

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO

SINTOMATOLOGIA PSIQUIATRICA DEL PACIENTE

ADULTO CON LEUCEMIA TERMINAL.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

MEDICO PSIQUIATRA.

PRESENTA

SERGIO TOVAR GOMEZ.

CIUDAD UNIVERSITARIA

1984.

FALLA DE ORIGEN

V. D. Alejandro D. S.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

- Introducción	
- Muerte en el Hospital	- 3
- El miedo a la muerte	- 4
- El Morir y el Moribundo Agonía	- 10
- La Familia y el Moribundo	- 22
- Consielación de los Problemas del Médico.	- 25
- Suicidio	- 27
- Mitos Acerca de la Muerte	- 29
- Morir con Dignidad	- 33
- Estadío sobre la Sintomatología Psiquiátrica del Paciente Adulto con Leucemia Terminal	- 36
- Conclusiones	- 69
- Bibliografía	- 70

1. INTRODUCCION.

El hombre no ha dejado jamás de reflexionar sobre la muerte, su origen, sus causas, su significación, sus modalidades y sus consecuencias; porque la muerte es, sin duda, un tema profundamente humano. Sin embargo, puede afirmarse --como ya hacía E. Morin en 1974-- que las ciencias del hombre apenas --han incidido en el estudio de la muerte (aunque ninguna haya podido evitar --su inexcusable presencia) y, cuando lo han hecho, ha sido siempre desde perspectivas puramente especulativas.

La contradicción es todavía mayor si se tiene en cuenta que la muerte --es, probablemente, el rasgo más cultural del hombre, ya que significa una ---ruptura absoluta entre su mundo y el del animal. Puede decirse que el hom---bre es verdaderamente hombre desde que entierra a sus muertos, pues esta actitud introduce plenamente la racionalidad en el proceso físico de la Naturaleza y fundamental la autovaloración consciente de un ser que se siente distinto en la escala zoológica, capaz no solo de modificar su entorno a través de diversos útiles, sino de expresar una percepción del mundo y de sí mismo capaz también de proponer una auténtica negación de la muerte. Así, la premisa "el hombre es mortal" ha perdido la fuerza que en otros tiempos fue capaz de fundamentar un juicio apriorístico, siendo sustituida en nuestros días por la de "el hombre muere", por accidente, por negligencia, porque no ha seguido ciertas prescripciones o reglas de salud, o, simplemente, porque la ciencia --no ha encontrado todavía la manera de curar todas las enfermedades. En consecuencia, hoy el hombre "no es mortal" sino que "muere de Alguna cosa".

Para el hombre la muerte no tiene un significado unívoco, sino que genera todo un arco de actitudes muy diferenciadas, de tal forma que en nuestro --espacio actual pueden convivir sociedades que pretenden desaparecerla y reducir sus efectos en la conciencia del hombre, mediante eufemismos y estereotipos neutralizantes, y otras que centran toda su vida social en torno a los --ritos funerarios, como los torajas de las Islas Célebres que, podría decirse,

viven para la muerte. Y es que, pese a ser la negación de la vida, la muerte mantiene con ella una relación directa, dándose una continuidad entre el estilo de vida y la actitud ante la muerte. La muerte es un hecho ante el -- que no existe posible escapatoria; y, de una u otra forma, con agobio, temor o pretendida ignorancia, influye sobre la vida de las personas. Es tan importante lo que se piensa de ella como el fenómeno biológico en sí mismo. Sin -- embargo los estudios realizados al respecto son básicamente de tipo socio--- antropológico; manejados en medios anglosajones y por consiguiente con diferentes matices socio-culturales a los nuestros.

Ante la falta de estudios que den información acerca de la postura y actitud del mexicano frente la muerte se consideró necesario realizar una investigación que permitiera ampliar la visión del médico-psiquiatra, para que su intervención profesional obedezca cada vez más a la realidad psicodinámica -- del individuo.

El estudio se llevó a cabo en pacientes con leucemia terminal por considerar que en nuestro medio dicha enfermedad es catalogada como mortal aunado a que se acompaña de moderado sufrimiento físico lo que permite observar el -- enfrentamiento ante la muerte sin contaminación como sucede en enfermedades -- terminales de tipo oncológico que se acompañan de intenso dolor y deterioro -- físico, variables que por si mismas nos impedirían observar la fuerza en las reacciones psicológicas (algunos pacientes oncológicos desean la muerte como una forma de huir del intenso dolor corporal).

El estudio es de carácter descriptivo, cuantitativo con establecimiento de asociaciones entre los diversos aspectos de las características psiquiá--- tricas del paciente con leucemia terminal con este estudio se pretende cono--- cer las expectativas y repercusiones que se manifiestan en el hombre ante la muerte.

En el protocolo de investigación se manejaron los siguientes indicadores: justificación, objetivos, metodología de la investigación, resultados y análisis de los datos obtenidos, y como anexo al instrumento de medición.

2. MUERTE EN EL HOSPITAL

Una de las circunstancias que probablemente más ha influido en el concepto que la sociedad occidental tiene de la muerte es el lugar donde el hombre muere. Desde tiempos remotos, la imagen de la "buena muerte" se asociaba a la escena del anciano longevo muriendo conscientemente en su casa rodeado de los suyos. Hoy las cosas han cambiado en la mayoría de los países industrializados, y esa escena, trágica pero entrañable, ha sido sustituida por la muerte anónima, solitaria e impersonal en la habitación de un centro hospitalario. La frialdad de las cifras refleja una realidad escalofriante: En Estados Unidos el 80% de las defunciones tiene lugar en instituciones médicas y solo una persona de cada cinco muere en su casa. Tendencias similares se vienen registrando en los países más desarrollados, aunque los porcentajes no son tan elevados. Esta situación afecta también a España, donde el número de personas que muere en los hospitales aumenta de día en día, aunque todavía minoritariamente, sigue dándose el caso de que las familias se lleven a los moribundos de estas instituciones a sus casas cuando el médico les dice que "ya no se puede hacer nada". Por tanto, cabe presagiar que, si las cosas no cambian, muchos de nosotros estamos irremediabilmente condenados a morir en un hospital.

Ante este futuro surgen muchas preguntas: ¿Cómo muere la gente en el hospital? ¿En qué medida y de qué forma se le puede ayudar a aceptar su próximo fin? ¿Qué papel debe jugar la familia? Todas estas y otras muchas cuestiones vienen constituyendo el tema central de numerosas investigaciones de gran actualidad. La idea central que predomina en los resultados de las mismas es que hay que cambiar el rostro deshumanizado de la muerte hospitalaria, hay que recuperar la muerte y darle el significado que siempre ha tenido; porque todo hombre tiene derecho a vivir su propia muerte, y nadie (médico, familia, hospital, sociedad) puede apropiarse de la muerte de una persona.

La investigación sociológica ha sido particularmente interesante en --

este sentido. La muerte no es solamente un proceso personal, sino también social. Algunos estudios han analizado el papel que desempeña el hospital como institución social, destacando que la muerte contradice su finalidad primordial: curar al enfermo, mantenerlo con vida. El paciente moribundo supone entonces un fracaso tanto para el hospital, como institución, como para el personal sanitario que trabaja en él. Ante esta realidad, el hospital necesita preservar su identidad y la finalidad para la que ha sido creado, por lo que, en aras de evitar situaciones desagradables que depriman al resto de sus pacientes, aísla al moribundo y le deja morir en solitario, de modo que pueda pasar inadvertido. Una vez muerto, el cadáver es retirado inmediatamente de la habitación que ocupaba y se le lleva a la sala especial -- (mortuorios) donde, a veces, si es necesario, se le practica la autopsia o sirve para que los estudiantes hagan sus prácticas. Cuando ya no es útil a nadie, se le amortaja y se le pone una etiqueta en los pies para identificarlo cuando venga la familia a buscarle.

3. EL MIEDO A LA MUERTE.

Desde el primer momento el hombre sabe que algún día tien que morir: -- por eso la muerte influye poderosamente en la conducta humana, suscitando -- todo tipo de emociones, sentimientos y actitudes, aunque posiblemente sean -- el miedo y la ansiedad las respuestas más típicas ante la muerte.

El poeta Romano Lucrecio dijo que los hombres temen a la muerte como los niños tienen miedo a la oscuridad: porque no saben lo que es. Este miedo a la muerte es algo real que generalmente afecta a casi todos los individuos, aunque puede variar su intensidad, de tal manera que un cierto miedo puede ser normal e incluso necesario, pero un miedo excesivo raya ya con lo patológico. Lo que caracteriza al miedo patológico es su acuidad y permanencia, de tal forma que existen sujetos con un grado tan alto de tanatofobia que el solo hecho de pronunciar la palabra "muerte" o hablar de los muertos les --

aterroriza. En otros casos, el miedo a la muerte es tan poderoso, que la gente ha desarrollado sistemas de creencias y rituales para poder afrontarlo, cuyos contenidos varían de unas sociedades a otras.

Por otra parte, aunque venimos hablando del miedo a la muerte en singular, conviene señalar que bajo esta denominación se engloban diversos tipos de miedo especialmente relacionados con hechos y situaciones que aluden directamente a la muerte. Autores americanos como Kastebaum y Aisemberg han esquematizado los miedos más comunes que la gente suele referir. Sin embargo, parece que todas las respuestas de miedo derivarían de un origen común: La amenaza a la propia extinción; éste sería el miedo básico a la muerte.

CUADRO DE TIPOS DE MIEDO
A LA MUERTE. (Thomas, 1976).

Miedo a morir

- Interrupción de metas.
- Miedo a una muerte dolorosa.
- Miedo a la soledad, a la desesperación, al vacío.

Miedo a lo que acontece después de la muerte

- Miedo a la podredumbre.
- Miedo al más allá (castigo).
- Miedo a ser olvidado por la familia.
- Miedo a la "nada".
- Inquietud en lo que con -- cierne a los funerales y al entierro.

Miedo a los muertos

- Miedo de que vuelvan.
- Miedo al contagio.

El miedo que puede provocar la presencia de la muerte hace que quizá la más importante decisión que debe tomar el médico ante un paciente que se encuentra en fase terminal, es decir, sin esperanza razonable de vida, sea decidir si debe o no comunicarle la realidad de su situación. Es más, se ha comprobado que gran parte de los médicos, al igual que de las enfermeras, -- tienden por ese motivo a rehuir a sus pacientes cuando estos comienzan a morir.

Para explicar esta actitud de "fuga", se ha acudido al estudio de la personalidad del médico y se especial preparación profesional, suponiendo que él elige su profesión para intentar vencer la muerte precisamente por un exagerado miedo hacia la misma. Por otra parte, el médico se prepara para curar, para salvar vidas, lo que, dentro de una situación objetiva, excluye al enfermo definido como terminal, moribundo sin remedio. Las enfermeras por su parte tratan también en general de evitar a estos pacientes, sobre todo -- aquellas que poseen más experiencia profesional; incluso se sienten incómodas cuando tienen que hablar de la muerte con ellos. Las contestaciones -- más frecuentes cuando les preguntan sobre el tema implican siempre alguna -- forma de "huida", bien mediante una actitud fatalista ("Todos vamos a morir algún día"), una negación ("usted no va a morir"), o un cambio de tema (pensamos en algo más agradable"). Menos frecuentes son las respuestas que intentan dar confianza al paciente ("usted se encuentra mejor ahora; no debe pensar así") o generar una discusión ("¿por qué piensa así usted hoy?, ¿le ha dicho alguien alguna cosa?"). En conjunto, la mayoría procura eludir -- cualquier diálogo sobre el tema y dejar al paciente lo más rápidamente posible.

