

Rosa Gómez Esteban

Psiquiatra Adjunto, Servicio de Salud Mental de Alcorcón, Madrid.

Resumen

En este trabajo se describen las ansiedades del médico en su práctica clínica en relación a la muerte de los pacientes. Esta problemática es esencial en el ser humano y, por tanto, en el médico, a la que con frecuencia se enfrenta con gran dificultad. Sabemos desde Freud que el temor a la muerte de los pacientes es uno de los aspectos más difíciles de la medicina.

Se considera que la metodología grupal es un buen instrumento para que el médico pueda elaborar sus ansiedades frente a la muerte de los pacientes, ya sea ésta real o imaginaria.

Palabras Clave: Relación médico-paciente. Ansiedad en los profesionales de la medicina. Ansiedades frente a la muerte del paciente.

Summary

In this paper, doctor's anxieties toward patients' death are described. This problem is essential to human beings and, therefore, to physicians, who usually have great difficulties in facing it. It is known that fears about patients dying is one of the most difficult aspects of medicine.

Groupal approaches are quite useful for doctors to elaborate their anxieties toward patients' death, either this is real or not.

Key words Doctor-patient's relationship. Doctor's death anxiety. Doctor's stress.

"La vida de los médicos está llena de las angustias y emociones que rodean el tema de la muerte". Marañón, citado en Álvarez¹.

"Semmelweis no podía ver morir a todas aquellas mujeres jóvenes que acababan de dar a luz a sus hijos, se estremecía al oír las tiernas palabras que dirigían a sus hijitos, no cesaba de consolarlas y ocultaba su horror ante las manchas de color azul morado que aparecían en sus pies y manos; qué tristeza observar sus caras, volvía la cabeza para ocultar el presagio de la muerte. Las vio morir y habría podido creerse que se había acostumbrado a ello, como lo había hecho su maestro. Su tormento se hacía cada vez más profundo, el horrendo cuadro de los estragos que hacía la fiebre puerperal se hacía cada vez más obsesionante en el médico" Kruiff².

Introducción

La confrontación con la muerte, los moribundos y el duelo es una realidad más o menos cotidiana para los médicos en su práctica clínica. La muerte es uno de los problemas esenciales del hombre, circunstancia frente a la que se presenta un intenso temor, de ahí las dificultades para que el médico pueda enfrentarla con serenidad, como plantean Mc Cue³ y Mingote Adán⁴. Esta grave problemática no suele ser tenida en cuenta durante la formación de la carrera de medicina ni durante la especialidad, por ello estas carencias en la formación influirán negativamente cuando el médico tenga que enfrentarse en su quehacer a estas circunstancias humanas, haciéndolas más dolorosas y angustiosas.

Las siguientes reflexiones están hechas a partir de la coordinación de un grupo de médicos en el que la tarea era trabajar sobre la relación médico-paciente, con un encuadre quincenal y una duración de seis meses. En esta experiencia grupal constatamos que las ansiedades más intensas del médico estaban en función de la relación con el paciente, sobre todo, si se daba

una relación no satisfactoria y un sufrimiento en el paciente por la enfermedad. Ambas variables encuentran su máxima expresión en los enfermos graves y, sobre todo, terminales.

Las ansiedades, sentimientos y vivencias alrededor de la muerte se trabajaron en tres sesiones a la mitad del proceso grupal. Fueron tan significativas que motivaron, por primera vez, las ausencias de más de la mitad del grupo. Estas ausencias no se dieron en otros momentos del proceso y consideramos eran emergentes que mostraban el latente grupal de ese momento, la problemática de la muerte. Esta condición humana, real o imaginaria, en la que el médico se implica personal y profesionalmente y que hace que la muerte sea uno de los acontecimientos más ansiógenos de su profesión.

Los médicos decían: “el médico lleva muchas muertes encima...”, “la muerte crea impotencia, influye en tu vida al tener una constante presencia”. Estos momentos difíciles de su tarea los vivían con gran exigencia y culpabilidad: “me angustia lo poco que sé”, “si hubiera estudiado más, no hubiera muerto”. Por ser altamente significativos recojo los emergentes iniciales, centrales y finales de la sexta y de la séptima sesión.

Sexta sesión:

E.I.: *“¿Habéis hablado de la muerte?, A mí, si me lo dijeran, no lo aceptaría. Cuando me muera, me muero”*.

E.C.: *“Te callas por la angustia, te mueres de pena, me angustia no dar la información de que hay esperanza”*.

E.F.: *“Todo el mundo tiene que morir, si una persona quiere morir en paz, hay que asumirlo”*.

Séptima sesión:

E.I.: *“Asisten, por primera vez y única, sólo tres médicos al grupo”*.

E.C.: *“A mí no me gustaría morirme, cuando tengo que decir a un paciente que su vida va a ser corta, no puedo dejar de implicarme sentimentalmente”*.

E.F.: *“Hablar de la muerte me pone un nudo en la garganta... Un día se murió un paciente en urgencias, en ese momento sudas, tienes taquicardias, te pone mal*

la situación, pero es bueno hablarlo porque la muerte forma parte de nuestra profesión”.

