

TRABAJOS ORIGINALES

ALGUNOS ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS DE LOS ENFERMOS CÁNCEROSOS Y CARDIOPATAS GRAVES

Apuntes para una Antropología Médica de la muerte

Prof. Dr. Julio J. Herrera*
Dr. Benigno Gutiérrez*

La presente comunicación es el resultado de un estudio psiquiátrico-psicológico, en 25 pacientes enfermos de distintos tipos de cáncer y en 10 enfermos con cardiopatías graves de diferente etiología. Todos los enfermos seleccionados pertenecen a un núcleo de pacientes considerados "graves" por los médicos tratantes y en etapas muy avanzadas de su enfermedad, con expectativas medias de vida cortas, de acuerdo a los enfoques de la medicina científico-natural. El trabajo se efectuó durante un año, utilizando para ello todo el material puesto a nuestra disposición en los Servicios de Oncología y Cardiología del Hospital General de Mendoza. Se consultaron todas las historias clínicas y efectuamos entrevistas clínico-psiquiátricas y test psicológicos proyectivos. En reuniones semanales del equipo que se constituían con psiquiatras, psicólogos, oncólogos y cardiólogos (estos últimos médicos tratantes) realizábamos una discusión y una primera elaboración del material que recogíamos. Los pacientes pertenecían, en su mayoría, a ese hospital general, y algunos —los menos— eran asistidos en consulta privada. Todos formaban parte de la clase media y media baja, y sus edades oscilaban entre 18 y 73 años.

La relación médico-paciente se manejó con intención terapéutica, explicándoseles además a cada paciente, que la presencia de los psiquiatras y psicólogos tenía, como objeto complementario, un estudio coadyuvante del tratamiento oncológico y cardiológico. Obtenida la aceptación de los pacientes —tarea que demandaba a veces un tiempo prudencial, y que era realizada por el psiquiatra— se procedía a la incorporación del equipo de estudio.

Trabajamos, en lo fundamental, procurando tener una actitud abiertamente receptiva, haciendo el esfuerzo de no ajustarla a ningún tipo de supuestos teóricos. Esta conducta nos permitió también, como luego trataremos de ir mostrando, observar los fenómenos en su estado más puro posible y lograr, a través suyo, la aparición del "hombre enfermo", del vínculo que se establecía entre él y su enfermedad, de los diversos significados que la enfermedad pudiera tener, del carácter de gravedad con que viviera su padecimiento, y de la posibilidad de pensar que podría enfrentarse con la muerte, entre otros aspectos.

Fácil es advertir cuánta era nuestra preocupación por poner en evidencia algunos de los complejos modos en que ese ser personal reaccionaba ante tales circunstancias; pero nuestra atención fundamental estaba dirigida a percibir, desde una perspectiva total y principalmente antropológica, la respuesta del enfermo *in toto* frente a su propia y posible muerte.

Comenzaremos por efectuar algunas descripciones previas que nos irán introduciendo paulatinamente y de un modo progresivo a describir distintos aspectos, algunos de los cuales cobran características de verdaderos "momentos" en el transcurso de estas dos enfermedades graves que desembocan —muchas veces— en la muerte.

La palabra "cáncer" o "enfermedad cardíaca grave" —como ya ha sido señalado por numerosísimos autores^(3, 5, 7, 9, 10, 12, 14, 24, 25, 26, 27)— conlleva, como del brazo, casi siempre, la idea de muerte anticipada, de sufrimiento sin esperanza, quedando el enfermo con la sensación de un futuro incierto que se cierne, vivenciando en numerosas ocasiones, como algo maligno, secundario; o un castigo o persecución del destino, con una vivencia muy particular de abandono en la que, por anticipado, se experimenta la pérdida de los vínculos existenciales, antes tal vez que la de los propios vínculos biológicos, situación ésta a la que daremos un trato especial más adelante.

En los pacientes enfermos de cáncer hemos encontrado, casi como común denominador, una vivencia en la

* Con la colaboración de los licenciados Javier Navarro y Juan Carlos Mussuto, de la Cátedra de Psiquiatría de la F.C.M. - U.N.C.

que se imbrican fuertemente el miedo y la depresión. Esto pareciera ocurrir tanto en quienes conocen el diagnóstico con certidumbre, como en aquellos otros que "parecieran" ignorarlo.^(1, 2, 4, 9, 12) Evidentemente estos últimos perciben, a través de vivencias múltiples y distinta procedencia, la presencia de que algo "grave" y de carácter amenazante les está ocurriendo. Sus malestares, de resonancia muy polimorfa, sus cambios internos —orgánicos y personales— a veces muy individuales y de difícil calificación, las diversas actitudes médicas y familiares, los cambios, muchas veces muy evidentes en toda su atmósfera de relaciones interpersonales, crean matices muy diversos, que van desde la sobreprotección a un verdadero clima catastrófico. Todos ellos forman —entre otros— núcleos de los cuales nacen y se nutren los datos que el paciente va percibiendo y le ayudan a armar, progresivamente, su propio "rompecabezas". Estos últimos datos o manifestaciones adquieren, a veces, un carácter tan sutil y variado como particular, y constituyen un espectro riquísimo que oscila entre permanentes claroscuros que se mueven desde la más íntima y no siempre nítida intuición hasta la mayor certidumbre intelectual, con respecto a la severidad de su cuadro y a la gravedad del pronóstico. Dicho de una manera más simple: pese a que como veremos inmediatamente, se va produciendo en torno al paciente un verdadero "complot de silencio", del que participan desde el médico, el personal auxiliar, la familia y los amigos, hasta el propio interesado, éste, pese a todo y a todos, va percibiendo de una manera, al principio vaga, y luego cada vez más clara, el comienzo del fin.

Precisamente esta última circunstancia lo hace ir ingresando, unas veces en forma paulatina y otras algo más bruscamente, justamente a través de este mundo de silencio y omisiones, a una soledad creciente, que hace que el miedo y la depresión adquieran matices muy diversos, uno de los cuales y tal vez el más dramático, es la sensación de estar acorralado y muy desesperado. Esta diada miedo-depresión, será una compañía omnipresente que le seguirá como la sombra al cuerpo y que poseerá una capacidad de transformación personal persistente y variada.

En apoyo de lo últimamente expresado, vamos a señalar algunas de las maneras en que se pone en evidencia lo referido. En la vigilia, algunos pacientes —tal es nuestra observación— aceptan ante sí mismos y ante los demás que están atemorizados y deprimidos; otros, por el contrario, caen en una negación que adopta, a veces, una modalidad hostil de heteroacusación indiscriminada, aún cuando ella no tenga referencia directa con la enfermedad; otros, van ingresando de una manera creciente a una cosmovisión pesimista, aparentemente "sin razón" y otros, finalmente suelen caer en una suerte de desvalorización de sí mismos que no está exenta de autoincriminación.

Si esto es lo que ocurre en la vigilia, en las ensoñaciones aparecen profundos sentimientos de desamparo, pesadillas de persecución, mutilaciones, personajes que los raptan o los llevan a otros lugares, y aun personas que se les hacen presentes y que los acompañan toda la noche sentados a su lado o parados a los pies de la cama. Es decir, que de acuerdo a nuestras observaciones clínicas, hemos constatado como un hecho bastante reiterado, en un grupo numeroso de nuestros pacientes, un núcleo persistente de miedo y depresión, que tiene como probable origen algunas de las consideraciones que hemos referido.