En líneas generales, pensamos que el médico no debería mentir a su paciente ni a los familiares de éste, pero también creemos que la información se debe dar gradualmente y que debe esforzarse en conocer íntimamente a su paciente para saber en qué medida, de qué forma y en qué momento puede ser --

informado. Hay individuos excesivamente atemorizados ante la muerte que no podrían soportar la evidencia de su próximo fin, por lo que se ha señalado - que el médico no debería dejar a este tipo de pacientes con el sentimiento - de que "él ha jugado ya su última carta" y no se puede hacer más. De todas formas, de los estudios de numerosos médicos que han tratado enfermos cancerosos que se encontraban en fase final se han planteado cuestiones como: "de cir o no la verdad al enfermo", "nombrar o no la entidad de la enfermedad -- que padece", "pronunciar o no la palabra cáncer", pudiéndose extraer, como - señalan Schwartzberg y P. Viansson Ponte en su libro Cambiar la Muerte, -- numerosos argumentos tanto en contra de decir la verdad como de ocultar al - enfermo su verdadera situación.

Las razones argumentadas por aquellos que proponen no decir la verdad - al enfermo canceroso terminal serían, entre otras:

¿ El cáncer conduce generalmente a la muerte y, por tanto, el enfermo - que lo padece lleva en muchas ocasiones la muerte en sí. ¿Tenemos algún dere cho de desesperarlo?

¿ Si un enfermo canceroso consigue curar, ¿de qué servirá haberle di--- cho lo que tenía sino que ahora continúe viviendo con el miedo obsesivo a -- recaer?

¿ En caso del enfermo canceroso que no sana, en el caso del que recaer, o en el de aquel que su estado se agrava una vez que conoce la verdad, ¿que se debe hacer?. Si continuamos diciéndole la verdad, le retiramos toda espe ranza; sin embargo, si le sugerimos que podrá mejorar, le ayudaremos.

¿ Puesto que, a la larga, la mentira se acabará imponiendo cuando la en fermedad empeore, ¿por qué no decirla desde el principio?.

¿ En cierto modo la mentira forma parte de nuestro comportamiento so--- cial habitual; ¿no sería más fácil, por tanto, establecer la relación con el paciente cuando se le miente?

Aquellos que, por el contrario, opinan que se debe decir la verdad al

enfermo, basan su tesis en otras premisas distintas.

2 El hombre tiene derecho a conocer algo que le afecta tan profundamente como la proximidad de su muerte.

2 El enfermo puede necesitar tomar una serie de medidas, una serie de decisiones para que las cosas vayan como él quiere antes de abandonar este mundo.

2 Si al enfermo se le falsea su destino, y los demás -la familia, los amigos o sus vecinos- conocen la verdad, se crearán una serie de situaciones muy embarazosas, en las que se mezclarán la hipocresía y la piedad.

2 El médico tiene la obligación de guardar el secreto profesional. Por tanto, en el caso de que el enfermo no quiera o no pueda asumir la verdad, - el médico deberá callarse. Sin embargo, de hecho, el médico suele revelar la verdad a algún familiar o amigo.

2 Está comprobado que las relaciones médico-paciente mejoran cuando este último conoce la verdad, colaborando así de mejor gana en su tratamiento.

2 Los enfermos cardíacos que conocen el peligro que entraña su enfermedad suelen modificar su estilo de vida favorablemente.

2 El enfermo se angustiará más si descubre que se le ha mentado.

2 Puesto que el cáncer es una enfermedad cada vez más curable, la sociedad se beneficiaría de conocer y hablar a los numerosos cancerosos curados.

2 Como se puede observar, los argumentos en favor de una postura u otra son múltiples, lo que da idea de la dificultad que encuentra el médico a la hora de tomar su decisión; el acierto de ésta dependerá fundamentalmente del conocimiento que el facultativo tenga de su paciente, sobre todo de sus características culturales, emocionales y psicológicas.

Comparación entre la civilización negro-africana y la civilización occidental

TEMATICA	CIVILIZACION NEGRO-ÁFRICANA	CIVILIZACION OCCIDENTAL
Actitud ante la vida	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción de la vida bajo todas sus formas (biológica, sexual, espiritual). - Respeto del cuerpo: ritmo como lenguaje del cuerpo. - Aceptación y transcendencia. Desplazamiento (en el límite, neurosis). 	<ul style="list-style-type: none"> - Desprecio de la vida: sociedad mortífera (mata o deja morir). - Actitud equívoca hacia la significación del cuerpo. - Angustia más o menos reprimida. Negación (en el límite, psicosis).
Actitud ante la muerte.	<ul style="list-style-type: none"> - Integración de la muerte como elemento necesario del circuito vital (muerte ontológica). - Muerte ideal: "buena muerte". 	<ul style="list-style-type: none"> - Huida de la muerte ontológica en favor de la "muerte accidente" que la ciencia podrá suprimir. - Muerte ideal: "muerte bella".
Actitud hacia el moribundo	<ul style="list-style-type: none"> - Maternal y de seguridad. El grupo se hace cargo. - Importancia del duelo y de los ritos. Muchos tabúes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se muere solo, frecuentemente en el hospital; sin ayuda, ni asistencia. - Duelo escamoteado. No hay tabúes.
Actitudes de cara a los difuntos y los supervivientes.	<ul style="list-style-type: none"> - Omnipresencia de los muertos. Prestigio del ancestro. Reencarnación eventual... - El cementerio no tiene importancia, pero existe el culto de los ancestros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Muerte obsesiva o muerte rechazada. - Cementerio descuidado o fetichismo de la tumba.
Pedagogía de la muerte	<ul style="list-style-type: none"> - Permanente, desde los primeros años de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sin pedagogía oficial.

(Fuente: Thomas, Antropología de la muerte).

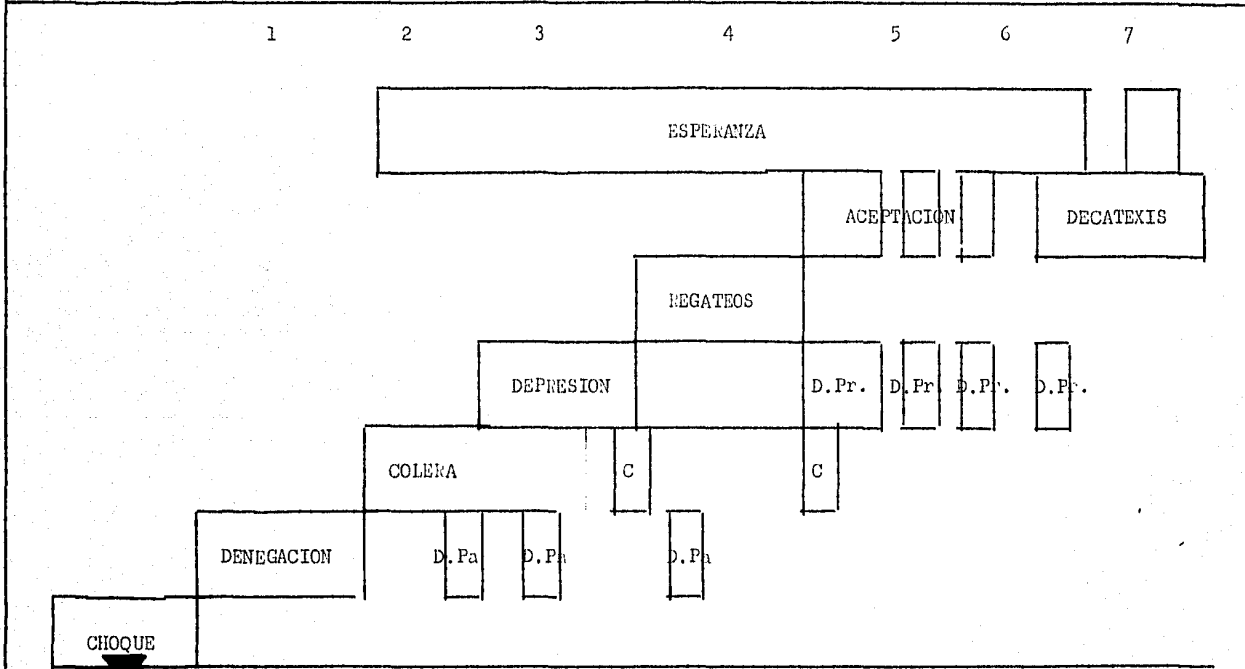
4. EL MORIR Y EL MORIBUNDO -AGONIA-

La casi totalidad de los enfermos graves (terminally ill -el término inglés es más explícito) entrevistados por Kubler-Ross reproducen, a pesar de una extraordinaria diversidad de pertenencia social, racial religiosa, a pesar de la diferencia de sus experiencias pasadas, situaciones familiares, carácter y formación, una misma y única trayectoria.

Los siete estadios en la agonía se llaman: choque, denegación, cólera, depresión, regatos, aceptación, decaetoxis. Algunos de esos estadios no son "continuos". Dicho de otra manera, la realidad de conciencia que expresan es atravesada por fulguraciones que provienen de estadios precedentes, más raramente ulteriores, de la agonía. Dos grandes "tiempos" -- subtienden el conjunto del proceso: el primero es el tiempo del cuerpo; comienza en la delgada fisura que separa la enfermedad de la agonía; termina en la catástrofe fisiológica llamada muerte. Pero un segundo tiempo, que muestra una dirección vectorial y un tipo de evolución no descendente, sino ascendente, se revela también en la agonía. Es el tiempo de la conciencia. Se articula en cada estadio de la agonía y a través de las formulaciones siempre nuevas como la esperanza permanente de una supervivencia autónoma de la conciencia después de la muerte.

Demandan explicación dos términos de la gráfica de Kubler-Ross: el duelo preparatorio y la denegación parcial. En ciertos momentos de la -- agonía, la conciencia es "doble". Un segmento de la conciencia es atacado de depresión, de indiferencia muda, mientras que otro prepara a través de gestos prácticos (duelo preparatorio) la separación del moribundo de su medio ambiente habitual. También puede suceder que, ya durante el estadio de la denegación, surja la clara conciencia del resultado final del proceso; entonces la denegación se vuelve parcial, se instalan largos silencios entre las diferentes épocas en las que se articula la denegación.

LOS 7 ESTADIOS DE LA AGONIA



Conciencia de lo inevitable resultante de la enfermedad.

←--- TIEMPO ---→

MUERTE.

Cuadro Kubler-Ross.

D.Pa: denegación parcial

D.Pr: duelo preparatorio.

