

Las muertes por causas religiosas han estado presentes desde el comienzo de los tiempos. Hoy, en algunas partes del planeta, se ejecuta a personas por el hecho de que transgreden leyes religiosas.

Ejecuciones ordenadas por el poder jurídico y muertes simbólicas a causa de ostracismo y encarcelación

La pena de muerte continúa siendo un tema de debate candente. Muchas personas creen que debe ejecutarse a todo individuo que haya dado muerte a otro. En muchas partes del planeta se ha abolido la pena de muerte para la mayor parte de los tipos de homicidios. Sin embargo, organismos como la Suprema Corte de Estados Unidos ha confirmado la validez jurídica de este castigo. El ostracismo y la encarcelación son formas simbólicas de muerte, aunque también es frecuente que la muerte biológica sea resultado de uno u otra.

Aborto, infanticidio y genocidio

Son varias las causas de muerte censuradas culturalmente en diversas épocas y sociedades. Entre éstas están el aborto, infanticidio y genocidio.

El aborto es tema controvertido de la sociedad actual. Gran parte de la polémica se centra en la cuestión de cuándo se inicia la vida. Hay quienes dicen que el producto de la concepción no es un ser vivo, desde el punto de vista jurídico, en tanto no pueda vivir fuera de la matriz, mientras que otros afirman que la vida se inicia al momento mismo de la concepción.

El infanticidio incluye las situaciones en que se permite que ocurra la muerte de lactantes al no administrarseles tratamientos ni dárseles alimentos. Hay quienes recurren a tal medida cuando el lactante tiene deformidades graves respecto de las cuales se considera, más allá de toda duda razonable, que no le permitirán madurar y funcionar de manera normal en la sociedad.

El genocidio es el exterminio u homicidio sistemático de un pueblo o nación completos. Por ejemplo, se aplicó en un intento por exterminar a los

judíos en Europa durante la Segunda Guerra Mundial.

Sentimientos de la enfermera acerca de la muerte

La necesidad de comprenderse a uno mismo para comprender a los demás es un principio fundamental de psicología repetido con gran frecuencia y cuya importancia pocas personas pondrían en tela de juicio. La muerte inminente se acompaña del temor a lo desconocido y el instinto de aterrarse a la vida, natural en todo ser vivo, de modo que es particularmente significativo que la enfermera comprenda sus propios sentimientos hacia las enfermedades en etapa terminal, la muerte y el duelo que suele acompañar a esta última, a fin de poder satisfacer las necesidades de los pacientes que atiende. Esto es indispensable para su propio desarrollo profesional. Diversas investigaciones han demostrado que la mayoría de las enfermeras saben cómo brindar cuidados físicos a los pacientes en etapa terminal pero no les ofrecen la atención psicosocial que requieren, a causa de los sentimientos de rechazo de la enfermera hacia la muerte.

En nuestra cultura, se valoran mucho la juventud y la productividad, a despecho de las enfermedades, el envejecimiento y la muerte, de modo que la enfermera trae consigo estos valores cuando atiende a pacientes en la etapa terminal. La actitud de nuestra sociedad y la profesión misma de la enfermera hacen que ésta se incline considerablemente hacia la salud y la vida. Estas experiencias le dificultan enfrentar la muerte. Por ejemplo, es factible que una estudiante de enfermería nunca haya visto un cadáver ni observado o experimentado el duelo que acompaña a la muerte de un ser amado, y que nunca haya hablado con una persona moribunda. Además, la enfermera debe hacer frente a sus opiniones y sentimientos sobre la prolongación de la vida por medios artificiales o la *eutanasia*, es decir, el permitir que ocurra la muerte de una persona en forma indolora o por misericordia.

Si la enfermera no hace frente a sus sentimientos sobre la vida y la muerte, es dudoso que pueda analizar y considerar las necesidades de los pacientes que están a punto de morir. Por lo tanto, los sentimientos que tenga ella misma desempeñan una función importante en su forma de atender a un pa-

ciente con una enfermedad terminal. Todo ser humano, y no sólo la enfermera, experimenta emociones cuando la muerte es inminente. Lo más sencillo es hacer caso omiso de los sentimientos del paciente y sus familiares. Resulta bastante desalentador ver que, como resultado de esto, con frecuencia el paciente moribundo y su familia están emocionalmente abandonados y tienen que enfrentar solos una situación que por sí misma implica soledad.

Analizar los propios sentimientos y opiniones con otras personas es una de las formas más eficaces de aumentar la introspección y aprender a manejar las emociones con relación a la muerte. Esto puede hacerse en una reunión del equipo de salud o el de enfermería, con amigos o parientes, o con un religioso. Además, es común que el paciente mismo ayude a la enfermera a aclarar sus sentimientos acerca del proceso de morir, como se analiza más adelante en el capítulo.