Estos temores y ansiedades surgen ante determinados síntomas y diagnósticos y siempre que la enfermedad tiene un mal pronóstico y puede conllevar la invalidez o la muerte. Emitir estos diagnósticos crea ansiedad en el médico por el dolor que siente ocasionar al paciente y a la familia, y por el temor ante el posible suicidio del paciente. Hecho poco frecuente que, en ocasiones, es sobrevalorado para no afrontar situaciones que son difíciles para el paciente y su médico.

Acerca de la información

Las cuestiones referentes a la información en las enfermedades graves o terminales siempre han planteado un dilema ético al médico. La actitud actual respecto a la muerte es la continuidad de la respuesta de ocultación que ha hecho el médico a lo largo de la historia. Desde los tiempos de Hipócrates se ha defendido la necesidad de ocultar al paciente todo lo referente a su enfermedad, se suponía que si no se actuaba de esta manera se producía un estado de desesperanza en el enfermo que repercutía negativamente en su recuperación. Esta tendencia al encubrimiento se mantuvo, dentro de la cultura médica, hasta la mitad de este siglo, aunque a mediados del XIX ya se empezara a reconocer el derecho del paciente a conocer la verdad, derecho que debía ser suspendido si suponía un daño para el paciente o la familia.

La situación histórica se invierte en 1977, al aprobarse en E.E.U.U. la Ley del Derecho a la Información, que obliga al personal sanitario a dar el diagnóstico al enfermo. Este cambio legal genera un cambio y es el responsable de que en ese país la mayoría de los profesionales sanitarios proporcionen información a sus pacientes. Pero, de forma significativa, a partir de esa época, comienzan a disminuir los deseos de información de los pacientes y se describen en la literatura científica dos tipos de enfermos, los que se denominan “autocontrolados”, que buscan información porque les es beneficiosa

para conseguir un mejor nivel de adaptación y, los “evitadores”, que la rehuyen y se encuentran mejor psicológicamente si no reciben ningún tipo de información acerca de su enfermedad.

En España la situación es diferente a la de Estados Unidos, siendo pocos los médicos que informan a sus pacientes. En nuestra experiencia se constató que eran muy pocos los que informaban a los pacientes con cánceres terminales y se refirieron actitudes de poco tacto e inoportunas, entre los compañeros que lo hacían. En este punto, Urraca Martínez⁵, reflexiona que ocultar sistemáticamente la verdad del diagnóstico y pronóstico presupone desconfianza del médico en la madurez de sus enfermos para afrontar la enfermedad, pero si bien esto cierto, también lo es, como observaron en el grupo, que la comunicación de la verdad exige una preparación adecuada del enfermo, de la familia y de los profesionales, además de un apoyo posterior a los mismos. Este autor en la misma línea señala que para afrontar la enfermedad no debe olvidarse a ninguno de los tres protagonistas: el enfermo, la familia y los sanitarios.

Uno de los diagnósticos que moviliza más angustia es el cáncer, a pesar de que dos tercios de estos pacientes se curen. La ansiedad puede ser tan importante que, como dice Thomsen et al.⁶, los médicos esconden el diagnóstico, aún en los casos en los que el paciente haya pedido la verdad. En el grupo, con emoción decían “el cáncer es tabú, no sabes que decirles”, “les dices cáncer y les ves hechos polvo”. Pero con estos pacientes hay que tener en cuenta que el principal estrés del paciente deriva de la interacción con el médico y de cómo éste le transmite el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento⁷.

Una circunstancia que dificulta dar estos diagnósticos es que al médico le cuesta conocer si el paciente quiere o no saberlo. En el grupo decían: “No sabes si el paciente quiere oírlo o no...”. Las dudas se incrementan cuando captan la ambivalencia del paciente respecto a esta problemática, es habitual la negación que

hace el paciente y la familia: “le dices que tiene un cáncer y al día siguiente te dice que se encuentra mejor...”, “le dices a la familia, yo creo que lo sabe y ellos dicen que no... algunos quieren vivir engañados...”. Se observa inquietud frente a esta problemática aunque el propio paciente sea quien solicite la información.

Esta ambivalencia surge en el paciente, pero también en el profesional, su reconocimiento les permitió pensar que el deseo de información del paciente estaba en función de su personalidad. Así dicen: “Tienes que valorar la personalidad del paciente... no sabes si lo quiere oír o no... el primer paso es si te dicen que les digas la verdad... yo en principio no digo la verdad, a no ser que me pregunten...”. Expresiones que muestran la ambivalencia de sentimientos que surgen en estos procesos, elementos también tratados por Yllá⁸, quien también señala la necesidad de valorar la personalidad del enfermo, su reacción frente a la enfermedad, el médico y la familia.

La disminución de los mecanismos de negación y evitación permite reflexionar acerca de la necesidad de informar, ya que este conocimiento puede tranquilizar al paciente, pero siempre que la información sea pertinente y se ofrezca en el momento adecuado. Asimismo debe tener en cuenta la personalidad, la demanda del paciente y la de los familiares ya que, a menudo, son demandas contradictorias.