Analicemos los diferentes estadios de la agonía:

1. El anuncio de una enfermedad que supuestamente deba conducir a la -- agonía en un tiempo relativamente breve, casi siempre produce un choque, aunque el médico proceda por alusión. El choque es de duración variable y provoca efectos psicológicos diferentes según la formación, la edad, la fe religiosa o la estructura de carácter del sujeto. El trauma tanático surge en las -- circunstancias más diversas. Un hombre que a través de su médico conoce la -- realidad de su enfermedad, un superviviente que sale indemne de una catástrofe aérea, una mujer de Hiroshima, respetada por el holocausto, conocen todos el choque tanático y las mutaciones inesperadas pero permanentes que introduce en su personalidad. Robert Jay Lifton estudia el conjunto de esas situaciones: "El rasgo psicológico más palpable de esta experiencia directa es el sentimiento del paso repentino y absoluto de una existencia normal a un frente a frente con la muerte." Durante largos días, a veces durante meses, el -- sujeto no logra integrar el trauma a su vida. Vive una especie de existencia doble: profundamente traumatizado, se dedica por entero a las actividades -- más fútiles. A veces se requieren varios meses para que los que salieron ile sos de un accidente, tomen conciencia de lo que les ha sucedido. Cito un -- ejemplo: una semana después de la catástrofe aérea sobrevenida en el aeropuerto Midway de Chicago, el psiquiatra Edward Stein, de la escuela de medicina -- de la universidad de Chicago, interrogó a los ocho supervivientes. Ninguno de ellos mostro ansiedad; algunos articulaban denegaciones psíquicas de la amenaza de muerte.

La persona humana vive la experiencia de su separación del mundo. Frente a su desgracia, el mundo muestra una dolorosa indiferencia. Como si nada pasara, continúa dedicándose a sus ocupaciones. Durante cierto tiempo, el -- hombre traumatizado tratará de hacer como si no se diera cuenta de nada. Ya que el mundo no parece conmoverse en lo absoluto por lo que le pasa a él, --- hombre destinado a la muerte, a su vez tratará durante cierto tiempo de hacer

como si nada pasara. Se dedica de preferencia a las actividades más fútiles.

2. Pero lentamente la nueva realidad que habita su conciencia, aparece, impone su ley y trasforma gradualmente su personalidad. El hombre traumatizado se dedica a una nueva tarea, la que consiste en superar su choque psíquico, en abrirse él mismo a sus verdaderas percepciones y en encontrar un sentido a su encuentro con la muerte. La identidad del sujeto comienza entonces a cambiar progresivamente. Se percibe ya diferente de los hombres a su alrededor. Un nuevo distanciamiento se desarrolla entre su conciencia y los objetos que ésta percibe. Comienza la agonía. Entonces, muy rápidamente, como máximo dos o tres días más tarde, comienza un segundo estadio: el de la racionalización del suceso. Toma siempre la forma inicial de la denegación; es más o menos intensa, más o menos elaborada; genera los comportamientos más diversos.

Algunos enfermos emprenden una verdadera odisea hospitalaria, esperando encontrar un médico o en ocasiones un curandero que invalide el diagnóstico desconsolador, yendo de laboratorio en laboratorio, de médico en médico. Poco a poco, la evidencia se apodera de ellos. El hombre viviente comienza a aceptar, parcialmente, la modificación de su situación. Se somete al tratamiento indicado, entra al hospital con la voluntad de aceptar la estrategia fijada por el personal encargado.

3. Esta aceptación está acompañada de una sublevación, con frecuencia intensa. Al separarse gradualmente del mundo, el moribundo percibe ese mundo, por momentos al menos, como un mundo enemigo. El médico que lo atiende se va en la noche, el capellán lo deja por otras tareas, las enfermeras tienen una vida fuera del hospital. Los ruidos del mundo exterior le llegan. Escucha las noticias por la radio, mira las emisiones de la televisión; oye los relatos de sus parientes, de sus amigos o de sus visitantes ocasionales. Sabe que tiene muchas probabilidades de que nunca más pueda participar en ese mundo cuyos ecos le llegan. Algunas veces su comportamiento se vuelve agresivo,

desesperado. Lo es tanto más, cuando que la posición que ocupaba en el mundo era una posición dominante.

4. El rechazo inicial total, la cólera acompañada del rechazo parcial, provocan, en un estadio ulterior, que parece ser en la mayoría de los moribundos la fase más larga, una seria depresión. Toma las formas más variadas. -- Con frecuencia se ve agravada por preocupaciones exteriores, contingentes, -- que podría aligerar una buena administración hospitalaria; preocupaciones de una madre por sus hijos sobrevivientes y que no saben dónde ir; preocupaciones por un cónyuge inestable que estará privado de apoyo. Muy frecuentemente viene a agregarse a esto la enorme preocupación del elevado costo de un tratamiento intensivo que grava pesadamente no sólo la vida cotidiana de la familia sobreviviente, sino también y sobre todo la conciencia del enfermo que se siente culpable de ocasionar tales gastos a los suyos. En este aspecto, -- según toda evidencia, un sistema conveniente de seguridad social, que no existe en ninguna de las sociedades mercantiles consideradas, podría evitar esos sufrimientos inútiles. Entonces se instaura un estadio de semicomunicabilidad. Decrece el interés por el tratamiento. El enfermo no cree ya en las de negaciones del personal que lo atiende, percibe las demostraciones de afecto de los suyos o de una enfermera o un médico, como una estrategia elaborada -- por los vivos para engañarlo y ocultarle su situación real. Desconfianza, -- apatía, soledad, son las consecuencias de esto.

5. Pero bruscamente, se rompe esta depresión. Se produce una suerte de insurrección de la conciencia. El hombre comprometido en el proceso de morir comienza otra vez a razonar. Esta vez, se ve a sí mismo como sujeto combatiente frente a la muerte personificada, a la muerte amenazante. Concluye pac tos con él mismo, con Dios, con la muerte. Hace promesas, juramentos: "Si sano, si puedo dejar el hospital una vez más, haré esto o aquello". Este regateo, este comercio con la muerte, a veces es compartido por toda una familia.

6. Bruscamente cesa la insurrección. El agonizante entra entonces en una zona de paz. Se despide de los suyos, arregla sus asuntos, sigue las instrucciones de los médicos, de las enfermeras y de cualquier otra persona ligada a la enfermedad, como si ya no se tratara de él, de su propia enfermedad y -- de su propio cuerpo, sino de un ser extraño cuya morada habitara pasajera-
te.

Esta aceptación de la muerte marca un doble paso: visiblemente, el agonizante se aleja del mundo de los vivos, al hablar, pensar, razonar ahora con relación a una vida, la suya, que, en una parte importante, pertenece ya al pasado. Al mismo tiempo, espera la muerte. Algunos moribundos desean abiertamente su advenimiento. A ese respecto, casi todos atestiguan una intensa curiosidad. Algunos tienen la convicción, la alegría de encontrar del otro lado de la muerte seres perdidos y conocer por fin el enigma oculto de su -- existencia pasada.

La conciencia del moribundo, en cierto momento de su agonía, hace frente a la muerte. No se trata de una aceptación pasiva, de una especie de dimi-
sión que se podría resumir por "ya no hay nada que hacer, más que rendirse". La aceptación es una etapa de la progresión hacia otro modo de existencia. -- Ante los ojos del moribundo se abren los paisajes desconocidos de un mundo -- nuevo. El hombre vivo mira al moribundo de espaldas. Por lo tanto, sólo ve un hombre que se aleja un poco más en la noche. Ahora bien, para este último, la aceptación no significa en lo absoluto la rendición de su voluntad de vi-
vir, sino que es el franquear un umbral de percepción nueva y hasta entonces radicalmente desconocida. Por otra parte, toda agonía es, en sus diferentes estadios, no esencialmente una decadencia progresiva de la conciencia, sino -- al contrario, su progresión, por el rebasamiento sucesivo de umbrales, hacia percepciones siempre nuevas de las que jamás antes conoció el equivalente -- inteligible.

7. El advenimiento del séptimo y último estadio, llamado decatexis, ---

pone fin a toda comunicación. El agonizante está todavía presente; según los parámetros actuales de la biología, su cuerpo vive todavía, pero su conciencia parece invadida por la percepción de una realidad que ningún vivo puede ya compartir.

Debe señalarse un hecho sorprendente: desde el advenimiento del tercer estadio, desde que monta en cólera contra su condición, contra el mundo que ahora se aleja y hasta la decañexis, la ruptura de la comunicación con los vivos, una esperanza permanente reside en el moribundo. Jamás la muerte es pensada en su positividad, es decir como el fin definitivo del ser. La esperanza de vida es constitutiva del hombre. Parece irreductible y como desprendida de todo lo que la inteligencia puede comprender. Aun en las situaciones más extremas, como aquellas en donde toda la inteligencia de un hombre está invadida por la certidumbre de su muerte próxima, esta esperanza sobrevive e impone comportamientos incondicionales. El srgente John Fiano, quien fue largo tiempo verdugo en la prisión de Sing Sing, en el estado de Nueva York, --- confirma que los condenados conservaban hasta el último instante la certidumbre de que no iban a morir, en tanto que toda su inteligencia les decía lo contrario. Los más inteligentes, los más lúcidos de los condenados, mostraban de igual modo los más vivos signos de esperanza.

En cierto sentido, el hombre jamás acepta su muerte. Siempre es percibida en su negatividad. Esperanza intermitente de curación, esperanza de saber del descubrimiento de un nuevo medicamento que pueda hacer retroceder la enfermedad, esperanza de una operación o de un milagro biológico; el hombre vive de esas esperanzas durante la depresión y el tiempo de la apuesta. Todo el proceso de morir está de alguna manera subteridido por una esperanza permanente que toma las formas más variadas, según los diferentes estadios por que -- atraviesa el moribundo: finalmente, del penúltimo estadio de la agonía al estadio de la aceptación, esta esperanza se transforma en esperanza de supervivencia después de la muerte (o por lo menos en la hipótesis de tal supervi-

vencia). Elisabeth Kubler-Ross es explícita sobre ese punto: un médico que dijera a su enfermo que ya no hay esperanza, no solamente cometería un error psicológico grave, al mismo tiempo enunciaría una contra-verdad médica. A pesar de los progresos cotidianos de la inteligencia médica y del desarrollo constante de su instrumentalidad, el misterio de los cuerpos permanece intacto, aun y sobre todo en el caso en que el cuerpo es afectado por una enfermedad grave. El médico puede llegar al final de su estrategia terapéutica; puede comprobar el fracaso del conjunto de sus intervenciones: esto simplemente significa que su propia ciencia, objetivamente limitada por la percepción y la instrumentalidad de una clase y de una época, ha llegado a su límite --- subjetivo. Con la mejor voluntad del mundo, no sabe qué más hacer. Interrumpe la relación terapéutica. Pero el organismo del enfermo, ese cuerpo misterioso que maneja una conciencia, una voluntad y una esperanza irreductible, no por ello se resigna, y como por necesidad discursiva, a su fin próximo. Sorprendentes alivios y hasta curaciones son reportadas por Kubler-Ross; han sido comprobadas en hombres y mujeres a quienes el colegio de médicos tratantes había confesado el fracaso de todas las estrategias terapéuticas concebibles.

En cuanto al último estadio de la agonía, Kubler-Ross escribe: "Llega un momento en la vida del enfermo, en que los dolores cesan; en que el enfermo zozobra en un estado de conciencia lejana, en que ya casi no come, en que todo lo que lo rodea se vuelve vago.

