

ARTÍCULO DE REVISIÓN

SECCIÓN DE PSICOONCOLOGÍA

Aspectos contratransferenciales del terapeuta ante la muerte del paciente con cáncer

Psic. Mariana Martínez Guillén,* Psic. Oncol. Salvador Alvarado Aguilar**

* Universidad Iberoamericana León, Guanajuato.

Residente Psico-Oncología Instituto Nacional de Cancerología México.

** Servicio de Psico-Oncología. Instituto Nacional de Cancerología México.

RESUMEN

El cáncer es una enfermedad que afecta la vida emocional del paciente, confrontándolo con su muerte y llevándolo a una reflexión sobre su vida. El duelo es la respuesta ante la pérdida de lo que la muerte nos arrebató. El terapeuta ayuda al doliente a elaborar los sentimientos que acompañan dicho proceso. Por lo tanto, se hace necesario que el terapeuta reflexione acerca de su postura frente a su propia muerte, la cual repasa cotidianamente en la muerte de su paciente. El presente estudio revisa la bibliografía en torno a la relación entre el paciente terminal de cáncer y su terapeuta, desde el punto de vista de lo que ocurre a este último en el proceso de la terapia. Freud denominó a este fenómeno como contratransferencia.

Palabras clave: Cáncer, contratransferencia, terapeuta, muerte.

Therapist's counter-transferential aspects facing death of cancer patient

ABSTRACT

Cancer disease affects the patient's emotional life, confronting him to his own death and taking him to a life reflection. The grief is the answer to what death take us apart. The therapist helps the patient in grief to elaborate the feelings that happen in this process. That is why it is necessary that the therapist think about his position of his own death, which revises every day in his patient's death. The present work reviews the bibliography about the relation between the terminal cancer patient and his therapist, from the point of view of what occurs to the specialist on the therapy process. Freud called this phenomenon counter-transference.

Key words: Cancer, counter-transference, therapist, death.

*"Te digo en serio que la muerte no existe.
De pronto lo descubres.
Cuando el pedazo de carbón
ya no es más madera quemada
sino carbón a solas,
lleno de sí mismo, con su propia vida;
cuando la corteza del árbol o
la piedra en el fondo junto
a los caracoles crece mansamente;
el agua, llena de tantas cosas minúsculas,
llena de luz, de música, de insectos destruidos,
de zancudos cristianos
caminando sobre su superficie;
el agua que se bebe la sombra de los árboles,
el ganado a su orilla,
las quietas vacas en el viento,
el viento quieto como una transparencia,*

*toda la tarde, todo el concierto, la armonía,
el deslumbrante misterio que estaba allí a tu
alcance, tan sencillo y tan simple.
Y tú dentro de todo, con todo en ti mismo.
Te digo que sólo la vida existe."*

Jaime Sabines

INTRODUCCIÓN

Se estima que el cáncer llegue a ser la primera causa de muerte en los países desarrollados en el siglo XXI. Sin embargo, y a pesar de que la muerte por cáncer nos asecha tanto en lo personal como familiarmente, nuestras sociedades persisten en una actitud de falta de preparación ante la misma, lo que redundará en actos tan negativos como el abandono emocional del paciente terminal de cáncer. La muerte es una coyuntura que enfrenta cada ser humano en forma particular e irrepetible. Es el acto final. Es holística, porque ocurre simultáneamente en

todos los renglones en el que el ser humano manifiesta vida: en lo biológico, en lo psicológico y en lo social. El duelo es la respuesta ante la pérdida de lo que la muerte nos arrebató. La psicoterapia proporciona el espacio a donde se elaboran los sentimientos en torno al duelo, además de acompañar el proceso del doliente.

