

Notas cerca de los moribundos

Notes Near the Dying Person

Rogelio Chenlo Barros*

Resumen

Este trabajo surge durante la estancia en una unidad de cuidados paliativos (CP) como parte del plan de residencia en Medicina Familiar y Comunitaria. A través de dos pacientes, con actitudes vitales muy diferentes, se analiza ese momento capital en nuestro quehacer médico que es la muerte. Sorprende lo comprensivos que somos ante la muerte de personas que no forman parte de nuestra vida y la dificultad de entenderla cuando se aproxima a nuestro mundo o a nuestra persona.

En este escrito se revisó la obra de Freud y de otros autores que, desde la profesión, se han acercado al estudio de la muerte, en un intento de entender qué le sucede a nivel de experiencia al paciente y a sus allegados, así como al personal sanitario. ¿Qué puede haber tras esa aparente comprensión? Es parte de nuestro trabajo acompañar al paciente en estas circunstancias.

Palabras clave: cuidados paliativos, cuidados terminales, calidad de vida

Summary

This work arises during the stay in a palliative care (PC) unit as part of the residency plan in Family and Community Medicine. Through two patients, with very different vital attitudes, it is analyzed death, that crucial moment in our medical work. It is surprising how sympathetic we are to the death of people who are not part of our lives and how difficult it is to understand it when it approaches our world or ourselves.

In this research, it was reviewed Freud's work and other authors' who, from their profession, have approached the study of death, in an attempt to understand what happens at the level of experience to the patient and his or her relatives, as well as health personnel. What can be behind this apparent understanding? It is part of our job to accompany the patient in these circumstances.

Keywords: Palliative Care; Terminal Care; Quality of Life

Sugerencia de citación: Chenlo-Barros R. Notas cerca de los moribundos. *Aten Fam.* 2021;28(3):221-224. <http://dx.doi.org/10.22201/afm.14058871p.2021.3.79589>

Recibido: 16/01/2021
Aceptado: 22/03/2021

Centro de Salud Lavadores, Vigo,
Galicia, España.
Correspondencia:
Rogelio Chenlo Barros
Rogelio.Chenlo.Barros@sergas.es

Introducción

La elección del tema viene de la mano de la estancia durante un mes en una unidad de cuidados paliativos de un hospital público, como parte del ciclo formativo del plan de residencia en Medicina Familiar y Comunitaria.

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, en el trato con moribundos.

En cuidados paliativos (CP) 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. El rechazo del tratamiento o la denegación de consentimiento es el derecho del paciente a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o 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, pero si esto no es factible, con el de su familia o representante.²

Desarrollo del tema

La exposición del presente trabajo está organizada alrededor de dos casos clínicos, junto a la cama del paciente. El primero de estos casos es el de un hombre de cincuenta años que presenta un carcinoma de laringe con infiltración de la arteria carótida, tratado con extirpación completa de laringe, quimioterapia y radioterapia, 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 ningún alivio del dolor o de la angustia que signifique disminución de su conciencia, no quiere perderse lo que le queda.

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

De acuerdo con Freud: “La muerte propia no se puede concebir; tan pronto intentamos hacerlo podemos notar que en verdad sobrevivimos como observadores... En el fondo, nadie cree en su propia muerte, o, lo que viene a ser lo mismo, en el inconsciente, cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad”.³

La entrada en una unidad de CP con su silencio, la ausencia de esa febril actividad de una planta hospitalaria, nos sitúa en un espacio nuevo donde se dificulta la ignorancia de la muerte como posibilidad próxima. La muerte como horizonte le otorga un valor añadido a la vida: “Frente al cadáver de la persona amada no sólo nacieron la doctrina del alma, la creencia en la inmortalidad y una potente raíz de la humana conciencia de culpa, sino los primeros preceptos éticos”.³

Kubler-Ross,⁴ en su investigación acerca de la muerte y de los moribundos establece una serie de fases que van desde la comunicación de la proximidad de la muerte hasta su aceptación, en un recorrido no unidireccional ni progresivo, como huellas en un sendero, estas fases de adaptación inestables, son:

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

Este esquema orientador puede ser útil para el médico asistente, mientras que el paciente puede o no seguirlo.⁵ Morimos como vivimos, escuché alguna vez.

¿Qué pasará mañana? esa pudiera ser la pregunta derivada de ignorar qué significa la muerte, no desde la expectativa de la vida eterna o desde las inquietudes religiosas, más bien desde ese vacío que llega cuando intentamos 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”.⁶

El paciente 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; pidió autorización para consumir 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 que se desplazó para la ocasión, fijando la sedación para el día siguiente. Horas antes de la mariscada su arteria carótida reventó.

La ambivalencia de sentimientos hacia el fallecido y la necesidad de desligar afectos vinculados a él 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.⁷

Así vamos construyendo ese mundo de difuntos, demonios o aparecidos con el que cercar la muerte.

Nuestra segunda 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 corticoides diagnosticado hace tres años, un año después de su separación matrimonial. Cabello a lo *garçon*, como efecto de la quimioterapia, de mirada fija, evasiva; boca tirante, los surcos de la amargura intentando moldear su terso labio superior, las palabras salen 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”.⁸

Terror, miedo, angustia, se usan equivocadamente como expresiones sinónimas, se las puede distinguir 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 terror al estado en que se cae cuando se corre un peligro sin estar preparado: destaca el factor de la sorpresa. No creo que la angustia pueda producir

una neurosis traumática; en la angustia hay algo que protege contra el terror.⁹

“El dolor es, por tanto, 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.”⁸ La paciente no quiere morir, no tanto por amor a la vida, que le resulta insoportable, sino por sus dos pequeños hijos. Su antiguo marido, del que aún no está divorciada, comparte con frecuencia su habitación en el hospital; el resto del tiempo se ve una familia incapaz de entender que se muere, haciendo imposibles planes de retorno a su domicilio.

