

# XVI

## EL PROBLEMA PSICOSOCIAL DE LA MUERTE: NECESIDADES DEL ENFERMO TERMINAL

---

J.A. Flórez Lozano

*Catedrático de Ciencias de la Conducta. Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo*

*«Ven muerte tan escondida, que no te sienta venir, porque el placer de morir  
no me vuelva a dar la vida».*

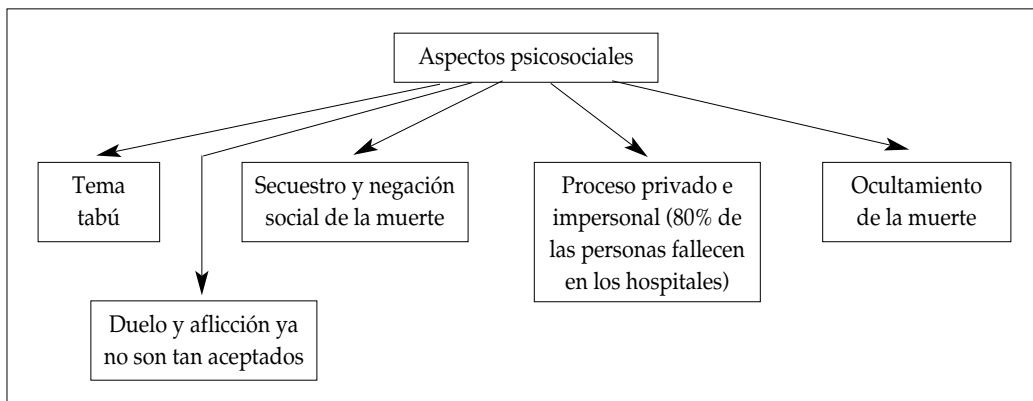
**Sta. Teresa de Jesús**

### ACERCA DE LA MUERTE: EL PLANTEAMIENTO FILOSÓFICO

*Platón estimaba que podíamos definir la filosofía como una meditación sobre la muerte. Igualmente, encontramos que Cicerón sostenía que toda la vida filosófica constituía una preparación para la muerte. Montaigne, por su parte, consideraba que «toda la sabiduría y el discurrir del mundo se resumían en este punto: enseñarnos a no temer a la muerte», y más adelante encontramos en su obra filosófica, «el saber morir nos alivia de toda sujeción y malestar». Voltaire nos recuerda que la especie humana es la única que sabe que debe morir, y que la experiencia es la única razón por la que lo sabe.*

La importancia de la «muerte» en el pensamiento filosófico moderno es tan importante que podemos mantener con Ferrater Mora que la historia del pensamiento humano, en realidad, es una auténtica «meditación sobre la muerte». La sociedad en la que nos vemos vive de espaldas a la muerte; pese a tener que ver su cara cada día se resiste a pensar en ella; o, al menos, como algo individual y propio, como algo con lo que cada uno de nosotros ha de terminar encontrándose. Generalmente, no queremos pensar en la muerte, nos refugiarnos en el mundo hedonista de la sociedad de consumo como si de esa forma pudiéramos evitar la única realidad humana, es decir, la muerte.

Este fenómeno lo contemplamos como una realidad que se sitúa en los «otros», nunca en nosotros mismos; sin embargo, la muerte se hace cierta porque afecta también a nuestros seres que-



**Figura 1.** Perspectiva psicosocial sobre la muerte (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1996).

ridos y al proio YO. En términos de pensador actual García Sabell: «estamos en el reino de la huida de la muerte», es decir, de la negación de la muerte; se trata de una realidad que perturba nuestra conciencia y añade malestar a los múltiples conflictos del tiempo actual (Fig. 1).

Posiblemente este pensamiento constante del ser humano que le ha empujado en tantas iniciativas de tipo cultural, filosófico, médico, etc., justifica el planteamiento existencial del problema de la muerte aportado por Martin Heidegger. El segundo de los seis capítulos que constituyen la segunda y última sección de «*Ser y tiempo*» (1927) lleva por título: «La posible totalidad del Dasein y el ser para la muerte». Heidegger distingue entre la muerte impersonal, anónima, pública (muerte del «otro»), de la propia muerte, asumida en la angustia y derivada del sentimiento del hombre ante la nada, el «*ser para la muerte*» que hace al hombre sentirse solo, único.

Efectivamente, la experiencia de la enfermedad y la muerte significa el desvelamiento de la precariedad de la vida humana, la falsa estructura del mundo en la que nos anclamos cómodamente, en la que egoísmo y convencionalismo se dan la mano para impedir una auténtica relación con el «otro». Por eso en el planteamiento más existencialista, la «muerte asumida rescata el sentido de la vida», al tiempo que la verdadera vida comienza y termina con la agonía; de ahí, el papel trascendental de médicos y enfermeras en la atención y cuidados que han de propiciar al paciente moribundo.

Heidegger (1927) manifestó lapidariamente: «El hombre es un ser relativamente para la muerte». Ninguna otra realidad de la existencia es más íntima para el hombre, «más real». Se puede vivir de muchas maneras, como éste o como aquél, pero nadie puede morir por otro y nadie puede morir por nosotros mismos. Sabemos que vamos a morir y, sin embargo, vivimos empeñados en negarlo, como si el hecho de que la muerte existe nos imposibilitara para desarrollar las posibilidades de «ser». El hombre es un ente que posee el ser como un «ser-ahí», caído, arrojado, deyecto en la existencia; pero no se existe de manera abstracta. El hombre «es» en un país, en un tiempo concreto, en unas circunstancias específicas. Resumiendo, lo esencial y básico de la existencia humana es el «ser-ahí-en-el-mundo».

Sin embargo, en la actualidad, el hombre trivializa su propio ser reduciéndolo a una existencia inauténtica con el simple fin de huir de uno mismo. Se trata de llenar la vida (el tiempo) con un

- K. Eissler: ¿Qué es lo realmente difícil, morir o presenciar la muerte?
- «No podemos mirar directamente ni al sol ni a la muerte»
- «Enfermeras, médicos, toda la humanidad, un día me seguirán a través de la línea divisoria» (un paciente terminal).
- Weisman y Hackett: «El temor a la muerte es una actitud específica hacia el progreso de agonía y no está relacionado con el hecho de morir».
- La agonía es el camino por el que se viaja hacia el **no ser**.
- La muerte es el estado final del **no ser**.

Figura 2. Necesidades psicológicas del moribundo (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1996).

cúmulo desproporcionado de fingidas necesidades, al objeto de no llegar a formularnos nunca la pregunta: ¿Qué sentido tiene nuestro ser? La muerte es la posibilidad propia, es el acto esencial de la existencia; el hombre es un «*ser-ahí-en-el-mundo-para-la-muerte*». Precisamente, por esta condición inexorable surge la angustia y ello nos revela el hecho de que nuestro ser es la «nada». Heidegger aborda el tema de la angustia distinguiéndola expresamente del miedo; miedo se siente por alguna cosa frente a algo; en cambio, la angustia es por «*nada*».