El presente artículo revisa la literatura que ha estudiado los acontecimientos que el terapeuta experimenta ante la muerte de su paciente. La premisa fundamental en la dualidad paciente-terapeuta, desde la perspectiva de este último, lo que Freud denominó contratransferencia, es decir, el conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la transferencia de su paciente. Si reconocemos que el analista trabaja desde el ámbito de su subjetividad, entenderemos la necesidad de que cada uno reflexione desde el principio acerca de las causas de su elección profesional. De manera simultánea, el terapeuta deberá aceptar las limitaciones de la medicina ante el dolor y la muerte. La sociedad actual se conduce en general de la misma forma en que lo hace el inconsciente individual, como si fuera inmortal, como si lo que le ocurrió al paciente no le ocurrirá a él. El terapeuta, por el contrario, desmiente su omnipotencia cotidianamente cuando confronta la muerte de su paciente. Se acuerda que lo único seguro que tiene en esta vida es su propio fin; y que no hay explicación para la muerte que brinde completa comodidad y seguridad. El miedo universal es el miedo a morir. Y ¿qué tanto calla el terapeuta sus propios miedos y ansiedades ante la muerte que está presenciando? Su recurso es la propia psicoterapia, espacio donde puede mencionar sus temores. Las ansiedades del terapeuta se deben canalizar creativamente, reconociéndolas como propias. En última instancia, el propósito tanatológico es que paciente y terapeuta puedan enfrentar el proceso de morir serenamente.

DESARROLLO

El cáncer¹ (del latín *cancer*: cangrejo) es una proliferación acelerada, desordenada y descontrolada de las células de un tejido que invaden, desplazan y destruyen, localmente y a distancia otros tejidos sanos del organismo.

El cáncer es la segunda causa de muerte detrás de las enfermedades cardíacas. Sin embargo, las muertes por enfermedades cardiovasculares están disminuyendo, mientras que las muertes por cáncer están aumentando. Se estima que a lo largo del siglo XXI, el cáncer sea la primera causa de muerte en los países desarrollados. A pesar de esto, se ha producido un aumento en la supervivencia de los pacientes con cáncer.

Los cinco principales tipos de cáncer que causan la muerte en orden de importancia, tanto en hombres como en mujeres son: cáncer de pulmón, cáncer colorrectal, cáncer de mama, cáncer de próstata y cáncer de páncreas. Aunque la causa específica del cáncer es desconocida, se conocen en la mayoría de los casos los factores de riesgo que los precipitan: la edad o envejecimiento, tabaquismo, dieta, ejercicio físico, exposición solar, y otros estilos de vida poco saludables. Aunque el mecanismo de producción del cáncer subyace en los genes, sólo un pequeño porcentaje de los cánceres son una enfermedad hereditaria.

La estadificación clínica se basa en la exploración física, las radiografías, la tomografía, la resonancia magnética, la gammagrafía, pruebas de laboratorio, toma de biopsias y el análisis histológico de los tejidos extirpados durante la cirugía. El sistema de estadiaje más empleado es el TNM (Tumor, Nódulo, Metástasis) que valora la enfermedad local (tamaño tumoral), regional (número de ganglios afectados) y diseminación a distancia (presencia de metástasis).

El tratamiento del cáncer se fundamenta en tres pilares básicos: cirugía, quimioterapia y radioterapia. Existe un cuarto pilar llamado terapia biológica, que incluiría la hormonoterapia, inmunoterapia y nuevas dianas terapéuticas no citotóxicas. Es multidisciplinar, donde la cooperación entre los distintos profesionales de la salud (cirujanos, oncólogos médicos, radioterapeutas, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, etc.), es de máxima importancia para la planificación del mismo, sin olvidar el consentimiento informado del paciente.

A partir de la década de 1990 y con las técnicas terapéuticas disponibles el cáncer es curable en aproximadamente 50% de los casos de los pacientes diagnosticados. Su pronóstico depende, sobre todo, de: la localización anatómica del tumor primario, tipo histológico, estadio o la extensión de la enfermedad, edad del paciente y el estado funcional o la reserva fisiológica de éste.

El diagnóstico de cáncer siempre será sentencial: hacia la mutilación o muerte para la persona afectada, con implicaciones familiares desgarradoras, y la responsabilidad para dar el diagnóstico es siempre del médico tratante.

