



A propósito de la muerte y del proceso del duelo

Anna Sanés Espert (Enfermera y matrona)

ABOUT THE DEATH AND MOURNING. SANES A.

Keywords: Death, Mourning, Terminal ill.

English Abstract: In this work the authoress thinks about death and mourning from the health profession viewpoint, analyzing the different types of death—definitive death and partial deaths along the life—and the mechanism of mourning and its different phases, based on the survival instinct. The social changes in our days are reflected in the attitude of population towards death and losses. Planning rightly the palliative cares in a terminal ill is very difficult, because the ill has normally difficulties to express his needs, or because his psychological state is very unpleasant. It is required that the health professional enters in the personal sphere, and exercise his attitude to show his availability to the ill.

A principios de verano de este año 1995, Elizabeth Kübler-Ross sufrió un infarto. En el momento en el que aparece este artículo desconocemos cual es su estado, ni quienes la acompañan. Tampoco sabemos cómo se sintió al rozar su propia desaparición; pero deseamos fervientemente que se recupere y pueda continuar su maravillosa labor. Cuando lo inicie definitivamente, todas las almas a las que ella ha ayudado a iniciar este viaje, la estarán esperando allá donde se encuentren.

EL PROBLEMA DE LA MUERTE

El tema de la muerte ha cobrado reciente actualidad, como si recuperara la importancia que nunca debió perder. Ello se debe, en buena parte, al avance de las ciencias, los de la medicina en especial, que nos han conducido a la deshumanización de los hospitales y al encarnizamiento terapéutico con los enfermos terminales.

El médico considera a la muerte, en buena lógica, como su enemiga y lucha contra ella con todas las armas a su alcance. Pero la limitación que las personas y sus recursos tienen, debe ser conocida, reconocida, aceptada. En esas luchas contra la muerte, se llega a un punto en que si no el científico, sí el hombre que reside en el profesional de la medicina, debe saber parar la contienda y esperar, porque «los pacientes terminales no solo se están muriendo, también están vivos», tal como nos recuerda la Dra. Kübler-Ross. Los cuidadores tene-

mos la obligación absoluta de saber hasta donde alcanza nuestro saber y nuestra técnica, y admitir que tienen un límite de utilidad, a partir del cual hay que entrar en otra etapa: prestar cuidados de soporte y de ayuda, saber escuchar, intentar dar alivio, apoyo, hasta el final. Y ser capaz de hacerlo en paz consigo mismo, con el enfermo y con su entorno, sin sensación de fracaso; este último factor es sumamente importante.

Pero, ¿Qué se ha hecho del duelo, tan útil para devolver la serenidad tras la tormenta dolorosa de una pérdida?

Una vez que sobreviene la muerte del enfermo, se instaura, o debería instaurarse, un proceso de duelo por el cual se ponen en marcha los mecanismos que permitirán un reajuste de los sentimientos. Loss familiares y amigos del difunto deberán aceptar la desaparición y aprender a continuar sin él; habrán de recoger los recuerdos y las vivencias, ordenarlos, darles un lugar, y continuar el camino con paz y serenidad.

Por su parte, los profesionales de la salud, vinculados de otro modo al paciente que muere, también habrán de hacer un reajuste. En su vertiente humana, aceptar la desaparición de un semejante, que cada vez que acontece cerca de nosotros nos trae a la memoria que un día también desapareceremos. En su vertiente profesional, hacer una revisión de las actividades desarrolladas en la prestación de cuidados, no solo en términos de efectividad y calidad técnica, sino en términos de la actitud que las sostuvo.

Excepto en los casos de muerte violenta o repentina, la mayoría de personas son capaces de percibir la cercanía de la muerte, sea cual sea la edad. Cuando esto sucede, se inicia la etapa de agonía. La agonía es el proceso de duelo de aquel que muere.