El deseo del paciente de conocer su diagnóstico es central, ya que ello determina las estrategias a utilizar, el reconocimiento de esta problemática permitió a los participantes del grupo descubrir diferencias entre los pacientes, mientras que unos preferían conocerlo porque así evitaban la conspiración del silencio, otros preferían no saberlo aunque afrontaran la enfermedad con negación y ansiedad y estos afectos dificultarían la evolución y tratamiento de su enfermedad.

El reconocimiento de mecanismos de negación y evitación, como forma de evitar la ansiedad frente a esta problemática permitió el

surgimiento de los siguientes interrogantes: ¿Qué informar, cómo y a quién? A estas preguntas nos parece de gran interés la respuesta de Ibáñez⁹: “A quien pida, busca y quiera información, pues quien nada pregunta, nada quiere saber”. Cuestiones que suscitan en Caretti¹⁰, dos interrogantes: ¿quien informa y cuáles son los límites? En este punto, seguimos a De Ángel Martín¹¹, cuando propone que el límite de la información es el deseo de no saber del paciente.

En base a nuestra experiencia consideramos que si el profesional ha tomado la decisión de comunicar el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento a un enfermo de cáncer o de cualquier patología que comprometa la vida, ésta debe darse paso a paso, teniendo en cuenta las distintas etapas que atraviesa el paciente y no brutalmente como hemos observado que se hace en los pacientes con sida. En este punto compartimos el planteamiento de García Conde¹²: “informar por informar satisface los requisitos legales que la sociedad impone, pero no cumple los principios éticos que toda actividad terapéutica demanda”.

Diversos estudios señalan que la información en los pacientes con cáncer favorece la adaptación psicológica, los niveles previos de funcionamiento y la disminución de la sintomatología psicopatológica aparecida al inicio de la enfermedad, ya que parece que con el tiempo los pacientes aprenden a convivir con su enfermedad. Ibáñez¹³, llega a los mismos resultados y afirma que en estos pacientes el paso del tiempo consigue una mejoría en su situación emocional. También hay que tener en cuenta, que las diferentes significaciones individuales y sociales de la enfermedad influyen en los sentimientos y vivencias del paciente¹⁴. Estos aspectos que antes se depositaban en el cáncer, hoy en día lo son en el SIDA que aparece en el ámbito social como la terrible enfermedad que es causa de deshonor y vergüenza para quienes la padecen y sus familiares.

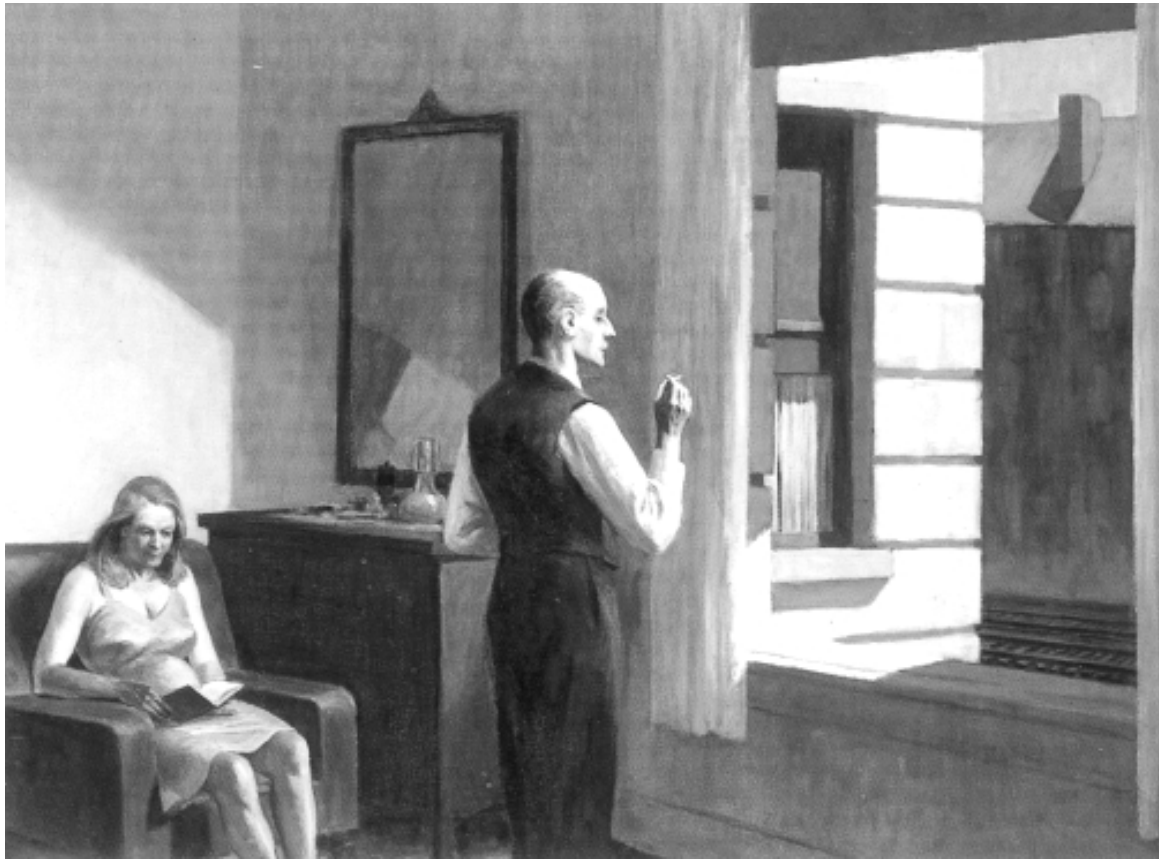
Otros estudios posteriores¹⁵, han vuelto a comprobar que los pacientes con mal pronóstico, que no conocen su diagnóstico pero lo sos-

