

A la sombra del otro: sobre los vínculos al final de la vida¹

In the Shade of Other One: on the Links at the
End of the Life

Mario Alberto Ruiz Osorio²

Resumen

En la experiencia de morir, el enfermo vivencia algunas situaciones que están determinadas por el sufrimiento producido por la enfermedad y la proximidad del final de su vida. Particularmente, los vínculos con el otro se transforman en razón de la dificultad de aceptar la condición de mortal que le impone la enfermedad avanzada. La mentira, la conspiración del silencio, la agresividad, son entre otras, las expresiones de un proceso que exige al psiquismo del enfermo una gran cuota de padecimiento. Como producto de una investigación cualitativa con enfermos al final de la vida, y la lectura de textos literarios de apoyo, se ofrecen algunos hallazgos en el presente artículo con el fin de ilustrar, en algo, la fenomenología, de la experiencia de morir.

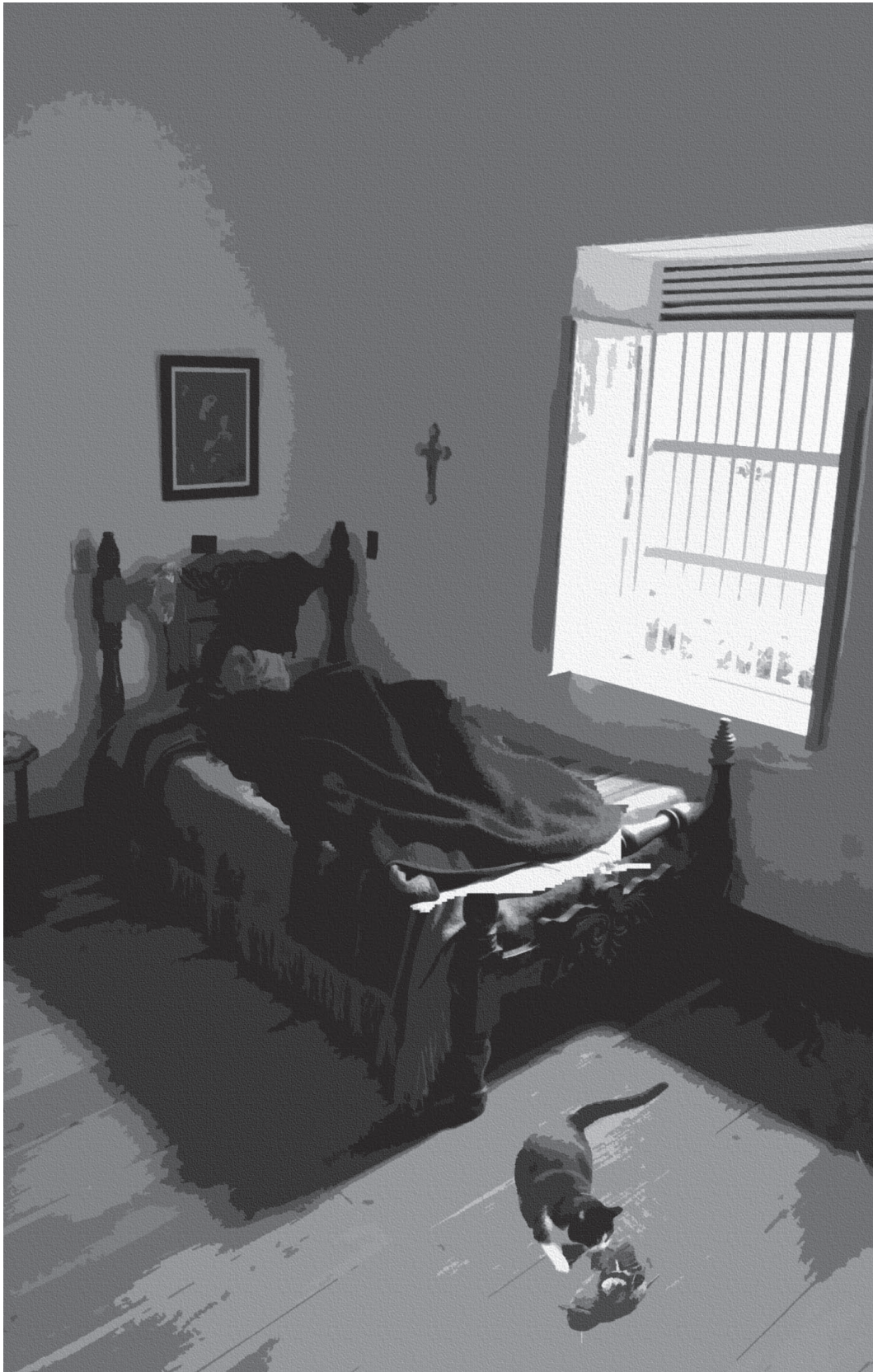
Palabras Clave: Muerte inminente, Cuidados paliativos, Comunicación, Conspiración del silencio, Defensas psíquicas.