Por otro lado, otra vivencia de muy constante presentación en este tipo de enfermos por nosotros observados, es la de una próxima destrucción, pero no de cualquier cosa, sino de su propia vida. Suele resultar así una vivencia compleja en la que la destrucción, futura pero cercana e inevitable, va impregnando a todo el enfermo de un sentimiento de inseguridad general. Esta inseguridad, en grados y matices no conocidos anteriormente, le causan una sensación de verdadera impotencia, pues ninguno de los mecanismos de defensa parecieran ya serle útiles. Este tipo de inseguridad que va sacudiendo todos los ámbitos de su vida personal y que va penetrando hasta los resquicios más íntimos, compromete todo lo realizado hasta ese momento, como estructura psíquica, mundo de valores, apoyos económicos, ideas políticas e, inclusive, a veces, hasta las propias posturas religiosas.

Pero, es que también desde su misma biología, el paciente va siendo advertido y alertado de una nueva realidad que es su progresiva "desvitalización". Concomitantemente se produce la vivencia de esa pérdida de vitalidad que también tiene su traducción en un nuevo sentimiento depresivo, con matices particulares que agregan más colorido a su depresión anterior. Llamamos "desvitalización", fundamentalmente, a la pérdida, muchas veces gradual, otras un poco más súbita, de un soporte de energía vital que antes poseían. Al ir desapareciendo ésta, se incrementa, desde lo biológico, la seguridad, la creciente sensación de fragilidad y el convencimiento íntimo de no poder enfrentar el mundo con la fuerza y el vigor que antes poseían. Secundariamente aparece la angustia y la sensación de zozobra inevitable. Es decir, que estas enfermedades graves que lo colocan, de alguna manera, frente al riesgo de morir, comienzan afectando seriamente la vitalidad —desde la perspectiva biológica— y la vivenciación de este fenómeno, primero indefinido, difuso y casi abstracto, que se va manifestando luego en la esfera de la corporalidad, en que lo personal ocupa un lugar destacado, manifestándose cada vez más como una acentuación de la depresión que termina —como luego veremos— en una verdadera resignación.

Todas estas connotaciones contribuyen a que estas patologías, como la enfermedad humana en general, aun cuando pueda ser localizada, siempre adquiera un carácter de globalidad y de generalidad en que lo biológico y lo personal, se comprometan casi por igual. Lo "general" resulta así mucho más importante que lo "localizado". Lo que ocurre es que en los comienzos suele ser visto como algo "vago" o "subjetivo", ya que algunos pacientes están como "rumiando" el tema de la muerte y aparecen, a los ojos de los observadores no muy profundos, como si fueran verdaderos hipocondríacos. Lo que nos interesa señalar es que ya desde los comienzos se suele dar, por estar comprometida la vitalidad, un verdadero estado depresivo que se traduce luego en más miedo y angustia, que no puede ser bien formulado por el relato del paciente.

Si resumiéramos estos estados iniciales de miedo-depresión y luego de depresión-resignación, observaríamos que sobre ellos se va constituyendo una verdadera plataforma emocional sobre la que se va apoyando, de manera creciente con el transcurso de la enfermedad, una situación que es el resultado de la concurrencia tanto de factores biológicos, como psicológicos, culturales, familiares, institucionales, médicos, etc., todos ellos configurando un carácter antropológico específico, que se imbrican apretadamente y que tendrán que ser desbrozados para pensar

en las posibilidades terapéuticas que serán también, variables de acuerdo a la participación y a la predominancia e integración de cada uno de ellos.

Señaladas estas alteraciones que hemos descripto brevemente, vamos a pasar a ocuparnos de algunos otros aspectos que nos parecen características merecedoras, también, de una consideración especial, algunas de las cuales tienen vinculación directa con las características que inicialmente hemos descripto. Veremos así —entre otras—: 1) la respuesta personal frente al compromiso del estado general; 2) la incomunicación; 3) la pérdida del valor de sí mismo; 4) la desvinculación existencial; 5) la creación de hiperdependencia; 6) la enfermedad como vivencia agresiva; 7) el cuerpo y la corporalidad como alteración de la relación consigo mismo; 8) el modo de ser previo a la enfermedad; 9) el descubrimiento del otro; 10) la correlación con otras observaciones; características todas que hemos observado en estos pacientes de manera bastante constante y que contribuyen a crear un perfil particular que favorecerá la comprensión de estos enfermos y, que, naturalmente, tendrán que invitarnos a seguir profundizando en ellos y a valorarlos para su posterior enfoque terapéutico.

1. Respuesta personal frente al compromiso del estado general

La respuesta personal del paciente, sobre todo canceroso, es bastante diferente según los períodos críticos en los que el enfermo se encuentra.^(9, 10, 11, 12, 13, 17, 19) Nos vamos a referir aquí, fundamentalmente, a los momentos en los que el compromiso del estado general es grande y corresponde a los tramos casi finales en los que hemos efectuado especialmente nuestras observaciones.

Como habíamos anticipado antes, la progresión de la enfermedad, y los tratamientos concomitantes, van creando una suerte de desvitalización que marcha del brazo con un compromiso gradual del estado general y que se acusa de maneras muy distintas. En este momento evolutivo, el paciente canceroso tiene una evidencia bastante clara de la gravedad de su diagnóstico y pronóstico, por múltiples razones, entre las que hay que destacar el progresivo avance de su enfermedad, con los diferentes síntomas que le acompañan, las diversas terapéuticas efectuadas (mutilantes, radiantes y finalmente quimioterápicas), los médicos tratantes (especialmente oncólogos), los servicios donde ha sido internado (casi siempre oncológicos), las actitudes del personal, de la familia y muchas veces la de los propios médicos, que antes calificamos como de verdadero "complot de silencio". Todo esto hace que vaya apareciendo en el horizonte de su conciencia, de una manera cada vez más clara, la posibilidad cercana de su propia muerte. Aunque la respuesta aquí es bastante individual y mucho tiene que ver con la biografía personal del paciente, que le otorga una impronta muy variada a la posibilidad de respuesta, hemos observado, casi como una constante, que mientras avanza la enfermedad va acompañándose ésta, de una actitud de depresión y tristeza, que del miedo pasa a una verdadera resignación. La etapa inicial miedo-depresión se transforma, entonces, en "depresión-resignación", predominando en esta última fase una suerte de retiro o apartamiento de la lucha para tratar de encontrar soporte o sostén para lo que queda de su vida. Es este el momento en que el enfermo aparece hasta como privado de la más elemental energía vital, como para poner en juego mecanismos psicológicos de defensa, situación que lo hace aparecer ya como no dispuesto a colaborar en su recuperación. Podría también interpretarse esto como el comienzo del abandono y la entrega.

2. Incomunicación

La vivencia de incomunicación, en nuestros enfermos, es una de las más constantes, entre aquellos que se sienten enfrentados con la muerte, o con la idea de ella, de un modo anticipado. No sabemos si ocurrirá con aquellos otros que se ven de cara ante la muerte bruscamente.

Los vínculos de la relación médico-paciente y los del enfermo consigo mismo suelen ser los más perturbados. La presencia de la posible muerte crea una verdadera ansiedad que toma formas, a veces, de ansiedad expectante, no sólo en el paciente sino en todo su entorno.

