanitarias, ante todo en el marco de los cuidados paliativos. Pero también, debido a los hospicios colocan a la persona en el punto central, a la cual ya no pueden ayudar diagnóstica y terapéuticamente, tienen otros cometidos. Desde este punto de vista los hospitales, las clínicas y los hospicios podrían complementarse muy bien. Y en el panorama europeo ya se ha visto que se ha realizado en diversas formas de organización. Y lo mismo en esencia se puede cumplir con los hospicios ambulantes. Tampoco aquí se trata de criticar a las instituciones ni al personal de las mismas, sino de complementarlas en el sentido de ayuda y apoyo.

EL DUELO

Generalmente se define el duelo como la reacción a una pérdida. Por eso hay que considerar el duelo en relación con la situación personal y social del que lo padece. El duelo es un proceso muy individual que puede evocar diversas reacciones corporales, fisiológicas y psicológicas.

Así muchos dolientes pueden no mostrar reacciones psicósomáticas o psíquicas, otros hablan de una reducción de la actividad laboral, poca decisión, reducida capacidad de sobrecarga, nerviosismo indiferenciado y muchos otros síntomas. También se pueden detectar: miedo, temblores, elevado consumo de medicamentos, fumar excesivamente y un consumo desmesurado de alcohol.

Si bien los síntomas del duelo son similares a los de la depresión o también a las reacciones de miedo, no se puede considerar precipitadamente el duelo como patológico. Se empieza a entender el duelo más claramente cuando en el proceso de duelo aparecen bloqueos, si el duelo por la pérdida sufrida dificulta o hace imposible la vida.

Las introducciones al proceso de duelo en fases encontradas en la literatura no elevan la exigencia de concreción de la ilustración del proceso de duelo. Más bien facilitan la orientación considerablemente. Así Kast (1987) p. ej., distingue cuatro fases: Ni querer percibir, aparición de reacciones, búsqueda y apartarse, y la de un nuevo yo y un nuevo mundo. En cada una de ellas se pueden mostrar unas muy diversas reacciones individuales, las cuales son precisadas por cada fase y que tienen su propia y diversa duración temporal. Incluso en cada una de las fases pueden aparecer síntomas que dificultan e incluso impiden la elaboración de la pérdida. Tal situación hace imprescindible la intervención terapéutica.

Regularmente hoy día el lugar del duelo es el ámbito familiar, también puede decirse la esfera privada,. Cuando en la antigüedad el duelo estaba ligado al cumpli-

miento de normas sociales (cosa que aún se observa en las sociedades poco industrializadas), este aspecto hoy día no está en primer plano. Se puede decir más bien que el duelo hoy es un acontecimiento privado, mientras que antes las reglas sociales aseguraban una participación de la sociedad. Esto trae consigo inseguridad y también la pérdida del elemento terapéutico que encierran los usos, las tradiciones, y los ritos. El duelo, como la confrontación con el morir y la muerte, se ha vuelto una tarea de vida a superar. La función de apoyo del entorno social y sus normas se ha reducido en los últimos decenios, los ritos, normas y las costumbres se han quedado reducidas, de momento aún, a la ceremonia de enterramiento.

REFERENCIAS

- Ariès, Ph. (2000): Historia de la muerte en occidente : desde la edad media hasta nuestros días; Barcelona : El Acantilado.
- Baltes (1984): Altern und Tod in der Psychologischen Forschung; En: Wienan, R. & Rosemeier, H.P. (Eds.) Tod und Sterben. Berlin: De Gruyter, pp. 237-251.
- Beutel, M. (1988): Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Weinheim: Editon
Medizin, VCH Verlag.
- Boecker et al. (1987): (Ed.): Handbuch Religiöser Erziehung, Vol. 2. Düsseldorf.
- Bondolf, A./ Vincent, T.L./ Schmied, G. (1988): On Dying. La Mort. En: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie, 14, 2, S. 297-339.;
- Caruso, I.A./ Rubner, A. (1988): Notizen einer Diskussion über den Tod. En: Psychologie und
Gesellschaftskritik, 12, pp. 45-57.
- Erikson, E.H. (1989): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt: Suhrkamp. En castellano: Identidad, juventud y crisis. Buenos Aires : Paidós.
- Erlemeier, N. (1972): Psychologische Forschungen zum Todesproblem. En: Z Gerontol, 5, pp. 32-49, Erler, G./Jaecel, M. (1989): Weibliche Ökonomie. München.
- Fuchs, W. (1969): Todesbilder in der modernen Gesellschaft. Frankfurt: Suhrkamp..
- George, W. (1989): Sterben im Krankenhaus. En: Psychomed. 15,10, pp. 737-753.
- Gómez Gude, J. J.(1992): *Actitud ante la finitud de la existencia y el morir de la gente mayor en la provincia de Pontevedra*. Tesis doctoral. Universidad de Santiago de Compostela.
- Havighurst, R.J.(1963): A World View of Gerontology. En: Vedder, C.B.(Ed.): Gerontology.
Springfield: Thomas 1963, pp. 20-27.
- Imhof, A.E. (1981): Die gewonnen Jahre. Von der Zunahme unserer Lebensspanne seit dreihundert Jahre oder von der Notwendigkeit einer neuen Einstellung zu Leben und Sterben. Ein Historischer Essay. Munich: C.H. Beck.
- Kast, V. (1987): Trauern. Stuttgart: Kreuz.

- Kruse, A. (1988): Auseinsetzung mit Sterben und Tod Möglichkeiten eines ärztlichen Sterbebeistands. En: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 64, s. 317-332.
- Kübler-Ross, E. (1969); On Death and Dying; Nueva York: Ed. The Mcmillan Company.
- Lehr, U. (1983): Psychologische Aspekte des Alterns. En: Reimann, H./Reimann, G. (Eds.): Das Alter. Stuttgart: Enke, pp. 140-163.
- Munnichs, J.M.A. (1966): Old age and finitude. A Contribution to social gerontology. Basel: Karger.
- Thomae, H. (1968): Das Individuum und seine Welt. Göttingen: Hogrefe.
- Warsitz, P. (1984): Sterben als Verlust in Form von Zukunft. En: Fragmente, pp. 119-123.
- Wittkowski, J.(1978); Tod und Sterben. Ergebnisse der Thanatopsychologie; Heidelberg; Quelle & Meyer.
- Wittkowski, J. & Baumgärtner, I.(1977); Religiosität und Einstellung zu Tod und Sterben bei alten Menschen; Zeitschrift f. Gerontologie 10,61-68.

Fecha de recepción: 19 mayo 2007

Fecha de admisión: 22 septiembre 2007