Abstract

In the experience of dying, the patient experiences some situations that are determined by the suffering produced by the disease and the proximity of the end of his life. Particularly, the links with other one transform in reason of the difficulty of accepting the condition of mortality that imposes the advanced disease on him. The lie, the conspiracy of the silence, the aggressiveness, are between others, the expressions of a process that demands a great quota of suffering from the psychism of the patient. As product of a qualitative investigation with patients at the end of the life and the reading of literary texts of support, some reflections offer in the present article in order to illustrate, in something, the phenomenology, of the experience of dying.

Key Words: Impending death, Palliative Care, Communication, Conspiracy of Silence, Psychic defenses.

-
- 1 Artículo derivado de la investigación para optar al título de Magíster en Psicología Aplicada a la Salud de la Universidad de Colima (Colima, México).
 - 2 Magíster en Psicología Aplicada a la Salud de la Universidad de Colima (Colima, México). Profesor Departamento de Psicología y de la Facultad de Educación en el Departamento de Pedagogía de la Universidad de Antioquia. Coordinador del Grupo de Estudios Átropos. E-mail: psicologia@medicancer.org



Introducción

La experiencia psíquica de enfrentarse a la muerte propia fue el tema central de la investigación “La sombra de la muerte”, realizada en el marco de la Especialización en Psicología clínica, con énfasis en salud mental, cuyo objetivo fue indagar, desde una perspectiva cualitativa, los modos como los enfermos vivencian el proceso y las reacciones singulares que emergen durante su acontecer. De forma complementaria, se realizó una revisión bibliográfica de textos literarios cuya temática es la experiencia de un personaje enfrentado a la proximidad de la muerte y que, de algún modo, aportaban material de análisis para comparar con lo hallado en las entrevistas a la población.

El acercamiento a la población, permitió la delimitación de algunas unidades de estudio que se convirtieron en los focos de interés para el desarrollo del trabajo, y que constituyeron el cuerpo final del texto; las unidades de estudio halladas fueron las siguientes: la confirmación de la muerte próxima a partir del desgaste orgánico; la comunicación con los otros; la experiencia de la soledad, y finalmente, la agonía psíquica. El objetivo del presente artículo es ofrecer algunos hallazgos sobre la transformación que sobreviene en los vínculos con los otros, propiamente en los procesos de interacción y comunicación.

Tras la revelación del diagnóstico de muerte inminente, suelen aparecer transformaciones significativas en la relación del enfermo con los otros y de éstos con él, siendo muy notoria la alteración en los procesos de comunicación. Una línea divisoria separa a los implicados en la medida en que las palabras y los actos, escenifican en uno y otros, las reacciones singulares frente a la experiencia de morir. La intención de com-

“Tras la revelación del diagnóstico de muerte inminente, suelen aparecer transformaciones significativas en la relación del enfermo con los otros y de éstos con él, siendo muy notoria la alteración en los procesos de comunicación...”

partir estos hallazgos se sustenta en el hecho de haber encontrado una dinámica particular en los vínculos que sostiene el por morir con los otros; no siempre este acompañamiento es un soporte favorable para contener la arremetida de una enfermedad que inexorablemente extinguirá la vida.

1. Metodología

La propuesta metodológica empleada en el proceso de investigación fue de carácter cualitativo. La técnica utilizada para la recolección de información con la población fue la entrevista libre, con la cual se buscaba obtener la mayor espontaneidad posible en el discurso de los informantes clave, de modo que emergiera el modo singular como cada uno se enfrentaba a la situación. Las entrevistas permitieron delimitar las unidades de estudio y una vez definidas éstas, la atención se centró en algunas expresiones particulares que llenaban de sentido dichas unidades; se utilizó una especie de artificio al que se nombró “los rostros de la muerte”, el cual consistía en captar las frases más espontáneas en el decir de los informantes y que revelaban su sufrimiento; este artificio fue igualmente usado para la lectura de los textos literarios.

El diseño específico de la investigación se apuntaló en la fenomenología, en la medida en que se realizó la lectura de una experiencia subjetiva, imposible de objetivar y que atendía a una sola lógica: la de la subjetividad de los informantes clave. En el decurso de la investigación se implementaron igualmente algunos principios de la teoría fundamentada, en la medida en que se logró redimensionar conceptos como el de agonía, desde una perspectiva psicológica, haciendo aportes novedosos para su intelección.