Las siguientes son algunas preguntas que la enfermera debe hacerse para tener en claro sus sentimientos sobre su propia muerte:

- Si pudiera controlar las circunstancias que rodearían a mi muerte, ¿dónde me gustaría estar?; ¿qué causa de muerte elegiría?; ¿quién querría tener a mi lado durante la etapa terminal de la enfermedad?
- ¿Qué temores me inspira la muerte?
- ¿De qué manera respondería estas mismas preguntas a un paciente que he estado atendiendo?
- ¿Cómo mejoraría la calidad de la atención que brindo a un paciente en etapa terminal?
- Si fuera familiar del paciente, ¿qué querría que las enfermeras hicieran por mí?

Etapas de las respuestas emocionales ante la muerte inminente

Cada quien reacciona ante el conocimiento de la muerte inminente o la pérdida que acompaña a ésta en forma singular, pero hay similitudes en las respuestas psicosociales ante tal situación. La Dra. Elizabeth Kübler-Ross, investigadora reconocida a nivel mundial, ha estudiado en profundidad las respuestas ante el proceso de morir y la muerte, y las enfermeras y otros profesionistas han ampliado extensamente sus hallazgos.

Etapa Respuesta emocional característica

Primera	Negación y aislamiento
Segunda	Ira
Tercera	"Negociación"
Cuarta	Depresión
Quinta	Aceptación

La ira y el paciente parece aceptar lo que le ocurre. Sin embargo, esta etapa es una tregua, en que el paciente intenta negociar que se le dé más tiempo. Si es creyente, es frecuente que haga promesas a Dios, como la de que cambiará su conducta si se le da más tiempo. También suele solicitar cosas que le permitan vivir más tiempo. Por ejemplo, una madre quizá diga que hará cualquier cosa si se le permite ver a sus hijos ya adultos o el nacimiento de sus nietos. Es en esta fase de negociación que muchas personas intentan poner sus asuntos personales en orden antes de morir, incluyendo la elaboración de testamentos y otras medidas de preparación para los seres amados que dejarán. Se recomienda que en esta etapa se facilite la realización de tantas solicitudes del paciente como sea posible. Todo esto es parte de lo que el paciente necesita dejar arreglado antes de morir. Se han dado casos de enfermos cuya última petición es la de ver un evento deportivo, visitar a un pariente, ver al más pequeño de sus nietos, ir por última vez al comedor del hospital, etc. Se recomienda satisfacer tales solicitudes, ya que la etapa de negociación ayuda a que la persona pase a etapas ulteriores, aunque tienda a continuar agregando una solicitud tras otra.

Etapa de depresión

La cuarta etapa es de depresión, en la que el paciente dice: "Sí, a mí". Tiende a ser un período muy triste, ya que lamenta pérdidas previas y la pérdida actual de su propia vida, junto con todas las cosas buenas que disfrutó en el pasado, durante esta etapa. El enfermo no habla mucho en el curso de ella, y es común que lllore con frecuencia. En este período, la enfermera se sienta en silencio junto al pa-



FIGURA 29-1. La enfermera y el paciente se comunican mediante el tacto, y la enfermera escucha orientamente lo que le dice el paciente, que se encuentra en el etopo terminal de su enfermedad. Esto residente de un asilo ha traído diversos objetos personales de su hogar y eligió usar su vestimental normal.

dosa y escucha atenta para identificar los verdaderos sentimientos es un requisito si la enfermera desea brindar consuelo y apoyo sinceros al paciente moribundo.

La enfermera puede ayudar al paciente en su tránsito por las cinco etapas de la respuesta a la etapa terminal de la vida. Las sugerencias siguientes se desprenden de las investigaciones de Kübler-Ross:

- Identificar las necesidades del paciente, no las propias, y tratar de satisfacerlas.
- Permitir que el paciente hable y exprese sus emociones con libertad, en un medio en que no se le juzga, y motivarlo para que lo haga.
- Estar disponible para el paciente, en especial por la noche, cuando al parecer muchos pacientes despiertan y están ansiosos por hablar.
- Respetar la conducta del paciente, ya que es su mecanismo de defensa. Privarlo de ello cuando va a morir le provoca angustia y dolor psicológico adicional.
- Hacer una pregunta directa al paciente, si no se tiene la certeza de que desea hablar del tema. Es útil la pregunta: "¿Desea hablar acerca de ello?"