Esta enfermedad, aun en nuestra época, tiene un significado sombrío. Se le equipara con la muerte y, no poco frecuente, con el estigma social de castigo por la manera en que el enfermo ha conducido su vida. A esto se le añade la poca información que socialmente se tiene acerca de la enfermedad, y al sufrimiento físico que se padece. Además, socio-culturalmente, el tema de la muerte se evita, oculta, excluye, satiriza, juega, etc. No se habla de ella, por

miedo “a llamarla”. A los funerales por lo común no se lleva a los niños pequeños, y cuando alguien se encuentra cerca de su hora final, emocionalmente se le deja solo, porque como sociedad no estamos preparados para enfrentar el término de la vida; nos da miedo siquiera imaginarla, mucho más hablarla con quien la está experimentando en carne propia.

Paul Westheim hace una revisión de las actitudes de los mexicanos ante la muerte. Para el autor, lo que ha marcado de un sentido trágico a la existencia del mexicano no es el miedo a la muerte, sino la incertidumbre hacia la vida, llena de peligros y con insuficientes medios para defenderse.²

La muerte es ineludible, todo lo que nace algún día morirá. Como especie no hemos sido capaces de aceptar este hecho, no es aceptada ni asumida como un proceso natural, sino como una crisis, y por lo tanto se ha convertido en una problemática personal, social y familiar.

El morir es un proceso natural, universal, único, paradójico, cotidiano, indeterminable, personal, solitario, radical, análogo, humano e inoportuno.³ Es **natural** en el sentido de que, si no median causas antinaturales (asesinatos, etc.), se produce siempre como consecuencia de accidentes, enfermedades y/o envejecimiento ocasionados en la relación con el medio ambiente o con procesos de desgaste fisiológico. Es **universal** porque, mediando una u otra circunstancia, todos los hombres han muerto y morirán. Es **único** porque el propio concepto de muerte entraña la irreversibilidad y a cada persona le acontece una sola vez. Cualquier momento único en la vida de una persona es importante por el hecho de ser extraordinario. En el caso de la muerte es especialmente importante (que no es sinónimo de agradable, placentero o gratificante) por ser además el último acontecimiento en la vida. **Paradójica**, porque para explicar la muerte hay que hablar de la vida; el hecho de estar frente a la muerte puede llevar al hombre a sentirse más vivo. **Cotidiana** porque todo el tiempo alguien muere, alguien menos yo. **Indeterminable** porque no sabemos cómo, cuándo o dónde vamos a morir. **Personal y solitaria** porque le pertenece únicamente al individuo que la está viviendo y no se puede compartir. **Radical** porque es tajante y definitiva. **Análoga** porque cuestiona al ser humano, es problemática, lo hace sufrir. **Humana** porque a través de ella el hombre tiene la oportunidad de darle sentido a su vida, e **Inoportuna** porque llega cuando no se le necesita, no se espera y no se le quiere, nunca estamos preparados para ella.

Siempre habrá un último momento, en el que pese a los esfuerzos de los profesionales de la salud, llegará de forma inexorable. La muerte es la

continuación de la vida, y, desde este sentido, ha de ser objeto de reflexión.

Ya que el hombre es un ser biológico, psicológico y social, el Instituto Mexicano de Tanatología clasifica su muerte de tres maneras con diferentes grados en el proceso.³

1. Muerte biológica: la ausencia de signos vitales y el cese de la vida.
 - a) Muerte aparente o relativa: síncope prolongado con inestabilidad, desaparición del tono muscular, paro respiratorio y disminución de la actividad cardíaca y circulatoria. Se puede recuperar al paciente mediante técnicas de reanimación.
 - b) Muerte clínica: ausencia de signos vitales.
 - c) Muerte absoluta o muerte cerebral: vida vegetativa en ausencia absoluta de respuesta de las estructuras cerebrales o encefálicas a los estímulos correspondientes.
 - d) Muerte total: cuando ya no quedan células vivas en el organismo y hay una definitiva imposibilidad de volver a la vida; empieza una progresiva degeneración de cadáver.
2. Muerte psicológica:
 - a) Muerte lenta: la que se da con un tiempo largo para poder asimilar y procesar la pérdida y el duelo, por ejemplo, cáncer.
 - b) Muerte súbita: llega de imprevisto sin síntomas previos, puede ser natural o violenta (accidente o asesinato).
3. Muerte social: la sociedad y la forma de vida moderna han provocado un cambio en el concepto y forma de morir en los seres humanos. La ciencia y la tecnología tratan de mantener la vida a cualquier precio, aislando a la persona en un cuarto de hospital, entubada, anestesiada e inconsciente, disminuyendo la libertad de los enfermos. Ante estos cambios en el estilo de vida y muerte de la sociedad se adoptan diferentes actitudes, sin embargo, a pesar de ello, existen características que comparten todos los seres humanos respecto a la muerte.