La angustia surge porque el hombre se ve sumido en una profunda crisis tras descubrir de forma anticipada no sólo la existencia de la muerte, sino algo aún más terrible que ésta puede acaecer por sorpresa en mitad de una vida vacía. La crisis de angustia cada vez es más evidente en el hombre de la cultura actual; el hombre inauténtico, impersonal, perdido y disuelto en la gran urbe, que carece de todo, incluso de un lugar donde morir dignamente. No es fácil aceptar la muerte; percibir en lo más hondo de nuestro ser la «nada» puede conducirnos inexorablemente a la angustia estéril, al sinsentido y al suicidio. El sí a la desgracia, al dolor y a la muerte implica una apertura a la existencia humana, una dignificación por la que, lo que se llama generalmente desgracia, dolor y muerte, constituyen los fines más grandes del hombre. «Ser» hombre significa aceptar el fracaso de encontrar una falsa seguridad en las cosas del mundo y aceptar así el destino que nos arriesga. La «*muerte propia*» no debe de ser la muerte innominada, yodoformada y tenebrosa que ronda los servicios o quirófanos de los hospitales; no es una muerte igualitaria, sino la muerte personal, inividual, única; por eso resulta especialmente útil e interesante la acción psicológica y profesional de la enfermera y el médico en este momento de su vida, en que a pesar de su estado físico deplorable, conserva íntegramente su «dignidad humana» (Figs. 2 y 3).

Lo que constituye el traumatismo de la muerte es la conciencia de que puede desaparecer el YO individual, la idea de la destrucción de la vida como despliegue en el mundo de la propia identidad. La muerte aparece como el desorden fundamental, algo que desde fuera rompe brutalmente la armonía y plenitud de las manifestaciones de la vida. La muerte, en fin, rompe los elementos que constituyen la persona e introduce, indudablemente, desajustes en las relaciones del grupo familiar y social más amplio (Thomas-Luneau, 1975).

En la actualidad, el proceso de «*morir*» ha experimentado numerosos cambios, igual que cualesquiera otros referidos a la educación, la cultura, la familia, etc., y que reflejan el impacto de la

- El hombre no puede conceptualizar su propia muerte, su propio estado de **no ser**.
- Puede formarse un concepto del proceso de agonía y también del **no ser** de otra persona.
- La mayoría de las personas temen más el proceso de agonía que la propia muerte.
- Francis Bacon: «Conozco a muchos hombres sabios que tienen miedo a morir, pues el cambio es amargo. No creo que ningún hombre tema estar muerto, sino sólo el ataque de la muerte».

**Figura 3.** Necesidades psicológicas del moribundo (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1996).

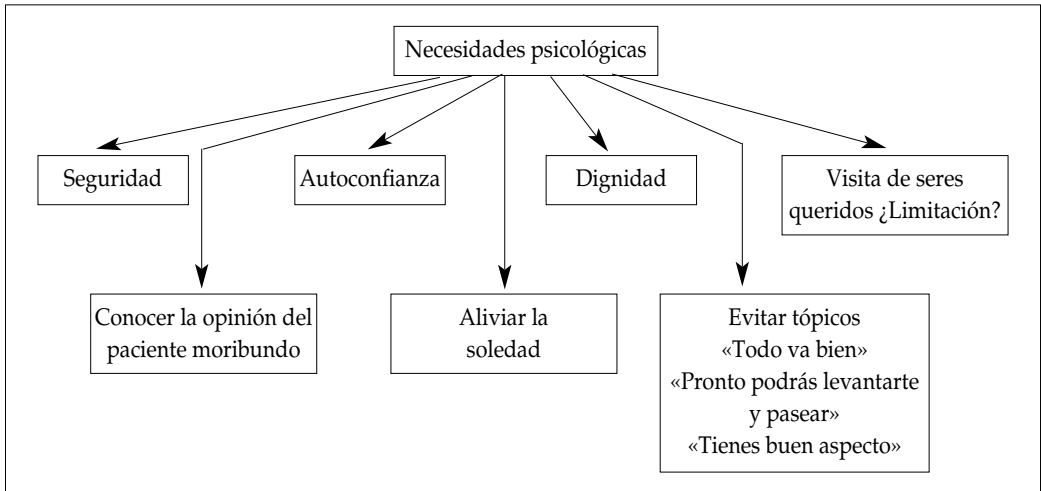
sociedad posindustrial. Es frecuente, en el momento actual, que la muerte agónica se sufra en soledad, se la oculta y se enmascara porque entra en contradicción con unos valores que rechazan la muerte desde su perspectiva temporal. Morir lentamente implica vivir la muerte, consumir el tiempo en la contemplación pasiva del deterioro del ser. Este proceso induce determinados comportamientos «pasivos» en el personal sanitario (médicos y enfermeras), pero también en los familiares y grupos de referencia del enfermo.

Por el contrario, la muerte violenta, accidental, puede ser asumida por su condición de «evitable» o «suprimible»; se trata de un proceso que carece básicamente de una perspectiva temporal; en la mayor parte de los casos no asistimos «en directo» al momento de partida definitivo porque ésta ha durado instantes, o en cualquier caso, la sufrió la víctima en la soledad de la carretera o de cualquier otro accidente. Su «atemporalidad» la hace más aceptable y además la ausencia de un proceso morboso, de una entidad clínica, impide el desarrollo de la angustia del superviviente que contempla una muerte cuyo diagnóstico depende a veces del criterio médico y otras del criterio ético.

Actualmente, el desarrollo tecnológico biomédico, al margen de incrementar la esperanza de vida, ha modificado las formas del «morir». El enfermo grave monitorizado no muere, le «mue- ren». Con la dignidad perdida, no puede siquiera participar en su propio deceso; los demás deciden por él (médicos, enfermeras, familiares, etc.) (Fig. 4).

El espacio es, asimismo, una variable a tener muy en cuenta en tanto en cuanto interviene modificando la significación de las diversas formas del morir. Cuando se trata de un proceso de la muerte lenta, la sociedad dispone de espacios físicos destinados a albergar a quienes subre la muerte; el asilo, el hospital, la unidad de cuidados intensivos, la unidad de cuidados paliativos, etc., actúan como contextos donde se produce el morir. La muerte súbita, sin embargo, no dispone de una ubicación precisa y mucho menos institucional; allí (en la carretera, por ejemplo) se produjo el «instante» de la separación, no el proceso.