Kübler-Ross describe las etapas que acompañan al hecho de morir. Éstas, que se describen en la tabla 29-1, no siempre ocurren en secuencia, y es factible que se traslapen. En ocasiones, el paciente ha pasado por una etapa pero más adelante regresa a ella. La duración de cualquiera de estas etapas puede variar desde unas cuantas horas hasta meses. Cuando una de ellas en particular es muy breve, puede parecer que el paciente no ha pasado por ella, a menos que la enfermera preste atención especial.

Etapa de negociación y aislamiento

La primera etapa es de negación y aislamiento. Se caracteriza por comentarios como el de: "No, no a mí". Durante ella, el paciente afirma que la muerte ocurre a otros pero no a él. Es usual que esta negación se apodere de él hasta el punto de que no escuche los hechos que se le describen. También es factible que reprima lo que escucha, o que busque ayuda de diversos profesionales de la salud y otras personas, en un intento por rehuir la verdad de su muerte inminente. En otras palabras, trata de aislarse de la realidad.

Etapa de ira

La segunda etapa se caracteriza por ira y coraje. Ahora, la persona dice: "¿Por qué a mí?". Es frecuente que la relación con el paciente resulte difícil para la enfermera, en esta etapa. El paciente probablemente criticará todo y a todos, y montará en ira con cualquier cosa que bajen los trabajadores de la salud. Kübler-Ross afirma que esta etapa es una bendición, más que una maldición, para el paciente. La ira es su mecanismo de defensa, pero se dirige en realidad hacia la salud y la vida, dos cosas que representan los trabajadores de la salud. Ésta es una etapa en que la enfermera debe tener precaución de no juzgar al paciente y aceptar la ira y el coraje como reacciones normales a la muerte, que necesitan ser expresadas.

Etapa de "negociación"

La etapa siguiente es de "negociación". El paciente dice: "Sí, a mí, pero...". Es común que haya credi-

- Escuchar al paciente mientras habla y tratar de percibir el fondo de lo que está diciendo, como se muestra en la figura 29-1.

Es importante permitir al paciente que pase por las etapas mencionadas, que actúan como un catalizador y le permiten llegar a la etapa final de aceptación. Una enfermera, sabedora de que iba a morir, escribió los comentarios siguientes, dirigidos a sus colegas:

1. Kübler-Ross es precisa. Ocurrió lo que ella dice, y ocurre exactamente en la forma en que dice que ocurrirá. Si dudan de esto, hablen con cualquier persona que vaya a morir.
2. Es normal que una persona moribunda recurra a la negación, ira, depresión, negociación, etc. Se tiene un problema verdadero con un paciente moribundo cuando no presenta tales respuestas.
3. La única forma de aprender cómo interactuar con personas moribundas es hacerlo. Tengo la sensación de que cualquier persona que plantee que esta habilidad se puede aprender mediante las "representaciones de papeles" u otros "juegos" rechaza claramente las características singulares de la muerte misma. También me parece que los maestros, en particular, deben estar conscientes de este hecho.

Me permito hacer dos sugerencias sencillas a quienes se angustian por tener que relacionarse con personas moribundas:

1. Cualquiera persona en etapa terminal nos en vía indicios no verbales acerca de su tolerancia sobre el tema de la muerte; advierte nuestra actitud y procede en concordancia. Cuando un moribundo no menciona el tema, puede ser que sienta que incomodaría a quien está con él o que simplemente no tenga necesidad de hablar sobre el tema en ese momento. De tal suerte, ¡tranquílense!
2. Los moribundos no son frágiles ni se sienten desvalidos con mucha facilidad. Así, no se preocupen excesivamente por decir o hacer "lo que no deben": No causarán daño duradero si les refuerzan su actitud de negación, ni responden ante los gestos iracundos o piden ánimo cuando existe depresión. El individuo moribundo comprende, él también estuvo alguna vez en la misma situación, acompañando a alguien en el proceso de la muerte.

La voluntad de vivir o el deseo de morir

Kübler-Ross cree que no debe abandonarse toda esperanza cuando se atiende a un paciente en etapa terminal. La esperanza es un deseo acompañado de una sensación de que se prevé o espera algo. En ausencia de ella, surge la desesperación. La esperanza, sin importar que sea mínima, es usual en el paciente, sus familiares y la enfermera, aunque también es muy frecuente que sea diferente. En la medida en que el enfermo empieza a hacer frente a la muerte inminente y acepta el hecho de que ya no son probables la curación o la prolongación de la vida, quizá espere no sentir dolor ni náusea o deese caminar por el pasillo una vez más. Por otra parte, sus familiares tal vez mantengan la esperanza de que ocurra una curación milagrosa, mientras que la esperanza de la enfermera corresponde a un término medio entre la del paciente y la de sus familiares. Es la esperanza del paciente la que debe identificarse y apoyarse, si es realista. Es común que

los enfermos se den cuenta inmediata de cuando se les expresan esperanzas irrealistas de curación.