TIPOS DE MUERTE

Pero, ¿Qué es la muerte? A tan difícil pregunta el diccionario ofrece numerosas respuestas que se refieren a pérdida, final, cese de la vida. En el apartado médico define la muerte como una de las maneras posibles de resolverse la enfermedad, definición acorde con el punto de vista naturista, según el cual cuando la energía vital no es capaz de restablecer los mecanismos de homeostasis a pesar de los recursos utilizados, se produce el desmoronamiento de las funciones y su cese.

A partir de las definiciones que hacen referencia a pérdida, podemos establecer que existen dos tipos de pérdida, la total o muerte definitiva, y las pérdidas parciales, que también requieren la puesta en funcionamiento de procesos de duelo como mecanismos de adaptación. Detengámonos a analizar a continuación los distintos tipos de pérdida, los distintos “tipos de muerte”.

Muerte definitiva

a) Muerte violenta: acaece de un modo rápido, producida por graves daños corporales. Puede ser pasiva o activa.

Será pasiva cuando el sujeto que muere

re recibe agresiones o lesiones sin ningún tipo de intervención por su parte. Será activa cuando el sujeto acaba con su vida de manera voluntaria mediante suicidio, o también a través del riesgo. Algunos individuos se colocan innecesariamente en situaciones de riesgo, como si les gustara jugar con la muerte; en muchos casos actúan como suicidas que buscan un modo de morir sin tener que matarse activamente.

b) La muerte como final inevitable de la enfermedad: cuando el proceso degenerativo de una enfermedad es tan lesivo que conduce a un desequilibrio total del organismo, y por tanto al fracaso de las funciones vitales.

c) Muerte por envejecimiento natural: el mantenimiento de los procesos vitales durante un largo número de años, conlleva una degeneración progresiva de órganos y funciones, que finalmente acaban entrando en crisis, y a continuación sobreviene la muerte. Es la muerte del anciano.

Estos distintos tipos de muerte definitiva tienen en común dos fases *post mortem*: una fase física, en la que tras el cese de la actividad cerebral se produce un cese progresivo, más o menos lento, de la actividad de aquellos órganos que todavía conservasen alguna, presentándose toda una serie de fenómenos cadavéricos cuyas causas y secuencia se conocen con gran precisión. A esa fase física, sobre la que se poseen amplios conocimientos científicos, le acompaña una fase espiritual, que no ha podido ser tan bien estudiada como aquella. Digamos aquí tan solo que el principio vital del ser humano, el «alma» según la terminología religiosa, inicia su viaje; sobre lo que ocurra después—estados *post mortem* cuyas primeras etapas algunos autores llaman de purgatorios o de cielos intermedios, la cuestión del paraíso, de la reencarnación, etc.— cada uno es libre de creer o de investigar lo que crea conveniente.

Muerte parcial: las pérdidas durante la vida

d) Conocimiento por el enfermo de que su diagnóstico es el de una enfermedad considerada como incurable. Esta noticia suele causar en las personas la misma vivencia que les supondría el anuncio de una muerte inminente, incluso aunque se encuentren asintomáticas en el momento de enterarse.

e) Incapacidades: el ejemplo tipo de paciente incapacitado es el que sufre daños neurológicos importantes.

f) Pérdida de miembros o de órganos de los sentidos.

g) Enfermedades que exigen modificaciones, a menudo severas, de los hábitos de vida: nefropatías, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc

h) Pérdidas situacionales: Atravesar las propias etapas de la vida conlleva continuas pérdidas respecto a situaciones que se van dejando atrás; los cambios que aparecen en el curso de la vida generan estrés y exigen adaptación; a menudo también exigen renunciaciones y ausencias de responsabilidades desconocidas hasta entonces. Son una pérdida de privilegios. Por ejemplo, la menopausia produce en la mujer la pérdida de la fertilidad; la depresión post-parto de la primípara marca el fin de la vida de pareja sola y libre; el fin de carrera trae un “se acabó la vida de estudiante”; el paro laboral supone el fin de la independencia económica; alejamientos y separaciones más o menos definitivas.