Las unidades de trabajo -informantes clave- fueron enfermos diagnosticados en la fase final del cáncer que asistían a Medicáncer a consulta individual y al Instituto de cancerología a consulta interdisciplinaria³. Para la recolección de los datos se utilizaron matrices de contenido, fichas bibliográficas y un diario de campo en el cual se anotaba en forma permanente ideas surgidas en el proceso, preguntas, conjeturas, intentos preliminares de elaboración. La interpretación del material recavado se realizó a partir del análisis de contenido, estrategia que permitió categorizar la información, teniendo en cuenta las unidades de estudio definidas; dicho análisis se soporta en la escucha y la lectura, atenta y desprejuiciada, de los testimonios con el único fin de dimensionar la significación que éstos tienen para cada informante en particular; a fin de cuentas lo que este método proporciona a la investigación es la posibilidad de esclarecer la posición de un sujeto a partir de su decir.

A continuación se presenta la reflexión obtenida del tema de la comunicación, como uno de los productos del resultado final.

2. Resultado

A la sombra del otro

Un hallazgo significativo en el proceso de recolección de la información está referido a una serie de dificultades que emergen en la interacción entre el moribundo y los otros; estas dificultades se evidencian, significativamente, en el modo cómo se transforma la comunicación y las dimensiones que ésta introduce en los vínculos que caracterizan la interrelación humana. En el contexto de esta investigación, el término “los otros” representa un número indeterminado de sujetos que sostienen algún nexo específico con el enfermo y para quienes, de un modo u otro, la situación de éste los perturba afectivamente; el grupo familiar, personas muy próximas, vecinos, compañeros de estudio, y/o de trabajo, entre otros, comienzan a participar, directa o indirectamente, en la experiencia del enfermo que se enfrenta a la inminencia de su propia muerte. Como personajes nuevos en la vida de éste, aparecen aquellos seres a quienes se les ha encargado su asistencia, la mayoría de los cuales está representado en el personal de salud u oficiantes de algún credo religioso o de otras prácticas como la homeopatía, las curas milagrosas.

En su texto *Nuestra actitud ante la muerte*, Freud sostiene la tesis de que “nadie cree en su propia muerte, o, lo que viene a ser lo mismo, en el inconsciente cada uno está convencido de su inmortalidad” (1979: 290). En el análisis de los datos se pudo colegir que esa imposibilidad de representación de la propia muerte, caracterís-

3 El equipo de cuidado paliativo estaba integrado por un médico especialista en dolor y cuidado paliativo, una enfermera oncóloga, una trabajadora social y un psicólogo. Estos profesionales se convirtieron, a su vez, en porteros, en la medida que sirvieron como informantes extra para deliberar sobre algunos de los productos hallados.



tica de la vida inconsciente, favorece la aparición de actitudes y sentimientos en el sujeto enfermo que condicionan su existencia y la relación sostenida con sus congéneres. Pero es esta creencia en la propia inmortalidad la que se ve fraguada en el enfermo, cuando comienza a entender que su existencia es finita por la amenaza real de una enfermedad mortal. La inminencia de la muerte propia lo coloca en una posición distinta a la de aquel que hace las veces de espectador, pues al fin y al cabo es su propia existencia la que está en entredicho.

Saber que se está próximo a morir es diferente a saber que alguien, el otro, está próximo a morir. Si bien ambos están ligados por una situación que los afecta, la experiencia de uno y otro es divergente, en la medida en que se gesta una relación entre un sujeto enfrentado a su propia muerte y otro que continúa ligado a la vida. Al respecto Alcira Alizade argumenta "...herido en su imagen visible el 'por morir' ocupa un lugar de exclusión en relación al grupo de los no enfermos o no amenazados" (Alizade, 1996: 127). Esta divergencia subjetiva resultante del saber de la muerte, en forma anticipada, es la mayor fuente de la que emanan diversas reacciones psíquicas que dificultan la expresión del sufrimiento y por ende, la convivencia y el acompañamiento. Otros hechos que alimentan estas dificultades son: el tipo de vínculos establecidos, la manipulación de la información diagnóstica, la singularidad subjetiva y la duración del proceso.