Se ha observado que el deseo de vivir o morir es una fuerza poderosa durante las enfermedades terminales. Algunos pacientes con enfermedades generalizadas, que parecían hacer imposible la vida, se han mantenido vivos para ver a un pariente que esperaban, regresar a su sitio de nacimiento, ver que uno de sus hijos termina sus estudios, celebrar su cumpleaños o aniversario, etc. Por otra parte, los hay que mueren cuando así lo desean, sin que haya un trastorno. Se ha advertido que las tasas de muerte natural disminuyen durante ciertas épocas del año, por ejemplo, períodos vacacionales u otras fiestas. Algunas personas predicen su muerte con gran exactitud. Cuando los cuidados se centran en el paciente, sus deseos de vivir o morir resultan evidentes y, en ocasiones, ningún tipo de intervención parece bastar para cambiar el curso de los acontecimientos.

Satisfacción de las necesidades psicológicas del paciente en etapa terminal

Miedo a la fuerza catastrófica de la muerte

Cuando una persona habla de sus temores relativos a la muerte, es característico que sus respuestas incluyan miedo a lo desconocido, el dolor, la separación, el dejar a los seres amados, la pérdida de la dignidad, los asuntos personales no arreglados, etc. Sin embargo, Kübler-Ross considera que hay otro temor más abrumador y significativo, con frecuencia reprimido e inconsciente. Describe este temor como la fuerza destructiva y catastrófica a que se ve sujeta una persona y que no puede cambiar; el individuo no puede hacer nada respecto de ella.

Kübler-Ross señala que las personas en etapa terminal comunican este temor a una fuerza destructiva pero lo hacen en gran parte mediante un lenguaje simbólico. Este último quizá incluya el lenguaje no verbal, como expresiones faciales, una forma especial de dar la mano, en el caso de los niños, mediante dibujos y la forma en que juegan. También es factible que ocurra el uso simbólico de la

comunicación verbal. Kübler-Ross da el ejemplo de un menor moribundo que estaba en una tienda de oxígeno y preguntó qué ocurriría si hubiere un incendio en ella. En este caso, la fuerza destructiva sobre la cual no tenía control era la muerte, pero la describió simbólicamente como un incendio.

El hecho de escuchar

Muchos expertos, entre ellos Kübler-Ross, consideran que el aprendizaje de los profesionales de la salud sobre la forma de enfrentar la muerte de otras personas y los sentimientos que tengan respecto de la de ellos mismos se amplía en la medida en que escuchan a los moribundos. Kübler-Ross recalca la palabra *escuchar* en forma repetida. Sus investigaciones la han convencido de que los moribundos desean hablar sobre su propia muerte y pueden hacerlo, y que también pueden indicar cuando morirán. Negarles la oportunidad de hablar y no escucharlos ni percibir lo que dicen es dejarlos aislados, solitarios. Con frecuencia, los trabajadores de la salud tienen que luchar con sus propias necesidades personales cuando atienden a pacientes en etapa terminal. Son ellos, y no el paciente, quienes no desean hablar sobre la muerte. Escuchar al enfermo sirve para centrar la atención en las necesidades del paciente, y no las de la enfermera u otros trabajadores de la salud.

La función de la comunicación

La comunicación es indispensable para los seres humanos en la búsqueda de su identidad personal y, como se resalta en el capítulo 5, la necesidad de tal identidad dura toda la vida, incluso hasta el momento de la muerte. La comunicación adecuada con el paciente implica que la enfermera tenga una relación de confianza con él, misma que se analiza en otras partes de la obra. La enfermera, al igual que otras personas, suele tener dificultades para hablar acerca de la muerte con pacientes en etapa terminal y, en muchos casos, por razones de peso. El tema de la muerte ha sido tabú durante mucho tiempo; los trabajadores de la salud han otorgado mayor importancia a la curación y prevención de enfermedades que en la atención de enfermos en etapa terminal, además de que la muerte general-

mente es una experiencia de gran contenido emocional para cualquier humano. Por añadidura, muchos trabajadores de la salud acostumbra dar al paciente los mejores cuidados físicos posibles, como una forma de huir de sus sentimientos de culpa cuando no pueden brindarles cuidados psicosociales. Es indudable que los cuidados físicos son importantes, pero la enfermera pasa por alto una significativa oportunidad de desempeñar una función terapéutica en la atención de enfermos terminales si no los escucha ni presta atención a los indicios verbales y no verbales, que le ayudan a identificar las necesidades reales del paciente.