Esta ansiedad bloquea, muchas veces, la toma de conciencia de la propia enfermedad y la aceptación de la misma. El bloqueo de la comunicación, por la ansiedad, afecta a todos de manera tal que se va constituyendo un temor a hablar claro, tendiendo a eludir el tema con evasivas y a carecer de precisiones. Esta situación es, entre otras, la que hace apelar a los falsos diagnósticos, por suponer que ellos contribuyen a mejorar la ayuda que se pueda proporcionar.^(16, 17, 18, 23)

En este sentido algunos pacientes manifiestan, incluso explícitamente, que prefieren que no se les mencione ningún diagnóstico, pues esto les permite "vivir con esperanzas". Fácil es comprender que esto último es sólo un modo de ocultar lo que intuyen y lo único que logran es quedar todavía más solos con su problemática, creando un fantasma aún mayor, que les va incrementando cada vez más esa característica ansiosa que termina modelándose como una verdadera "estructura" ansiosa. Este sumirse en un silencio difícil —cuando no imposible— los aturde y les dificulta cada vez más la relación con el médico. De allí que resulte verdaderamente difícil dialogar con estos enfermos que casi monologan, sin escuchar a nadie ni nada.

Cuando la relación médico-paciente se prolonga en estas condiciones, habitualmente los distintos médicos que intervienen en el tratamiento van adoptando una modalidad similar, y con ello aparece un nuevo hecho que perturba aún más la relación con el enfermo, y es la de que nadie asume al paciente enteramente como "propio" como deberían hacerlo. Ocurre así, por ejemplo, que quien efectuó el acto quirúrgico considera concluido con ello su tarea y deriva al paciente a otro especialista, quien, en su momento, efectúa los tratamientos radiantes repitiendo la actitud anterior. De ese modo hasta el final se va estableciendo una cadena en la que el quimioterapeuta es el último,

quien termina reiterando la misma actitud, con la particularidad de que como ya no tiene a quien derivar al paciente, se va él mismo cargando con una ansiedad —siendo ésta, entre otras, una de las razones más importantes— que van dificultando, como lo habíamos señalado antes, hasta concluir bloqueando la relación médico-enfermo. Por este camino aparece el fracaso de ese vínculo fundamental que es, en definitiva, la falta de éxito instrumental de la metodología científico-natural, ya que se ha terminado personalizando la enfermedad y despersonalizado al enfermo, perdiéndose así el significado de la enfermedad en la vida, las raíces profundas de la condición humana sufriente y con ello facilitándose el fundamento de la extinción de la relación médico-paciente. Es que aun en las más graves y terminales condiciones, es el sujeto en su dimensión personal, y la forma en que padece esa estructura en su mundo de significación, lo que vale y da soporte a la relación médico-paciente. Debemos así, pues, no confundir y tener bien presente que la relación médico-enfermo es, en definitiva, un modo tanto técnico como particularmente humano en el tratamiento de la persona, y no una excusa técnico-científica para llegar sólo al síntoma. Por eso nuestra adhesión a la concepción de aquellos que, como Pedro Laín, afirman que la relación médico-paciente no es otra cosa, en definitiva, que un modo particular de una relación interhumana; particular en tanto y en cuanto los participantes de esa relación son, por un lado, un ser menesteroso, necesitado de ayuda, que acude a otro que sabe y está habilitado y entrenado para hacerlo; pero que ambos tienen en común su condición de hombre que exige, sobre todo de parte del médico, un trato igualitario, "proximal" y personal.

3. Pérdida del valor de sí mismo

La enfermedad que amenaza el cuerpo y la vida del enfermo hace aparecer, casi simultáneamente, una vivencia de desvalorización de lo propio, incluyendo sus metas y produciendo una extinción del proyecto existencial. Este agotamiento de la existencia individual y del proyecto de vida que nace no sólo en la desvitalización de lo corporal, como ya hemos visto, sino que se extiende y abarca a todo lo personal, tiene una traducción psicológica que lleva a la desvalorización de sí mismo y que se acompaña, también, de una verdadera pérdida de la autocrítica, en muchos aspectos.

Hemos visto, por ejemplo, como algunos pacientes adoptan una conducta de entrega "demasiado generosa" a los demás, como ocurre especialmente con aquellos que efectúan ayudas desmesuradas a sus hijos. Creen así que están pagando viejas deudas contraídas por la falta de generosidad previa. En el fondo de ese sentimiento hemos encontrado también el convencimiento de que su proyecto vital estuvo desvirtuado por una búsqueda excesiva en sus metas personales, en detrimento de aquellas que le rodeaban y a quienes "olvidaron".

Por este camino sienten —aunque no firmemente— que se calman sus temores a la soledad y el abandono, y tratan, al mismo tiempo, de compensar el aislamiento que se va produciendo.

4. Desvinculación existencial

La enfermedad mortal genera también una evidente pérdida de los vínculos existenciales, más fuerte, poderosa y aun previa, que la de los propios vínculos biológicos. Los pacientes perciben así que quienes empiezan a desaparecer de su mundo son todos aquellos seres fundamentalmente cercanos a sus afectos (padres, hijos, cónyuges, amigos); pero que esa desaparición, más que la desaparición corporal o biológica es una desaparición de su propia existencia, en la que los "otros" se van borrando hasta terminar desapareciendo de su propio camino de vínculos existenciales.

No es el cuerpo del otro, como cosa o como objeto biológico, el que amenaza desaparecer; es el "otro" como persona el que va extinguiéndose en su horizonte existencial. Es precisamente esa dimensión personal del otro la que se teme perder, porque al final de cuentas para el que se va muriendo, se va perdiendo el "mundo" en el que los otros, como personas, tienen vigencia. (16, 21, 28)

La integración, es una suerte de etapas no siempre cronológicamente sucesivas, pero sí de aparición más o menos constante, nos hacen señalar que ésta, la de la pérdida de los vínculos existenciales, es una de las más llamativas dentro de las que hemos encontrado y que no la hemos visto en ninguno de los trabajos consultados. De allí que merezca la pena insistir un poco más en ella, mostrando fácilmente las reiteradas observaciones que hemos realizado. Si procuráramos traducirlo de una manera muy sintética podríamos, un poco por analogía, decir que el enfermo muy grave y moribundo "vive" por anticipado su propio duelo, aunque de una manera original. No está aún muerto biológicamente, pero sí hay un proyecto existencial que está muriendo, hay un horizonte que se cierra y se anticipa a la propia muerte biológica. Es que la vida sin proyecto es como empezar a sufrir una conciencia de desvinculación con los demás a partir de uno mismo, más que a partir de los otros. Es como sentir que hay algo dentro de uno mismo que, aun ante su propio pesar, lo desliga. Es como si el yo asistiera a este acontecimiento personal como un espectador impotente, desalentado y, a veces, desesperado. Precisamente en orden a esto, hay que recordar que no hay proyecto de vida en condiciones normales en el que no se cuente consigo mismo y con los demás, mientras que aquí el enfermo empieza a percibir que ya no cuenta consigo mismo y, que con los demás, los vínculos se aflojan y se empiezan a perder. Es precisamente en ese momento, en que el enfermo, por una suerte de razones muy diversas, que tienen siempre que ver con su biografía individual, trata de aferrarse a las personas y aun a las cosas con las que había constituido una urdiembre de vínculos existenciales, pero en lo que fracasa o no tiene la eficacia de antes para aportar el fenómeno creativo, que es darle sentido a la existencia. Todo esto hace que vaya aumentando el sentimiento depresivo cada vez más, para ir cayendo en un nuevo momento en el que termina por entregarse "irremisiblemente" al "destino" o a Dios, apareciendo muchas veces una religiosidad desconocida, como el último soporte de una vida que se escapa.