La muerte o la pérdida no afectan sólo a quien las sufre en primera persona, sino que alcanzan al entorno familiar, personal y laboral, y a los profesionales que le cuidan, produciéndose dos corrientes paralelas. Uno y otros deberán recurrir a mecanismos de defensa.

El primero deberá asumir su propia agonía (duelo personal) y los segundos sentimientos de tristeza (duelo ritual). En ambos casos el duelo, como mecanismo de adaptación, permitirá seguir avanzando a pesar de la certeza renovada de la propia muerte; para los cuidadores será además un recordatorio de su condición humana.

LA MUERTE HOY

Analizando la sociedad moderna se puede observar que se ha producido una disgregación familiar respecto a la sociedad de antaño. Hoy día las generaciones no conviven; el matrimonio suele alejar a los hijos mayores a zonas distantes de la vivienda familiar; puede ser que aun viviendo en la misma ciudad, residan en barrios opuestos; los núcleos rurales se urbanizan en las afueras, etc. Poco a poco desaparece la impregnación de valores que se produce con la fricción, con la convivencia y la frecuentación. Una muestra de ello la encontramos en las personas mayores de esta época: en ellas ha disminuido la capacidad de aceptar la vejez y sus limitaciones, en parte debido a las actividades lúdicas para la tercera edad y al modo en que funcionan en general las residencias geriátricas.

Nacimiento y muerte, los dos eslabones principales en la cadena de la vida, tienen su lugar hoy en hospitales, donde, lejos del núcleo familiar, ya no son compartidos. Después de morir, los cuerpos de los difuntos son trasladados al tanatorio. Los signos externos de luto no son habituales. En contrapartida se llevan señales (lazos) como manifestación externa de apoyo a ciertas causas.

Los cambios en las costumbres sociales han transformado también el modo en como se viven las pérdidas. La plena incorporación de la mujer al mundo laboral deja los hogares vacíos durante horas, lo cual supone que un enfermo debe quedarse solo, ser cuidado por personas ajenas, o algún miembro de la familia debe dejar de trabajar mientras persista la enfermedad. En los hospitales, los enfermos graves son tratados hasta las últimas consecuencias en servicios especializados, donde las posibilidades de comunicación están disminuidas, haciéndose muy difícil para el enfermo asumir la propia muerte como natural, o dár y recibir aquellos mensajes últimos, tan importantes para iniciar la despedida y para que sus allegados vivan en paz tras el adiós.

El gran despliegue de medios informativos que caracteriza a nuestra sociedad puede hacer creer al enfermo y a sus familiares que, puesto que existen tantos adelantos científicos y técnicos, alguno habrá que solucione el problema, lo que hará que se busquen tratamientos caros y lejanos, que resultan inútiles la mayoría de las veces, y que erosionan enormemente la calidad de vida del enfermo y sus allegados, mermando sus posibilidades de afrontar lo inevitable con serenidad.

El sufrimiento del enfermo

Pese a la aparición de Clínicas del Dolor en los grandes hospitales, todavía subsiste un gran desconocimiento y escasez de información sobre el tema del sufrimiento de los pacientes. A ello se unen criterios morales en los que el dolor y el sufrimiento tienen un valor positivo. Es curioso comprobar que frente al llamado “dolor del parto” hay un excesivo despliegue en la oferta de medios para eliminar las sensaciones de las contracciones, que nunca deberían ir asociadas al sufrimiento; en cambio se pone en cuestión el alivio del dolor sufrido por enfermos terminales.

Para volver a adquirir una posición razonable frente a la muerte, la cual nos alcanzará a todos inevitablemente, se

hace necesario volver la mirada sobre la historia de la humanidad, sobre sus usos y creencias alrededor del inicio y del final de la vida, circunstancias ambas frente a las cuales todas las etnias y civilizaciones se han maravillado desde tiempos remotos.