pechan, están más ansiosos. Esta circunstancia se complejiza aún más por la posición de los familiares, que suelen querer conocer lo que le sucede al enfermo, pero evitar a éste el diagnóstico, aunque inconscientemente después se lo transmitan a través de gestos, expresiones y actitudes, como referían en el grupo. En este punto, Nuland¹⁶, plantea la importancia de la sinceridad para que el paciente pueda morir preparado, hecho que actualmente tiene más trascendencia porque antes el dolor y la muerte eran aceptados y, sin embargo, hoy en día se olvida que la muerte está ahí.

Freud plantea que el temor a la muerte en los pacientes que padecen una enfermedad orgánica, es uno de los aspectos más engorrosos de la medicina, pero opina que no debe engañarse a los enfermos. Para sí mismo expresó el deseo personal de que cuando llegara su momento se le tratara con respeto y se le advirtiera para estar preparado, quería estar informado sobre cualquier fase de su enfermedad y pedía que se le permitiera morir con dignidad¹⁷. Esta misma idea la expresa Nuland¹⁶, quien habla con sus pacientes acerca de la situación en la que se encuentran para que puedan enfrentarse mejor a la enfermedad y prepararse para la muerte y, de este modo, no morir solos, como apenas relataba una de las médicas de nuestro grupo al referirse a la muerte de una paciente suya que padecía cáncer.

Acerca de los aspectos psicológicos

Cuando el pronóstico de la enfermedad presupone la muerte surge una gran ansiedad en el paciente, también el médico sufre este pronóstico y trata de evitar la relación directa con el enfermo, de acuerdo con Santo Domingo¹⁸. La familia, a su vez, responde a la ansiedad del enfermo con la suya propia y de ésta se puede derivar el engaño, la incomunicación del enfermo y el aislamiento. En este proceso, el paciente aprende a no preguntar por su temor a la respuesta y para no poner en apuros al médico, al que ven eludir la cuestión o a los familiares para no hacerles sentirse culpables. De este modo, el paciente empieza a vivir en solitario lo más esencial de su vida, la propia muerte, vi-



Hotel junto a un terraplén de ferrocarril

Edward Hopper, 1952

Oleo sobre lienzo

vencias que vemos muy bien reflejadas en la obra, Ivan Illich de Tolstoi¹⁹.

La complejidad aumenta porque, ante estos diagnósticos que implican la muerte, es muy frecuente que el médico proyecte sus vivencias personales sobre el paciente, hecho que dificulta aún más que el paciente se enfrente a estas circunstancias. En el grupo se observa cómo el médico reacciona frente a la muerte del paciente en función de su personalidad. Así decían: “no hay que decir nada, no hay nadie preparado para asumir que te quedan tres meses, nadie quiere saber eso”, “¿Tú lo querrías saber?, yo no, cuando me muera, me muero, si un compañero lo supiera y me conociera, me mentiría, la realidad es desastrosa”.

Los médicos no quieren hablar y la actitud de los pacientes también está vinculada a la acti-

tud del profesional. Así en *Diario Médico* de diciembre de 1999²⁰, aparecía el siguiente encabezamiento: “Los enfermos de SIDA en fase terminal no quieren hablar a los médicos”. Una de las razones que esgrimían los enfermos era el temor a que el diálogo les causara más prejuicios que beneficios y, la otra, que el encuentro le resultara desagradable al profesional.

En base a nuestra experiencia, consideramos que la pregunta no es si se debe informar o no, sino como compartirlo con el paciente, utilizando las palabras de Kübler-Ross²¹. Quien después de trabajar años con pacientes moribundos afirma que todos ellos conocían su situación aunque no se les hubiera informado y sólo pedían que el médico lo hiciera de una manera aceptable. Esta autora plantea que si el médico lo vé como un tema tabú y

terrible, como también referían los médicos en nuestro grupo, el profesional no puede ayudar al paciente a afrontar la muerte con tranquilidad.

Cuando el médico se niega esta verdad a sí mismo, lo ve del mismo modo en sus pacientes, sin embargo, si pueden hablar de esta problemática encuentran a sus pacientes más capaces para reconocerla y afrontarla. En su libro "Sobre la muerte y los moribundos", Küber-Ross hace numerosas referencias a pacientes que no habían podido compartir estos momentos tan importantes de su vida por la intensa ansiedad de los profesionales que les atendían. Por ello, esta autora subraya que la capacidad de negación del paciente es directamente proporcional a la del médico.