"Atormentados por la espera, no sabiendo si es mejor irse o quedarse -- para estar ahí en el momento de la muerte, los parientes van y vienen. Ese es el momento en el que ya es demasiado tarde para las palabras; no obstante, es en el que el enfermo tiene la mayor necesidad de ayuda; también es demasiado tarde para una intervención, pero demasiado pronto para la separación final. Es el momento de la terapia del silencio para con el enfermo y de la -- disponibilidad para con los parientes".

En ese instante, la inversión de los papeles se vuelve evidente. El -- hombre vivo, el sacerdote, el médico, el pariente sentado en la orilla de la cama, es quien no sabe nada, y el agonizante es el que sabe todo. En todo -- caso, disfruta repentinamente de una percepción extraordinaria. Toda su vida pasada le es restituida en una fracción de segundo. Su mirada sobre los -- seres y sobre sí mismo, es de una extraordinaria lucidez.

Durante los últimos instantes de la agonía, el moribundo vive enteramente según su nueva percepción. No tiene ya lugar ninguna comunicación con los que le rodean. La mano no responde más a la presión amistosa. La mirada del moribundo está en otra parte. Una expresión nueva y desconocida para los vivos aparece en su rostro. Los que tienen el coraje y el amor necesarios para sentarse al lado de un moribundo en un silencio que supera las palabras, saben que ese instante no es ni terrorífico ni doloroso, que es la apacible detención de las funciones del cuerpo.

La muerte tiene lugar en la calma, probable paso hacia un mundo y un modo de existencia que el agonizante ha entrevisto ya.

Ya hemos hecho alusión a que la sociedad occidental contemporánea vive de espaldas a la muerte; por eso la niega y la oculta. También se ha señalado que a nivel individual la negación es la primera de las reacciones que, -- Kubler-Ross, tiene el enfermo que sabe que va a morir.

Sin embargo, la negación no es un fenómeno simple y unitario, sino que se presenta bajo múltiples formas en relación con las diversas circunstancias biológicas, psicológicas y sociales que rodean al ser humano cuando se enfrenta a la muerte. Su uso es tan amplio que, como ha señalado el psiquiatra Cassen, cubre casi todos los actos o palabras con que una persona intenta evitar la realidad.

El individuo aprende desde temprana edad pautas sociales de conducta que le llevan a aceptar o rechazar algo, y una de las más importantes es la negación.

ción de la muerte como parte de la vida. Se observa así que, cuanto más se -- hace para evitar o posponer la muerte, tanto más se la niega. Por eso, en -- las sociedades con una tecnología médica más avanzada la negación de la muerte es mayor.

A nivel empírico se ha relacionado la negación de la muerte con el miedo y la ansiedad que se tiene ante ella, pareciendo que la negación se intensifica cuando aumenta el miedo o la ansiedad. Incluso, a veces, un nivel -- bajo de miedo o de ansiedad ante la muerte encubre una negación poderosa. Es to se debería a que, como ha dicho Kubler-Ross, la ansiedad ante la muerte es como un iceberg, ya que la mayor parte de la misma permanece escondida, inconsciente.

La negación, como mecanismo psicológico de defensa, ha sido muy estudiada sobre todo en sujetos que se encuentran en peligro inminente de muerte: enfermos del corazón, cancerosos, condenados a muerte, etc. Según el Dr. Weisman, uno de los mejores conocedores del tema, la negación es el acto final de un -- proceso. Previamente, la persona que va a morir pasa por cuatro fases sucesivas que, en el caso de un enfermo cardíaco, serían:

- a) aceptación de una realidad obvia e innegable ("me duele el pecho");
- b) rechazo de una parte del significado de esa realidad ("no puede ser nada grave");
- c) sustitución por una versión más agradable ("es acidez de estómago");
- d) adaptación del sujeto de acuerdo con la nueva significación ("tomaré un antiácido").

Tras este proceso, llegaría la quinta y última fase que sería la negación -- ("no se trata del corazón").

Este mismo autor clasifica en tres grandes apartados el alcance de lo -- que la gente niega: en primer lugar, niega los síntomas primarios de la enfermedad; en segundo, el paciente admite el hecho, pero niega sus implicaciones; y el tercer lugar, acepta el diagnóstico y sus consecuencias, pero se -- resiste a admitir que de todo ello se derivará su muerte.

La negación puede evolucionar tanto cuantitativa como cualitativamente según el curso de la enfermedad, aunque, por lo general, a medida que la persona se agrava y percibe que va a morir tiende a aceptar su muerte, y por tanto, la intensidad de la negación disminuye. En otros casos puede suceder lo contrario. Kubler-Ross ha considerado la negación como una de las fases más difíciles de superar por los pacientes moribundos. En estos casos los contextos social (familia, personal sanitario) y situacional (casa, hospital, clínica...) pueden jugar un papel importante a la hora de ayudar al paciente a aceptar su muerte o a reforzar su negación. Así, según un estudio llevado a cabo por el Dr. Cassem, se ha observado que ciertos pacientes en fase terminal negaban diferentes matices de su enfermedad según la importancia y el significado de la relación que mantenían con la otra personal; es decir, que la negación cambiaba o se paralizaba según las personas a las que el paciente se dirigía. Ilustrativo de esta situación es un caso, observado por uno de los autores de este libro, en el que un paciente aquejado de cáncer intestinal sufre un empeoramiento repentino en su estado y cuando su mujer lo va a ver no se lo dice "para no angustiarse más"; al médico que le trata y que le pregunta por su estado le contesta que "sigue igual" para que no piense que duda de su saber ni de la bondad de su terapia; a las enfermeras les pide constantemente calmantes contra su dolor alegando excusas de todo tipo o recurriendo a engaños y triquiñuelas; sin embargo, es capaz de lamentarse de su estado actual y expresar sus reservas al diagnóstico y al tratamiento ante la auxiliar que le hace la cama.

4.1 Necesidades del Moribundo.

Se ha dicho que la necesidad más importante que tiene una persona moribunda es la de calmar el dolor que sufre como consecuencia de su enfermedad: que se le aplique una determinada intervención quirúrgica o, más frecuentemente,

te, una adecuada medicación analgésica que suprima o al menos alivie su sufrimiento. El dolor, además puede favorecer la aparición de depresiones que exigirán un tratamiento suplementario. Por este motivo, en los países occidentales es cada vez más frecuente el uso de drogas muy potentes y eficaces para luchar contra el dolor. Drogas como la morfina, la heroína y el LSD, -- prohibidas socialmente por crear adicción, se emplean en ocasiones para calmar el dolor del moribundo. Es más, es frecuente que en estos enfermos dichas drogas no lleguen a crear adicción, ya que pueden tomar dosis elevadas de calmantes y prescindir posteriormente de ellos en los pocos casos en que se recuperan.

Aparte de mitigar su dolor, otra necesidad básica del moribundo es mantener en este trance su propia dignidad y sentimiento de autoestima, que logrará si puede seguir interviniendo de alguna forma en todo aquello que afecta a su vida y, fundamentalmente, en las decisiones importantes que se tomen respecto a su propia enfermedad. Los sentimientos de desesperación e impotencia aparecerán con más facilidad si se le relega en estas ocasiones a un "papel secundario", si se le olvida. Ahora bien, para poder participar en su propio tratamiento ha de tener de algún modo información sobre la gravedad de su dolencia; conocer por tanto "la verdad" de su enfermedad. De igual modo, para ayudarle a mantener su dignidad hay que saber escucharle, ver qué tipo de relaciones desea mantener (familiares, amigos etc.), respetar durante las entrevistas sus mecanismos de defensa, su regresión o comportamiento infantil, su agresividad, su miedo, su angustia, sin que esto llegue a contagiar a las personas que en este momento le rodean.

Finalmente, la otra gran necesidad de los moribundos es la de recibir amor y afecto, y ello será posible solamente cuando el enfermo haya logrado cubrir la necesidad anterior de mantener su propia dignidad y autoestima. Un apretón de manos, un abrazo, una caricia son formas sencillas pero útiles de expresar afecto. Lo mismo que dialogar con él, y darle la seguridad de que no será abandonado. Algunas instituciones han adquirido extraordinaria popularidad por el trato dado al moribundo, como el asilo de San Cristóbal en --

Londres, el de New Heaven en Connecticut (EE.UU.), o los hospitales que dependen de la obra de las Damas del Calvario. En todos ellos se alivia el dolor del moribundo y se le crea una atmósfera de afecto y cariño. También en estas instituciones se ayuda y asesora a los familiares, ofreciéndoles participar en los cuidados del enfermo y preparándoles para aceptar su pérdida.

Se ha comprobado, mediante esta "terapia", que la mayoría de los pacientes recobran su propia seguridad e incluso muchos de ellos abandonan voluntariamente el hospital para ir a morir en su propio domicilio.

5. LA FAMILIA Y EL MORIBUNDO.

Tradicionalmente, la familia ha sido siempre un soporte cálido y seguro para la persona a la hora de morir. Ante la gravedad de su enfermedad, el moribundo se percataba de lo inevitable de su próximo fin, pero se sentía reconfortado con la presencia de los suyos.

En la actualidad, el fenómeno de la muerte hospitalaria sitúa esta relación en un contexto bien distinto: ni el moribundo ni su familia pueden disponer del tiempo y del espacio que necesitan; todo está tipificado y estructurado de antemano; hay que atenerse a unas reglas, a unos horarios, a unas formas sociales de comportarse y actuar. El hospital, pues, no solo impone al moribundo "una forma aceptable de vivir durante la agonía" o "un estilo aceptable de morir", sino que impone a su familia "un estilo aceptable de contemplar la muerte". Surgen así comportamientos obligatorios establecidos de antemano, ya que se exigen unas pautas de conducta bien definidas: el familiar no puede expresar sus emociones ni sus sentimientos, en aras de no angustiar al paciente y de respetar escrupulosamente la finalidad terapéutica de la institución. Progresivamente el círculo se va cerrando: el moribundo empeora, no se le debe molestar, hay que hacer todo lo posible para evitar el fatal desenlace, conviene reducir los contactos sociales... y así, de una forma a veces lenta, a veces rápida, pero continua e implacable, el moribundo

se va viendo despojado del contacto con los suyos, de sus seres queridos, que para él, posiblemente, significan todo.

Cuando se ha analizado esta problemática, se ha podido constatar que, -- mientras el enfermo muere en el hospital, la familia puede jugar un papel -- importante y contribuir de forma eficaz a que el moribundo acepte su muerte; en otros casos, por el contrario, puede constituir un obstáculo. Todo va a -- depender del papel que el paciente desempeñe dentro del grupo familiar y de -- las consecuencias que su muerte le acarrea. Así, cuando el moribundo es un -- hombre joven que tiene a su cargo esposa e hijos, la muerte no solo supone -- la desaparición de una persona significativa y todo el cuadro de carencias -- afectivas intensas que esta desaparición trae consigo, sino que ciernen sobre la familia un sombrío panorama de inseguridad económica. En estos casos, -- tanto el moribundo como la familia pueden reaccionar dramáticamente y dar -- lugar a conductas patológicas que dificultan seriamente la aceptación de la -- muerte. En otras situaciones las expectativas e intereses de los familiares pueden justamente explotar en presencia del moribundo, que así se percata de cómo su muerte no hace otra cosa que empeorar las relaciones de su familia, -- por lo que se angustia y deprime pidiendo que todo acabe pronto.