Así, pues, el aspecto del moribundo traduce la imagen de la impotencia ante una enfermedad que «ataca», «destruye» y poco a poco «vence» (Sontag, 1981); el proceso se asocia a la imagen del «perdedor». Por el contrario, si consideramos la muerte violenta y súbita que supone la inexistencia de un período previo de supuesta preparación (accidente, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, embolia, etc.), entonces, la muerte se puede relacionar con un estilo de vida (vida trepidante, hábitos malsanos, bebida, tabaco, droga, estrés, euforia juvenil, etc.) y traduce un cambio en la imagen social; es decir, el «vividor». En estos casos, la red social se moviliza y nos reenvía a la imagen de la muerte socializada en las sociedades primitivas, en las cuales el papel de la comuni-



**Figura 4.** Necesidades psicológicas más importantes en el paciente moribundo (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1996).

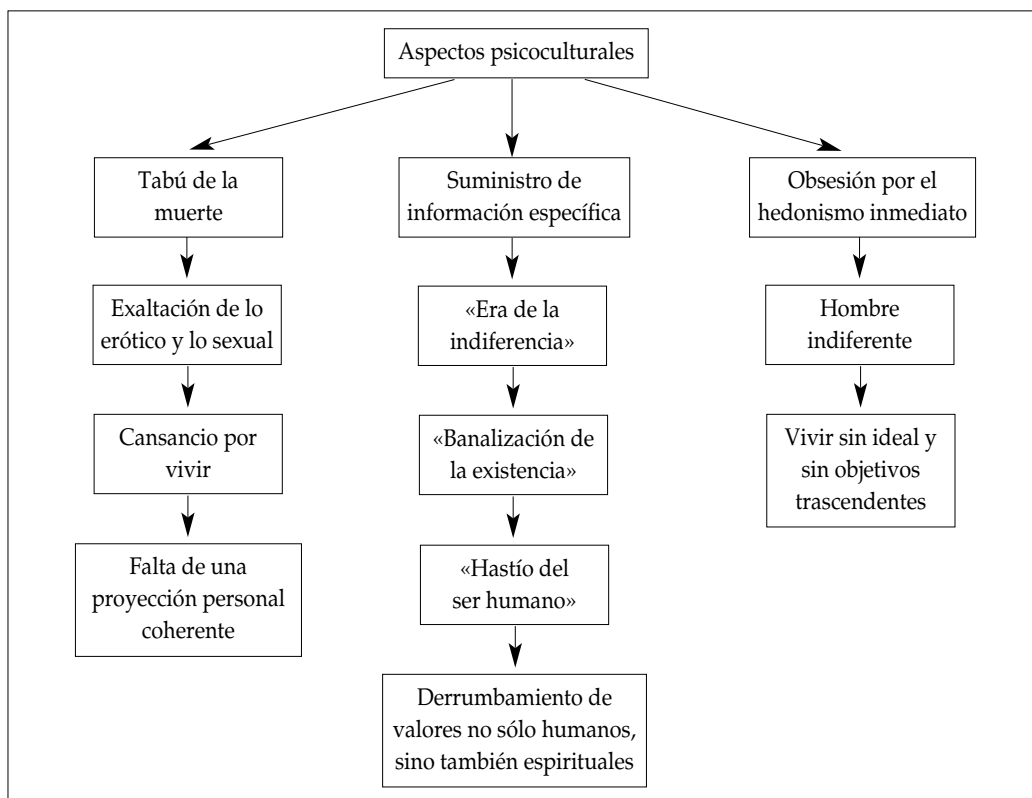
dad en el desarrollo de la secuencia ritual era fundamental por su función restauradora del equilibrio perdido.

En fin, una sociedad egoísta dominada por la publicidad, los medios de comunicación y el consumismo, como es la sociedad occidental, vive de espaldas a la realidad de la vida, es decir, al sufrimiento y la muerte. La creación de los grandes hospitales, los avances científicos, han generado, por otra parte, la gran fantasía de que va a desaparecer el dolor e, incluso, la muerte. El hombre de hoy vive de espaldas a la muerte; y ello debido a que la muerte ha cambiado de «escenario». Fundamentalmente, antes se moría en casa, rodeado de los seres más queridos; empero, hoy muere en el hospital un número cada vez mayor de individuos (80% en los EE.UU. y más del 50% en España). La muerte, asimismo, ha cambiado de protagonista; antes era el propio enfermo; hoy, por el contrario, es el médico, la enfermera, los familiares, etc. Ha cambiado, asimismo, la forma ideal de morir; la muerte que se desea es la que no turba, la «bella muerte» o la «muerte dulce» (Fig. 4a).

## MODELOS DE ATENCIÓN AL ENFERMO MORIBUNDO

Los acontecimientos que giran en torno al enfermo agonizante y a su muerte no tienen ya lugar únicamente en el espacio doméstico, sino que como consecuencia del desarrollo y de los cambios en la significación de las instituciones hospitalarias, el espacio del morir se ha desplazado hacia éstas. Pocas personas mueren ya en su lecho lúcidas, rodeadas de sus seres más queridos. El moribundo de hoy suele ser un «objeto» comatoso, intubado, conectado a varios monitores, drogado, inconsciente, etc.

Morir hoy es una desgracia que sucede sólo a los demás; es un hecho ajeno, a menudo indiferente, que afecta a la gente perseguida por la fatalidad, pero que no es de recibo en el triunfador, en el vitalista. Pensamos que la «muerte» es evitable en cualquier circunstancia, no un fenómeno cotidiano o natural como fuera anteriormente. Antes de morir podemos ser o somos asistidos, y en-



**Figura 4a.** Aspectos psicosociales del sentido de la vida del hombre actual (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1995).

tre las distintas modalidades de asistencia, la hospitalaria es actualmente importante, aunque realmente no la única. Desde el punto de vista sociológico, podemos constatar que hay dos tipos de enfermos graves: los más arcaicos, ligados a las tradiciones de la muerte, que se esfuerzan en arrancar al enfermo del hospital para que muera en casa y, por otro lado, los más adaptados a la modernidad que van a morir al hospital porque empieza a ser un inconveniente que mueran en su casa.

Por otra parte, en algunos países industriales avanzados, la institución hospitalaria es tan avanzada y especializada que limita la praxis sobre el enfermo exclusivamente a los profesionales sanitarios, excluyendo absolutamente la red social del enfermo. De ahí que tengamos en nuestro país tres modelos básicos de atención al moribundo que coexisten en el espacio y el tiempo. Un primer modelo corresponde a la asistencia en el espacio doméstico. Un segundo modelo corresponde a la asistencia hospitalaria en un hospital de área de tipo medio, y un tercer modelo correspondería a los niveles más avanzados y sofisticados de asistencia hospitalaria.