Desde hace algunos años, los científicos han empezado a manipular los procesos biológicos del inicio de la vida, y aunque puedan hacerse muchos logros en este campo, el final es absolutamente inevitable. Los seres humanos desconocemos lo que pueda ocurrir después de la descomposición del cuerpo; ello propicia el desarrollo de todo tipo de creencias y rituales en torno a los difuntos. El empeño en que su descanso sea adecuado, y todo el conjunto de ceremonias al respecto, son claro exponente del temor a lo desconocido. Frente a la duda, más vale tener contentos a los que nos precedieron.

Las distintas normas que las religiones imponen a sus creyentes respecto a los difuntos, quedan justificadas cuando se comprende su valor higiénico y social. La aparición de los protocolos sociales en torno a la muerte ha sido desde siempre la puesta en marcha de un ritual de salud para todos aquellos que quedan, para seguir viviendo aquí con suficiente tranquilidad a pesar de saber que tarde o temprano llegará el momento de partir.

Las prácticas rituales son inherentes a toda organización social que haya alcanzado un mínimo de complejidad, porque el establecimiento de un orden permite a los distintos miembros del grupo desempeñar el rol adecuado en cada circunstancia. Los propios cuidados sanitarios están totalmente ritualizados. ¿Qué son sino los protocolos? La creación de marcos de actuación da seguridad a la actividad de cada uno, define sus obligaciones y le sitúa adecuadamente respecto a los demás.

EL DUELO

El duelo se define como el conjunto de sentimientos de aflicción y de lástima que siguen a una pérdida o a una desaparición de un ser próximo, y a las demostraciones que se hacen para manifestarlos. Este término proviene del latín *dolium*, que significa dolor o sufrimiento.

El proceso del duelo es en realidad un protocolo sociocultural que permite afrontar la muerte propia y la de quienes nos rodean. Básicamente es una reacción adaptada frente a una agresión, y se inicia a partir del más primitivo de los

instintos propios de los animales, el sentido de supervivencia; en caso de peligro (agresión), luchar o huir. Sin este instinto no estaría garantizada la supervivencia de la especie.

A lo largo de la vida se van acumulando experiencias que dan lugar a un aprendizaje; ello desemboca en la aparición de nuevos modos de comportamiento que permiten afrontar distintas situaciones. En las especies más simples no aparecen nuevos modos de comportamiento porque no existe esa capacidad de aprendizaje, de combinar experiencias anteriores debido a lo limitado de las estructuras nerviosas. En cambio las más evolucionadas pueden crear nuevas respuestas a partir de la combinación de respuestas dadas anteriormente. En la especie humana, cuya capacidad de comprender, integrar y manejar la información es mucho mayor que en los animales, entra en juego además la facultad de transmitir los aprendizajes de manera abstracta a través de la palabra, lo que hace que sus respuestas sean comparativamente mucho mejor adaptadas, adecuadas e individualizadas.

La muerte, en tanto que agresión, es un peligro, y peligro que percibimos como cierto. Frente a él la especie humana responde de un modo mucho más complejo que los animales. El instinto fundamental de luchar o huir se combina aquí con todas las experiencias previas del individuo, las cuales dependen en gran medida del entorno social y cultural (valores morales del grupo social, sentimientos, relaciones, etc.).

LAS FASES DEL DUELO

El proceso de duelo consta de cinco fases que no siempre aparecen en el mismo orden ni son necesariamente correlativas, pudiendo producirse regresiones de unas a otras. El proceso sólo finaliza cuando se supera la última de sus fases de manera definitiva; su duración puede ser muy variable.

1. **Negación:** sentimiento de incredulidad.
2. **Ira:** agresividad, intento de recuperación.
3. **Pacto:** intento de controlar la situación de manera razonable (o no tanto).
4. **Depresión:** evidencia de la pérdida. Tristeza y llanto, expresión del dolor.
5. **Aceptación:** reorganización. Paz. Equilibrio.