Por otro lado, especial interés merecen las relaciones entre la familia del enfermo y el personal sanitario. Estas relaciones se vuelven a veces --- conflictivas y dan lugar a enfrentamientos directos, que en muchas ocasiones se desarrollan en presencia del paciente. El origen de estos problemas puede ser muy variado: falta de información a la familia, desacuerdo en el diagnóstico y en el tratamiento, críticas a los cuidados asistenciales, excesiva ingerencia de la familia en la asistencia del enfermo, escaso cumplimiento -- de las normas establecidas, etc. A veces, estas situaciones traen como con--secuencia que el personal sanitario mantenga una actitud negativa hacia el -- paciente e incluso ejerza algún tipo de represalia contra él.

En definitiva, la conclusión que podemos extraer es que el hospital debe ría contar más con la familia y darle unos cauces de relación más intensos --

con el moribundo, que se beneficiaría considerablemente de ello. Esto implicaría una mayor flexibilidad de la normativa hospitalaria que reina en la mayoría de los centros, y, en cierta medida, una mayor capacidad de organización. La problemática apuntada es por lo demás soluble, o al menos abordable en la mayoría de los casos, pero implica, sobre todo, la necesidad de diálogo y -- comprensión entre la familia y el personal sanitario, a fin de coordinar es-- fuerzos que revertirán necesariamente en beneficio del moribundo.

5.1 Consideración de los problemas de la familia.

Es difícil para el médico trabajar con el paciente moribundo aisladamente de su familia. Los miembros de la familia empiezan apresionar sobre todo a nivel del sostenimiento del diagnóstico del paciente.

En este comportamiento está implícita la culpabilidad que sienten por -- haber sido hechos a un lado. Otro hecho curioso es el resentimiento que sienten los parientes por el diagnóstico hecho por el médico. Esto se intensifica cuando el paciente es un niño (por ejemplo, leucemia) y los padres son notificados. Un cirujano dijo a la madre de un paciente de 10 años que su hijo tenía una enfermedad de Hodgkin, inmediatamente fue golpeado por la madre en la cara con el puño cerrado. En esta situación el doctor recibe la culpa a la enfermedad que el padre inconscientemente siente ha sido mandada por Dios pero no puede permitir su aparición.

También hay el problema familiar inmediato precipitado por la anticipación de la muerte o la muerte de un ser querido. Esta es la reacción conjunta familiar de pena. Así como es la reacción normal ante la pérdida de un -- familiar, también lo es ante cualquier pérdida, separación, una crisis familiar: bigamia; el embarazo de una hija no casada; una amputación quirúrgica, o una catástrofe financiera.

Hay una serie progresiva de traslapes en la reacción de pena, comenzando con un período de choque emocional, continuación con disminución de este,

hostilidad conversiva, depresión, síntomas físicos, pánico, culpa, incapacidad para realizar las actividades normales, llanto y finalmente un reajusto a la realidad. Todos estos estadios, en variadas intensidades, deben ser esperados. Así, también existen las reacciones patológicas morbosas tales como la pena inhibida o retrasada, pena crónica, sobre dependencia, comportamiento tonto y enfermedad física. Estas reacciones requieren la intervención de un psicoterapeuta pero debe también ser reconocida por el médico de la familia.

En un esfuerzo por obviar los sentimientos posteriores de culpa y pérdida, algunas familias se acercan al paciente y tratan de llevar las riendas -- diciéndole al paciente y el médico lo que hay que hacer y lo que no. Otras familias se anticipan a la pérdida disminuyendo su interés hacia al paciente para protegerse así mismos. Así, "no dolerá cuando el se muera". Esta técnica es trágica por que el llanto ocurre a pesar de todo y es muy intenso.

Se convierte en función del médico el inducir en la familia muy sutilmente el no llegar a ninguno de los extremos antes descritos. Esto se hace no solo fuera del entendimiento de la compasión sino para el bien de los intereses del paciente. De ésta manera el paciente no se siente no amado, abrumado o abandonado. Por la familia, el médico debe estar al pie, disponible y fuerte para cuando el momento llegue.

6. CONSIDERACION DE LOS PROBLEMAS DEL MEDICO.

El médico, un ser humano, también utiliza su personalidad y sus defensas -- algunas para el bien de los intereses del paciente y otras no. No pocos médicos encuentran difícil el tratar a un paciente moribundo, pero no imposible. En este grupo hay quien realmente rehuye la situación. Usualmente son francos con sus colegas en sus comentarios acerca del tema: "Me siento incómodo al pasar visita al paciente, por eso doy instrucciones al residente para que él lo vea". Otros limitan sus visitas a 30 segundos y huyen.

En este aspecto, los médicos racionalizan que se sienten incómodos con el paciente porque el sufrimiento de éste les recuerda a algún pariente en el pasado. Así, el conflicto crucial reside en la amenaza a la omnipotencia del doctor por el espantoso pronóstico del paciente. Así como el paciente piensa mágicamente en lo que el médico puede hacer por él, el médico piensa así de sí mismo. En ascendencia, el paciente no tiene el derecho de morir, al menos no mientras el paciente sea del doctor. Los doctores como los sacerdotes, -- derivan parte de su motivación en la elección de sus carreras una necesidad de ser todo poderosos, como para "correr" vidas ajenas. Generalmente esta -- necesidad es sublime y socialmente beneficiosa. Cuando la necesidad no es -- totalmente sublime, el stress que provoca el ser observado en una falla en su poder de "curación" puede provocar ansiedad. En este punto las defensas familiares a él empiezan a trabajar. Puede utilizar la racionalización (como en el ejemplo anterior) o suprimir su saber sobre el paciente, o negarse a sí mismo el derecho que tiene el paciente a reclamar.

Lo más serio y peligroso es el uso del enojo en el servicio de proyec---ción. El médico siente el reto a su omnipotencia e inconscientemente lo atribuye a un acto deliberado del paciente. El resultado es un enojo por parte del médico. Esto puede ser encubierto, evidente o intermedio. Cuando es evidente, se enfurece hacia la dependencia exigida por el paciente rechazado -- esto último tomándolo como un "vejestorio" (al paciente). De una manera más sutil, el médico (no enojado, por supuesto) utiliza el tiempo de visita del paciente en hacer llamadas telefónicas o para leer la correspondencia.

Hay quienes, a pesar de no tener problemas con la omnipotencia, están -- molestos por la cercanía. En su enfermedad, el paciente hace con el médico de una relación periférica, una relación central cada vez mas dependiente. -- Esto reta la necesidad del médico de ser un observador clínico a distancia. -- De ahí se hace referencia a las interconsultas, al confinamiento en un hospital o a una casa de asistencia o a otra técnica de evasión.

Otro problema es la necesidad del médico de ser querido (cercanamente -- relacionado a la necesidad de omnipotencia). Le teme a la ansiedad del pa--- ciente, a la frustración y a sus demandas. Cualquier rechazo o disminución -- obvia de la amistad del paciente hacia él lo hacen sentirse hostil hacia el - paciente. Generalmente hablando, es el médico que no puede darle a su paciente una explicación somera y breve. Cuando uno se oye elaborando y sobre-ex-- plicando, es una señal de ansiedad personal.

Es del crédito de los pacientes el permanecer leales a sus médicos. Las quejas acerca de la incapacidad o no sabiduría del médico son raras.

Cuando sus médicos son evocados, usualmente muestran un gran respeto por su habilidad y dedicación.

7. SUICIDIO.

Aunque existen múltiples definiciones sobre el suicidio, no parece que la significación del término ofrezca mayores dificultades: el suicidio es el hecho de quitarse intencionadamente la vida.

Lo que ya ofrece más dificultades, es comprender cómo en un mismo individuo se puede compaginar el deseo de vivir que caracteriza al hombre con el -- deseo de morir. Planteado de otra forma: si una aspiración general del hom-- bre es alejar la muerte de sí, ¿cómo entender y explicar el deseo de morir?

Entre las hipótesis más conocidas para intentar explicar el porqué del - suicidio encontramos las de orientación psicoanalítica propuesta por Freud. - Para él, el suicidio supondría una manifestación del instinto de la muerte -- dirigido hacia uno mismo. En su libro *Duelo y melancolía* (1917) señalaba que, en el caso concreto del suicida abatido por la depresión, la cólera que el su- jeto general ante el ser causante de la depresión se dirigiría contra sí mismo, existiendo por tanto un deseo reprimido de matar a otra persona. Para la teo-- ría sociológica, que procede de Durkheim, el suicidio sólo puede ser explicado

sociológicamente y no a través de las motivaciones individuales. Habrá que analizar entonces a la sociedad, no al individuo. Así, distinguía tres tipos de suicidio: el suicidio egoísta, en el que el individuo resultaría alienado respecto a su medio social por un exceso de individualismo; el suicidio anónimo, que tendría lugar cuando fallan los esquemas de valor y aparece un sentimiento de falta de significación de la vida; y el suicidio altruista, que aparece en determinadas sociedades, que imponen como exigencia moral el sacrificio heroico del individuo en función del bien del grupo.

Pero, ¿cuál es el auténtico significado del acto suicida? Creemos que una de las explicaciones más válidas es la de considerar que, si bien no todo acto suicida supone una búsqueda de la muerte (como se demuestra en muchos casos) sí se intenta con él dar un nuevo sentido al proyecto vital con el fin de mejorar las relaciones que en ese momento existen con los otros. Para ello el suicida utiliza como medio principal la angustia ante la muerte. Ante la evocación de esta última, todo el entorno social se siente conmovido. El suicida viene a actuar entonces como una especie de despertador de la culpabilidad de cuantos le rodean que, ante el hecho (consumado o no), comprenden que la vida debería resultar muy penosa a dicho individuo para que prevalecieran en él los deseos de muerte.

Ante este impacto que el suicida pretende causar, ¿cómo reacciona la sociedad? Si hacemos un breve repaso histórico, podremos observar que el suicidio era condenado en la Edad Media como un acto criminal. Lo recuerda Ruth Menahem en el libro Sociología de la muerte: en la descripción que Dante hace del infierno, los suicidas se encontraban en el último círculo, después de los criminales, y estaban condenados a no poder recuperar el cuerpo que de forma voluntaria abandonaron. Durante la Revolución Francesa se penalizó el suicidio, pero se etiquetó al suicida de "enfermo mental". En la actualidad, prevalece en parte esta última postura: se piensa que un grupo importante de suicidas (aproximadamente un tercio) son enfermos mentales gra-

ves, la mayoría afectados de depresión endógena (de base orgánica y bioquímica). Pero no todos los investigadores están de acuerdo en que la enfermedad psíquica esté siempre subyacente al suicidio. El suicida no buscaría en muchos casos más que una forma de huida de una vida desgraciada, de una infelicidad. Esta consideración nos lleva a plantearnos una última e importante pregunta: ¿existe un derecho a morir?, ¿tienen los seres humanos, cuando se encuentran en situaciones, desesperadas el derecho a suicidarse? La opinión de la mayoría de los que luchan contra el suicidio es negativa, pues se tiene la experiencia de que, con una ayuda adecuada -médica, psicológica, social y religiosa- se pueden evitar casi todos los suicidios. Además, parece probado que, en la mayoría de los casos, antes de culminar su acción suicida pasa por deseos ambivalentes: acude en petición de ayuda y agradece alguna intervención externa que impida finalmente su muerte.