Al ser un aspecto de la realidad social y de la práctica médica tan negado, no es extraño que ante una muerte o una situación de duelo, surja ansiedad. Si ésta es intensa se incrementan los mecanismos defensivos de negación y evitación, cuyo efecto es el abandono del paciente o, en el extremo opuesto, una masiva identificación con el enfermo y la familia, lo que hace inviable su función terapéutica. En el primer caso, los médicos decían: "no puedes desaparecer del mapa", y en el segundo: "hay que preservarse, si no te mueres con cada uno un poco".

Cuando toman conciencia de esta actitud frente al paciente en los momentos cercanos a la muerte, expresan su necesidad de ayuda para tener una menor ansiedad y así poder establecer una distancia con el paciente y la familia que sea terapéutica: "los pacientes necesitan apoyo, pero también tú, para poner límites porque si no la angustia de los otros te invade".

La práctica médica tiene una actitud muy contradictoria frente a la muerte, en la asistencia psicológica a la persona que muere y a su entorno hay una falta de percepción y, por lo tanto, de intervención para Santo Domingo. Este autor considera que en la medicina tecnificada actual se olvida la necesidad de que los indivi-

duos decidan por sí mismos y colaboren responsablemente en la asistencia a su propia muerte, circunstancia que está influida por el contexto socio-familiar que oculta la muerte desde la infancia y la considera un hecho del que no se debe hablar.

Pensamos que la atención que habitualmente el médico hace a los enfermos en las enfermedades graves y terminales, debido a la hegemonía del modelo biológico en la medicina actual, es básicamente de los aspectos biológicos. Por ello, de acuerdo con este autor, actualmente se reconoce y asiste a la muerte corporal, pero no al hecho psicológico y social, ya que se dan diversas negaciones, una de ellas la del enfermo frente a la enfermedad, negándose de este modo, la posibilidad de su muerte.

Esta situación histórico-social influye en gran medida sobre la relación médico-paciente, aunque actualmente sean muchos los médicos preocupados por los aspectos psicológicos de los pacientes terminales, así en el grupo afirmaban: "es importante ver la psicología de los casos terminales". Pero hay que tener en cuenta que esta "psicología del morir", como dice Heidegger²² nos instruye antes sobre la vida del moribundo que sobre el morir mismo.

A partir de las cuestiones planteadas, el imperativo ético para el médico que es informar al paciente y a la familia, no resuelve la pregunta sobre lo que el médico debe "saber hacer" frente a la muerte de su paciente. El médico puede tener clara su obligación de informar al paciente y a los familiares y, sin embargo, bloquearse por no saber qué hacer y qué decir. En nuestra experiencia grupal una médico decía: "creo que lo hice mal, me llegó a decir cogiéndome del cuello, ¿pero, esto es un cáncer?, yo no fui capaz de decírselo, me había preparado para decirle la verdad y no pude, después ya no habló más. Yo me acobardé, me lo preguntó entre gritos y lloros, me pareció que quería que le dijera que no, se murió sospechando y sola, os tenía que haber pedido ayuda".

Al “no saber qué hacer” se actúa con intensos mecanismos de evitación, así una profesional decía: “yo sonrío y salgo lo más rápido posible de la habitación; si muere, el pésame no se lo doy a la familia, no puedo”. Esta profesional que reconocía su ansiedad ante la muerte de los pacientes, más adelante dirá: “creía que nunca me iba a tocar, ahora me doy cuenta que me voy a morir, a pesar de estar haciendo planes toda la vida. Toda la vida trabajando, luchando y luego te mueres, no lo entiendo, si no hay nada es muy triste, si no hay nada después... En mi trabajo miro al paciente y pienso, lo que habrá luchado y luego en un segundo ya no está...”.

En la Epístola a Meneceo, Epicuro plantea que cuando existimos la muerte no está presente y cuando llega ya no se existe, asimismo que la muerte hace dichosa la condición mortal de nuestra vida porque elimina el ansia de la inmortalidad. (cit. en Lledó)²³. En este punto, Fernández²⁴, señala que “lo que nos define como humanos es justamente no el morir, pero sí saber que eso forma parte de nuestra condición, el tener esa perspectiva, contar con ese horizonte y, sin embargo, vivir con la mayor intensidad y esmero. Nos caracteriza ese conocer el poder de la muerte y no dejar que él destruya la vida por anticipado, resistirse a la muerte con todas las ganas de la vida”. Este autor considera que ser mortal es especialmente grave para un viviente que tiene pensamiento, ya que morir es el truncamiento de su vida y de su pensamiento.

Proceso grupal

¿Qué hacer frente a la muerte, circunstancia humana que genera tanta ansiedad?. En el grupo surgieron tres interrogantes centrales, el primero referente a la información: “¿Debe informarse, qué y cómo?”, el segundo al deseo del enfermo: “¿El paciente puede querer no saber?” y el tercero acerca de la intervención del médico: “¿Qué puede hacer el médico?”. A los dos primeros ya nos hemos referido, respecto al tercero, hay que tener en cuenta que si el hombre huye de la muerte, el médico como hombre que es, también necesita

huir de esa dolorosa realidad. En el grupo se observaba esta evitación frente a la muerte del paciente, reiterándose los mecanismos defensivos de negación: “¿Habéis hablado de la muerte?, yo, si me lo dijeran, no lo aceptaría”, “yo lo viví con una persona de cerca y no lo aceptas”.