Un acto reiterativo del enfermo que apareció con frecuencia en las entrevistas, es el del aislamiento. Manifiesto de muchas maneras, el aislamiento es un modo de proteger de los otros, la intimidad acerca de la condición de enfermo crónico, de moribundo. La suspensión de la vida social, laboral, académica, el encierro en casa o en la habitación, la renuncia a hablar del hecho, fueron, entre otras, las reacciones que expresan los informantes, luego de ser notificado el diagnóstico. Cuando Jael se enteró de que estaba enferma de Cáncer, expresó: "*se me vino el mundo encima, yo salí como una loca para mi casa, pero me calmé en el camino, porque ni mis hijos, ni nadie, podían darse cuenta de que yo tengo eso*"; en adelante adoptó un mutismo implacable, sentía rabia cuando le hablaban, no permitía ser visitada, no pasaba al teléfono, asistía sola a recibir el tratamiento y esperaba a quedarse sola en casa para llorar su "desventura". Argumenta que a lo largo de su vida ha manejado sola sus problemas, "*qué me gano yo con que todos sepan lo que estoy viviendo; ni quiero hacer sufrir a nadie, ni quiero que me tengan lástima*". Esta razón es la que proporciona un sentido a su decisión de aislarse de los otros. En la escritura de Solschenisyn se encuentra el siguiente fragmento,

... Sin estar aún muerta se veía obligada a abandonarlo todo: a su marido, a su hijo, a su hija, a su nieto y su trabajo (...) En un solo día debía renunciar a cuanto representaba su vida y, en adelante, convertida en demudada y cetrina sombra, se atormentaría sin saber, durante un plazo prolongado, si todo ello culminaría con su muerte o con el retorno a la vida (Solschenisyn, 1973: 515).

“...Pero es la creencia en la propia inmortalidad la que se ve fraguada en el enfermo, cuando comienza a entender que su existencia es finita por la amenaza real de una enfermedad mortal...”

Varias situaciones semejantes aportan elementos para considerar que el acto del aislamiento, sobreviene como un intento de anular la posibilidad de mencionar su situación, si hay algo de lo que no quieren hablar es de la enfermedad y de su condición actual. En estos casos, es el propio enfermo el que antepone una barrera a cualquier intento de traer el tema a colación y una forma de escapar a ello es el refugio en

su hogar o en el de un familiar. Al respecto Alizade sostiene que el enfermo “no tolera la verbalización sobre la amenaza de vida. No quiere escuchar o escucharse pronunciar lo que ya sabe, evitando evocar huellas mnémicas profundamente dolorosas” (Alizade, 1996: 129), pues para muchos su condición de moribundo es humillante y difícil de comprender por quienes gozan de una buena salud; de algún modo, ingresan al reducto en el que van a parar los sujetos apartados socialmente: los mendigos, los drogadictos, los enfermos mentales, los alcohólicos, entre otros; además la sola mención de su estado de salud reactualiza en él, sensaciones displacenteras que evita experimentar.

Algunos enfermos plantean que su aislamiento comienza justo cuando conocen los resultados de las pruebas diagnósticas; otros en cambio, se repliegan sobre sí cuando ingresan en un período de cronificación de la enfermedad; podría pensarse que la misma debilidad y el deterioro corporal son causantes de dicho aislamiento, pero esto es desmentido por el hecho de que hacen un pedido expreso de no ser perturbados por nadie e incluso de falsear, a los otros, el verdadero estado de salud en el que se encuentran.

Leon Tolstoi en *La muerte de Iván Ilich* muestra cómo el enfermo al comienzo de su padecimiento hace todo lo posible por seguir apareciendo en público, como ese ser fuerte y lleno de coraje que lo ha singularizado, en aquel momento,

... los intereses profundos de Iván Ilich eran entonces la salud y la enfermedad. Cuando ante él se hablaba de muertos, de enfermos, de convalecientes y sobre todo, de una enfermedad semejante a la suya, trataba de ocultar su emoción, sin que por ello cesara de escuchar, preguntar y comparar (Tolstoi, 1983: 36).

Posteriormente el avance de la enfermedad lo llevó a confinarse por siempre en su casa, renunciando radicalmente a hablar de su condición de moribundo.

No saber la verdad de su diagnóstico es otra forma de aislamiento, al que es sometido, esta vez, por la familia y el médico tratante. El desconocimiento que vive el enfermo de su situación real por no haber sido notificado directamente

“Algunos enfermos plantean que su aislamiento comienza justo cuando conocen los resultados de las pruebas diagnósticas; otros en cambio, se repliegan sobre sí cuando ingresan en un período de cronificación de la enfermedad...”

del diagnóstico, lo sumerge en una incertidumbre que le atormenta y “mortifica”, pues aún cuando no le ha sido certificada la gravedad de su enfermedad, intuye que algo anormal le está aconteciendo; en este sentido Alizade es contundente al afirmar que,

el paciente siempre sabe en sucesivos y diversos movimientos intrapsíquicos de saber y de ‘ir sabiendo’ a medida que la enfermedad avanza. Más allá de los rótulos diagnósticos y de la lectura que de ellos se haga, siempre sabe... que está enfermo (Alizade, 1992: 932).