8. MITOS ACERCA DE LA MUERTE.

Los pueblos más antiguos jamás consideraron la muerte como algo natural y lógico. Al contrario, la muerte era para ellos algo ilógico y anormal, --- que solo podía tener una explicación más allá del mero desarrollo biológico - del ciclo vital. Al menos esto es lo que parece deducirse de las narraciones míticas con que intentan responder a la pregunta que titula este módulo.

El antropólogo escocés J. G. Frazer distinguía cuatro tipos de mitos --- acerca del origen de la muerte:

- a) el de los dos mensajeros;
- b) el de la luna menguante y oculta;
- c) el de la serpiente que muda la piel; y
- d) el del banano o de la desobediencia a un mandato divino.

El motivo de los dos mensajeros o de "el mensajero que fracasa" es muy --- común en Africa. El Ser Supremo envía un camaleón a los antepasados míticos

con el mensaje de que serán imortales; pero a la vez envía un lagarto con el mensaje de que morirán. El camaleón se entretiene por el camino y es el lagarto el primero que llega. Una vez comunicado el mensaje, la muerte entra en el mundo.

Son varias las presentaciones que intentan explicar el origen de la muerte en el mito de la luna menguante y oculta. No olvidemos que la Luna, con sus fases sucesivas, fue el astro que ayudó a marcar el ritmo del tiempo a los hombres desde las eras más antiguas, por lo que no es de extrañar que forme parte de las mitologías religiosas de casi todos los pueblos. Por lo demás, era lógico que el origen de la muerte, se conectase también con ella. Así, en Africa y Australia existía una corriente narrativa en el sentido de que en el pasado remoto el hombre moría el último día del cuarto menguante, pero recobraba la vida cuando aparecía la luna nueva, tal como si hubiese despertado de un sueño reparador. Pero un ser maligno, "un viejo", según cuenta una narración australiana -hay muchas variantes según el origen del mito-, hizo que los hombres no pudiesen ya despertar del sueño mortal. Y por eso ningún hombre, pudo ya volver a la vida, excepto la Luna, que todavía sigue haciéndolo.

Otro grupo de mitos sobre la muerte tiene su origen en una observación popular: las serpientes mudan su piel y parecen salir rejuvenecidas de esta operación. Este tipo de mito cuenta que Dios envió a los hombres un mensajero (aquí aparece de nuevo el tema del primer grupo) para decirles que, cuando se volviesen viejos cambiarían la piel y vivirían eternamente. Pero las serpientes, al saber esta decisión, montaron en cólera y dijeron al mensajero -- que le morderían si no cambiaba el mensaje. El mensajero, aterrizado, dijo entonces a los hombres: "Cuando la serpiente se vuelva vieja, mudará de piel; en cambio, cuando el hombre se haga viejo, morirá y le pondrán en un ataúd".

Pero quizás la explicación más extendida del origen de la muerte proviene de los mitos relacionados con la desobediencia a Dios. En los tiempos --

primordiales, Dios enviaba a los hombres la comida en una cesta desde lo alto, dicen los indonesios; una vez les envió una piedra, y los hombres, quejosos y sin saber qué hacer con ella, le suplicaron que se la cambiase por una banana. Entonces Dios les castigó a ser pareceros y morir como el bannano, en vez de permanecer para siempre como la piedra. De tipo parecido es otra narración, procedente de las islas Fidji, según la cual, cuando los hombres primordiales estaban enterrando a su padre, pasó un dios junto a ellos y les pidió que lo desenterrasen. Al negarse a ello, el dios declaró: "Por no haberme obedecido, habéis sellado vuestro propio destino. Si hubiéscis desenterrado a vuestro padre le habríais encontrado con vida y vosotros mismos hubiérais vivido tras la tumba".

El mito más conocido en la cultura occidental es, sin duda, el del pecado de Adán y Eva. La desobediencia de éstos al comer del Arbol del Bien y -- del Mal les acarrió la muerte a ellos y a todos sus descendientes, según cuenta la Biblia. Y lo peor, es que ya no se puede hacer nada para solucionarlo. Una reflexión amarga esta última, que queda plasmada en la narración --también mítica, unida a las observaciones lunares y teñida de un cierto "racionalismo" griego-- de las tres Parcas o Moiras (téngase en cuenta que "moira" significa "fase" lunar): Cloto, que hila en el huso el hilo de la vida; Laquesis, que lo mide con la vara; y Atropos, que corta el hilo con las tijeras de la muerte. Una versión de este mito griego sostiene que el mismo Zeus, dios supremo, está sometido a las Parcas, pues éstas son hijas de la "Gran Diosa -- Necesidad", contra quien ni siquiera los dioses contienden y a la que se llama "la Parca Fuerte".

Esta última reflexión nos presenta a la muerte como algo que proviene -- de "la gran necesidad". Pero todas las narraciones subrayan el carácter inevitable de ella, y a la vez rechazan que sea algo natural y lógico, que haya de aceptarse sin más. Este parece ser el rasfondo del pensamiento humano, -- que nos llega a través de estos antiguos relatos míticos.

8.1 Existe el más allá.

A lo largo de las páginas anteriores se ha podido ver cómo todos los pueblos, todas las culturas, han dado por supuesto que la muerte no era únicamente el fin de la vida: necesariamente debía existir algo más allá de la muerte. Pero, aparte de esta argumentación histórica, son muchos los filósofos - que han querido ver la existencia de otros motivos que, por sí solos, "exigirían" la existencia de una forma de vida tras la muerte.

Así, a principios de este siglo, dos autores ingleses, Carrington y Meades resumían los argumentos o "motivos" por los que existiría una vierta supervivencia tras la muerte. Para ellos, además de las motivaciones históricas ya mencionadas, existían:

° argumentos ontológicos, basados en la supervivencia e inmortalidad de la sustancia anímica,

° argumento éticos, que exigirían una trascendencia del ser humano hacia una existencia en la que encontrase una equivalencia y una justicia moral que no puede encontrarse en esta vida, y,

° argumentos teológicos, que, partiendo de la naturaleza, significado y destino del hombre, subrayan la necesidad que éste tiene de desarrollar completamente sus potencialidades intelectuales y morales; desarrollo imposible en las condiciones de vida terrenales.

Evidentemente, las argumentaciones de Carrington y Meades, como la de -- otros muchos filósofos ocupados en el tema, son altamente especulativas y --- están fundamentalmente basadas en presupuestos teóricos que no tienen necesariamente que ser compartidos. Sin embargo, la idea de la existencia de vida tras la muerte está arraigada incluso en una sociedad materialista y tecnificada como la nuestra. Así, según un sondeo realizado en 1975 por Gallup Poll, se pudo constatar que el 69 por ciento de los norteamericanos creían en una existencia de vida tras la muerte. En España, según los datos personales obtenidos en 1979 entre estudiantes universitarios y de las escuelas de Ayudantes

Técnicos Sanitarios, el 47 por ciento de los primeros y el 64 por ciento de los segundos respondían afirmativamente a la pregunta referida a la existencia de una forma de vida tras la muerte. Las razones que se daban eran de todo tipo, pero, fundamentalmente, predominaban las de tipo religioso, detectándose en ocasiones influencias orientales y esotéricas. Pocos, muy pocos, justificaban su respuesta en la lectura de ciertos libros populares sobre el tema o en los resultados obtenidos en algunas experiencias parapsicológicas; ninguno hacía alusión a la ciencia... En el fondo, parece que creer en la vida después de la muerte seguía siendo únicamente una cuestión de fe.

9. MORIR CON DIGNIDAD.

"Como fue la vida, así será la muerte", afirmaban los romanos de la época clásica. Pero también podría decirse al revés: el modo de morir es significativo del estilo de vida de los hombres de una época. Francisco de Asís llamaba "hermana" a la muerte con evidente familiaridad. Hoy no es precisamente éste el adjetivo que más exactamente define la actitud del hombre y la mujer contemporáneos ante esta realidad ineludible.

Estudios sociológicos recientes han puesto de relieve la desaparición de la muerte del horizonte del hombre moderno. El tipo de vida y organización actuales ha arrebatado al hombre su propia muerte, ha quitado a los sobrevivientes incluso la facultad de expresar su luto. Como dice un autor contemporáneo, "las prohibiciones y tabúes que rodean a la muerte en las sociedades tecnológicamente avanzadas son muy similares a las que rodeaban a la sexualidad en el pasado". (A. Spinsanti). Hay como una conjura al rededor del moribundo, para que no se entere de que la muerte llega; familiares y médicos se toman esta tarea como una obligación moral; "para no inquietar al enfermo", dicen justificándose. Y el paciente moribundo se convierte en una especie de menor de edad, que no puede decidir ya por sí mismo. Sólo se le pide que muer-

ra sin molestar demasiado a los vivos, que salga de esta vida "como de puntillas". Y todo está organizado para conseguirlo.

Es verdad que existen todavía modos más humanos de morir que los ya vistos, y que no todo cuanto hemos expuesto tiene necesariamente que ser negativo. Pero la tendencia a una muerte anónima e impersonal, a destruir todo lo personal y dramático que tiene la muerte, es la que predominantemente se percibe en los países más tecnificados del norte de Europa y América. Se considera como desagradable el tocar estos temas en las reuniones sociales.

¿Hermana muerte? No. La muerte nos resulta cada vez más extraña y cada vez quiere ignorarse del modo más eficaz. Pero si el hombre moderno banaliza así la muerte, ¿no estaremos a punto también de banalizar la vida? Este era ya el diagnóstico que A. Huxley hacía, no sin crueldad e ironía, en su novela de anticipación *Un mundo feliz*, donde lo irónico ya comienza en el título. El dolor del salvaje por la muerte de su madre en el hospital, a la que se ha suministrado suficiente soma como para que muera sin darse cuenta, es considerado por el personal del hospital, primero como inconveniente y excesivo, después como un alarde indecoroso, generado y acaso obsceno. Y esta es la explicación autosuficiente que nos dan los pedagogos de la novela para lograr una muerte "feliz".

Afortunadamente comienzan a oírse ya voces que se levantan contra esta falsificación de la realidad. Médicos y pacientes comienzan a no sufrir ya esa inhumana muerte de enfermos, que no está muchas veces justificada más que por el deseo de experimentar nuevos aparatos "para la salud del hombre y gloria de la Medicina". Los congresos médicos discuten ya sobre las alternativas entre perfección técnica y humanidad, como lo hicieron no hace mucho tres mil cirujanos en Munich. Y las conclusiones van decantándose hacia lo que parecía imposible hace solo muy pocos años: la técnica médica no puede convertirse en autofinalidad; hay que delimitar más claramente los límites de su provecho, respetándolos escrupulosamente. El bien del hombre incluye el

respeto ante su muerte. Unas actitudes bien distintas de aquellas a las que lleva el desbancado temor a la muerte, que conduce inevitablemente a ese terrible "tratamiento" técnico del moribundo.

Terminemos recordando que sólo se es persona -hombre o mujer- de verdad, cuando personalmente se asume todo lo que la muerte supone. Porque asumir -- la muerte, la propia muerte, con dignidad y respeto, se tenga el pensamiento y la creencia que sea, es una de las condiciones ineludibles para decidirse, individualmente, por una existencia auténtica.