Cuando nos encontramos ante la muerte, ya sea la nuestra o la de algún ser querido, nos enfrentamos a una pérdida importante. La vida cambia y entonces la relación que se tenía con la muerte se vuelve activa, porque actúa directamente sobre la vida influyendo fuertemente en los sentimientos, los pensamientos, los estados de ánimo, los hábitos y en muchas otras áreas. Al llamarle activa, se sugiere acción por parte de la persona. Se entiende que ésta tiene algo que hacer a partir de la brusca

influencia de la muerte en su vida, y ese algo es el duelo.

Miguel Krassoievitch, en su libro *Psicoterapia Geriátrica*,⁴ comenta la importancia de incluir en nuestras vidas la reflexión acerca de la muerte, ya que en la actualidad ésta es considerada como un acontecimiento lejano e impersonal. No se habla de ésta, a pesar de que el miedo de muchas personas sea el de morir solas y sufriendo. Este silencio puede ser el mayor impedimento para que el paciente próximo a su fin acepte su situación, ya que no cuenta con nadie dispuesto a platicar de las emociones que están surgiendo en este momento de su vida, alguien con quien pueda compartir su experiencia.

De aquí la importancia de la psicoterapia, del acompañamiento no sólo al enfermo, sino también a la familia, para poder brindar un espacio en donde se elaboren los nuevos sentimientos, pero más que nada, el acompañamiento en el proceso de duelo.

En dicho acompañamiento podemos distinguir dos posturas, la primera, la del enfermo, y de la cual la literatura es vastísima al respecto de las implicaciones psicológicas que conlleva el encontrarse en esta situación; y la segunda, la del terapeuta, que es de la que nos ocuparemos en esta revisión. ¿Qué sucede con él al encontrarse ante la muerte de su paciente?, ¿qué emociones se despiertan en él? Queda clara la importancia de la psicoterapia en el paciente terminal, de aquí que sea tan necesaria la presencia del terapeuta. Pero es inevitable que con cada proceso de duelo que trabajan los especialistas se cuestione la propia muerte y la propia vida, porque el enfrentarse a la finitud de un ser humano que ha confiado, que ha mostrado sus más íntimos miedos, y en algún momento ha dejado ver que el profesionista podría encontrarse en su lugar, despierta lo que Freud llamó contra-transferencia. Laplanche define ésta como el “conjunto de las reacciones inconscientes del analista a frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste”.⁵ Este psicoanalista comenta que Freud en este concepto engloba el resultado de “la influencia del paciente sobre los sentimientos inconscientes del médico”.⁵ Como podemos ver, esta noción es propia del psicoanálisis, con todo un marco teórico a su alrededor. Para fines del presente artículo, se hará referencia a la contratransferencia como los sentimientos que se despiertan en el terapeuta ante su paciente.

Partiendo de estas premisas, el especialista debe tener muy en claro, ¿qué es lo que lo ha llevado a este terreno?; ¿cuál es su motivación para trabajar día a día con la muerte de sus semejantes?⁶ Nosotros como seres humanos somos caracterizados simbólicamente por lo que hacemos.⁷ Nuestra

elección laboral la hacemos con base en cierta sensibilidad, inclinación y vocación para trabajar con el dolor, y en cada uno de nosotros esto tiene una representación psíquica distinta. Puede ser un duelo no resuelto, alguna situación familiar, sentimientos de culpa inconscientes, razones altruistas, sentimientos de impotencia o simplemente la inquietud que despierta el tema; la elección profesional no es casual, es causal. Ya que el terapeuta trabaja desde su subjetividad (para después objetivarla), es necesario que este tenga una respuesta a su propio proceso. Dicho proceso se va dando en la práctica, y mientras más se tiene contacto, más se le conoce; pero es necesario que desde un principio se reflexione.