El médico con frecuencia no sabe qué hacer ante la muerte de sus pacientes. La muerte es lo inefable, lo que no se puede expresar con palabras. Freud²⁵, en “Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte” plantea que el hombre muestra una inclinación a prescindir de la muerte, a eliminarla de la vida, considera que la muerte propia es inimaginable y en el fondo nadie cree en su propia muerte ya que en lo inconsciente se está convencido de la inmortalidad. El hombre va aceptando esta realidad a través de la muerte de los otros significativos para él o de las pérdidas que se van viviendo a lo largo de la vida.

Afirma que de la negación de la muerte también se hicieron cargo las religiones, al rebajar la vida terrenal a una mera preparación para la otra vida, más allá de la muerte, que era la más valiosa. Del mismo modo se prolongó la vida en el pretérito y se inventaron existencias anteriores, la transmigración de las almas y la reencarnación, todo ello con la intención de despojar a la muerte de su significación de término de la existencia.

El hombre escapa a la muerte, por ello cuando se queda quieto surge la presencia de las enfermedades. Pero cuando la enfermedad produce un gran sufrimiento, el paciente pide al médico la muerte, así en el grupo decían: “a veces te piden la muerte...”. En este punto nos surgen los siguientes interrogantes: ¿De qué muerte se habla?, ¿qué significa muerte en lo humano?. Lo mortal es el límite de la vida, de la omnipotencia humana, el hombre puede imaginarse la finitud, lo que tiene fin y cuando acepta las finitudes de la vida puede enfrentar mejor la muerte. Pero el hombre sólo puede asistir a la muerte del ser y al nacimiento de un nuevo ser, ya que a la otra muerte no puede asistir.

Frente a esta problemática se constataban diversos afectos y sentimientos, siendo los más significativos los de ansiedad, depresión y culpa. Así decían en el grupo: “no puedes llorar por lo que le pasa, para eso está la familia, prefiero hacer bromas con el paciente y que no piense en lo que tiene”, “creo que hay que seguir haciendo cosas aunque mueran los pacientes, me da pena cuando me dicen que ha muerto, te das cuenta que la vida no depende de nosotros, aunque a veces el médico se hace responsable de la muerte del paciente”. Afectos y sentimientos que eran más intensos cuando la significación de la muerte del paciente suponía un cuestionamiento profesional y un fracaso personal para el médico.

Aunque los médicos no suelen solicitar apoyo institucional en estas circunstancias, en el grupo sí se pidió ayuda para afrontar mejor sus dificultades con la muerte y, de este modo, contener y acompañar al paciente, disminuyendo las fantasías y temores de dañarles. En este punto pudieron mostrar sus limitaciones y contradicciones, surgiendo el interrogante acerca de su función como médicos en estas circunstancias humanas: “nosotros no somos suficientes, somos los que hacemos las recetas y calmamos el dolor, nada más”, ¿qué tenía que haber hecho?, no lo sé, ella murió mal.

Observamos que el médico no sabe qué hacer y que ello influye en cómo vive la muerte del paciente y como éste la experimenta. Como podemos observar, el quehacer del médico en estas circunstancias no depende solo del conocimiento técnico, ya que el médico puede informar de los procesos biológicos, del diagnóstico, pronóstico y tratamiento, pero tiene muchas dificultades para abordar los problemas existenciales que se le plantean al paciente en estas circunstancias.

Es decir, el problema pasa por el drama existencial del paciente, no por la información de lo biológico, que es un saber que suele ser conocido por el médico. Éste puede cuidar de la biología, pero no de la existencia humana, ya que el médico no suele estar preparado para una relación humana, ni para lo humano que

se moviliza frente a la muerte. El médico puede trabajar sobre el fin biológico pero no sobre las muertes simbólicas que el paciente tiene que ir haciendo hasta que se produzca el óbito.

Lo problemático es cómo acompañar a un moribundo que existe, a pasar el tránsito de la vida a la no existencia, difícil acompañamiento conociendo las dificultades del hombre para la vida y, más aún, para la muerte. En este difícil trance, como dice Kübler-Ross²¹, a los pacientes les conviene ser animados a manifestar su rabia, a llorar para expresar su dolor, a referir sus miedos y fantasías a alguien que esté sereno escuchándoles. Ayudarles a que se vayan separando de sus relaciones más significativas y puedan aceptar su muerte. Asimismo, apoyar a la familia a comprender que la muerte, en ocasiones, puede ser un gran alivio, y que los pacientes mueren con más facilidad si se les ayuda a desligarse lentamente de todas las relaciones importantes de su vida.