La función del contacto físico

Una forma especialmente importante de comunicación con los pacientes en etapa terminal es el contacto físico, como se muestra en la figura 29-2. No siempre es necesario decir algo para expresar apoyo emocional, preocupación e interés. El contacto físico en silencio con frecuencia comunica mucho más que las palabras. En casi todas las ilustraciones del capítulo, se emplea esta forma de comunicación, y el personal de salud que atiende a pacientes moribundos recalca constantemente la importancia del contacto físico como método de comunicación. También es posible usarlo con eficacia cuando se brinda apoyo emocional a los pacientes y amigos del moribundo.

Qué decir al paciente en etapa terminal

Una cuestión frecuente es la de qué se debe decir al paciente en etapa terminal acerca del pronóstico de su enfermedad. En términos generales, corresponde al médico decidir qué se dirá al paciente y cuándo. El médico suele tomar esta decisión después de analizar el problema con los familiares del paciente y evaluar a este último como individuo. Es factible que la enfermera, trabajadora social, religioso u otros profesionales participen en la toma de esta decisión y en la comunicación del pronóstico al paciente.

Kübler-Ross encontró, en sus investigaciones, que la mayoría de los pacientes desean conocer su



FIGURA 29-2. La enfermera con frecuencia puede comunicar su preocupación e interés por el paciente con sólo escuchar en silencio junto a la cama de éste. El contacto físico es uno de los medios de comunicación más eficaces con pacientes en etapa terminal de su enfermedad.

pronóstico a la brevedad posible, a modo de tener tiempo para asimilarlo. Los pacientes piden que continúe su esperanza, aunque parezcan improbable la curación y la prolongación de la vida; ruegan que no se les abandone ni se les deje morir solos.

En general, hoy se considera inapropiado e injusto permitir que el paciente muera sin saber la gravedad de su padecimiento. Al negarle tal conocimiento, también se le priva del tiempo necesario para arreglar asuntos personales, documentos, finanzas y otras cuestiones de importancia. Muchas personas, en especial las que tienen responsabilidades con otros, como los hijos, hayan consuelo en el hecho de saber que, si acaso mueren, "dejan su casa en orden".

Con base en numerosas observaciones, se ha advertido que muchos pacientes se dan cuenta de que sufren una enfermedad incurable sin que se les diga nada al respecto. La comunicación no verbal de



FIGURA 29-3. La inclusión de los familiares en la planeación de la atención de enfermería del paciente en etapa terminal es importante. La enfermera conversa con el paciente y su esposo, ambos conscientes del pronóstico de la primera.

información se le dió, es factible que se contradigan entre ellos. Corresponde a la enfermera tomar la iniciativa de comentar este problema con otros miembros del equipo de salud, si hay incertidumbre al respecto.

Los miembros del equipo de salud que atiende a pacientes moribundos deben trabajar en relación estrecha. Es común que surja una especie de camaradería como resultado de la tensión que suele implicar el hecho de ayudar a los pacientes y sus familiares a hacer frente a una situación difícil. La confianza y el respeto mutuos entre los miembros del equipo de salud fomenta el surgimiento de un ambiente que brinde tranquilidad adicional al paciente y sus familiares. En muchos casos, el médico pide a la enfermera sus sugerencias en cuanto a los cuidados que se brindaran al paciente, cuando ya no sirve para nada un régimen de atención médica activa.

Según se señaló con anterioridad en la obra, debe permitirse que el paciente conserve tanta independencia y participación en la toma de decisiones

como sea factible. Cuando un enfermo se ve desprovisto de todas sus facultades físicas, el único control que tiene sobre su vida podría ser, por ejemplo, determinar cuándo desea tomar los medicamentos.

Todo paciente adulto tiene el derecho de rechazar un tratamiento. Cuando el personal de salud atiende a una persona con una enfermedad incurable, con frecuencia le resulta difícil aceptar el deseo del paciente en el sentido de que no se le someta a más operaciones o tratamientos extensos. En otros casos, la actitud del paciente al respecto es ambivalente, y debe brindarse el tiempo y el apoyo necesarios para que sondee sus propios sentimientos.

Muchos pacientes en etapa terminal hallan gran consuelo y apoyo emocional en su fe religiosa. Es importante ayudarles en la obtención de los servicios de un religioso, según lo indique cada situación. En circunstancias dadas, la enfermera puede sugerir que se llame a un religioso sin que el paciente o sus familiares hayan expresado tal deseo, pero debe hacerlo con gran tacto y criterio, de modo que la su-