----- ° -----

ESTUDIO SOBRE LA SINTOMATOLOGIA
PSIQUIATRICA DEL PACIENTE ADULT
TO CON LEUCEMIA TERMINAL.

1. JUSTIFICACION.

Los estudios realizados sobre el tema de la muerte son basicamente de -- tipo antropológico y social, como una forma que maneja la sociedad de diluir la angustia que representa el tener el enfrentamiento directo que plantea el manejo individual del moribundo; de tal suerte que en el área psiquiátrica -- se desconoce con precisión la actitud del hombre ante la muerte, asi como sus expectativas y repercusiones psicológicas, lo que trae consigo una laguna -- importante en el manejo psicoterapéutico en este tipo de pacientes, dificultando el auxilio que se le puede prestar para que elabore su pro-duelo. Al -- investigar la sintomatología psiquiátrica del paciente adulto con leucemia -- terminal permitirá tener una visión global de los síntomas más frecuentes que se presentan en este tipo de pacientes, a la vez marcará la pauta de investigaciones futuras en el área de la psicoterapia aplicada al paciente terminal.

2. OBJETIVOS.

- 2.1 Investigar la sintomatología psiquiátrica del paciente adulto con leucemia terminal del C. H. 20 de Noviembre
- 2.2 Conocer las expectativas y repercusiones que se manifiestan en el hombre ante la muerte.
- 2.3 Incrementar el conocimiento psiquiátrico en relación a la asistencia psicoterapéutica del paciente con leucemia terminal.
- 2.4 Contribuir en la realización de estudios posteriores respecto a los problemas de asistencia del moribundo.

3.- HIPOTESIS

El paciente adulto con leucemia terminal ante la propia vivencia de su muerte por lo general manifiesta síntomas psíquicos tales como: angustia, negación, enojo, depresión y aceptación.

4. PROCEDIMIENTO METODOLOGICO.

4.1 Planteamiento del problema.

3.1.1 Definir cuál es la repercusión psiquica en el individuo leucémico ante la propia vivencia de la muerte.

4.2 Recopilación y análisis de la información documental.

- Se obtuvo la bibliografía mas reciente (1965-1984) de estudios teóricos y prácticos realizados al respecto.

4.3 Universo poblacional.

El total de pacientes (de 15 años en adelante, de acuerdo al criterio de tratamiento establecido por el servicio de hematología) con leucemia terminal del C. H. 20 de Noviembre.

4.4 Diseño del instrumento de medición.

En la elección del instrumento de medición, se optó por el cuestionario por ser uno de los instrumentos básicos en la obtención de datos. La cédula contiene las siguientes variables: diagnóstico, edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, religión, lugar de nacimiento, lugar de residencia, inicio del padecimiento, primera consulta en el servicio de hematología.

Las preguntas se presentaron abiertas con la finalidad de captar la información sobre la angustia, la negación, el enojo, la depresión y la aceptación, indicadores que permitirán la confirmación o desconfirmación de la hipótesis planteada:

El instrumento plantea ocho preguntas que fueron seleccionadas después de someterse a una prueba piloto, las cuales son las --

siguientes:

1. ¿En el Servicio de Hematología que padecimiento le dijeron que tenía?
2. ¿Qué sabe acerca de su enfermedad?
3. ¿Cómo se sintió después de saber lo de su enfermedad?
4. ¿Cómo se siente ahora?
5. ¿Cuáles son sus planes familiares para el futuro?
6. ¿Cuáles son sus planes laborales para el futuro?
7. ¿Cree en Dios?
8. ¿Cree en la existencia de un más allá?

Fue prioritario que las preguntas no vinieran a afectar -- o agredir al paciente; pero a la vez que permitieran obtener la información requerida.

El instrumento se codificó para su mejor manejo.

4.5 Validación del instrumento.

El instrumento se piloteo con pacientes terminales, se aplicaron seis encuestas, tres a pacientes nefropatas, seleccionando aquellas preguntas que permitieron al paciente manifestar mas adecuadamente su enfermedad.

4.6 Adiestramiento del personal enumerador.

No hubo necesidad de adiestrar encuestadores por lo reducido - del número de pacientes.

4.7 Aplicación del instrumento.

Se aplicó a 14 pacientes con leucemia terminal, los cuales -- fueron encuestados por el mismo médico psiquiatra.

4.8 Concentración y revisión de los datos obtenidos.

Se reunieron las encuestas y se revisaron para elaborar los cuadros estadísticos.

4.9 Procesamiento de datos.

El recuento y la clasificación de los datos se hizo mediante la tabulación manual ya el número de cuestionarios (14) no es muy grande y la cantidad de items son pocos.

4.10 Análisis e interpretación de la información obtenida.

El estudio y comentario de la información obtenida se hizo en base al marco teórico práctico en el área psicoterapéutica.

4.11 Elaboración del informe final.

Se mecanografió todo el procedimiento del estudio para su --
objetivización teórica.

----- o -----

CEDULA DE CONCENTRACION DE DATOS.

1.- EDAD.

TOTAL.

15 - 25 años

26 - 36

37 - 47

48 - 58

59 ó más

2.- SEXO.

femenino

masculino

3.- ESCOLARIDAD.

Primaria

Secundaria

Comercio

Técnico

Preparatoria

Profesional

4.- OCUPACION.

Administrativo

Maestro

Ama de Casa
Estudiante
Médico
Paramédico
Servicios
Ingeniería
Otros

5.- ESTADO CIVIL.

TOTAL.

Soltero
Casado
Divorciado
Viudo
Unión Libre

6.- RELIGION.

- Católica
- Protestante
- No tiene
- Otras

7.- LUGAR DE NACIMIENTO.

Distrito Federal
Michoacán
Estado de México
Puebla

Querétaro	_____
Guanajuato	_____
San Luis Potosí	_____
Hidalgo	_____
Tlaxcala	_____
Jalisco	_____
Guerrero	_____
Oaxaca	_____
Chiapas	_____
Tabasco	_____
Quintana Roo	_____
Yucatán	_____
Veracruz	_____
Tamaulipas	_____
Nuevo León	_____
Zacatecas	_____
Durango	_____
Coahuila	_____
Chihuahua	_____
Sonora	_____
Sinaloa	_____
Nayarit	_____
Baja California Norte.	_____
Baja California Sur.	_____
Campeche	_____
Aguascalientes	_____

8.- LUGAR DE RESIDENCIA.

TOTAL.

Distrito Federal

Michoacán	_____
Estado de México	_____
Puebla	_____
Querétaro	_____
Guanajuato	_____
San Luis Potosí	_____
Hidalgo	_____
Tlaxcala	_____
Jalisco ³	_____
Guerrero	_____
Oaxaca	_____
Chiapas	_____
Tabasco	_____
Quintana Roo	_____
Yucatán	_____
Veracruz	_____
Tamaulipas	_____
Nuevo León	_____
Zacatecas	_____
Durango	_____
Coahuila	_____
Chihuahua	_____
Sonora	_____
Sinaloa	_____
Nayarit	_____
Baja California Norte	_____
Baja California Sur	_____
Campeche	_____
Aguascalientes	_____

- 9.- DIAGNOSTICO.
- 10.- FECHA DE INICIO DEL PADECIMIENTO.
- 11.- FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA.
- 12.- ¿EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA QUE PADECIMIENTO LE DIJERON QUE TENIA?
- 13.- ¿QUE SABE USTED ACERCA DE SU ENFERMEDAD?
- 14.- ¿COMO SE SINTIO AL SABER LO DE SU ENFERMEDAD?
- 15.- ¿COMO SE SIENTE AHORA?
- 16.- ¿CUALES SON SUS PLANES FAMILIARES PARA EL FUTURO?
- 17.- ¿CUALES SON SUS PLANES LABORALES PARA EL FUTURO?
- 18.- ¿CREE EN DIOS?
- 19.- ¿CREE EN LA EXISTENCIA DE UN MAS ALLA?

5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.

CUADRO No. 1.

EDAD

RANGO	F	%
15-25	8	58
26-36	3	21
37-47	1	7
48-58	2	14
59 o más	-	-
Total	14	100

Los rangos observados en este cuadro indican que la leucemia terminal se presenta con más frecuencia en las personas de 15 a 25 años de edad -- (58%) siguiendo los pacientes de 26 a 36 años (21%) y los de 48 a 58 años -- (14%) entre los que menos se da es en las personas de 37 a 47 años (7%).

CUADRO No. 2.

SEXO

CATEGORIA	F	%
Masculino	9	64
Femenino	5	36
Total	<u>14</u>	<u>100</u>

De los pacientes estudiada el 64% pertenece al sexo masculino y el 36% al sexo femenino; sin existir explicación médica al porqué la leucemia se presenta más en el hombre que en la mujer.

CUADRO No. 3.

ESCOLARIDAD

CATEGORIA	F	%
Primaria	1	7
Secundaria	3	21
Comercio	1	7
Preparatoria	3	21
Profesional	6	44
	—	—
Total	14	100

El nivel de escolaridad de los pacientes estudiados sobrepasa la preparación media básica (secundaria, comercio, preparatoria) con el 56% y el -- 44% ha llegado al nivel profesional; esto puede venir a explicar el criterio -- que manifiesta el paciente en el proceso de la elaboración del duelo.

CUADRO No. 4.

OCUPACION

CATEGORIA	F	%
Maestro	3	21
Hogar	3	21
Estudiante	5	37
Ingeniero	1	7
Otros	2	14
Total	14	100

Entre los pacientes con leucemia terminal se encontró que ésta se -
 presenta con más frecuencia en las personas de nuestro estudio, que se dedican
 a estudiar(37%), le sigue los maestros y las amas de casa con el 21% respecti-
 vamente.

CUADRO No. 5.

ESTADO CIVIL.

CATEGORIA	F	%
Soltero	8	57
Casado	6	43
Divorciado	-	-
Viudo	-	-
Union Libre	-	-
Total	14	100

En este cuadro se manifiestan datos no menos interesantes que los que se observan en los anteriores, sin embargo al ver que la leucemia se -- presenta más en solteros (57%) que en casados (43%) no deja de inquietar científicamente.

CUADRO No. 6.

RELIGION.

CATEGORIA	F	%
Católica	14	100
Protestante	-	-
No tiene	-	-
Otras	-	-
	—	—
Total	14	100%

De los pacientes con leucemia terminal el 100% manifestó profesar - la religión católica, que no es sino una confirmación de que el pueblo mexi--cano es por excelencia creyente de la religión católica.

CUADRO No. 7.

LUGAR DE NACIMIENTO

CATEGORIA	F	%
Distrito Federal	4	29
Estado de Mexico	1	7
Guanajuato	3	21
Guerrero	1	7
Puebla	3	22
Sn. Luis Potosí	1	7
Sinaloa	1	7
	—	—
Total	14	100

Al estudiar el lugar de nacimiento del paciente con leucemia terminal se observó que del grupo estudiado, predominan los originarios del Distrito -- Federal, siguiendo en frecuencia el Estado de Puebla y el de Guanajuato, el Estado de México, así como San Luis Potosí, Guerrero y Sinaloa presentan pocos casos con este problema. Los demás estados no tienen pacientes en este grupo - analizado.

CUADRO No. 8.