Entonces y de manera general, ¿qué características son las que nos ayudan o nos obstaculizan el trabajo con un paciente y con nosotros mismos?

María Gabriela Dumay comenta “Aquel que piensa que está realizando una tarea extraordinaria que lo convierte de facto en una buena persona (...) Aquel que aún tiene miedo a la muerte o a la enfermedad (...) Aquel que aún concibe la muerte bajo la premisa de aniquilación total (...) Aquel que se involucra en el dolor ajeno, que se emociona hasta las lágrimas no está en condiciones de ayudar a un paciente tanatológico (...) Por otra parte, tanto el tanatólogo como el paciente que posee la adecuada preparación psicológica y espiritual podrá enfrentar la vida y la muerte con confianza y serenidad”.⁸

Adicionalmente a esto, es necesaria la capacidad de poder aceptar las limitaciones de la medicina. En este sentido Nuland⁹ comenta que la medicina y la sociedad han conspirado para convertir a la muerte en un tema exclusivo de la profesión médica, y hace referencia al trabajo de Philippe Ariès, quien dice que se ha medicado a la muerte, “escondiéndola”; y propone, que así como el nacimiento de un niño es una cuestión familiar que es auxiliada por un médico, así lo es la muerte: un fenómeno que no pertenece únicamente a la medicina.

Al trabajar en el campo de la oncología estamos todos los días expuestos a la confrontación repetida y dolorosa del sufrimiento humano y la muerte.¹⁰ Según Alizalde¹¹ “La muerte ajena es muerte propia proyectada y provoca curiosidad. Uno mira la muerte de otro y en ese espejo aprehende vivencialmente en forma parcial que también es mortal, aún en casos de negación extrema, ya que en el imaginario se puede jugar fácilmente la fantasía de la inmortalidad”. Esta negación de nuestros sentimientos hacia quienes amamos o estimamos genera un alto índice de estrés y sentimientos de impotencia y frustración. Las características psíquicas personales serán las que darán la pauta para en-

frentar este temor universal, y desde aquí podemos contemplar nuestra vulnerabilidad a la angustia.

Así, pues, y como se mencionó anteriormente junto a la necesidad de reflexión, si podemos reconocer nuestra mortalidad, entonces comenzaremos a pensar y cuestionar nuestra transitoriedad. Freud comenta que es cierto que todos sabemos que moriremos, pero no lo creemos, "(...) nuestro inconsciente no cree en la muerte propia, se conduce como si fuera inmortal".¹² Él mismo vivió enfrentando la amenaza de muerte debido al cáncer que padeció durante muchos años. Mientras estallaba la Primera Guerra Mundial, Freud escribe *De guerra y muerte. Temas de actualidad* (1915). En este ensayo, afirma que tanta destrucción hace valorar la vida y darle un nuevo sentido, modificando la actitud hacia la muerte, y está de acuerdo en que se reconozca el lugar que tiene la segunda, tanto en la realidad como en los pensamientos. Un año después, en su escrito *La Transitoriedad*¹³ (1916) plantea tres tipos de respuestas que surgen cuando tenemos la certeza de que lo que apreciamos y amamos es perecedero:

1. La indiferencia, con la que se evita el involucramiento con algo cuya pérdida nos provocaría dolor.
2. La negación, con la que uno se empeña en creer en la eternidad de las cosas, comportamiento irreal que expresa el rechazo a aceptar que lo doloroso puede ser verdadero.
3. La que reconoce en el carácter transitorio el valor de las cosas.