5. La creación de hiperdependencias

Otra de las comprobaciones clínicas con las que más nos hemos encontrado en el grupo de enfermos con los que trabajamos es la que podríamos denominar como "momentos de idealización de la figura del médico". Este período no tiene una ubicación cronológica precisa dentro del cuadro evolutivo de la enfermedad, pero podríamos, en principio, señalar que se encuentra entremezclado, o al comienzo del período *miedo-depresión*. Se trata, en esencia, de considerar al médico como un ser "omnipotente", que todo lo cura; posturas idénticas se desarrollan sobre la aparatología que él maneja. Caen así en una consideración mágica de las prácticas e instrumentos científicos utilizados por el médico y aparece de esta manera una dependencia tenaz dentro de un marco mágico que se le adjudica a todo lo científico.

Seguramente esta actitud es tanto de defensa contra el *miedo-depresión* como una necesidad de afirmarse en la terapéutica y, a su través, en la vida. Sabido es que toda relación médico-paciente lleva implícita un cierto grado de dependencia del enfermo con su médico, pues como ser menesteroso tiene necesidad de confiar en quien posee la posibilidad de retribuirle la salud. Aquí, sin embargo, esa relación de dependencia cobra características particulares intensas que exceden, en general, las de la relación habitual médico-paciente, que acentúan progresivamente ese carácter mágico, como una verdadera necesidad a la que estamos haciendo referencia.

Esa dependencia desmedida la presentan también con las instituciones de las que creen obtendrán alguna cura, de manera, pues, que médico, aparatología e institución, pasan a formar parte de una suerte de "encantamiento" a los que le adjudican el "poder" de restituirles la salud.

Esta característica que estamos señalando atraviesa, simultáneamente, por momentos constantes, ya que el paciente no mantiene una solidaridad y adhesión, muchas veces, con un solo médico. Por el contrario se inicia, en no pocas oportunidades, un verdadero peregrinaje por diversos "curadores", científicos o no, en los que se ve claro ese desborde de esperanza mágica.

Concomitantemente y para que el contraste sea aún más evidente, aparece, por momentos, una estructura más racional, más intelectiva y también más racionalizada, que les permite tener una imagen de adultez que les posibilita aceptar la gravedad de la enfermedad, la seriedad del pronóstico, buscando métodos y explicaciones más "intelectuales" y científicas. Se produce así una superposición con la simultánea actuación de los dos mundos, el mágico y el lógico, con todas sus posibles e intrincadas relaciones que tienen características individuales, muy vinculadas con la propia biografía personal de cada enfermo.

Simultáneamente, en esta búsqueda casi sobredimensionada de posibilidades, y procurando mantener una esperanza que surge también como necesidad personal muy desde adentro, hemos encontrado la aparición de un intento de prolongarse en sus propios hijos, depositando precisamente en ellos sus propias expectativas de vida. Es como si trataran de injertar el propio proyecto existencial en un ser sano, muy cercano a sus afectos, capaz de llevarlo a cabo.

6. La enfermedad como vivencia agresiva

Esta vivencia agresiva de la enfermedad es otro "momento" que aparece y reaparece a lo largo del proceso evolutivo de estas dos enfermedades crónicas que hemos analizado. Podríamos, de una manera muy sintética, decir que los enfermos se sienten primero agredidos por la enfermedad; pero esta percepción objetivada en la enfermedad va, en un segundo momento, paulatinamente buscando un camino hacia la personalización de lo que comenzó como una agresión objetivante de la patología. Esta mutación desde la enfermedad va virando progresivamente al médico, y con él, a los tratamientos que se usaron en muchos momentos de su proceso terapéutico. Expresiones tales como "casi me mataron", "si no fuera porque dejé, ya estaría muerto", "me hicieron dosis para animales", entre otras, trasuntan claramente esta actitud que estamos señalando. Es como si tuvieran necesidad de crear un enemigo externo que, cuando lo obtienen, pasa a transformarse en la víctima propiciatoria.

La agresión de la enfermedad y con ella luego la del terapeuta, están fuera de su propia persona, pero lo llamativo en todo esto es la connotación tácita, que toma luego formas muy claras de otorgarle "la intención" de los otros para con él.

Se configura, de esta manera, una conducta de ansiedad hostil, que pasa a ser un factor determinante que complejiza, de un modo muy manifiesto, la relación médico-paciente. Sucede así que el paciente, muchas veces, no desea ser agresivo con sus médicos tratantes, pero no obstante no puede evitarlo. Es que el enfermo se va impregnando de una modalidad ambivalente por su ansiedad y hostilidad y esta conducta termina, frecuentemente, por contagiársela al propio médico. Así vemos como ambos se buscan, procuran ayudar y ser ayudados y al mismo tiempo se rechazan, sin saber por qué.

Surgen, de este modo, dos grandes y opuestas actitudes médicas frente al diagnóstico, al enfermo y a la familia. En una el médico, casi fríamente, le refiere de un modo técnico al paciente todo su conocimiento diagnóstico, sus posibilidades terapéuticas y la gravedad del pronóstico, sin reservas y a veces sin cuidado de ninguna naturaleza. En la otra, en cambio, le oculta todo al paciente y a los familiares y, cuando se lo comunica, lo hace muy tardíamente. (12, 13, 14, 15, 16)

La primera postura hace que la relación médico-paciente se torne más "instrumental" y el médico "deposita" en el paciente el peso mayor de las responsabilidades. El paciente, a través de su enfermedad, se objetiva cada vez más y, por este camino, está más distante en cuanto persona y casi sin derecho de quejas, apareciendo así el rezongo solapado y acentuando los reproches culpabilizantes que realiza, fundamentalmente fuera del acto médico.

La segunda postura que toma el médico alberga ese espíritu de conservar la calidez en la relación médico-paciente, pero paulatinamente se va socavando, y de una manera importante, por la petición agresiva de soluciones por parte del paciente, que quedan negadas por la progresividad de la enfermedad. Al prolongarse esta situación se facilita con ella un desprendimiento agresivo de la relación médico-paciente.

Como se comprenderá, estos hechos deben ser bien conocidos por el médico para lograr una relación terapéutica creativa y provechosa. Es indudable que lo fundamental es comprender que la relación médico-enfermo es, imprescindiblemente, una relación personalizada y cuando eso se tiene claro y se logra, es posible ir ahondando gradualmente en el conocimiento sincero de los hechos que han aparecido así con una naturalidad mayor, viéndose facilitado por ese tipo específico de relación interhumana que debe estar permanentemente equilibrando la relación objetivamente que de la enfermedad se pueda tener. Esta estructura de significado particular que es la relación médico-enfermo, como modo específico de relación interhumana, facilita sobre todo en este tipo de enfermos la prolongación de una buena relación terapéutica.

Por otro lado, también para controlar este poderosísimo factor destructor de la relación médico-paciente, el médico también debe ser capaz de tomar conciencia de sus limitaciones y las de la ciencia que maneja y de sus propios deseos de curar sin límites, porque cuando esto no ocurre, él también termina agrediendo —fundamentalmente por impotencia— al enfermo, de maneras muy distintas.