Este saber que “está enfermo” no siempre aparece cuando la enfermedad está en todo el proceso de desenlace, muchos son los rodeos que da el enfermo, quien amparado en sus defensas psíquicas, se resiste a confirmar su realidad. Muchos de los entrevistados, a quienes no se las había confirmado el diagnóstico de muerte inminente, evidenciaron que la verdad llegó de a poco, a través de un sinnúmero de señales provenientes del otro, intuyeron que algo andaba mal; estas señales introdujeron la sospecha de que algo se le estaba ocultando. Esta fue la experiencia de Yolima, a quien le fue cambiado el nombre de su enfermedad por la familia; a ella le resultaba muy desconcertante la actitud de todos los miembros de su familia y así lo manifestaba constantemente en las



consultas: “*Todos están muy raros, mi madre está fumando más y está más enferma, viene mucha gente a la casa y llaman todo el día, una hermana que no me hablaba hace años se le olvidó que estábamos enojadas y ahora me habla cómo si nada hubiera pasado, otra hermana se vino para acá del todo dejando a su esposo e hijos con una empleada, un sobrino ni se atreve a arrimarse después de que la hemos ido tan bien, se cuchichean entre ellos y no sé qué es lo que tanto hablan*”. A partir de esta lectura de las actitudes de los otros, el enfermo comienza a hacer conjeturas y a enterarse de lo que le está aconteciendo, sólo que en muchos casos, como el de Yolima, las esperanzas, la negación, el miedo de saber o la imposibilidad de hablar, no los mueve a interrogar directamente a sus familiares los motivos de tales comportamientos.

En varios casos la mentira se adoptó como una forma de poder seguir sosteniendo una relación

“normal” con el enfermo; la mentira, bien sea para proteger el acceso al diagnóstico, para reforzar la negación del enfermo, o para no empeorar su condición de salud, se convierte en el único medio de comunicación posible para con él. Esta mentira se sustenta, en la mayoría de los casos, en el hecho de que él no se da cuenta y que es piadosa en tanto se está haciendo por motivos de compasión. En tal actitud benefactora, por parte de sus seres cercanos, se soslaya el hecho de que los indicios, los actos, el silencio son otras maneras de expresar lo que acontece en el alma y que propiamente en ellos hay algo que se dice sin querer hacerlo, así nos lo corrobora Manzini “¡Siempre estamos comunicándonos! Aunque creamos que no; que podemos con nuestras palabras contradecir nuestros gestos y actitudes o aún, que somos capaces de no comunicar lo que no queremos” (Manzini, 1997: 75).

Para el caso de proteger al enfermo del acceso a la información ya han aparecido algunos testimonios que señalan diversas formas de mentira, implementadas por la familia para mantenerlo alejado de la verdad. Cuando se trata de reforzar la negación aparecen otras maneras, como la desvalorización del diagnóstico, por ejemplo restándole importancia a éste, consolando al enfermo y motivándolo a que sea positivo para que se restablezca. Confirmado el diagnóstico de Alcides, su esposa adopta la actitud de recordarle a él lo fuerte y sano que ha sido siempre y a decirle que su enfermedad es debido a sus nervios, “*ella me da fortaleza, me pide que sea positivo, que no me preocupe para que salga rápido de todo esto*”.

En el texto de Simone de Beauvoir *Una muerte muy dulce*, en el que ella relata la experiencia de su madre moribunda, se expone con harta claridad los artificios de los que se vale un familiar para mantener la negación del enfermo; su madre es internada en una clínica por una fractura en el cuello del fémur producto de una caída, su condición de salud empeora día a día, la evaluación médica dictamina cáncer en el intestino, que es imposible de curar por su avanzada evolución, se le practica una cirugía para extraerle el tumor, narra la escritora: “Nos preguntamos qué diríamos a mamá cuando se despertara. Era muy simple: la Radiografía había indicado que tenía una peritonitis” (De Beauvoir, 1971: 33). Con este dato la enferma sigue aferrándose a la idea de que pronto sanará y para afirmarla en ello sus hijas dan comienzo “a la traición” recreándole con planes para el futuro:

... durante todo el día aturdimos a mamá con proyectos, ella escuchaba con los ojos cerrados. Mi hermana y su marido acababan de comprar una vieja granja

“En el texto de Simone de Beauvoir Una muerte muy dulce, en el que ella relata la experiencia de su madre moribunda, se expone con harta claridad los artificios de los que se vale un familiar para mantener la negación del enfermo...”

en Alsacia. Que iban a hacer acondicionar. Mamá ocuparía allí una habitación grande, independiente, donde terminaría de restablecerse (51).