LUGAR DE RESIDENCIA

CATEGORIA	F	%
Distrito Federal	4	29
Puebla	1	7
Guerrero	2	14
Colima	1	7
Tlaxcala	1	7
Guanajuato	3	22
Estado de México	1	7
Sinaloa	1	7
	—	—
Total	14	100

El lugar de residencia de la mayoría de los pacientes 71% se localiza fuera del Distrito Federal concentrándose especialmente en el Estado de Guanajuato 22% y en el Estado de Guerrero 14%.

CUADRO No. 9.

DIAGNOSTICO

CATEGORIA	F	%
Leucemia		
Linfoblástica Aguda	10	72
Leucemia Aguda No		
Linfoblástica	2	14
Leucemia Mieloblástica		
Aguda.	1	7
Leucemia Mielocítica		
Crónica	1	7
	—	—
Total	14	100

El diagnóstico emitido revela que de los pacientes con leucemia -- terminal, el 72%, presenta leucemia linfoblástica aguda y en el 14% se dió la leucemia aguda no linfoblástica, menos frecuente es la leucemia mielo--- blástica aguda y la leucemia mielocítica crónica que representan el 7% del - total.

CUADRO No. 10.

AÑO DE PRESENTACION DEL
CUADRO LEUCEMICO

CATEGORIA	F	%
1981	1	7
1982	2	14
1983	3	21
1984	8	58
Total	14	100

En el presente cuadro notamos que el 58% de los pacientes han iniciado su padecimiento en el año de 1984, lo que nos habla del tiempo relativamente corto en que estos, han tenido oportunidad de elaborar su propio duelo.

Del 58% mencionado un 14% cree que su diagnóstico es anemia.

CUADRO No. 11.

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INICIO DE LA
SINTOMATOLOGIA HASTA EL DIAGNOSTICO DE --
LEUCEMIA.

CATEGORIA	F	%
Un mes	7	50
Dos meses	6	43
Tres meses	1	7
Total	14	100

El tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad y el diagnóstico de ésta es un promedio de uno a dos meses. Lo que indica la rapidez con que se detectan estos casos, recordando que la sintomatología leucémica no resulta evidente a los especialistas fuera de las ramas de Hematología y Medicina Interna.

CUADRO No. 12.

DIAGNOSTICO SUPUESTO POR
EL PACIENTE.

CATEGORIA	F	%
Leucemia	10	71
Anemia	4	29
Total	14	100

De este cuadro se puede concluir que el 71% de los pacientes conoce su diagnóstico y es con estos individuos con los que se podrá hacer la valoración objeto de este estudio.

De este 71% señalado anteriormente como en conocimiento de su diagnóstico, 35% se ha enterado del mismo en forma casual, principalmente a través de conversaciones indirectas de médicos o familiares.

El 29% que permanecen en desconocimiento del diagnóstico real, lo ignora por angustia familiar aunado al temor de que el paciente pudiera deprimirse aún más. Y deterior su enfermedad, situación similar se presenta entre el personal médico, pues, de acuerdo al servicio de hematología, las cuatro primeras semanas de presentación del cuadro y tratamiento del mismo, son críticas, con deterioro físico y emocional pudiendo morir durante este período, se argumenta que el conocimiento de su enfermedad en este lapso incrementaría el estado depresivo del paciente.

CUADRO No. 13.

CONOCIMIENTO ACERCA DE LA ENFERMEDAD

CATEGORIA	F	%
-Que es enfermedad Mortal, con tratamiento Paliativo	10	71
-Que es una enfermedad benigna; se cura con tratamiento	<u>4</u>	<u>29</u>
total	14	100

Los pacientes que conocen su diagnóstico (71%) saben que su enfermedad es mortal y que el tratamiento es paliativo; los que adjudican la sintomatología de su padecimiento a la anemia (porque no han sido enterados) saben que "su" anemia es enfermedad benigna y que se cura con tratamiento (29%).

CUADRO No. 14.

REACCION EMOCIONAL ANTE EL CONOCIMIENTO
DE SU ENFERMEDAD

CATEGORIA	F	%
-Choque emocional	8	57
-Negación	2	14
-Aceptación	4	29
	—	—
Total	14	100%

La reacción psíquica ante el conocimiento de su enfermedad causó choque emocional al 57% de los pacientes, en el 14% se presentó como mecanismo -- de defensa de la negación ("el médico se equivocó", "los exámenes de laboratorio fallan todo el tiempo, no sirven para nada"). El 29% que se observa con -- el indicador de aceptación de su diagnóstico, se trata de los pacientes que -- se les informó, padecían anemia. Estos resultados coinciden con los estudios realizados a nivel mundial, en especial los de la Dra. Kubler Ross.

CUADRO No. 15.

REACCION EMOCIONAL ACTUAL
ANTE SU ENFERMEDAD.

CATEGORIA	F	%
-Aceptacion de su enfermedad	8	57
-Ira	2	14
-Depresión y An-- gustia	3	22
-Negación	1	7
Total	14	100%

Después de haber sido enterados del padecimiento que sufría (71%), la reacción emocional del paciente leucémico ha variado en el 29% de ellos, la aceptación de su enfermedad con las implicaciones vitales de la misma, ha sido un paso importante de la adquisición de la conciencia, misma que le permite elaborar su propio duelo; el 7% de los pacientes que presentaban signos de negación, manifestaron ira; el 14% que presentó choque emocional cayó en cuadro depresivo.

Es notable el porcentaje elevado de pacientes con aceptación de su enfermedad, si recuerda que en el cuadro N° 10, se habla de un período relativamente corto, en que estos pacientes han tenido oportunidad de elaborar su propio dolor. En este grupo de aceptación predomina el sexo masculino y los originarios de provincia.

La investigación en torno a la agonia y duelo del paciente ante su muerte, publicados en países anglosajones señalan que dicha aceptación requiere un mayor tiempo de elaboración, pasando en la mayoría de los casos, por etapas previas como la ira, la negociación, la negación, y la depresión; no coincide esto con nuestra investigación en donde la aceptación se dió en corto plazo, aunado a la toma de responsabilidad de las implicaciones propias de su enfermedad y preservando siempre una esperanza vital. Este indicador viene a modificar la concepción que hasta la fecha se maneja en torno a la asistencia del moribundo.

CUADRO No. 16.

PLANES FAMILIARES A FUTURO

CATEGORIA	F	%
-Continua su vida normal.	9	65
-Indecisión	2	14
-Desinterés	1	7
-Poco interés	2	14
Tota.	14	100%

De los pacientes con leucemia terminal (enterados) el 36% continua su vida normal así como el 29% (desconocen su problema) el 14% manifestó indecisión en los planes familiares a futuro, poco interés el 14% y desinterés el 7%.

CUADRO No. 17.

PLANES LABORALES A FUTURO.

CATEGORIA	F	%
-Ideas de lucha y Progreso	9	65
-Apatía	1	7
-Poco interés	2	14
-Indiferencia	2	14
Total	14	100

La idea de lucha y progreso la manifestaron los pacientes que desconocen su enfermedad (29%); los que conocen y aceptan su enfermedad el 36%, también manifestó la misma idea; de los que conocen y no aceptan su enfermedad presentaron poco interés (14%) indiferencia (14%) y apatía (7%).

Este cuadro apoya la postura vital en el mexicano señalado en la tabla 15 y 16.

CUADRO No. 18.

CREE EN DIOS

CATEGORIA	F	%
Si	14	100
No	-	-
Total	14	100

Los pacientes entrevistados revelaron creer en Dios (100%).

En el cuadro número 6 la totalidad de los pacientes estudiados se registran como católicos, creen en un ser supremo, ante el cual mantienen -- (aunque reconociéndola como muy remota) la fe y la esperanza de que pueda librarlos de su enfermedad.

Los pacientes y la actitud predominante era de ira, canalizaban -- ésta asia Dios, con preguntas tales como: "Porqué me escogiste a mí" "porque me castigas ¡te aborresco!".

CUADRO No. 19.

CREE EN EL MAS ALLA.

CATEGORIA	F	%
Si	11	78
Duda	3	22
Total	14	100

La creencia de la existencia del más allá se dió en el 78% de los pa cientes, la duda se manifestó en el 22%, el considerar el más allá como res-- puesta liberadora de sus males puede ayudar a disminuir la angustia existen-- cial.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES.

- En el área psiquiátrica se desconoce en forma precisa que actitud manifiesta el hombre ante la muerte.
- Sólo se podrá ayudar al individuo a elaborar su propio duelo, cuando se conozcan las repercusiones psicológicas y sus expectativas frente al morir.
- El proceso de la elaboración del propio duelo es esencial para la adaptación y la aceptación de la muerte; ya que permite enfrentarse a ésta con ma durez y dignidad.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Horowitz MJ, Worland J., Burge ". Reactions to the Death of -- parents results from patients and field subjects. Journal Nerv. Ment. Disease. 1984, -- Jul. 172 (7) 383-392.
- 2.- Krueger Dw, Janes C. Childhood parents loss; developmental impact and adult psychopathology. Am. Journal -- Psychother. 1983, Oct. 37 (4), pags. 582-592.
- 3.- Reyes Partida Ansiedad y Depresion frente a la muerte: un estudio psicológico en el personal médico que labora con pacientes en riesgo de morir, C.U. México, 1983.
- 4.- Ramos, F., Sánchez Caro J. La muerte: realidad y misterio, Barcelona, Salvat Ed., 1982.
- 5.- Shanfield SB, Illness and Bereavement, Unrecognized implications for prevention. Ariz. Med. 1981, -- Jun. 38 (6).

- 6.- Noyes R., Harrison E. Attitude change following near death experience. *Psychiatry*, 1980, Vol. 43 (3).
- 7.- Schamale AH. The dying patient. *Adv. Psychosomatic Medicina*, 1980, -- Vol. 10.
- 8.- Borges, Croato, Gazzano, Gioia. Diálogos sobre la vida y la muerte, Grupo Editor de Buenos Aires. 1980.
- 9.- Osis K y Haraldsson A la hora de la muerte. *Barcel Edaf*, 1979.
- 10.- Thomas LV. *Antropología de la muerte*, Paris, Payot, 1976.
- 11.- Jean Ziegler Los vivos y la muerte, México, Siglo XXI, 1976.
- 12.- Morin, E. El hombre y la muerte. *Barcelona*, Ed. Kairós, 1974.
- 13.- Abadi, M., Garma A., Gazzano A., Rolla. EH. La fascinación de la muerte, Buenos Aires, Paidós. 1973.
- 14.- Berger M. Hortala F. Morir en el hospital. Ed. *Ral Barcelina* 1972.

- 15.- Dudnow, D. La organización social de la Muerte, Ed. Tiempo Contemporaneo Buenos Aires, 1971.
- 16.- Batzell, W. H. The dying patient, Archives of Internal medicine, Vol. 127, 1971.
- 17.- E. Kubler Ross. On Death and Dying, New York, MacMillan Publishing, 1970.
- 18.- Foucault, M. El nacimiento de la clínica, México, Siglo XXI, 1966.
- 19.- Hinton, J. M. Facing Death, Journal of Psychosomatic Research, Vol. 10 1966.
- 20.- Freud, S. Duelo y Melancolia (1917) -- Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1966.
- 21.- Remus, J. El duelo patológico en la orfandad. Cuadrenos de Psicoanálisis. México, 1965.