7. El cuerpo y la corporalidad como alteración de la relación consigo mismo

La enfermedad ha ido produciendo en estos enfermos un cambio, dentro suyo, fundamentalmente a partir de la "corporalidad", que entraña, de muy distintas maneras, una violencia a su vida. Cuando esto ocurre, lo corpóreo es rápidamente excedido llegando, naturalmente, al mundo personal, lo cual entraña no ya sólo una alteración del cuerpo físico sino de la "corporalidad", como presencia viva en el mundo físico del ser personal.

Seguramente para aquellos que no conocen nuestro modo de pensar se haga necesario, aunque muy brevemente, expresar las diferencias conceptuales que hacemos entre "cuerpo físico" y "corporalidad". Cuerpo físico es, para nosotros, el cuerpo en cuanto objeto de la naturaleza, al que se puede acceder a través de la metodología científico-natural. De allí que él, como tal, sea pasible de ser "tocado", "palpado", es decir, explorado, directa o indirectamente, a través de todos los procedimientos físico-químico-matemáticos o biológicos que la medicina "científico-natural" nos pone a la mano. La "corporalidad", en cambio, es no sólo ese cuerpo físico sino la "condición de posibilidad" en que el ser personal, psíquico-espiritual y social se expresa en el mundo físico. La corporalidad, en consecuencia, excede al cerrado horizonte de lo físico para ser, en definitiva, el lugar donde se expresa el "ser personal", individual, del hombre. La corporalidad del hombre es la expresión viva —en el mundo físico— de ese ser psíquico-espiritual y social, al que se debe acceder a través de una metodología científico-personal. (*)

Hecha esta aclaración elemental podemos, rápidamente, proseguir con nuestras consideraciones. Tanto en los enfermos cancerosos como en los cardiopatas que hemos examinado, hemos observado una alteración muy particular de la "corporalidad" que comienza, casi siempre, como una alteración inicial del cuerpo que pone luego en compromiso la corporalidad, en su sentido más profundo. Aquí vamos a encontrar luz para comprender cómo el enfermo, no sólo al sentir que su cuerpo se modifica —por la enfermedad o por las intervenciones que por ella sufre— sino también por todo lo que en relación a la enfermedad piensa o siente, contribuye a "significar" de un modo específico su trastorno y va experimentando una verdadera "metamorfosis" de su enfermar, que se expresa en la "corporalidad". Otro tanto ocurre con las actitudes que el médico, el personal paramédico y la propia familia van adoptando con respecto a su enfermedad. Lo mismo sucede con las instituciones en las que es internado. Todo lo que ocurre en su entorno y sobre todo la manera en que él va "viviendo" su propia enfermedad, van configurando un estilo de enfermar que se traduce, precisamente, en esa corporalidad, que termina dándole siempre un carácter individual e irrepetible a su padecer. Todo esto lo "marca" de maneras muy distintas, imprimiéndole una "impronta" personal a su enfermedad, que resultará así totalmente distinta de los demás. Estas circunstancias —sobre la que en otras ocasiones hemos insistido y a la que por razones de tiempo y espacio no vamos a repetir aquí— deben ser tenidas en cuenta por el médico, ya que todas ellas influyen no sólo en el diagnóstico sino también en el pronóstico y en la propia terapéutica a las que debe recurrir el médico tratante, si es que su condición de terapeuta no se limita únicamente al aspecto físico de un hombre enfermo en el que, precisamente por su condición antropológica, esa dimensión física es sólo la expresión parcial y escotomizada de algo que es mucho más importante, que es, precisamente, su condición "personal".

Si todo esto es válido para cualquier enfermedad, incluyendo las agudas, en las enfermedades crónicas, como las que aquí han sido motivo de nuestra preocupación, tiene una vigencia verdaderamente fundamental.

8. Modo de ser previo a la enfermedad

Hemos señalado, en otras oportunidades, que no hay acontecimiento humano en el que la biografía personal del sujeto no le otorgue un matiz particular y, lógicamente individual, a su reacción última.⁽²¹⁾ La enfermedad humana es precisamente, para nosotros, un acontecimiento personal y, en consecuencia, como ya lo hemos ido viendo, no es un puro hecho biológico sino, justamente, un "acontecimiento humano". Las observaciones que hemos efectuado en este grupo de enfermos nos certifica, una vez más, este modo de pensar. No nos interesa, en este

(*) Para quien está interesado en este tema, ver otros trabajos aparecidos en los Cuadernos de Psiquiatría.

sentido, cuando nos referimos a la biografía personal, efectuar un diagnóstico de tipo psicopatológico en el que puedan aparecer matices tales como histéricos, explosivos, depresivos, etc. sino, fundamentalmente, el modo de cómo está integrada la llamada vida psíquica y personal de cada sujeto. Se encontrará, en consecuencia, esta impronta biográfico-personal marcando de muy diversas maneras la "respuesta" del enfermo ante su enfermedad. Aparecen así pacientes con personalidades previas poco autónomas, un tanto débiles y no fuertemente configuradas, que sucumben fácilmente ante el temor, la soledad y la vivencia de pérdidas existenciales que —como ya hemos visto— se anticipan a la propia pérdida biológica y que suelen reaccionar con formas muy variadas de ira, desconfianza, ambivalencia y con una búsqueda excesiva de protección. Arrastran, por este camino, a toda la familia a una especie de duelo comunitario por adelantado. La verdad es que no pueden tolerar la pérdida de sus metas existenciales y, al mismo tiempo, es como si no soportaran que los otros continuaran teniéndolas. De modos muy diversos logran que sus familiares les muestren y les demuestren, a costa de la postergación de sí mismos, en esos momentos, qué les sucederá cuando él muera. Así hemos visto cómo los hijos abandonan su trabajo para vivir dedicados a ellos y el cónyuge que asume una actitud samaritana, muchas veces exagerada, depone todos sus intereses personales para vivir dedicado por entero al enfermo.

Esto último, que ha sido una observación bastante reiterada en pacientes con personalidad como las que hemos señalado, suele ser un modo de poner una cuota de culpa en los familiares, que reaccionan sintiendo "que no tienen derecho a vivir" si al enfermo le pasa algo. Esto, que suele prolongarse aún después de la muerte, crea una verdadera "vivencia de culpa" en los familiares que, cuando no los incapacita, los disminuye por lo menos en el desarrollo posterior de una vida plena, por mucho tiempo. A las características personales ya señaladas conviene agregar que se trata de estructuras muy simbióticas, ya que estos pacientes envidian a los que continuarán viviendo. La depresión sólo es vivida y tolerada si se produce entre todos y, de este modo, la depresión compartida es una manera también de defenderse contra la soledad. Los familiares van adquiriendo, por este camino, un comportamiento casi irracional, en el que se entrama una respuesta simbiótica en la que se entrampan, desapareciendo casi la noción de vida propia.

Otros pacientes poseen, por el contrario, características configurativas personales, previas a la enfermedad, mejor y más sólidamente estructuradas. Estos son capaces, en general de vivir "mejor" su depresión por la posibilidad de "tolerar" como individuos, en condiciones más ventajosas, la conciencia de la gravedad de su enfermedad. Difícilmente se abandonan, no provocan ayudas muy forzadas entre sus allegados más próximos y, aunque puedan no entender muy bien la enfermedad, están reconocidos y agradecidos a todos aquellos que hacen algo por él y a quienes liberan de culpa especialmente a sus familiares, que son capaces de proseguir así el propio camino del logro personal.

