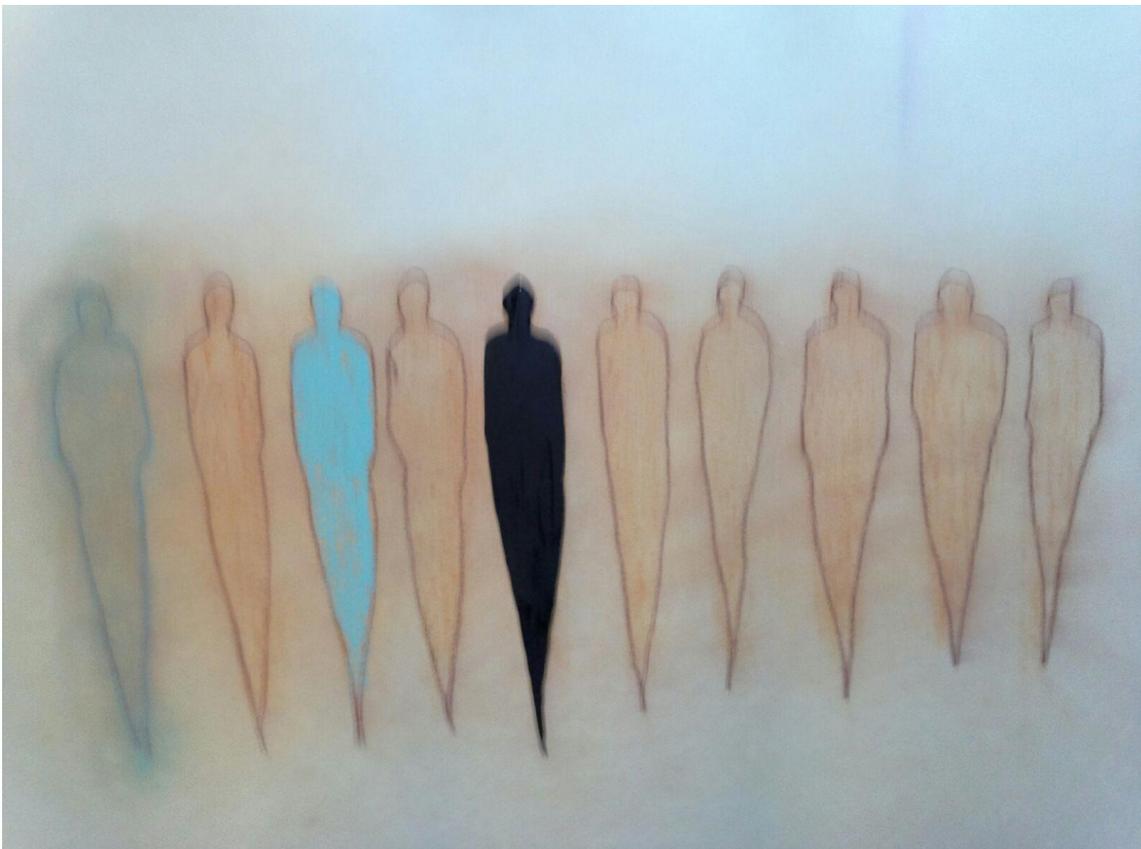


Notas cerca de los moribundos



Rogelio Chenlo

Dibujo de la portada realizado en técnica mixta sobre papel de 50 x 70 cm, obra de José Luis Seara (2011).

La elección del tema viene de la mano de una estancia durante un mes en una Unidad de Cuidados Paliativos de un Hospital, como parte del ciclo formativo MIR.

Los criterios de ingreso en esta Unidad son presentar cáncer en estadio terminal no subsidiario de tratamiento curativo y tener una expectativa de vida inferior a un año. La atención en los llamados “días finales” o “últimos días” presenta especiales demandas y cuidados.

A través de la revisión de los escritos de Freud y de la literatura relacionada con el tema he tratado de entender lo que sucede en el espacio que comparten moribundos, sus acompañantes y el personal hospitalario a su cuidado, y como acercamiento personal al trato con moribundos.