Curiosamente, en el modelo *doméstico*, el término «enfermo terminal» no existe; el objeto hasta la consumación de la muerte continúa siendo el «enfermo». Incluso el lenguaje es totalmente distinto; las personas queridas no se refieren en términos de «el cadáver de...», «el cuerpo de...», etc. En la asistencia hospitalaria, por el contrario, el concepto de «terminal» implica que el enfermo es irrecuperable y las atenciones que recibe el enfermo son de tipo «paliativo», es decir, no son aten-

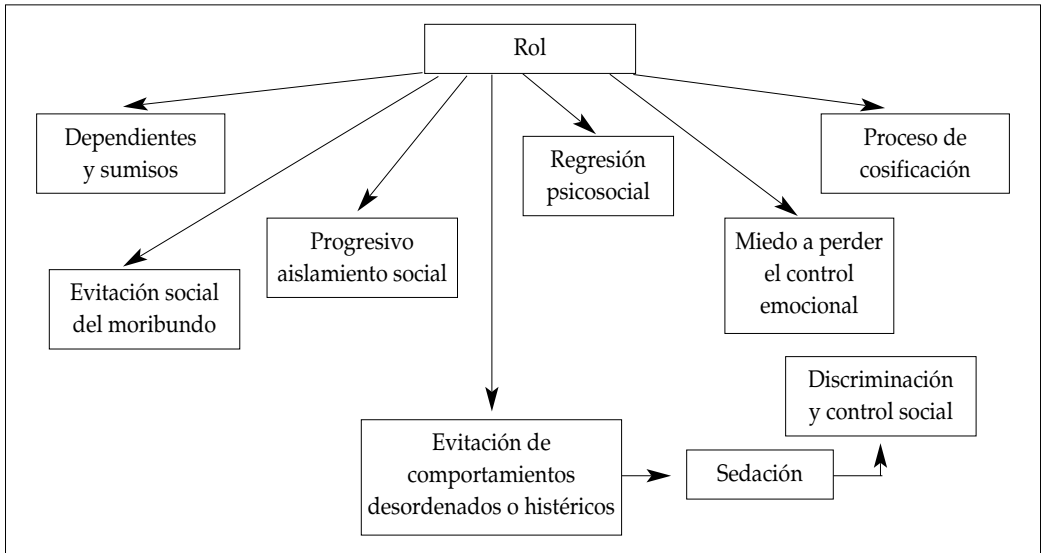
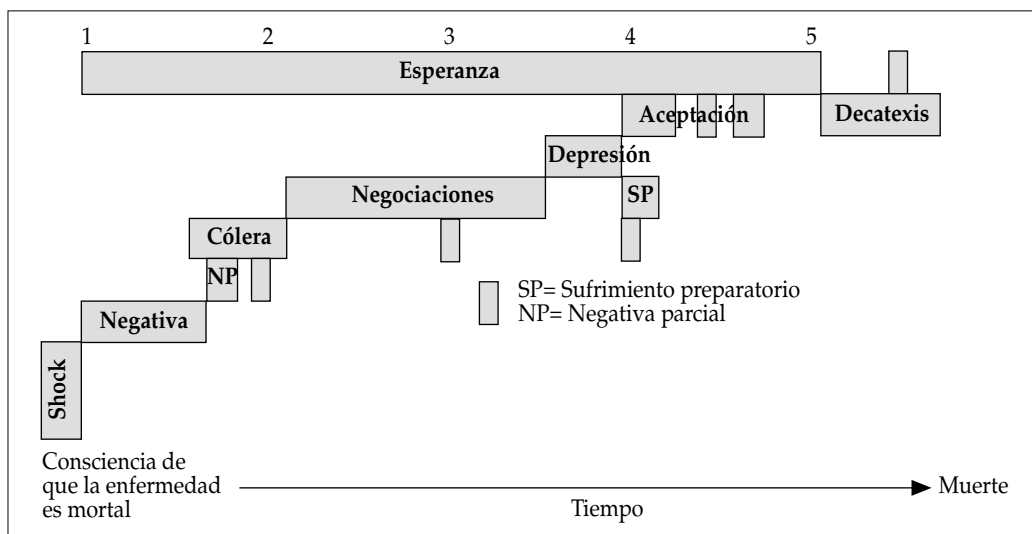


Figura 5. Rol social del moribundo.

ciones propiamente terapéuticas. En el modelo de asistencia hospitalaria más avanzada y sofisticada, para el personal sanitario el enfermo será un «*precadáver*» y las actividades llevadas a cabo a partir del momento en que se prevé que va a morir, disminuyen las visitas y entra en las listas de los presuntos muertos (Sudnow, 1971).

Generalmente, una vez que se haya pronosticado próximamente su muerte, el enfermo deja de recibir asistencia médica terapéutica y pasa a ser sostenido mediante tratamiento paliativo; los familiares inician el difícil periplo de la asistencia al agonizante que se «comporta como un niño» como consecuencia de la *regresión psicológica* (Kubler-Ross, 1971); se lo hace todo encima y ha perdido su condición de hombre normal (Figs. 5 y 6). El enfermo no es considerado como una *persona* y por esta razón nadie se comunica verdaderamente con él; de hecho, es el símbolo de todos los miedos humanos (Berger y cols., 1974). A medida que avanza el proceso de deterioro físico y fisiológico, los familiares y amigos se alejan del enfermo, lo rehúyen, tanto las enfermeras y auxiliares de clínica como los médicos dejan de efectuar visitas o disminuyen notoriamente: nadie quiere presenciar el desenlace.

El problema de la asistencia hospitalaria al enfermo moribundo se centra fundamentalmente en la *falta de acompañantes, en el déficit de personal, en la carencia de personal técnico especializado (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etc.)*; por eso surge fácilmente en el hospital el problema de la *soledad del enfermo moribundo*. Por ello, nuestro sistema hospitalario ha de prever como una regla (no escrita) la presencia de personas que acompañen al enfermo (*grupos de apoyo social*) y que lleven a cabo las tareas de asistencia primaria que en otros países estarían confiados exclusivamente al personal: el aseo del enfermo, la administración de comidas, la ayuda en los desplazamientos, el sostén psicológico, la comunicación, los entretenimientos en los múltiples momentos de posible aburrimiento y tedio, etc.



**Figura 6.** Etapas del proceso de la muerte. (Modificado de Elisabeth Kubler-Ross: *On Death and Dying*, MacMillan Co. Nueva York, 1969; pág. 264. Reproducción autorizada. Copyright 1969; por E. Kubler-Ross.)

Por otra parte, la *organización del espacio* en muchos hospitales (habitaciones de dos o tres camas), así como el hacinamiento, impiden la atención simultánea y la rapidez de desplazamiento de los miembros del personal; además impiden la «intimidad» e inhiben en muchas ocasiones las posibles relaciones con su esposo/a. *El acompañante* es realmente una figura deseable e insustituible; en realidad, esta voluntad de estar responde al modelo tradicional de asistencia en el espacio doméstico y que se manifiesta en la forma de *no abandonar* al enfermo en manos de personas desconocidas cuyo apoyo psicológico se considera inoperante. Es fundamental que exista *un lazo afectivo* para que el apoyo moral sea realmente efectivo.