“El duelo tiene una tarea psíquica bien precisa que cumplir: está destinado a desasir del muerto los recuerdos y las expectativas del que sobrevive”.⁷ “El duelo 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”.⁸ “A raíz de idénticas influencias, en muchas personas se observa en lugar de duelo, melancolía (y por eso sospechamos en ellas una disposición enfermiza)”.¹⁰

La paciente 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 cuidados paliativos; a lo que puede ayudar la forma que tenemos, como grupo social, de abordar los problemas;¹¹ sorprende

esa espera sin esperanza,¹² una tensión relajada, una agitación que solo calma la sedación. No hay aceptación, solo saber que va a morir y la obligación a despedirse de los hijos. Tal vez Freud nos lo aclare un poco:⁹

Es probable que el displacer específico del dolor corporal se deba a que la protección antiestímulo 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 movilizadora 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.

Consideraciones

La asistencia paliativa se define como: “Un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias al afrontar los problemas asociados con una enfermedad en potencia mortal, gracias a la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”,¹³ ha permitido un debate del que ha surgido una nueva definición de los CP más centrada en la persona que en la enfermedad, cuyo objetivo es aliviar el dolor y el sufrimiento mejorando la calidad de vida, sin garantizar que se logre por completo.¹³

Hay desconocimiento y confusión sobre los CP. Muchos cuidadores nunca han oído hablar de CP y, de los que sí lo han hecho, muchos tienen percepciones erróneas que les lleva a compararlos con la muerte.¹⁴

Los pacientes que recibieron CP tienen más probabilidades de morir en el hogar y menos probabilidades de recibir cuidados intensivos al final de la vida que los que reciben atención oncológica habitual.¹⁵

Conclusiones

Hay un gran contraste entre la actitud compresiva hacia la enfermedad y la muerte de “los pacientes” y cuando ésta tiene que ver con nosotros o con nuestros familiares. Durante la revisión de la literatura entendí que la conciencia de la propia muerte aparece como algo casi biológico sobre los 35 años, coincidiendo con el fin de la juventud, como una caída en el tiempo; hasta esa edad sabemos que vamos a morir, pero de forma difusa. La muerte en la esfera pública, perdida su trascendencia religiosa, ha pasado a ser un trámite administrativo. La eficacia de los fármacos no debe hacernos olvidar que nuestro trabajo también es consolar y acompañar en el proceso de la muerte. Freud describe algunos aspectos ocultos, contemplarlos nos ayuda a comprender a todos los que participamos en este acto.

Podríamos terminar, o más bien comenzar, con esta reflexión: “¿No sería mejor dejar a la muerte el lugar, en la realidad y en nuestros pensamientos, que por derecho le corresponde, y sacar a relucir un poco más nuestra actitud inconsciente hacia ella, que hasta el presente hemos sofocado con tanto cuidado? [...] Si quieres soportar la vida, prepárate para la muerte”.³

Referencias

1. Ameneiros-Lago E. Limitación del esfuerzo terapéutico en la situación de enfermedad terminal: ¿nos puede ayudar la bioética a tomar decisiones? *Rev Med Paliat.* 2006;13(4):174-178.
2. Simón-Lorda P. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Rev Calid Asist.* 2008;23(6):271-85
3. Freud S. Nuestra actitud hacia la muerte. Sigmund Freud. *Obras completas.* 2da ed. Buenos Aires. Amorrortu editores: 2000;14
4. Kubler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona. Mondadori 2002.
5. Gómez-Sancho M. Fases de adaptación. Cómo dar las malas noticias en Medicina. 2da. ed. Madrid. Arán: 1998.
6. Freud S. El porvenir de una ilusión. Sigmund Freud. *Obras completas.* 2da ed. Buenos Aires. Amorrortu editores: 2001;21
7. Freud S. Tótem y tabú. Sigmund Freud. *Obras completas.* Buenos Aires: Amorrortu editores 2001;18:68.
8. Freud S. Inhibición, síntoma y angustia. Sigmund Freud. *Obras completas.* 2da ed. Buenos Aires. Amorrortu editores: 2001;20
9. Freud S. Más allá del principio de placer. Sigmund Freud. *Obras completas* 2da ed. Buenos Aires. Amorrortu editores 2001;18
10. Freud S. Duelo y melancolía. En: Sigmund Freud. *Obras completas.* 2da ed Buenos Aires. Amorrortu editores: 2000;14
11. Olmedo MS. El duelo y el pensamiento mágico. Madrid. Master Line. 1998.
12. Nuland SB. Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida. Madrid. Alianza Editorial: 1995.
13. World Health Organization. National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines. 2nd ed. World Health Organization, Geneva: 2002
14. Radbruch L, De Lima L, Knaut F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage.* 2020. Oct;60(4):754-764.
15. Dionne-Odom JN, Ornstein KA, Kent EE. *Palliat Support Care.* 2019;17(6):643-649.