Examinemos cada una de esas cinco etapas de las que consta el proceso de duelo:

1. Negación

La primera reacción frente a la noticia adversa es la negación, sobre todo si la noticia se refiere a la muerte cierta, inminente o cercana. Es el no ante aquello que es desagradable, inoportuno.

2. Ira

De la negación se pasa a la ira, a la lucha desesperada; ambas actitudes suelen estar muy próximas entre sí; incluso ambas reacciones pueden fundirse en rabia incontenible.

En estas dos primeras etapas, paciente y entorno son muy vulnerables, buscan culpas y culpables, y también tratan de aferrarse a cualquier esperanza por disparatada que sea.

Antes de acceder a la tercera etapa, en la que se iniciará la aceptación, los pacientes son muy difíciles de tratar. Esta situación puede durar mucho tiempo, y prolongarse incluso hasta el final; es en estas etapas iniciales cuando se ponen a prueba las habilidades de los cuidadores, desde el primer responsable médico hasta la persona que se ocupa de la limpieza. Cualquiera de ellos puede recibir descargas de ira; el enfermo «se porta mal». Con esta expresión se designa a los pacientes que con su actitud fatigan mucho al equipo que les atiende; es extensible además a los familiares y allegados del paciente. Cuando el equipo se fatiga es cuando también «se porta mal».

3. Pacto

La tercera etapa del duelo, la de Pacto, es el inicio de las “negociaciones”. El enfermo o sus allegados tratarán de aplicar estrategias de distintas clases, según cada caso, que permitan una calidad de vida y relación adecuadas. Tales estrategias suelen adoptar la forma de ciertas conductas infantiles como las promesas (“no volveré a...”, “si me curo...”, “si mi madre se cura...”); también puede producirse el inicio o el reinicio de prácticas religiosas que hacen más soportable la evidencia.

4. Depresión

Socialmente las expresiones de dolor como el llanto o actitudes de tristeza, se consideran signos de debilidad (“los hombres no lloran”, etc.), pero expresar el dolor que produce la pérdida es fundamental para poder acceder a la acepta-

ción de ésta. Al expresar el dolor el paciente verbaliza o da a entender que conoce su estado, lo reconoce y se prepara. Sin embargo cuando alguien expresa dolor o tristeza tenemos tendencia a animarle, a inhibir la expresión de su dolor. Pero lo que deberíamos hacer en tales casos es dejarle llorar, dejar que exteriorice su pesar; si nosotros estuviéramos en su situación lo más probable es que también tuviéramos ganas de llorar.

En esta etapa de depresión las mujeres con cáncer de útero, aunque tienen una expectativa de vida larga, se ven a sí mismas como incompetentes porque han perdido su fertilidad; una mastectomía puede ser catastrófica desde el punto de vista psicológico si la paciente no recibe el soporte adecuado, sobre todo si se trata de una reintervención y se pierden ambas mamas. Los enfermos parapléjicos viven muy bien los avances del principio, pero cuando sus progresos se detienen, o aparecen las tan frecuentes infecciones recurrentes o períodos de hospitalización, regresan a menudo a las etapas de ira y culpabilización.

El paciente puede sentirse además deprimido o agobiado por lo que sabe o cree que su estado supone para otros: pérdida de la estabilidad económica de la familia, visitas y cuidados que suponen una sobrecarga de obligaciones, incertidumbre y angustia acerca del cuidado de los hijos, etc.

En la etapa de depresión el enfermo tenderá a "olvidar" la realidad de su estado: se refugiará en el sueño o en el dolor físico, y se evadirá a menudo, pero de una manera sumamente consciente. En esta cuarta etapa el paciente ya tiene claro cual es su estado y comienza a buscar en su interior los recursos suficientes para acceder a la aceptación manifiesta de su situación.