En fin, en el modelo *doméstico*, el enfermo terminal mantiene su calidad de *vivo* hasta el momento de su constatación de la muerte; permanece inserto en el orden cotidiano del hogar, donde familiares y red social le mantienen como objeto activo; la interacción social no se ve cortada o limitada como sucede en el servicio de urgencias de un hospital o de cualquier otro, no hay límites a las visitas, no hay órdenes sobre el modo de asistir al enfermo; la praxis doméstica se dirige básicamente a confortar con el *calor de la proximidad* al enfermo sin que éste llegue a percibir el cambio que se avecina (Fig. 7).

En el medio hospitalario, por el contrario, el moribundo está fuera del orden social, ya no es un hombre sino una cosa conectada a un sinfín de tubos. Tras el óbito, inmediatamente se le traslada a la morgue, con lo cual se perpetúa la idea de marginalidad del objeto. La propia organización hospitalaria preserva al superviviente del objeto y lo separa. Éste es precisamente el modelo más frecuente en nuestro país y también más traumático, más deshumanizante.

## ROL SOCIAL DEL MORIBUNDO

Los procesos inevitables de *negación* y *secuestro social de la muerte* han generado de modo casi

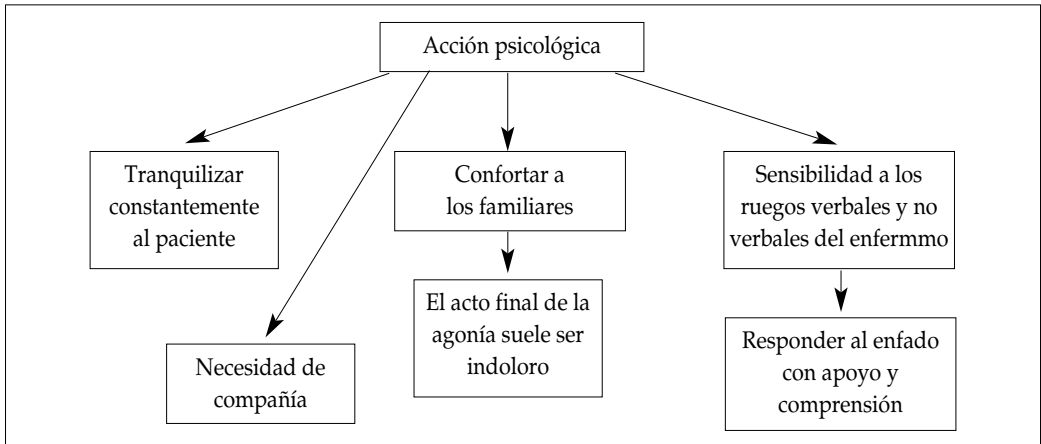


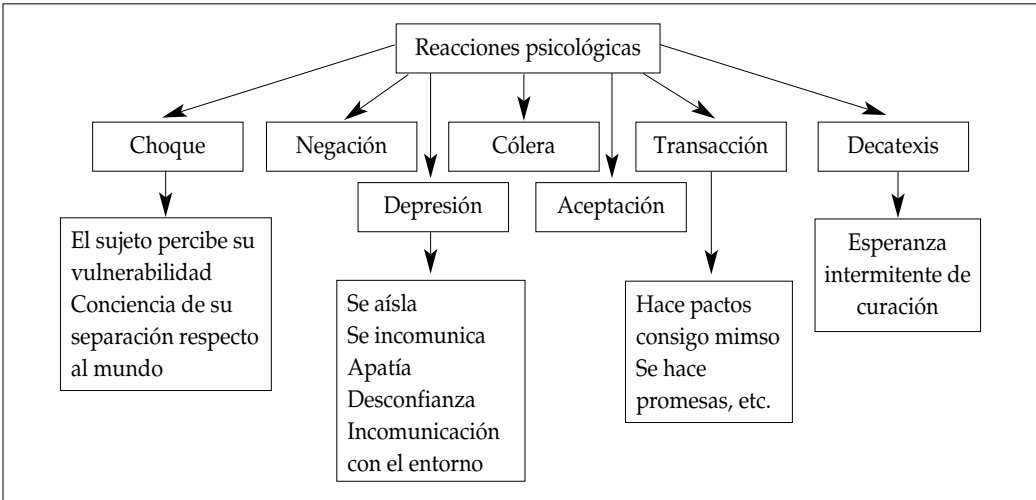
Figura 7. Alivio de los temores más comunes de los pacientes moribundos (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1996).

inevitable un rol, es decir, un comportamiento determinado para el paciente moribundo. Se trata, por lo tanto, de una interacción específica «enfermera-paciente». Por un lado aparecen rasgos novedosos de la actitud del paciente y de la enfermera ante la enfermedad grave y la muerte; se trata de conductas que indican *ruptura de la comunicación con el medio y aislamiento*. Todo el mundo, incluso el paciente, puede fingir optimismo; la persona gravemente enferma adopta, curiosamente, un papel caracterizado por la ausencia total de responsabilidad, así como por la falta de reflexión, de observación, de decisión; es condenado, en suma, a conductas pueriles.

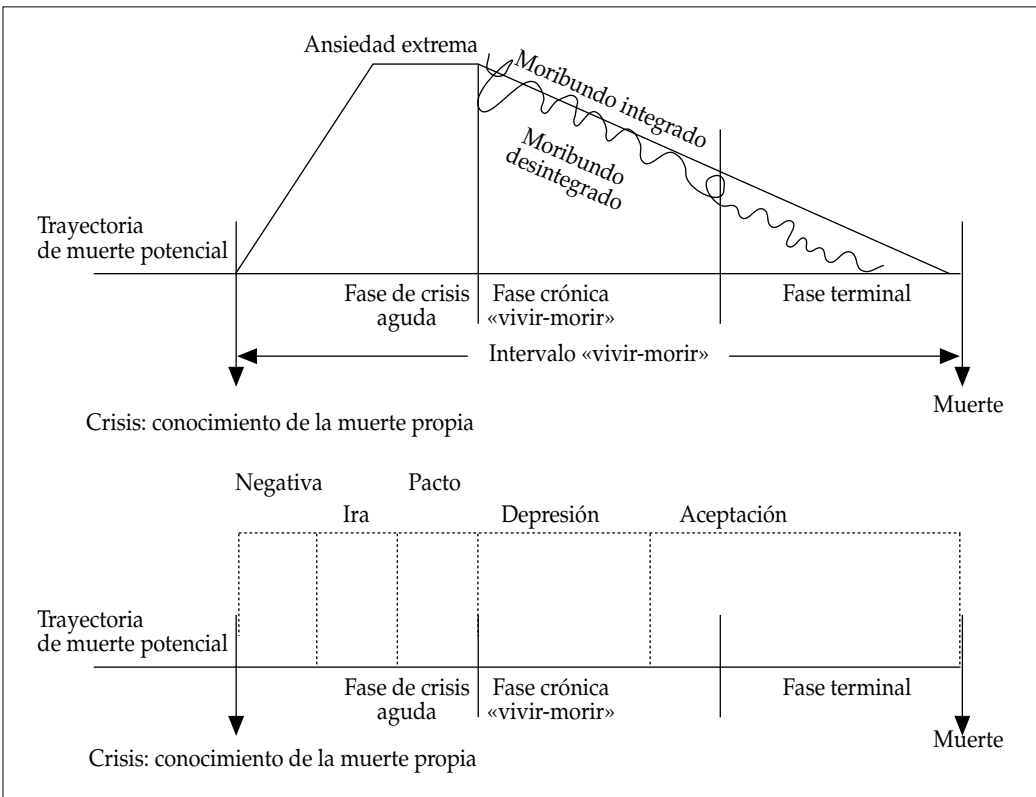
Casi la totalidad de los enfermos moribundos (*terminally ill*), según Kubler-Ross (1965), reproducen una misma y única trayectoria a pesar de grandes diferencias en cuanto a condición social, racial, religiosa y disparidades de carácter y experiencia personal. El paciente moribundo revela un pasaje sucesivo integrado por siete estadios psicológicos diferentes conocidos como: *choque, negación, cólera, comercio, depresión, aceptación y decatexis*. Este esquema psicológico no es un absoluto, totalmente rígido, sino que hay variaciones en función de la personalidad y del deterioro psicofísico del enfermo (Figs. 8 y 9).