En Cuidados Paliativos hay toda una nomenclatura específica y muy significativa. Por limitación del esfuerzo terapéutico se entiende el retirar o no iniciar medidas terapéuticas porque el profesional sanitario estima que, en la situación concreta del paciente, son inútiles o fútiles, ya que tan sólo consiguen prolongarle la vida biológica, pero sin proporcionarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima (1). El rechazo del tratamiento o la denegación de consentimiento es el derecho del paciente a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o el tratamiento (1). Llamamos sedación paliativa a la administración de fármacos a un paciente en situación terminal, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia todo lo que sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas pertinaces que le causan sufrimiento, contando para ello con su consentimiento expreso o, si esto no es factible, con el de su familia o representante (2).

La exposición está organizada alrededor de dos casos clínicos, esto es, junto a la cama del paciente. El primero de estos casos es el de Luis, un hombre de 50 años que presenta un carcinoma de laringe con infiltración de la arteria carótida, tratado con laringectomía total, quimioterapia y radioterapia, actualmente con medidas de confort, esto es “limitación del esfuerzo terapéutico” al control del dolor, de la angustia y de las secreciones respiratorias. Nuestro paciente, consciente de su pronóstico, mantiene un “rechazo de tratamiento”, no quiere cualquier alivio del dolor o de la angustia que signifique disminución de su conciencia, no quiere perderse lo que le queda.

Luis, de una vitalidad admirable, tiene una vida marcada por la muerte: fallecimiento de sus padres en accidente de tráfico cuando estaba en plena pubertad, quedando junto a su hermana, que lo acompaña admirablemente, al cargo de familiares; su esposa tras sufrir un cáncer de mama, fue sometida a la amputación de ambos miembros inferiores previa al fallecimiento; por su parte Luis arrastra una lucha personal de años con sucesivos cánceres.

Comenta Freud: “¿Cuál es, pues, nuestra posición ante la muerte? En mi opinión es muy asombrosa. En general, nos comportamos como si quisiéramos eliminar la muerte de la vida; en cierto modo queremos ignorarla como si no existiese; pensamos en ella como... «en la muerte»” (3) (Expresión del lenguaje coloquial, actualmente poco usada, que significa «no querer saber nada de un asunto»). Esto puede ser cierto en la vida diaria, en una Unidad de Paliativos hay una mayor dificultad para mantener esta posición.

“Ante el cadáver de la persona amada nacieron no sólo la teoría del alma, la creencia en la inmortalidad y una poderosa raíz del sentimiento de culpabilidad de los hombres, sino también los primeros mandamientos éticos.” (4)

En la investigación acerca de la muerte y de los moribundos suele partirse de que la dificultad principal en su abordaje proviene del supuesto de que en el inconsciente no hay un registro sobre la muerte, de que no concebimos fallecer por enfermedad o por vejez (5). En las reacciones que presenta el paciente tras serle comunicada la proximidad de su muerte, se observa una tendencia a recorrer una serie de fases en cuyo tramo final estaría la aceptación de la propia muerte (6). Este recorrido no es unidireccional ni progresivo, son huellas en un sendero, fases de adaptación inestables, a saber:

1. Negación y aislamiento.
2. Ira.
3. Pacto.
4. Depresión.
5. Adaptación

¿Qué pasará mañana?, pudiera ser la pregunta de este ignorar qué significa la muerte, no desde la expectativa de la vida eterna o desde las inquietudes religiosas, más bien desde ese vacío que nos llega intentando comprender la muerte. Aunque sin duda tenemos bastante con lo que sí sabemos, con lo que no somos capaces de ignorar: conciencia clara de lo que perdemos, el mundo tal como lo conocemos, la gente a la que amamos. “El doloroso enigma de la muerte para el cual hasta ahora no se ha encontrado ningún bálsamo ni es probable que se lo descubra” (7).

Luis rechazó la sedación, incluso la analgesia, en dosis que lo pudieran aturdir. En un momento preguntó sobre el sentido de los antibióticos que le eran administrados, sentido que conocía y sabía inútil, solicitó suspenderlos...mañana; a renglón seguido, pidió autorización para dar cuenta de un churrasco, en papilla por el riesgo de erosionar el área tumoral y romper la carótida, y vino tinto. Al día siguiente no tenía tan clara la inminencia de la muerte. Ante el fin inevitable y próximo, organizó en la habitación del Hospital una mariscada con la que despedirse de la familia y de un amigo desplazado para la ocasión, fijando la sedación para el día siguiente, esto es, recibir a través de un infusor medicación capaz de provocar una inconsciencia de la que no despertaría. Horas antes de la mariscada, acompañado de familia y amigos, su arteria carótida reventó, dejando paredes y personas impregnadas de su contenido.