También bajo la influencia de la guerra escribe *Duelo y melancolía*¹⁴ (1917), en donde, de manera general, establece que el ser humano no puede abandonar fácilmente sus objetos libidinales, aunque la prueba de realidad le indique que ya no existen y que pueden ser reemplazados por otros ya disponibles. El acatamiento de la realidad se logra poco a poco a través de un trabajo interno que sólo al concluirse deja nuevamente libre al yo para unirse a otros objetos.

En 1923 escribe *Más allá del principio del placer*¹⁵ donde postula la existencia de una pulsión de muerte y encuentra una legalidad para explicar la muerte que así obedece a causas internas.

Según Max Schur,¹⁶ quien fue médico personal de Freud desde 1928 hasta su muerte en 1939, explica que la formulación de este concepto significó la posibilidad de convertir la muerte en un problema científico. De esta manera Freud pudo convivir con este aspecto de la realidad tan difícil de aceptar (y es quizá de esta manera que nosotros como terapeutas también podemos convivir con ella).

Retomando las palabras de Freud, el inconsciente se conduce como si fuera inmortal. Más allá de eso, la vida en general de los seres humanos gira en torno a un sentimiento de omnipotencia, en donde nada nos puede ocurrir, en donde es común escuchar lo que a otra persona le pasó, "pero no a mí". Éste es el pensamiento de la sociedad en la actualidad.

Pero, ¿qué sucede cuando el paciente –inevitablemente– confronta al terapeuta con su condición mortal, la que como ser humano comparte con él? Se refleja en el espejo de su vida; de pronto, es desmentida su omnipotencia, ¿podría ser él el que estuviera en su lugar!, y sucede que es mortal, que desde el día que nació lo único que tiene seguro es que un día se irá de este mundo, y seguramente, lo ha olvidado, o desde otro punto de vista, lo había negado. Y es que, como dijo Francis Bacon, los hombres temen a la muerte desconocida como los niños a la oscuridad.¹⁷ "La muerte nos despierta a la conciencia del mal, si no fuéramos a morir, entonces no nos inspirarían terror el hambre, enfermedades, lesiones, guerras, peste, terremotos, inundaciones, incendios, o la cólera de otra persona".¹⁸ No se definirá que es el mal, ni el bien, puesto que no es el objetivo de esta revisión, pero es importante señalar que ambos conceptos son construcciones que dependen de la experiencia subjetiva.

Al niño se le dan diversas explicaciones sobre la muerte y él descubre otras para él mismo. Pronto encuentra que no hay explicación para la muerte que traiga completa comodidad y seguridad. La falta de consuelo nos hace dudar y cuestionar. Aun nosotros los "adultos" no tenemos una respuesta satisfactoria, lo que nos llena de temor.

Al respecto de este miedo, Abadi¹⁷ nos habla de la muerte imaginada, que puede ser conscientemente conjeturada o inconscientemente fantaseada. Ésta da cuenta de la realidad interna, y puede ser anticipadamente vivenciada, pensada o sentida, sobre la pauta de un modelo que está integrado por los elementos derivados en función de la experiencia del nacimiento en sus tres fases: pre, intra y posnatal. La angustia de muerte es principalmente producto de las fantasías inconscientes acerca de la muerte, y señala que éstas son la reproducción de las fantasías inconscientes acerca de los tres procesos anteriores, convirtiéndolos en tres momentos: el de vivir, el de morir, y el de estar muerto. Pueden fantasearse tres ecuaciones homologando la vida con lo que fue la vida intrauterina, o con lo que fue el tránsito del nacimiento, o con la experiencia de la vida extrauterina. Y sobre esta base las tres diferentes interpretaciones que la fantasía adjudica al hecho de morir: como nacer,

como terminar de nacer y como regresar al vientre materno.

A este miedo podemos darle otra explicación además de la psicoanalítica. La vida está llena de temores; éstos asaltan en los momentos más inesperados. Existen miedos lógicos que forman parte del instinto de conservación; hay miedos fóbicos que pueden provenir de una experiencia traumática, se le recuerde o no; y hay miedos emocionales, en donde el miedo a la muerte está prácticamente en la base de todos los miedos que sufre el ser humano:⁸ éste es un miedo universal.