Independientemente de la fase o estadio en que se encuentre el enfermo, el rol social del paciente hospitalario se caracteriza por un conjunto de deberes que se agudizan en el caso de los enfermos terminales. En efecto, se trata de enfermos que deben ser dependientes y sumisos al «staff» médico asistencial, deben seguir las normas y disposiciones del hospital, permitir el acceso de extraños a cualquier parte de su cuerpo, seguir sin ningún género de duda los consejos terapéuticos, etc. (Duff y Hollingshead, 1968).

El paciente con una enfermedad grave en su propia casa, no obstante, goza de control sobre su situación; sin embargo, en el hospital tiene que adoptar un nuevo rol *regresivo y extraño* en una relación de poder dominada por médicos y enfermeras. El paciente terminal puede ser paulatinamente víctima de un proceso de *cosificación*, esto es, percibido como un objeto, como un caso clínico (Cosser, 1963) y, además, en su presencia, médicos y enfermeras hablan acerca de la *enfermedad*, y él no obstante, como si no existiera. Así, pues, el paciente sometido a esta relación escasamente humana en el marco del hospital termina por no sentirse un ser humano.



**Figura 8.** Estados diferentes de conciencia en el paciente moribundo (Elizabeth Kubler-Ross: *On death and Dying*. Londres, 1970).



**Figura 9.** Modelo de fases del morir (Pattison, 1977). Fases de Kubler-Ross (1969) superpuestas a las de Pattison (1977).

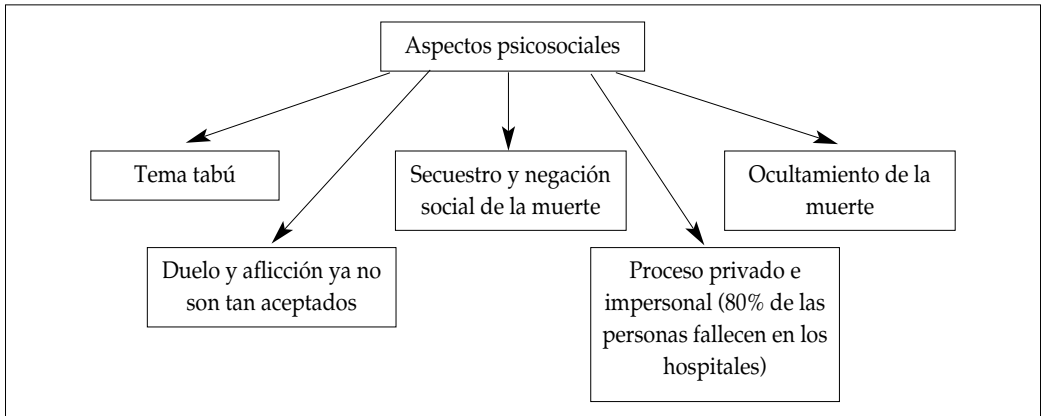


Figura 10. Perspectiva psicosocial sobre la muerte.

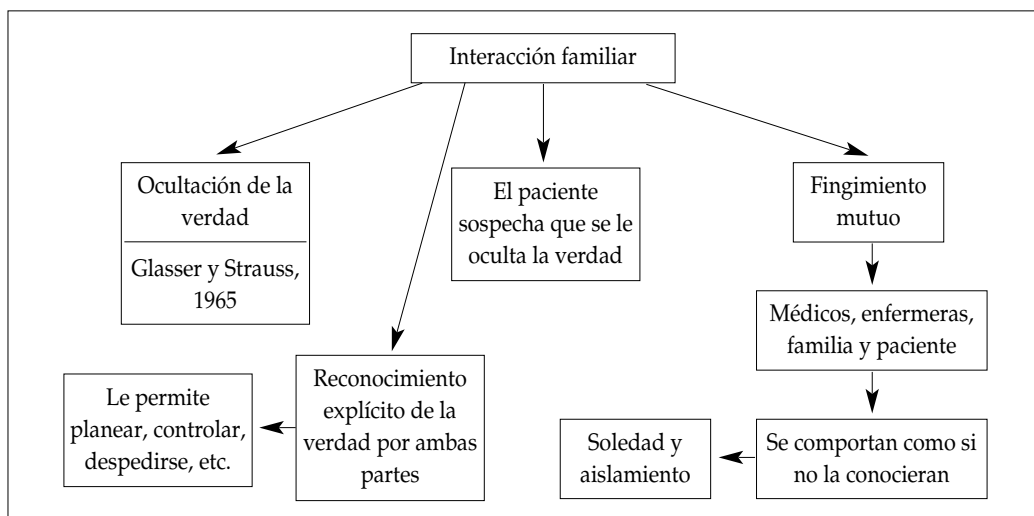
Por otra parte, el moribundo hospitalario experimenta casi inevitablemente un progresivo aislamiento social debido a diversas causas. En primer lugar, la misma naturaleza de la enfermedad que puede deteriorar progresivamente las funciones orgánicas del paciente, lo cual va a traducirse, indudablemente, en un déficit de interacción social. Pero, además, el propio enfermo grave tiende a retraerse socialmente debido, básicamente, a su angustia por el futuro y a su miedo a perder el control emocional, pudiendo aparecer entonces conductas desorganizadas (reacciones emocionales atípicas, conductas histéricas, crisis de angustia, etc.), que no pertenecen al esquema general de su personalidad, fuertemente alterada y descompensada por el shock de la enfermedad.

Por otra parte, por parte del personal sanitario (médicos/enfermeras), y también de la propia familia, hay una tendencia bastante generalizada a la evitación y *ocultación de la verdad*, proceso que puede culminar con un cuadro grave de *aislamiento social*. El principal tormento para el paciente puede ser precisamente la *mentira*, esa mentira admitida por todos, sin saber por qué. Las evasivas, las dilaciones en el tiempo («ya veremos»..., «todo va bien»..., «no se preocupe», etc.), son expresiones y conductas que aumentan la tendencia al aislamiento, así como los niveles de ansiedad/angustia en el paciente (Figs. 10 y 11).