La ambivalencia de sentimientos hacia el fallecido y la necesidad de desligar afectos a él vinculados van en el cortejo de los funerales y cincelan la pesada lápida o eligen las palabras laudatorias con las que engrandecer la memoria del difunto: “Los sentimientos bi-escindidos -según nuestra hipótesis bien fundada, tiernos y hostiles- hacia el ahora difunto quieren imponerse, ambos, en la época de la pérdida, como duelo y como satisfacción. Entre esos dos opuestos no puede menos que estallar el conflicto, y como uno de los miembros de la oposición, la hostilidad, es -en todo o en su mayor parte- inconsciente, el desenlace del conflicto no puede consistir en un débito recíproco de ambas intensidades, con asiento

consciente del saldo, tal como perdonamos a una persona amada la afrenta que nos infirió. El proceso se tramita más bien a través de un peculiar mecanismo psíquico que en el psicoanálisis se puede designar proyección” (8). Así vamos construyendo ese mundo de difuntos, demonios o aparecidos con el que cercar la muerte.

Nuestro segundo paciente es una mujer de 41 años. El aparente buen aspecto de su cara, redonda y llena, tiene que ver con el carcinoma suprarrenal productor de corticoesteroides, que le han diagnosticado hace tres años, uno después de su separación matrimonial. Cabello a lo garçon, como efecto de la quimioterapia. Mirada fija, evasiva. Boca tirante, los surcos de la amargura intentando moldear su terso labio superior, las palabras saliendo con dificultad como si la lengua se pegara al paladar. Estática, en fotografía congelada, cualquier movimiento es en extremo doloroso debido a las metástasis óseas generalizadas.

¿Qué sentimientos circulan en este espacio?, ¿de qué hablan estos silencios? La angustia no solo como experiencia subjetiva, también como algo visible. El dolor en un rostro inmóvil. El futuro, mañana, sin nada de lo de hoy, el duelo.

En los siguientes párrafos hay cierta reiteración debida a la dificultad en la comprensión de los conceptos expuestos. “La angustia tiene un inequívoco vínculo con la expectativa; es angustia ante algo. Lleva adherido un carácter de indeterminación y ausencia de objeto; y hasta el uso lingüístico correcto le cambia el nombre cuando ha hallado un objeto, sustituyéndolo por el de miedo” (9).

“Temor, miedo, angustia, se usan equivocadamente como expresiones sinónimas, puede distinguirse muy bien en su relación con el peligro. La angustia designa cierto estado como de expectativa frente al peligro y preparación para él, aunque se trate de un peligro desconocido. El miedo requiere un objeto determinado en presencia del cual uno lo siente. En cambio, se llama temor al estado en que se cae cuando se corre un peligro sin estar preparado: destaca el factor sorpresa. No creo que la angustia pueda producir una neurosis traumática; en la angustia hay algo que protege contra el terror” (10).

“El dolor es la genuina reacción frente a la pérdida del objeto; la angustia lo es frente al peligro que esa pérdida conlleva, y en ulterior desplazamiento, al peligro de la pérdida misma del objeto” (11).

No quiere morir, no tanto por amor a la vida, que le resulta insoportable, como por sus dos hijos, de ocho y quince años. Su antiguo marido, del que aún no está divorciada, comparte con frecuencia su habitación en el Hospital, el resto del tiempo una familia incapaz de entender que se muere, haciendo imposibles planes de retorno a casa (12).

“El duelo tiene una tarea psíquica bien precisa que cumplir: está destinado a desasir del muerto los recuerdos y las expectativas del que sobrevive” (13). “Se genera bajo la influencia del examen de realidad, que exige categóricamente separarse del objeto porque él ya no existe más. Debe entonces realizar el trabajo de llevar a cabo ese retiro del objeto en todas las situaciones en que el objeto fue asunto de una investidura elevada” (14). “A raíz de influencias idénticas se observa en lugar de duelo, melancolía” (15).

Antonia, un paso adelante y dos pasos atrás, fue acercándose al momento de su muerte. La familia entendió, muy a su pesar, que no había retorno. Pidió despedirse de los hijos y fue haciéndolo con el resto de sus allegados.