Confiado y confinado a la buena voluntad de sus parientes, el enfermo se enfrenta a su enfermedad con la esperanza que aquellos intentan mantener a través de la mentira.

Una actitud de antigua data y que defiende la mentira como un acto de compasión, es aquella que sostiene que si al enfermo se le dice o se le recuerda su padecimiento empeorará su condición, llevándolo a una muerte más pronta. Este argumento es de mucho peso entre familiares e incluso personal de salud; se ingresa en lo que en cuidados paliativos se ha convenido en llamar “la conspiración del silencio”, un silencio que no está referido, exclusivamente, al hecho de no emitir palabra alguna, sino además de no mencionar nada que permita sospechar o evocar la llegada de la muerte. Algo muy peculiar que aparece con esta conspiración silenciosa se registra en el hecho de no dar ninguna mala noticia al enfermo que pueda ocasionar sufrimiento y aligerarle el final. Un testimonio sin igual, por lo extremo, es el que aporta Julio Cortázar en su cuento *La salud de los enfermos*, en el que a una anciana moribunda se le ocultan eventos

que serían demasiado dolorosos, que supone su familia ella no los soportaría, pues se trataba de la muerte de uno de sus hijos en un accidente y de una hermana que vivía en casa; el texto es rico en mostrar hasta dónde se puede fabular la realidad con el único fin de no acelerar la muerte de un ser amado.

Por más que se intente disfrazar la realidad con la mentira, el enfermo capta, con el tiempo, ese intento de los otros de velarle su situación, trayendo en ocasiones una gran frustración por haber sido engañados; hubo quienes, incluso, comentaron que su reacción fue muy fuerte contra aquellos que le habían engañado y otros en cambio siguieron con el juego que sus propios le proponían jugar. En el texto sobre la experiencia de Iván Ilich aparece cómo “... el mayor sufrimiento de Iván Ilich era la mentira, aquella mentira adoptada por todos los demás, de que él no estaba enfermo, que no se moría, que le bastaba estar tranquilo y cuidarse para enseguida estar bien” (Tolstoi, 1983: 51).

Un caso contrastante de este hecho es cuando ambos, enfermo y familia, saben la verdad, pero cada cual a su manera se esfuerza para no enterar al otro. A consulta acude una mujer joven, muy abatida porque había recibido la noticia de que su padre, Tomás, de 63 años, tenía cáncer de amígdala. Recién jubilado de la docencia, estaba muy ansioso de comenzar a viajar “*pues para eso trabajó toda su vida*”; ella no quería truncarle al padre sus sueños y decidió, en convenio con su madre, ocultarle el diagnóstico. Cada vez más enfermo y sin poder comenzar a viajar, Tomás acudió a consulta motivado por su hija; durante ésta comenzó de inmediato a hablar de su cáncer, “*a mí no me importa saber en qué punto está, ni cómo se llama, sé que tengo cáncer, porque así mismito*

“Otro asunto destacable que determina los vínculos con el otro, tiene que ver con una vivencia expresada por los enfermos con referencia a los sentimientos que le generaban los demás; uno en particular era la rabia o envidia que le producía la salud de los otros, sentían molestias por verlos tan activos, tan ágiles, tan vivos...”

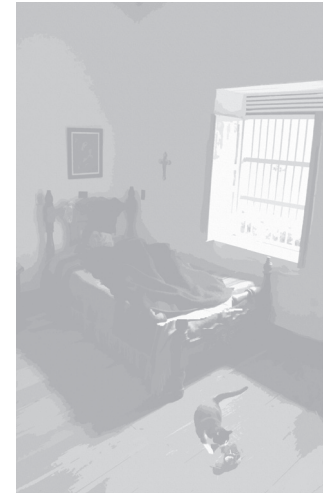
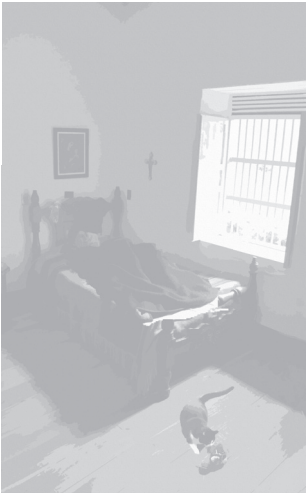
como me está pasando a mí, le pasó a mi padre que murió de eso; yo no le digo esto a esas viejas porque son muy nerviosas y ahí si no me las aguanto berriando”.