5. Aceptación

Con la aceptación consciente de su estado, el enfermo llega a la culminación del proceso de duelo. En esta última etapa ya no acepta mentiras piadosas; para el enfermo que ha aceptado la pérdida es de gran relevancia que aquellos que le rodean compartan su aceptación; exige a los demás que compartan el permiso que él mismo se ha concedido.

Si se trata de un diagnóstico que suponga una muerte próxima, probablemente comience a evocar y compartir, si puede, etapas significativas de su existencia, a expresar últimos deseos, a confesar secretos. Por experiencia todos sabemos que en la fase final muchos enfer-

mos sufren deterioro mental o físico, de manera que la expresión de sus sentimientos puede ser difícil de captar o entender, pero el ejercicio de la observación permite percibirlos.

EL "SÍNDROME DEL DUELO"

La no instauración del proceso o la no completación hasta su última etapa, conduce a manifestaciones que Lindeman describió ya en 1944, y cuya presencia es sumamente válida para detectar los duelos no asumidos, propios de los familiares allegados al enfermo y que aparecen muy frecuentemente enmascarados en las consultas de médicos generalistas. Es muy importante al tratar determinados cuadros en personas que han perdido un ser querido en un pasado más o menos reciente.

Síndrome del Duelo

- Sufrimiento somático: malestar físico difuso, opresión, fatiga.
- Preocupación por la imagen del difunto: intento de rehabilitación.
- Sentimientos exagerados de culpa y de tendencia a la inculpación de otros
- Hostilidad hacia el entorno ("nadie sufre tanto como yo")
- Incapacidad de retornar a la conducta normal

EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

El dolor físico, en tanto que percepción individual, subjetiva, es difícilmente medible en términos objetivos. Cada paciente reacciona de manera distinta al dolor en cada una de las fases de su enfermedad.

La experiencia del dolor tiene para muchos pacientes una carga moral específica. En esta etapa en la que el enfermo terminal se va acercando al más allá, sus creencias ocupan un lugar relevante. Todavía nos encontramos con pacientes cuyo sufrimiento físico es ofrecido a Dios.

Del difícil manejo y dosificación de las drogas naturales y sintéticas que existen para combatir el dolor, se encargan actualmente los anestesiólogos. Numerosas publicaciones profesionales se hacen eco de las divergencias que surgen en la instauración de los tratamientos del dolor en cuidados paliativos, entre quienes los prescriben y quienes los aplican, puesto que estos últimos se encuentran más cerca del enfermo, perciben su reacción y sus necesidades.

LA ACTITUD PSICOLÓGICA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

La atención y acompañamiento a moribundos no es tarea fácil. El hecho de ejercer profesiones sanitarias o vinculadas al mundo sanitario no capacita para ello. Es un trabajo difícil y que requiere grandes cantidades de energía.

Los enfermos graves tienen necesidad de comunicarse con otros seres humanos y a menudo, demasiado a menudo, no pueden hacerlo. Están más con ellos los que les atienden que sus propios familiares y amigos. Por ello los profesionales sanitarios debemos estar preparado tanto para dar como para recibir. Y debemos demostrar esta capacidad con la actitud que tenemos en nuestros contactos y relaciones con el enfermo.

La visita médica, a menudo en comitiva, no permite en absoluto la comunicación. Qué diferente sería si estos médicos que conocen y tratan el proceso morboso fueran capaces, terminada la visita con la corte, de acudir a visitar realmente a sus enfermos, a escucharlos y a responder a sus preguntas, a sentarse a su lado.

Es desde luego una tarea difícil conversar con un enfermo terminal, darle la noticia de su gravedad y de cuales son las posibilidades reales de recuperación, atender a su modo de ser y planificar los cuidados de manera satisfactoria para ambos. Para desempeñar esta tarea no nos han enseñado en ninguna facultad ni escuela.