En este sentido merece que destaquemos el fenómeno de la "resonancia" emocional que se da, de un modo genérico, en los grupos humanos. Lo notable de este hecho es que moviliza estados virtuales en los sujetos y produce una conducta solidaria con el emergente. El enfermo de cáncer —desde esta perspectiva— actúa como emergente y pone de manifiesto el modo de ser previo a la enfermedad, noya sólo del individuo, sino del grupo o de la cultura a la que pertenece. Esto quizá nos ayude a explicar la diferencia médica que se habrá de observaren cuanto a comunicar o no la enfermedad al paciente. Algunos grupos tienen respuestas temibles o incontrolables (regresivas y/o primitivas); esta pauta grupal suele dominar la escena y condicionar, muchas veces, el actuar del médico y, naturalmente, la relación médico-enfermo. Por este camino podríamos encontrar una explicación, por ejemplo, a cómo los cirujanos limitan su relación con el tumor y el acto quirúrgico, pero derivan al enfermo como "persona". Este último suele ser receptado por el especialista clínico en quimioterapia, quien "absorbe", de esta manera, un monto de ansiedad y también de indecisión muy elevados y adopta habitualmente la actitud o conducta fóbica de proximidad instrumental y, concomitantemente, de lejanía personal.

Por otro lado, la imposibilidad genérica que tienen los enfermos de vivir en soledad su muerte conforma variadas respuestas de pretender una integración grupal. Por un lado necesitan llegar a una suerte de vivencia concreta de pertenencia y compañía, y se refugian, por este camino, en grupos familiares simbióticos y con alto poder de resonancia emocional, o bien pueden acrecentar la búsqueda, a través de un intento de integración metafísico-espiritual (escuelas espiritistas, teorías reencarnacionistas, cultos tradicionales cristianos, etc.) todos ellos en un espectro que va desde lo muy "necesitado" a lo verdaderamente auténtico. Mientras menos auténtico sea lo religioso se expresa y manifiesta más en lo ritual y formal que en lo fundamental; es decir los sentimientos predominantes y necesarios de llenar son especialmente los psíquicos (o del yo) más que los propiamente espirituales, debido, tal vez, a que los primeros son concretos e inmediatos y estos pacientes sienten que ya no pueden mediatizar más. Esta necesidad que se expresa a través de los sentimientos del yo, quizá sea un elemento que nos ayude a comprender cómo la muerte individual adquiere el colorido intenso de una vivencia de la pérdida de los vínculos existenciales con el "otro", a la que ya nos hemos referido, precediendo en tiempo e importancia a la misma desintegración biológica que la muerte produce. Antropológicamente, tal vez, la muerte biológica es posterior a la muerte existencial, que se indica con la certeza de la desvinculación y la pérdida del "otro". Cuando se empieza a pensar, justamente, que los otros no estarán ya acompañándole, "comienza" a aparecer la muerte, como un sentimiento que crece y muchas veces desborda la misma personalidad.

Hemos dicho poco antes que el miedo y la depresión suelen ser características comunes en todos los pacientes, tanto sepan el diagnóstico o no con certidumbre, pues, como lo habíamos indicado, las posibilidades de configurar un diagnóstico personal no están dadas sólo por la comunicación oral del médico o de sus allegados sino por una serie de circunstancias que contribuyen, de modo diverso, a enmarcar el "proceso" de la enfermedad, especialmente cuando éste es largo en el tiempo. Esta base emocional tiene —en los enfermos que hemos observado— distintas formas de expresión, tanto en la vigilia como en los estados intermedios (entresueño) o en el propio ensueño. En vigilia hemos visto la presencia lisa y llana del miedo y de la depresión, o bien la "negación" de ambos,

pero con evidencias indirectas muy concretas, como por ejemplo, la de una perspectiva pesimista y desvalorizada de sí mismo, como signo de un profundo sentimiento de inferioridad, que no es otra cosa que la percepción de su destrucción futura, y que siempre estiman latente y próxima. La "depresión desvitalizada" suele ser una característica casi constante en la mayoría de las depresiones encontradas y, secundariamente, la ansiedad por inseguridad. El proceso pareciera darse de la siguiente manera: en primer lugar, la enfermedad cancerosa no se limita sólo a manifestaciones tumorales, con todas las consecuencias que éstas traen y que producen primero miedo, sino que luego comprometen directamente la propia energía vital. Si a ello le agregamos esta perturbadora incomunicación entre el paciente y el médico, y del paciente consigo mismo, aparece una ansiedad que bloquea la conciencia plena de enfermedad, cristalizándose por este camino una de las formas de la negación. Podemos hacer referencia, en este sentido, a lo que incluso algunos pacientes que conocen el diagnóstico con certidumbre manifiesta, que es preferible que se les mienta, pues el conocimiento de la "enfermedad mortal" es tal cualidad y grado que fractura la posibilidad de una vida esperanzada. Precisamente por eso es que tantas veces hemos insistido en que en los casos en los cuales sea necesario certificar la "verdad", ésta debe ir acompañada de una particular "posibilidad de esperanza", que en definitiva es uno de los modos más nobles de ayudar a morir, precisamente procurando ayudar a vivir. Es que la esperanza, antropológicamente, es confiar en el buen éxito del porvenir, es espera confiada, grata y exitosa, es "tiempo abierto" a un futuro que no se cierra, por lo menos en lo inmediato. La desesperanza, como contrapartida, es, sin duda, un "tiempo sin tiempo", un "futuro con cerrojo" y uno de los riesgos más altos que siempre corre el enfermo cuando el médico no advierte que su relación con el paciente debe enmarcarse, imprescindiblemente, desde un proyecto esperanzado, que les permita a ambos transitar hasta el final un derrotero juntos, sin claudicaciones y en compañía.

Otro hecho que aparece en nuestras observaciones es la de algunos enfermos, que en estas últimas fases, recurren a algunas compensaciones, como es, por ejemplo, la de sobredimensionar su propia entrega para tratar de ayudar a los demás. Es como si quisieran demostrar, de ese modo, sus esfuerzos en otra vida que tengan a su lado y que posea continuidad. Sin embargo esto sólo les sirve transitoriamente para controlar sus miedos y, sobre todo, la soledad o la vivencia de muerte anticipada por la desvinculación existencial. Dicho de otro modo, y aunque seamos reiterativos se nos hace necesario repetirlo: la cruda e inexorable evolución los coloca en una situación particular que es la de vivir por anticipado la pérdida de los vínculos existenciales, antes que la de los biológicos. Este hecho lo queremos comparar con lo que le sucede a aquellos otros que quedan y que, al perder al muerto, pasan por un período de no total conciencia, que lo refieren como si estuvieran "aturdidos" o no fueran capaces de darse cuenta enteramente de lo ocurrido, esperando a veces que el que partió reaparezca o vuelva, motivando una profunda pena —duelo—, que tiene que ser elaborada para adecuarse a seguir viviendo sin el ser perdido. Es decir que, también en los que quedan, la muerte, de alguna manera, es predominantemente la pérdida de esos vínculos existenciales, a través de la desaparición biológica. En los enfermos, por el contrario, como hemos visto, sucede muchas veces lo inverso: primero aparece el miedo y la ansiedad y luego la conciencia de la pérdida del vínculo —duelo—, con el agravante de que es su propia muerte y sin solución, la que impide que surja una superación del duelo que, por oposición, tiende a profundizarse. Existencia y biología vuelven a ser una dñada inseparable que, desde el punto de vista antropológico, queremos destacar una vez más.