Este mentirle al enfermo sobre la inminencia de su muerte, corrobora la idea de que en la experiencia del morir aparece una línea que separa al moribundo de los otros y en este aspecto específico del que se está tratando, hace referencia a la dificultad de encontrar un canal de comunicación que privilegie la emergencia de la verdad y los sentimientos dolorosos resultantes de la vivencia; escribe De Beauvoir, “...No abandonamos a Mamá durante esa agonía que ella confundía con una convalecencia, pero sin embargo, estábamos radicalmente separados de ella” (De Beauvoir, 1971: 101). Este desencuentro en la comunicación, no puede traer otra consecuencia que reafirmar en el enfermo lo ominoso del encuentro al que se está viendo abocado a vivir.

Otro asunto destacable que determina los vínculos con el otro, tiene que ver con una vivencia expresada por los enfermos con referencia a los sentimientos que le generaban los demás; uno en particular era la rabia o envidia que le

producía la salud de los otros, sentían molestias por verlos tan activos, tan ágiles, tan vivos. Leonardo, de 36 años, estaba enfrentándose a un proceso fatal por cáncer de recto, pasaba la mayor parte del tiempo en casa de su madre, pues *“me molesta sobremanera ver a mi esposa limpie que limpie, no se queda quieta ni un minuto y diario lo mismo; yo me pongo a verla y me va cogiendo una rabiecita que mejor salgo y me voy; por la noche cuando llego la encuentro toda organizada y bonita y me da tanta rabia que me burlo de la pobre, como para calmarme”*. Tolstoi expresa en su texto, “la salud, la fuerza y el valor de ajenos humillaban a Iván Ilich” (Tolstoi, 1983: 50).

Ocurre con frecuencia en las consultas que los enfermos incriminen al terapeuta diciéndole que por su estado rebozante de salud no puede comprender lo que les está pasando, hacen referencia específica al hecho de que *«una cosa es hablar desde la salud y la vida y otra es tener la muerte pegada a la espalda como yo»*, decía Clara en una de las consultas. Para algunos, la exagerada atención que desean brindarle los demás les ofende, pues los hace sentirse dependientes, incapaces y más enfermos. Paula, una joven de 15 años, afectada por un osteosarcoma muy avanzado acude a la consulta interdisciplinaria con sus padres y allí les hace saber que su agresividad para con ellos es debido a que *«me hacen sentir como inválida, me quieren hacer comer así no quiera, nunca me dejan sola, no me dejan ir a estudiar, pero claro, como ustedes no son los enfermos, no tienen que soportarse todo eso»*, de lo que Alizade argumenta “en el otro sano que lo visita o lo acompaña se juega la tensión de agresividad con la imagen del semejante a quien quisiera arrebatarse el trofeo ahora máspreciado: la salud” (Alizade, 1992: 934).



Algo que pocos logran decir es el hecho de tener que abandonar todo pudor y entregar su cuerpo al cuidado de los otros; cuando esto sucede en centros hospitalarios el enfermo dice vivenciarlo como parte del proceso de tratamiento al que se debe someter, pero otra cosa bien distinta ocurre cuando un familiar, o alguien cercano, es quien ha de encargarse de atenderlo; el cuidado incluye desde hacerle curaciones sencillas hasta asearle, bañarle, vestirle, en algunos casos alimentarle y desplazarle; todo esto requiere de un contacto demasiado íntimo que implica cercanía, proximidad y que él, y el otro, soportan, en razón de la circunstancia que lo motiva. Teresa, de 58 años, aquejada de cáncer de hígado se ha postrado muy pronto en cama, por una inflamación dolorosa en las piernas que le impide caminar, en una sesión en su casa le confiesa al psicólogo: *“las únicas personas que me han visto desnuda son mi madre cuando yo era niña y luego mi esposo; y ahora me toca que mis hijos me estén viendo; lo peor de esta enfermedad es que yo tenga que ser bañada por otra persona, así sean mis hijas yo me avergüenzo mucho”*. Paradójicamente el cuerpo, su exterioridad, se expone en toda

su desnudez e intimidad, mientras la palabra, que es el puente que nos vincula con el otro, enmudece y se oculta.