Como dice esta autora, el médico debe respetar los mecanismos defensivos del paciente y ayudarlo cuando esté en disposición de manifestar los sentimientos de rabia y de tristeza, frente a la posibilidad de su muerte. Asimismo, en los momentos cercanos, estar presentes en silencio para confirmar que se está disponible hasta el final, ya que para el paciente es muy reconfortante saber que no le olvidan cuando no puede hacerse nada más por él. Con la familia también es muy importante ayudarles a expresar sus sentimientos antes de que se produzca la muerte y posibilitar su elaboración. De esta forma se previenen duelos patológicos que son causantes de tantas enfermedades mentales y somáticas posteriormente.

En el grupo pudieron hablar de algunos afectos y sentimientos frente a estos pacientes: “hay que preservarse, si no te mueres con cada uno un poco”. Esta misma idea la señala Álvarez¹, cuando refiere que, en ocasiones, el médico entra en una situación de confusión en su relación con los pacientes y familiares, se siente morir al mismo tiempo que sus enfermos. Frente a estos sentimientos, puede responder

con una actitud defensiva de frialdad generando mayor confusión y dificultades en la relación.

En nuestro trabajo evidenciamos que si la ansiedad no era elaborada por el profesional, no podía tomarse la distancia terapéutica adecuada para informar, acompañar y apoyar al paciente y a la familia en tan dolorosas circunstancias. Probablemente estas ansiedades sean responsables de estas actitudes de los médicos, que son incomprensibles para los pacientes, en un momento en que su principal deseo es sentirse acompañados. Hoy en día, no es raro que los pacientes se enfrenten a la muerte en una situación de abandono e incomunicación sabiendo que no pueden esperar nada del médico que les atiende, como señalan García Conde et al.²⁶.

El grupo se muestra como un instrumento de interés para la elaboración de esta problemática. De la necesidad de engaño del paciente (“algunos quieren vivir engañados”) pudieron reflexionar acerca de su propia necesidad de engañarse frente a la muerte (“si alguien me conoce, nunca me lo diría”). Hablaron del impacto que les producía el sufrimiento del enfermo: “La mujer, entre gritos y lloros, me preguntó, ¿es cáncer?, no fui capaz de decírselo, me había preparado para decirle la verdad y no pude”. En estas situaciones es habitual el uso de mecanismos de identificación (“te mueres con cada uno un poco”) que no les permite hacer una escucha del paciente que posibilite conocer las necesidades del paciente.

En el grupo pudieron hablar de su cobardía (“me acobardé, no se hacerlo, acordé con la familia decírselo y no supe en ese momento de temor. Fue decirle no, y al día siguiente no habló”) y de su necesidad de contar con alguien que les escuche a ellos y les posibilite seguir al lado del paciente. En el grupo pudieron expresar su “no saber qué hacer” ante la posible desesperación del paciente: “decirle la verdad, si no se va a curar y se va a quedar hecho polvo...”, desesperación que se hacía suya cuando se empeñaban en prolongarle la vida, en ir contra la muerte.

Poder reconocer sus sentimientos de impotencia les permitió reflexionar que aunque no pudieran curar al paciente, sí podían hablar con él o acompañarle mientras tuviera vida. Esta aceptación de la muerte evita los sentimientos de culpa que pueden surgir en el profesional y en la familia: “lo hice mal, esta paciente murió mal, no comunicó nada a la familia, se murió sabiéndolo”. Reconocieron que actualmente, al llegar al final de su vida, el hombre sufría menos físicamente, pero más emocionalmente y pudieron reflexionar acerca de las diversas etapas que atraviesa el paciente en la aceptación de la muerte: la negación y el aislamiento, el resentimiento o la ira, el pacto, la depresión y finalmente, la aceptación, etapas que fueron descritas por Kübler-Ross²¹.

En el grupo se observaba que si bien ponían en juego mecanismos defensivos intensos de negación frente a la muerte, diciendo que “son necesarias para preservar la salud mental del médico”, también se planteaban buscar estrategias nuevas para enfrentar la muerte de los pacientes y lo que ello implicaba, hecho de gran trascendencia para el paciente, la familia y el propio médico. Reconocer las carencias y limitaciones les permitió reflexionar acerca de la función del médico en estas circunstancias humanas, tarea del médico que es fundamental ya que facilita al paciente aceptar el final de su vida y apoyarle en la despedida de sus seres queridos, familiares y amigos: “Tuve un amigo que murió muy bien, dedicó los últimos meses a despedirse”.

Esta elaboración de sus propias ansiedades frente a la muerte posibilita al médico asumir una función muy importante, la contención de las intensas ansiedades que se generan tanto en el paciente como en su familia en estas circunstancias tan dolorosas. Esta función se hace más importante en un momento histórico en el que la familia no puede hacerse cargo, tarea que antes socialmente sí asumía. El médico, si está preparado, con serenidad podrá ayudar y acompañar al paciente y a la familia para que puedan enfrentarse mejor al proceso de la enfermedad y al final de la vida.

Esta cuestión es central, ya que el acto médico está lleno de situaciones en las que la muerte está presente, aunque sea a nivel imaginario, momentos que producen ansiedad porque ni el médico ni el paciente conocen la evolución de la enfermedad. Pensamos que saber tratar estos aspectos es muy importante ya que la incorporación de la muerte en la vida cotidiana del hombre es fundamental para la existencia humana.