Una idea perjudicial, muy extendida (¿por qué será?) es la de que las enfermeras están siempre demasiado ocupadas como para charlar un rato con sus enfermos. Hemos olvidado el valor terapéutico que tienen esos minutos de atención, este contacto de una mano amable, sin guantes. Las tarjetas de identificación contribuyen a la merma de la comunicación con el enfermo; hacen que pocas veces nos presentemos. La diversidad de colores y formas de los uniformes y el código que siguen solamente son conocidos por el personal del centro, pero no por los usuarios y sus familiares. Así, es posible que después de recibir la visita de la asistente social, el anciano pulse el timbre para preguntarnos quien era esa joven tan simpática que se interesó por su esposa y sus hijos.

Cabe establecer una manera adecuada de recibir y atender a la familia del enfermo terminal. Como profesionales sabemos que esto no ocurre habitualmente, salvo honrosas excepciones.

Así pues, para planificar eficazmente los cuidados del enfermo terminal hay que entrar en el plano personal, hay que entablar relación con él, conocer cual es su escala de valores para priorizar y discutir conjuntamente qué cosas pueden continuar y cuales hay que adaptar. Hay que establecer límites de mutuo acuerdo, dar un lugar al tratamiento y discutir sobre el manejo del dolor. Y hay que facilitar la satisfacción de últimas voluntades; algunos pacientes han deseado escribir cartas, realizar o recibir llamadas telefónicas, visitar un lugar o persona, acariciar a su perro o escuchar fragmentos de sus poemas preferidos, y la discapacidad o el aislamiento no se lo han permitido. Aquellos que pierden la posibilidad de la expresión verbal se esfuerzan en ser comprendidos mediante gestos y miradas, y exigen una gran atención. De las manifestaciones de aquellos a quienes cuidamos ninguna es desechable; incluso cuando los pacientes «se portan mal», nos están lanzando mensajes desesperados de cómo se sienten; es posible incluso que tengan envidia de nuestro aspecto saludable.

Solo captaremos esos mensajes si estamos dispuestos a ello, y solo podremos actuar en consecuencia si demostramos nuestra disponibilidad con la actitud.

Entendemos por actitud la disposición del estado de ánimo y su manifestación externa. La manifestación externa de la actitud es verbal y no verbal al mismo tiempo. Si queremos tener una actitud de disponibilidad con el enfermo, habremos de manifestarla no solo con palabras y actividades concretas, sino con nuestra manera de hablar y de hacer, con la posición del cuerpo y de las manos, y con la mirada.

No todos los enfermos tienen la misma trayectoria. Unos padecen enfermedades de lenta degeneración, otros sufren procesos rápidos que no les dejan tiempo para asumirlos. Los procesos lar-

gos permiten trabajar de determinada manera a su lado y el de la familia. Las desapariciones rápidas y las graves disminuciones post-traumáticas, exigen otras formas de proceder. Pero cualquiera que sea el caso, lo primero que hay que revisar y trabajar continuamente es nuestra actitud.

En los hospitales puede llegar a producirse el fenómeno de que algún paciente sepa más de nosotros que nosotros de él. Aquellos que ingresan repetidamente se acuerdan de los aniversarios y ansían conocer a nuestros hijos recién nacidos. Les gusta ver fotos. Se preocupan con los divorcios y nos proporcionan sabrosas recetas de cocina cuando al no tolerar la ingesta de sólidos, recuerdan aquel plato que tanto les gusta.

“Mientras haya vida hay esperanza”, “la esperanza es lo último que se pierde”, dicen las frases populares. La esperanza puede ser muy positiva en algunos casos, pero el mantenimiento de falsas esperanzas, las máscaras de alegría y el rechazo de la realidad pueden ser altamente perjudiciales.

Cuando el paciente entra en la recta final nos afligimos y recordamos muchos de los momentos pasados junto a él. Después de su muerte repasaremos inevitablemente la aplicación de los protocolos; la conclusión de que hicimos cuanto estaba a nuestro alcance será lo que nos proporcione la serenidad necesaria para seguir trabajando. Solo cabe culpabilizarse en caso de haber cometido una negligencia o un error.