9. El descubrimiento del otro

La conciencia de la muerte es la consecuencia que siente el hombre inevitablemente, por tener temor de dejarlo todo, incluso a ese "cuerpo" que forma parte integrante de su Yo; pero también como lo venimos sosteniendo, a la pérdida del "otro", como un hecho inexorable y que se anticipa a la pérdida biológica.

Este sentimiento de pérdida de las personas que aman, y aun de las cosas que dejan, nos llevan a plantearnos la necesidad permanente que tiene el hombre de entrar en comunicación con el otro, que lo arranca de su aislamiento al permitirle construir con él, el "nosotros".

La atenta observación de los hechos señalados pareciera descubrimos —tal vez confirmarnos— que la intuición del encuentro con el otro precede a la intuición y al descubrimiento del Yo. El mismo acto de conciencia que me descubre la realidad de mi propio Yo, me ha descubierto, anticipadamente, la existencia de un Tú, por eso, la misma conciencia de la muerte no se entiende totalmente, si no se la considera como la pérdida del "otro".

La comprensión psicológica nos enseña que el otro desempeña, en la existencia personal, un papel indispensable que no puede realizarse como no sea a su propio través. El hombre es el ser que necesita del otro para llegar a construir su propia unidad personal. El hombre es necesariamente miembro de una sociedad de personas, y aislado únicamente podría realizar parte de su propia individualidad, en cambio, la presencia del otro constituye el fundamento para el rendimiento pleno de su vida como ser espiritual.

Por otro lado, el temor a la muerte, como el miedo son, en definitiva y entre otros los motivos, en estos enfermos de la ansiedad. La conciencia de la muerte sirve también para proyectar sobre el prójimo o sobre los otros, muchas de las angustias de aislamiento producidas por la incomunicación, que a veces se inicia con el médico y que inhibe al enfermo hasta llegar a dejarlo aislado, solo, situación que suele iniciar el proceso de la muerte.

Es evidente, también, que la palabra cáncer provoca un impacto emocional en el sujeto y a la inversa al estado emocional o, para decirlo todavía de un modo más genérico "personal" del enfermo, que es capaz de influir en la evolución de la enfermedad y del propio tratamiento a seguir. Un problema que nos ha preocupado, en este orden, es lograr desentrañar la influencia que la estructura personal del individuo haya podido tener sobre el origen del cáncer. Aquí, lamentablemente, nuestra ignorancia es casi absoluta y no nos animamos, con la pequeña experiencia lograda, efectuar ninguna consideración en este sentido.

Un hecho que no queremos dejar de señalar, en cambio, es el siguiente, que es también el resultado de nuestras observaciones clínicas: nuestros enfermos —como podríamos decir el ser humano en general— al no tener conciencia cierta de lo que es la muerte y, sobre todo, de lo que sucede después de ella, tiene una tendencia emocional a negarla. No quiere decir esto que no tenga un conocimiento racional, pero sí, en cambio, que le resulta más fácil ver morir a las otras personas que ponerse él mismo en la situación de tener que morir y preexperimentar la muerte. En algunos de nuestros pacientes, en fases avanzadas de su enfermedad en las que aparece el *Miedo-depresión* y la *depresión-resignada*, suelen manifestarse, en forma muy expresiva, ciertas vivencias angustiosas, como por ejemplo: “De noche siento mucho frío, me siento muy solo”, “me cuesta dormir, necesito tener la luz prendida para hacerlo”, “me gusta leer hasta quedarme dormido”. Tanto en ellos como en los otros en que la muerte se presenta como intolerable, sobre todo cuando no han podido superar la idea de morir “como algo que otros le provocan”, vivencian la enfermedad no solamente como un ataque o amenaza a la vida psíquica sino, fundamentalmente, como una amenaza a la propia identidad, como el fin de su misma existencia, pero no precisamente biológica. En otros, en cambio, se da una suerte de inicial aceptación, cuando son capaces de concebirla como un modo de trascender hacia los demás: esposa, hijos, amigos, trabajo, país, etcétera.

En las personas creyentes —sobre todo cuando esta creencia es profunda y auténtica— hemos observado que les resulta menos difícil aceptar la muerte —y conste que no decimos más fácil— ya que la consideran como el tránsito a otra vida, como una forma de continuar o proseguir su existencia de otra manera, permaneciendo aún unidos a sus seres queridos.

Otra observación que hemos efectuado en algunos pacientes que se caracterizan por una personalidad madura, es que les resulta menos difícil aceptar todo este proceso, porque para ellos la muerte, de muy diversas maneras, fue algo siempre implícito en la propia vida. Algunos —como lo hemos señalado un poco antes— logran hasta una suerte de reconciliación con la propia muerte en la medida en que son capaces de comprobar que su misma existencia se continúa a través de sus obras o de sus hijos. Uno de ellos, paciente verdaderamente joven, de 50 años, expresaba bastante gráficamente esta postura, diciendo textualmente: “Estoy seguro de que Dios me dará cinco años más de vida para que mi hijo pueda concluir sus estudios y así estar preparado para el futuro”. Otro paciente, de un nivel intelectual muy superior, a pesar de estar gravemente afectado del corazón, continuaba realizando su trabajo insalubre en forma excesiva pero en “beneficio de la humanidad”.

Dicho de una manera muy apretada, podríamos repetir un poco lo que ya antes habíamos adelantado, en el sentido de que cada persona vivencia la muerte de acuerdo al sentido o al significado que le ha dado la vida; si tuviéramos que referirlo en una sola frase diríamos que el modo de morir representa, de muchas maneras, el modo de vivir: “Se muere —en general— de acuerdo a como se ha vivido”.

10. Correlación con otras observaciones

La doctora Kübler Ross, suiza de nacimiento, pero que ha trabajado en los Estados Unidos de Norteamérica, ha descrito, especialmente en los enfermos cancerosos, cinco períodos clínicos psicológicos que, según ella, conservarían una cierta cronología y que van desde: a) la negación; b) la ira; c) la negociación; d) la depresión y e) la rendición.⁽¹⁹⁾

No vamos a hacer aquí una exposición y menos aún una crítica de estos cinco períodos en que la doctora Kübler Ross presenta esta problemática; pero vamos en cambio a señalar que nuestras observaciones coinciden bastante con los dos últimos períodos descritos por ella.

Los períodos de *miedo-depresión* y el de *depresión-resignación* corresponderían, precisamente, a esos dos períodos finales que señala la doctora Kübler Ross y que son coincidentes con la etapa en la cual, para nosotros, la enfermedad cancerosa no compromete todavía, de un modo severo, orgánicamente al paciente, y el segundo, en el que se produce ya el proceso de desvitalización al que hemos hecho referencia anteriormente.

Estos dos períodos de *miedo-depresión* y *depresión-resignación*, no transcurren necesariamente en forma siempre lineal, sino que pueden vivirse simultáneamente. Dicho de una manera todavía más simple: no un recorrido continuo siempre sino que, en algunos casos, se presentan avances, retrocesos y saltos. Seguramente ésta es la característica principal no sólo de estos dos períodos, sino de todos los otros “momentos” que hemos ido describiendo a lo largo de esta comunicación.