La experiencia de una enferma de 82 años con cáncer de pulmón ilustra otra dificultad en la comunicación que tiene que ver con lo que se escucha y desde dónde se escucha. Rita se conserva con vida, en su cama, a través de un tanque de oxígeno, pasa mucho tiempo despierta con la mirada completamente fija en un mismo punto y hace dos meses había renunciado a hablar; su hija solicita ayuda para que *“ella hable y nos diga al menos lo más mínimo, si quiere comer, si se quiere sentar, si está cansada; yo sé que ella está sufriendo por dentro y no nos quiere decir”*; la anciana mujer mantuvo, aún ante *“los doctores que vienen a ayudarle”*, su actitud silenciosa y su mirada, que aparte de estar muy fija, reflejaba terror, era una mirada que aun puesta en uno, lo atravesaba. No aceptó volver a ver a *“los amables doctores que vinieron hasta aquí sólo para ayudarte”*. En una ocasión su hija la notó muy inquieta mientras la estaba bañando y le preguntó qué le pasaba; su madre le dijo: *“Mija, vámonos juntas”*, a lo que su hija respon-

dió: “pero mamá para dónde nos vamos a ir, con usted así tan enfermita, espere a que se alivie y la saco a andar”. Es evidente que el que allí escucha, es aquel que no quiere saber nada de la muerte, en este caso de la madre, y por ende, incluso, se sostiene persistiendo en la mentira. Y como este caso son muchos los otros, en los que el enfermo desea comunicar algo que el otro, o no comprende, o lo rechaza por insoportable.

Los lazos que comprometen al doliente con el moribundo determinan, ostensiblemente, las reacciones frente al proceso de verlo morir, pero igualmente la muerte del otro nos devuelve, de algún modo, el hecho de que también nosotros podemos desaparecer; surge allí una proyección que proviene de la condición moribunda del otro y que se aloja en el psiquismo, en forma inconsciente, pero manifestándose a través de una serie de comportamientos para con él, que expresan todo aquello que se moviliza internamente, cuando se está ante el moribundo o el muerto; Norbert Elías lo propone como un problema de nuestra época señalando:

...un problema general de nuestro tiempo: la incapacidad de ofrecer a los moribundos esa ayuda, de mostrarles ese afecto que más necesitan a la hora de despedirse de los demás; y ello precisamente porque la muerte de los otros se nos presenta como un signo premonitorio de la propia muerte. La visión de un moribundo provoca sacudidas en las defensas de la fantasía, que los hombres tienden a levantar como un muro protector contra la idea de la propia muerte. El amor a sí mismos les susurra al oído que son inmortales. Y un contacto demasiado estrecho con los que están a punto de morir amenaza este sueño desiderativo (Elías, 1989: 17-18).

Como mirándose al espejo el vivo asiste a la experiencia del que muere y es quizá por eso que, a modo de recomendación, Alizade nos dice “todo aquel que se acerca a compartir y a

escuchar al otro en sus últimos días debe estar preparado a recibir ecos de su propia muerte” (Alizade. 1992: 937).

Finalmente, es importante anotar que todos estos aspectos relacionados con las dificultades en la comunicación son más perceptibles cuando están presentes en la consulta el enfermo y su familia, pues allí se actúa lo que efectivamente se hace en sus espacios de convivencia cotidiana. Allí se escenifican todas las mentiras, la conspiración, las culpas, la compasión, el silencio, la negación..., es decir, todo aquel arsenal de argucias que le permiten a los familiares presentarse ante los otros, conmovidos en lo más profundo de su alma, pero dispuestos a poner su mejor cara ante la muerte, cualquiera que sea la máscara con la que habrán de engalanarse.

Referencias

- Alizade, A. M. (1992). Trabajando con enfermos a la hora de morir. *Revista de Psicoanálisis*, 49 (5-6), 931-943.
- Alizade, A. M. (1996). *Clínica con la muerte*. Buenos Aires, Amorrortú.
- Cortázar, J. (1971). La salud de los enfermos. *Sabajanes, sario*. Buenos Aires. Cuentos de dos Orillas, 73-89.
- De Beauvoir, S. (1971). *Una muerte muy dulce*. Buenos Aires, panamericana.
- Elías, N. (1989). *La soledad de los moribundos*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1979). *Nuestra actitud ante la muerte*. Buenos Aires, Amorrortú.
- Manzini, J. L. (1997). *Bioética Paliativa*, Cap. 2. Comunicación en cuidados paliativos. La Plata, Quirón.
- Solschenisyn, A. (1973) *Pabellón de Cáncer*. Barcelona, Aguilar.
- Tolstoi, L. (1983). *La muerte de Iván Ilich*. Medellín, Bedout.