Volviendo al punto de vista psicoanalítico, ¿qué tanto nosotros como terapeutas ponemos en marcha la indiferencia o la negación con nuestros pacientes? Como ya lo vimos, éste es un proceso inconsciente que sucede cuando nos duele la realidad, en tanto a lo que sucede y no podemos hacer algo, en este caso, la situación terminal del enfermo al que atendemos. Y sobrevienen estas respuestas como el resultado de la evitación a nuestro sufrimiento emocional.

Además de lo expuesto, nos encontramos con otro obstáculo: “el silencio” al que es sometido el tema de la muerte. El enfermo es abandonado y de manera implícita, la sociedad le pide que calle la experiencia por la que está pasando, encontrando quizá su único consuelo en el terapeuta que lo atiende. De la misma manera, ¿qué tanto el terapeuta calla sus miedos y ansiedades ante la muerte?, desde otro punto de vista, ¿qué tanto se le permite hablar de ellos? Es cierto que el terapeuta debe llevar de la mano su trabajo profesional con el personal, pero esto es utópico. Es ideal la supervisión y la propia psicoterapia, en donde el terapeuta es dueño del espacio para nombrar lo que sucede con él mismo, pero en la realidad, por diversos motivos, esto es difícil llevarlo a la práctica.

Siguiendo la línea de la importancia de reconocer nuestros sentimientos, de llamar de alguna manera a las emociones que se despiertan en nosotros cuando estamos en el rol de terapeutas, es necesario que demos un lugar a nuestra experiencia subjetiva.⁶ Devereux¹⁹ comenta que las ansiedades que se suscitan en el investigador (en este caso el terapeuta), pueden ser tanto un obstáculo para el conocimiento como un instrumento a favor del mismo. Sucede lo primero cuando se las pretende eliminar en nombre de la objetividad, pues lo único que se consigue es producir distorsiones que ni siquiera se advierten. Sucede lo segundo, cuando se reconocen como propias para ponerlas al servicio de la creatividad, y en este caso, en función del paciente.

Recomienda deslindar lo que entra en juego del terapeuta como sujeto de lo que corresponde a él como observador, no para desaprovechar el papel

que juega la subjetividad de éste, sino sólo para reconocer su propia influencia.

Elisabeth Kübler-Ross, en su libro *Sobre la muerte y los moribundos*, comenta que quizá el poco involucramiento del equipo médico para con el paciente, un comportamiento cada vez más mecánico y automatizado “(...) ¿no será un sentimiento de autodefensa? ¿No será esta actitud nuestra manera de hacer frente y reprimir la angustia que un moribundo o un paciente en estado crítico despierta en nosotros? (...) ¿no es un intento desesperado de negar la muerte inminente que es tan terrible y molesta para nosotros, que hemos trasladado todo nuestro conocimiento a las máquinas, porque nos son menos próximas que la cara de sufrimiento de otro ser humano que nos recordaría una vez más nuestra falta de omnipotencia, nuestros propios límites y fracasos, y en el último, aunque muy importante lugar, nuestra propia mortalidad?”²⁰

Por su parte, Lorraine Sherr escribe en su libro *Agonía, muerte y duelo* que “Asistir a los pacientes en agonía y dolientes puede ser una experiencia profundamente satisfactoria y gratificante, pero exige, de manera casi inevitable, un importante sacrificio emocional, ya que aumenta la conciencia de nuestros miedos más profundos y la parte más oscura de nuestra alma”.²¹ Sugiere que, además de los sentimientos universales de compasión, existen una variedad de diversos motivos que fundamentan la elección del especialista o voluntario para trabajar en este campo. Entre éstas, se encuentran las fantasías de reparación inconscientes que pueden estar acompañadas por la idea personal de una “buena muerte”.