Y finalmente, si nuestros propios sentimientos han entrado en juego al interaccionar con el enfermo, asumir el duelo nos será sumamente útil, y nos recordará que con toda seguridad nosotros también llegaremos a morir. También es muy posible que aunque seamos profesionales de la medicina, la enfermería, la psicología, el trabajo social, etc., etc., nosotros mismos necesitemos

recibir cuidado, soporte, y ayuda para conseguir la paz. ○

BIBLIOGRAFIA

- KÜBLER-ROSS, E.: *La muerte y los moribundos*. Ed. Grijalbo.
- DE MIGUEL, K y E. *La antropología Médica en España*. Ed. Anagrama
- PEPLAU, H.E. *Relaciones interpersonales en Enfermería*. Ed. Salvat
- MÉLICH, J.C. *Pedagogía de la finitud*. Editado por la Universidad Autónoma de Barcelona.
- SANÉS ESPERT, A. *La pérdida i el dol (L'infant que no neix, l'infant que ens deixa)* (pendiente de edición).
- GALA L, LUPIANI GIMENEZ, DIAZ RODRIGUEZ. *Sobre las concepciones de la muerte* (Importancia para el medio hospitalario). Revista Rol, nº 159, Nov. 1991, pgs. 63-66.
- VARIOS AUTORES. *Sobre el Dolor y el Derecho a una Muerte Digna*. Monográfico de la revista Labor Hospitalaria (222, 4-1991). Ed. Hermanos de San Juan de Dios en colaboración con el Instituto Borjate Bioética.
- VARIOS AUTORES. *Vivir el Morir*. Monográfico de la revista Labor Hospitalaria (225, 3 y 4-1992). Ed. Hermanos de San Juan de Dios en colaboración con el Instituto Borja de Bioética.
- A continuación se enumeran los títulos de artículos aparecidos en la revista Nursing de Enfermería (ed. española). Esta revista lleva mucho tiempo publicando artículos sobre el tema de la mano de una gran experta, la enfermera norteamericana Joy K. UFEMA; dispone además de una sección fija: «Reflexiones sobre la muerte y los moribundos», muy útil para los profesionales.
- Revisión de vida en los pacientes ancianos*. Vol. 1, nº 7, Set. 1983.
- Cuando el paciente desea morir en casa*. Vol. 1, nº 9, Nov. 1983, (38-44).
- ¿Qué es sentirse morir?* Vol. 2, nº 4, Mayo 1984.
- Interprete los mensajes del paciente moribundo*. Vol. 5, nº 1, Ene. 1987.
- Cese de la reanimación: ayuda a la familia*. Vol. 5, nº 2, Feb. 1987.
- Compartir la muerte*. Vol. 5, nº 9, Nov. 1987 (46-48).
- Los cuidados son los que marcan la diferencia*. Vol. 6, nº 1, Ene. 1988.
- Como hablar a los pacientes moribundos*. Vol. 6, nº 3, Mar. 1988.
- La aflicción tiene muchas caras*. Vol. 7, nº 1, Ene. 1989.
- Experiencias cercanas a la muerte*. Vol. 7, nº 5, Mayo 1989.
- Un momento precioso*. Vol. 8, nº 5, Mayo 1990.
- Interrupción precoz del embarazo*. Vol. 8, nº 7, Ago-Set. 1990.
- Facilitar el «adiós» de los seres queridos*. Vol. 10, nº 7, Ago-Set. 1992, (8-9).
- Convertir el Duelo propio en Crecimiento Personal*. Vol. 11, nº 2, Feb. 1994.
- Aprovechar al máximo cada instante*. Vol. 12, nº 4, Abr. 1994.
- Después de una pérdida, ofrecer algo más a los familiares*. Vol. 13, nº 2, Feb. 1995.