Por otro lado, hay que tener muy en cuenta, que el paciente suele ser frecuentemente sedado, con lo que, además de moderar las molestias y el dolor, evitamos también las conductas emocionales anómalas (comportamientos histéricos, gritos, etc.). En este caso, el paciente ya no es dueño de su muerte, ni siquiera de su cuerpo, es una propiedad de la institución hospitalaria y, en este sentido, ha de seguir el proceso «normalizado» y de «rutina» que el hospital ha fijado para tratar a los pacientes moribundos. Parece, por lo tanto, que la propia institución hospitalaria determina y refuerza la conducta infantil, es decir, un comportamiento *pasivo y dependiente*.

## LA INTERACCIÓN CON EL MORIBUNDO

El tratamiento con el paciente moribundo varía según la percepción social que se tenga del mismo. Sudnow (1971) pudo comprobar que el tipo de atención médica y los cuidados de enfermería



**Figura 11.** Interacción entre el paciente y el personal médico, asistencial, familiar y de enfermería.

variaban en función del nivel cultural, de la clase social y de la edad. En efecto, se ha podido comprobar mayores esfuerzos reanimadores en el servicio de urgencias del hospital a pacientes con aparente muerte clínica de clase social elevada. Igualmente se ha comprobado una mayor atención a los pacientes muertos en los hospitales privados que en los públicos (Sudnow, 1971).

En cualquier caso, la relación con el paciente moribundo no es fácil. Con relativa frecuencia, los pacientes se vuelven muy irritables y se establecen conflictos con médicos, enfermeras, celadores, amigos, etc. El comportamiento se vuelve agresivo, desesperado, etc., pero *es normal que así sea*, tiene muchas razones para rebelarse contra la separación de su mundo; su enfermedad crece, le envuelve y le obsiona; cualquier contrariedad le puede abatir y sumergir en la desesperación; las reacciones coléricas (crisis de cólera) tampoco las puede controlar. Este perfil de conducta hace que las diversas formas de comunicación sean realmente muy complejas y difíciles, en particular, cuando el médico y la enfermera desconocen los mecanismos psicológicos propios de este tipo de pacientes.

De otro lado, Simpson (1979) resalta cómo el paciente con apariencia de baja clase social, edad avanzada, síntomas de alcohol o droga, vagabundez, etc., es menos probable que sea sometido a intensos esfuerzos de reanimación, mientras que los personajes importantes pueden ser sometidos a prolongados y desesperados esfuerzos de lucha contra la muerte, pudiendo llegar al «encarnizamiento terapéutico». El tratamiento es también distinto en función de otras variables: por ejemplo, el *grado de implicación personal con el paciente (síndrome del recomendado)* suele asegurar una mejor atención médica y de enfermería. Los casos *clínicos interesantes* también son objeto de una mayor atención por parte del médico y de la enfermera (Charmaz, 1980) (Fig. 12).

Con este tipo de actitud, domina la rutinización y la tendencia a la evitación (Charmaz, 1980; Glaser y Strauss, 1965). A través de la rutina que se sigue con el enfermo, la enfermera ejerce un estricto control sobre el paciente moribundo. Por otra parte, el médico y la enfermera consideran que la interacción directa con el moribundo resta tiempo de atención y dedicación a otros pacientes con

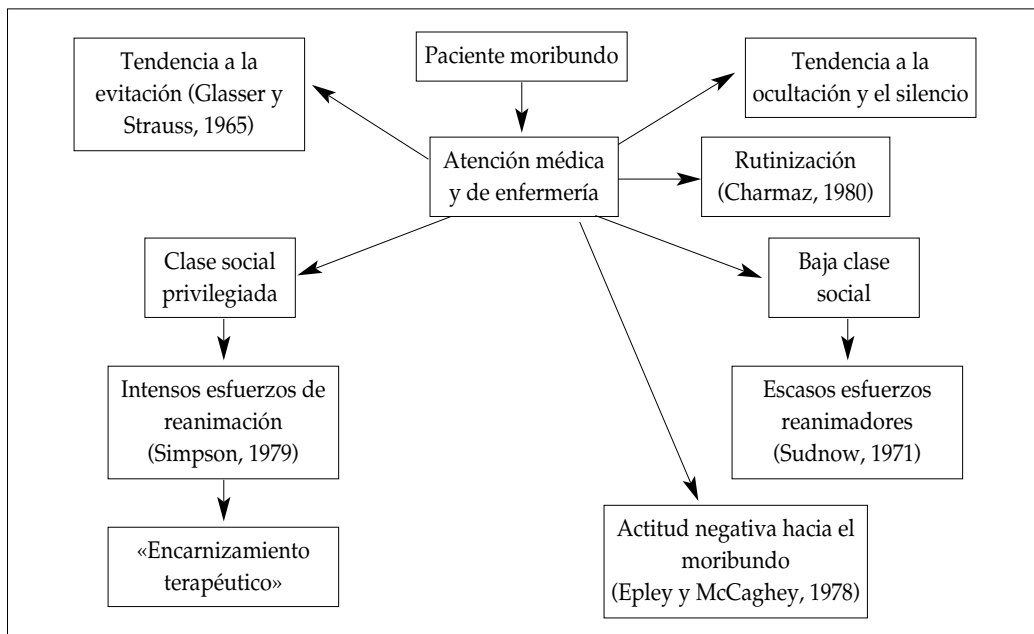
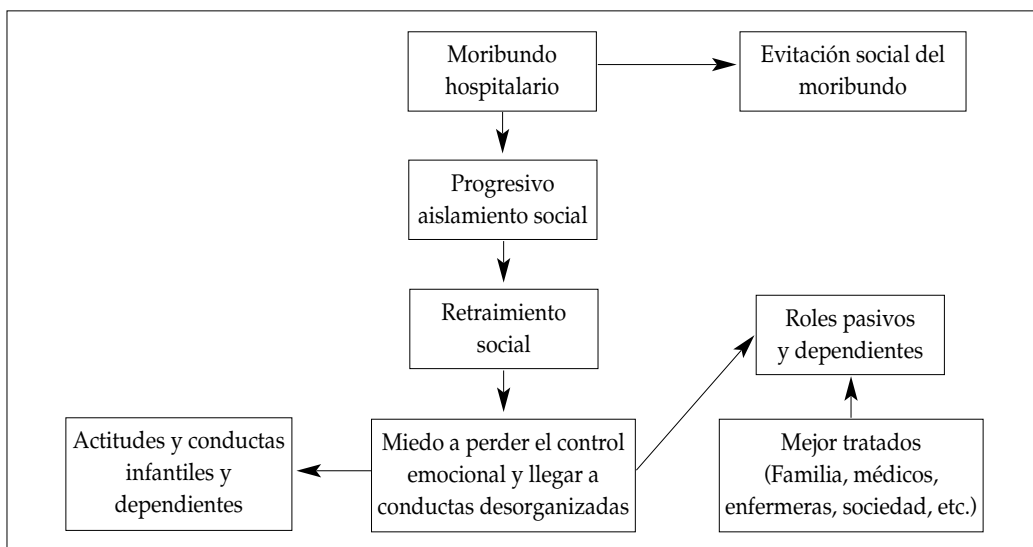


Figura 12. La interacción con el moribundo.

mejor pronóstico; por lo tanto, lo evitan y se justifican (para evitar un posible sentimiento de culpabilidad) (Figs. 13 y 14).