Pero, para que el médico pueda “escuchar” al paciente, el médico ha de tener “otro” que le escuche a su vez, como pedían en el grupo, refiriéndose a los profesionales de salud mental. A través de la supervisión de los casos el médico puede hablar de su propia actitud hacia las enfermedades graves y a la muerte, para poder hablar después de estas cuestiones con el paciente sin excesiva ansiedad. Estos espacios grupales o de supervisión han de tener un tiempo suficiente, para poder reflexionar cómo es la relación humana con ese paciente y “saber estar ahí con el enfermo”, cuando no se sabe qué hacer ni qué decir, como dice Ingalta²⁷.

En este punto las metodologías de grupo Balint o de grupo Operativo han mostrado su utilidad para que los médicos puedan elaborar o al menos disminuir sus ansiedades frente a la muerte de los pacientes y ayudar a éstos y a los familiares a contener los temores y ansiedades que se movilizan frente al final de la vida. No se trata de tener especialistas de pacientes moribundos, como dice Kübler-Ross²¹, sino formar a los profesionales sanitarios para que sepan enfrentarse a estas situaciones y buscar soluciones, que pasan por reconocer las necesidades de los pacientes y de los profesionales.

Correspondencia:

Rosa Gómez Esteban, Psiquiatra Adjunto.
Servicio de Salud Mental de Alcorcón,
Madrid.
Prado del Rey nº 71, 2º C, 28223 Madrid
Tno: 91-7119942.

Bibliografía

1. Álvarez LF. La vida del médico. Barcelona: L. Caralt; 1949.
2. Kruif P. Hombres contra la muerte. Barcelona: L. Caralt; 1949.
3. Mc Cue JD. The effects of stress on physicians and their medical practice. *N Engl J Med* 1982; 306: 458-463.
4. Mingote Adán JC, Pérez Corral F. El estrés del médico, manual de autoayuda. Madrid: Díaz de Santos; 1999.
5. Urraca Martínez S. La comunicación no verbal en la relación médico-enfermo. *Jano* 1991; 953: 75-80.
6. Thomsen OO, Wulff HR, Martín A, Singer PA. What do gastroenterologists in Europe tell cancer patients? *Lancet* 1993; 8843: 473-476.
7. Ruckdeschel JC, Blanchard CG, Albrecht T. Psychosocial oncology research. Where we have been, Where we are going, and Why we will not get there. *Rev Psic Onc* 1994; 74: 1458-1463.
8. Yllá L. Lo inconsciente en las enfermedades terminales. En: Ridruejo Alonso, Medina León, Rubio Sanchez. *Psicología Médica*. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 1997.
9. Ibáñez E. Los efectos de la información sobre los enfermos. *Jano* 1991; 953: 47-55.
10. Caretti Ríos J. El problema del bien en la relación médico-paciente. En: Cepyp. *Medicina y Psicoanálisis*. Madrid: Grafiprint; 1997.
11. De Ángel Martín L. Información y verdad. En: Cepyp. *Medicina y psicoanálisis*. Madrid: Grafiprint; 1997.
12. Conde J. Ética y cáncer. En: *Psicología de la salud y estilos de vida*. Valencia: Promolibro; 1991.
13. Ibáñez E. Reflexiones acerca de las relaciones entre depresión y cáncer. *Boletín de Psicología* 1984; 4: 99-117.
14. Sontag S. La enfermedad y sus metáforas y el Sida y sus metáforas. Madrid: Taurus; 1996.
15. Durá E, Ibáñez E. La importancia de la congruencia informativa en el proceso de dar información al enfermo. *Jano* 1991; 953: 57-66.
16. Nuland S. Como morimos, reflexiones sobre el último capítulo de la vida. Madrid: Alianza; 1995.
17. Schur M. Sigmund Freud, enfermedad y muerte en su vida y en su obra. Barcelona: Paidós; 1972.
18. Santo Domingo J. *Psicosociología de la muerte*. Madrid: Castellote; 1976.
19. Tolstoi L. La muerte de Ivan Illich. Barcelona: Orbis; 1982.
20. Anónimo. Los enfermos de Sida en fase terminal no quieren hablar a los médicos. *Diario Médico* 1997 Dic 23.
21. Kübler-Ross E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo; 1994.
22. Heidegger M. *El ser y el tiempo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1989. p. 258-283.

23. Lledó E. El epicureísmo. Madrid: Taurus Bolsillo; 1996.
24. Fernández E. Extraña condición humana, reflexiones filosóficas. Madrid: Cepyp; 1999.
25. Freud S. Obras Completas vol.6. Madrid: Biblioteca Nueva; 1972; p.2101-2118.
26. García Conde J, Pascual A. La relación médico-enfermo en oncología. En: *Psicología y medicina*. Valencia: Promolibro; 1989.
27. Ingala A. Todo fracasa en el saber. En: *Capyp. Medicina y psicoanálisis*. Madrid: Grafiprint; 1997.