La fase final de este recorrido, la aceptación de la propia muerte como resultado próximo a la situación actual, no es habitual en la Unidad de Paliativos; a lo que puede ayudar la forma que tenemos, como grupo social, de abordar los problemas (16); sorprende esa espera sin esperanza (17), una tensión relajada, una agitación que solo calma la sedación. En Antonia no percibí ninguna aceptación, más bien el saber que iba a morir y que estaba obligada a algunas cosas, despedirse de los hijos. Tal vez Freud nos lo aclare un poco: “Es probable que el displacer específico del dolor corporal se deba a que la protección anti estímulo fue perforada en un área circunscrita. Y entonces, desde este lugar de la periferia afluyen al aparato anímico central excitaciones continuas como las que por lo regular solo podrían venirle del interior del aparato. ¿Y qué clase de reacción de la vida anímica esperaríamos frente a esta intrusión? De todas partes es movilizad la energía de investidura a fin de crear, en el entorno del punto de intrusión, una investidura energética de nivel correspondiente. Se produce una enorme “contrainvestidura” en favor de la cual se empobrecen todos los sistemas psíquicos, de suerte que el resultado es una extensa parálisis o rebajamiento de cualquier otra operación psíquica” (18).

Terminamos: “¿No sería mejor ofrecerle a la muerte el lugar que le corresponde en la realidad y en nuestros pensamientos y poner un poco más al descubierto nuestra relación inconsciente con la muerte, hasta ahora tan cuidadosamente reprimida? Si quieres soportar la vida, prepárate para la muerte” (19)

Bibliografía

1. Limitación del esfuerzo terapéutico en la situación de enfermedad terminal: ¿nos puede ayudar la bioética a tomar decisiones? **Ameneiros Lago, E.** 4, 2006, Medicina Paliativa, Vol. 13, págs. 174-178.
2. Etica y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. **Simón Lorda, P.** 2008, Calidad asistencial, págs. 271-85.
3. Nosotros y la muerte. **Freud, S.** [ed.] Escuela Europea de Psicoanálisis del Campo Freudiano-Cataluña. 1, Barcelona : Paidós, 1991, Revista Freudiana, pág. 11.
4. **Freud, S.** Nuestra actitud hacia la muerte. *Sigmund Freud Obras Completas.*: Amorrortu, 1915, Vol. XIV, pág. 295.
5. **Kubler-Ross, E.** Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona : Mondadori, 2002. págs. 25-177.
6. **Gomez Sancho, Marcos.** Cómo dar las malas noticias en Medicina. Madrid : Arán, 1998. págs. 125-143.
7. **Freud, S.** El porvenir de una ilusión. *Sigmund Freud Obras Completas.*: Amorrortu, 1927, Vol. XXI, pág. 16.
8. **Freud, S.** Tótem y tabú. *Sigmund Freud Obras Completas.*: Amorrortu, 1913, Vol. XIII, pág. 68.
9. **Freud, S.** Inhibición, síntoma y angustia. *Sigmund Freud Obras Completas.*: Amorrortu, Vol. XVIII, pág. 154.
10. **Freud, S.** Más allá del principio de placer. *Sigmund Freud Obras Completas.*: Amorrortu, 1920, Vol. XVIII, págs. 12-13.
11. **Freud, S.** Inhibición, síntoma y angustia. *Sigmund Freud Obras Completas.*: Amorrortu, 1926, Vol. XX, pág. 159.
12. **Aberastury, A.** La muerte de un hermano. Buenos Aires : Paidós, 1976.
13. **Freud, S.** Tótem y tabú. *Sigmund Freud Obras Completas.*: Amorrortu, 1913, Vol. XIII, pág. 71.
14. **Freud, S.** Inhibición, síntoma y angustia. *Sigmund Freud Obras Completas.*: Amorrortu, 1926, Vol. XX, págs. 160-1.
15. **Freud, S.** Duelo y melancolía. *Sigmund Freud Obras Completas.*: Amorrortu, 1917, Vol. XIV, pág. 241.
16. **Olmedo, MS.** El duelo y el pensamiento mágico. Madrid : Master Line, 1998. pág. 100.
17. **Nuland, SB.** Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida. Madrid : Alianza, 1995. pág. 209 y ss.

18. **Freud, S.** Más allá del principio de placer. *Sigmund Freud Obras Completas.* : Amorrortu, 1920, págs. 29-30.

19. **Freud, S.** Nuestra actitud hacia la muerte. *Sigmund Freud Obras Completas.*: Amorrortu, 1915, Vol. XIV, pág. 301.