En el análisis de la interacción social «médico/enfermera-paciente», podemos distinguir tres tipos de modalidades de interacción:

1. **Ocultación de la verdad al paciente.** Se trata de una interacción ficticia, falsa, superficial, distante, etc. El paciente puede llegar a pensar que se puede «curar». En este caso, probablemente, la muerte se producirá sin excesivas alteraciones emocionales, sin que haya hablado abiertamente sobre ella. Todo ello favorece precisamente la *rutina hospitalaria*; puede ocurrir, en este sentido, que el paciente no pueda despedirse de su vida, amigos, familia, etc., ni tampoco poner en orden todos sus asuntos, principalmente los religiosos.
2. **El paciente sospecha que se le oculta la verdad.** Puede experimentar la angustia de ver cómo la propia familia, médicos y enfermeras, actúan a la defensiva, evitándole y contestando a sus preguntas con muchas evasivas.
3. **Fingimiento mutuo.** Todos los elementos que intervienen en la interacción social se comportan como si no conocieran la gravedad de su enfermedad, se habla de temas absolutamente triviales y banales, sin ningún tipo de referencia a la muerte. En este tipo de contexto psicosocial, el enfermo se encuentra *solo y aislado*, al tiempo que médicos y enfermeras se mantienen satisfechos en este tipo de relación psicológica.
4. **Reconocimiento explícito de la verdad por parte del paciente, de médicos y enfermeras.** Es, posiblemente, la única situación en que se permite que el moribundo sea realmente dueño de su muerte, dispone de la misma con algún tipo de control; puede planificar, despedirse, po-



**Figura 13.** Rol social del moribundo.

1. Enseñemos a nuestros niños a disponer del tiempo limitado de vida para bien cumplirla. «Quien no tiene el espíritu de su edad, de ella le queda todo el infortunio.»
2. No neguemos la muerte: familiaricémonos con todas sus dimensiones.
3. Busquemos un médico de familia «para toda la vida».
4. Nunca abandonemos a un ser querido a la doble soledad de la muerte: la soledad familiar y la social.
5. Siempre que sea posible, morir en casa.
6. Evitemos a toda costa el dolor físico.
7. No sometemos a exploraciones e intervenciones a nuestros enfermos que van ciertamente a morir.

**Figura 14.** Prevenir una mejor muerte (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1995).

ner en orden sus ideas, sentimientos, preocupaciones, etc. Es probablemente el tipo de muerte más compartida y asumida por el ser humano.

En fin, todo el proceso del morir, está en el fondo sostenido por una esperanza permanente que adopta las más variadas formas. En la fase de aceptación, esta esperanza se transforma en esperanza de sobrevivida después de la muerte.

El miedo a la muerte refleja nuestro instinto de conservación, un intento de negar y sobreponerse a su grotesco destino. Los médicos y enfermeras también reaccionan psicológicamente en función del proceso de morir que están observando y que de forma inconsciente supone, de alguna manera, enfrentarse a su propia muerte. Es preciso, finalmente, una preparación psicológica profunda de estos profesionales sanitarios para poder entender y atender las necesidades emociona-

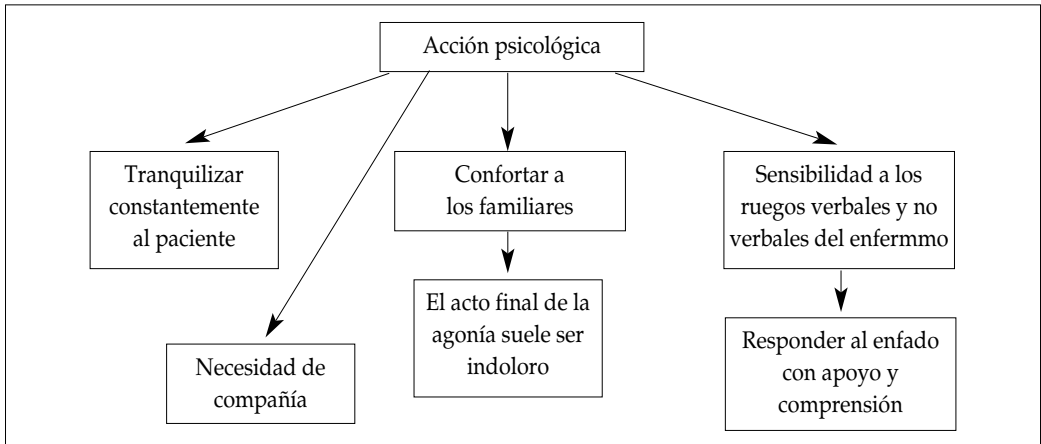


Figura 15. Alivio de los temores más comunes en los pacientes moribundos.

1. No ocasionar ninguna clase de daño.
2. No instituir ningún tratamiento innecesario.
3. No emplear medicamentos inoperantes.

Figura 16. Modelos éticos más importantes.

les profundas que se suscitan ante esta condición de finitud acuciada por una enfermedad fatal (Figs. 15 y 16).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Coser ERT. Alineation and the Social Structure. En: Freedson (ed). *The Hospital in the Modern Society*. Londres: The Free Press of Glencoe, 1962.
2. Charmaz K. *The social reality of Death*. Reading. Addison Wesley, 1980.
3. Duff RS, Hollingshead AB. *Sickness and society*. New York: Harper and Row, 1968.
4. Glaser BG, Strauss AL. *Awareness of dying*. Chicago: Aldine, 1965.
5. Kubler-Ross AE. *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Ed. Grijalbo, 1974.
6. Kubler-Ross AE. *On death and Dying*. New York: Mac Millan, 1971.
7. Laín P. La espera y la esperanza. En: *Obras completas*. Madrid: Plenitud, 1965.
8. Sartre J. *El ser y la nada*. Buenos Aires, 1966.
9. Simpson MA. Social and psycological aspects of dying. En: Wass H (ed). *Dying, facing the facts*. Washington: Hemisphere, 1979.
10. Sontag S. *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona: Munchnick, 1981.
11. Sudnow D. *La organización social de la muerte*. Buenos Aires: Ed. Tiempo Contemporáneo, 1971.