Esta misma autora menciona la necesidad de descarga emocional —ya sea del profesional o del voluntario a través de un grupo de apoyo— porque una vez que el especialista se involucra en el trabajo, es confrontado a constantes pérdidas, que conllevan sentimientos de ansiedad, inadecuación, envidia, enojo, culpa, entre otros. Puede llegar a adoptarse como defensa poderosa una imagen fuerte y competente que le permita al terapeuta enfrentarse; reconociendo las propias habilidades excepcionales y negar su vulnerabilidad.

CONCLUSIÓN

Cuando el terapeuta trabaja con pacientes de cáncer se despiertan en él sentimientos acerca de su propia muerte. Lo anterior confronta al inconsciente del terapeuta a su propia finitud y a su impotencia ante la situación terminal de su paciente.

Si el especialista proyecta su propia muerte en la muerte del otro y aprende, como profesional de

la salud, a reconocer su mortalidad, estará empezando a manejar su conciencia de transitoriedad, teniendo repercusiones satisfactorias no sólo en la relación con su paciente, sino en su vida diaria.

El profesional de la salud tiene esperanzas, el miedo a la muerte siempre estará presente, y dará la oportunidad de reflexión. Por lo tanto, para evaluar, identificar y atender las necesidades... ante el impacto del terapeuta, son necesarios estudios prospectivos, ya que así como el terapeuta acompaña al enfermo, a su vez, necesita él mismo de compañía.

REFERENCIAS

- Herrera GA. Manual de Oncología. Procedimientos Médico-Quirúrgicos. México: Ed. McGraw Hill Interamericana; 2000, p. 3-15.
- Wistheim P. La Calavera. México: Ed. Fondo de Cultura Económica; 1983, p. 30-40.
- Instituto Mexicano de Tanatología. ¿Cómo enfrentar la muerte?: Tanatología. México: Editorial Trillas; 2006, p. 233.
- Krassoievitch M. Psicoterapia Geriátrica. México: Fondo de Cultura Económica; 1993, p. 67-98.
- Laplanche J, Pontalis JB. Diccionario de Psicoanálisis. España: Ed. Paidós; 1996, p. 84.
- Álvarez del Río A. Muerte y Subjetividad. Una experiencia de investigación. Tesis de Maestría, México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1998.
- Die Trill M. Psico-oncología. Madrid, España: Ediciones Ades; 2003, p. 715.
- Dumay MG. El principio del camino. Guía terapéutica para el tránsito a otra vida. México: Ed. Plaza Janés; 2000.
- Spiro HM, Curnen MG, Wandel LP. Facing death. EUA: Yale University; 1996, p. 15-22.
- Pillowski LE, Sullivan G. Mental illness in doctors. BMJ 1989.
- Alizade AM. Clínica con la muerte. Los idearios de la muerte, 1995; 1: 13. En: Die Trill M (ed.). Psico-oncología. Madrid, España: Ediciones Ades; 2003, p. 715.
- Freud S. De guerra y muerte. Temas de actualidad. En: Obras Completas. 3a Ed. Madrid España: Ed. Biblioteca Nueva; 1973.
- Freud S. La transitoriedad. En: Obras Completas. 3a Ed. Madrid, España: Ed. Biblioteca Nueva, 1973.
- Freud S. Duelo y melancolía. En: Obras Completas. 3a Ed. Madrid, España: Ed. Biblioteca Nueva; 1973.
- Freud S. Más allá del principio del placer. En: Obras Completas. 3a Ed. Madrid, España: Ed. Biblioteca Nueva; 1973.
- Schur M. Sigmund F. Enfermedad y muerte en su vida y su obra. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós Studio; 1980, p. 104.
- Abadi M, et al. La fascinación de la muerte. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós; 1973, p. 147.
- Rowe D. La construcción de la vida y de la muerte. Dos interpretaciones. México: Ed. Fondo de Cultura Económica; 1989, p. 198-235.
- Devereux G. De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento. México: Ed. Siglo XXI; 1994, p. 89-97.
- Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. México: Ed. Debolsillo; 2006, p. 24.
- Sherr L. Agonía, muerte y duelo. México: Ed. Manual Moderno; 1992, p. 89-103.

Recibido: Noviembre 13, 2006.
Aceptado: Diciembre 22, 2006.