Estas etapas deben tomarse —tal como nosotros las presentamos— como un esquema de referencia, destinado a comprender un poco más la evolución antropológica de un enfermo que va en cambio de procurar “aceptar” su estado de proceso irreversible. A este propósito conviene también que señalemos un elemento psicológico-psiquiátrico verdaderamente constante en nuestras observaciones, y que se intercala frecuentemente dentro de este proceso y es al que podríamos denominar, de un modo genérico, como de *negación*, que parece alternar frecuentemente en todos estos “momentos”. Son numerosos los enfermos que niegan la gravedad de su propio estado y que se ponen en situaciones embarazosas a causa de su empeño en actuar “como si” no lo tuvieran, no aceptando su verdadera situación, ni el diagnóstico médico, iniciando un largo peregrinaje a través de distintos terapeutas, rechazando diferentes diagnósticos y “culpando” a los especialistas de la falta de conocimiento sobre su enfermedad.

Seguramente, aceptar de un modo permanente la irreversibilidad del proceso, implica un esfuerzo insuperable, como es el enfrentarse permanentemente con la muerte que, como en una metáfora propuesta por algunos autores, es tanto como “querer mirar al sol en forma permanente sin deslumbrarse ni perder la visión”.

Con todo, a la etapa de *depresión-resignación* se llega en un momento determinado, cuando se pierden las

esperanzas de curación y se va percibiendo que el proceso, además de irreversible, es el último tramo que conduce a la desaparición. Es aquí el momento en que la personalidad se va impregnando de un tinte progresivo de tristeza constante y profunda, en la que nada agrada y los diversos aspectos de la vida se van enfocando cada vez más por su lado negativo. El sentimiento de dolor moral se manifiesta, cada vez más, con matices apagados, vagos, de aburrimiento, desazón y autocompasión, constituyéndose así la fase más delicada de este "tránsito" y que requiere gran atención no sólo por parte del médico sino de los familiares. Hemos observado, en algunos casos, que ciertos enfermos llegan a caer en un estado de verdadero ensimismamiento e incluso hasta a desearse la muerte. Este es, precisamente, uno de los "estados-límites", a los que más atento se debe estar por las alternativas que de él pueden surgir.

De todo lo anteriormente expuesto se desprende la necesidad de ayudar, psicológica y psiquiátricamente al enfermo grave, que debe enfrentar a la muerte en poco tiempo. Y en esta ayuda, que sólo un enfoque auténticamente antropológico desde el punto de vista médico nos puede servir de fundamento, deben colaborar todos aquellos que rodean al enfermo: médicos, personal paramédico, amigos y familiares e inclusive aquellos representantes religiosos, cualquiera sea la religión a la que el enfermo pertenezca, procurando todos crear ese sentimiento de esperanza, disminuir los temores, la soledad, los estados de apagamiento y depresión, todo lo cual incidirá beneficiosamente hasta en los propios restos de salud y, seguramente, obtendrá que el tiempo que les queda de vida lo vivan de una manera más humana, es decir, con la jerarquía que un enfoque prioritario de esta naturaleza permite considerar al otro que sufre como prójimo y no como un puro objeto de saber científico.

La ruptura de ese divorcio entre la comunicación verbal y la conducta, que suele llevar con frecuencia a una actitud de huida y abandono, se transforma, por este camino, en una conducta de verdadera y auténtica comprensión, que sin ninguna duda contribuye a una buena muerte.

Esta actitud contrastante con la de aquellos otros que ejercen una medicina científico-natural pura y que los hace, a través del tratamiento, incapaces de absorber y contener los factores desagradables, contribuyen, sin duda, a ese círculo de negación del paciente que no desea adquirir más conciencia de enfermedad porque sólo tendrá más depresión e impotencia. Quizá la reiterada negación, como la soledad, resultan al final las defensas más efectivas que tienen estos pacientes y que se hacen más manifiestas que en otras enfermedades y nos muestran que no hay una respuesta adecuada para asumir la muerte desde la ciencia.

Finalmente debemos dejar constancia que este trabajo tiene sólo el carácter de una comunicación previa, con conclusiones todavía provisionales y que pretende ser una verdadera invitación para seguir profundizando —a través del camino de una medicina antropológica— el modo más efectivo para llegar a través de ella, a posibilitar una muerte desde la perspectiva médica, ética y prácticamente más humana. Eso probablemente se logrará cuando el médico comprenda su verdadero papel en los momentos previos y en el instante mismo de la muerte y advierte que un "acontecimiento" como ese no es sólo un hecho biológico sino fundamentalmente personal, en el que deberá colaborar, junto a otros, para con ello posibilitar una auténtica muerte antropológica.

BIBLIOGRAFIA

- ALEXANDER, I. E.; COLLEY, R. S. y ADLERSTEN A.M.: Is death a matter of indifference. *Psycho* 43:277-283, 1957.
- ANGRIST, A. A.: A pathologist's experience with attitudes toward death. *Rhode Island Med. J.* 43:693-697, 1960.
- BAKER, J. M. y SORENSON, K. C.: A patient's concern with death. *Amer. J. Nursing* 63:90-92, 1963.
- BARTON, D. L.: Death and dying: a course for medical students. *J. Med. Educ.*, 47:945-951, 1972.
- BELLAK, K. L.: *Psicología de las enfermedades orgánicas*. Edit. Paidós - Buenos Aires, 1977.
- BOROS, L.: *El hombre y su última opción*. Edit. Verbo Divino - Madrid, 1977.
- BULGER, R.: *The dying patient and his doctor*. Harvard Medical Alumni Bulletin, 24, 23, 1960.
- CALDWELL, D. y MISHARA, B.: Research on attitudes of medical doctors toward the dying patient: a methodological problem. *Omega* 4:341-346, 1972.
- CAPPON, D.: Attitudes of and towards the dying. *Can. Med. Assoc. J.* 87:343-351, 1962.
- CASSELL, E. J.: Death and the physician. *Commentary* Vol. 47, (6) 73-79, 1969.
- FEITEL, H.: Attitudes toward death: a psychological perspective. *J. consult. clinical Psycho.* 33:292-295, 1969.
- FEITEL, H. y BRASNCOMB, A.: Who's afraid of death? *J. Abnormal Psycho.* 1973.
- FULTON, R.: Death and the self. *J. Religion and Health* - 359-368, 1964.
- GEOPP, C. E. y HAMMOND, W.: *Seminarios de Oncología- Terapiade apoyo del paciente canceroso*. Edit. Med. Panamericana - Buenos Aires, 1977.
- HINTON, J. M.: *Experiencias sobre el morir*. Edit. Ariel - Barcelona, 1967.
- HOBART, C. W.: The meaning of death. *J. Existencial Psychiat.* 4:219-224, 1964.
- KALISH, R. A.: Some variables in death attitudes. *J. Sociat Psycho.* 59:137-145, 1963.
- KASTENBAUM, R.: On the future of death; some image and options. *Omega* 4:307-318, 1972.
- KUBLER - ROSS, E.: *Sobre la muerte y los moribundos*. Edit. Grijalbo - España, 1975.
- MAINETTI, J.: *La muerte en medicina*. Edit. Quirón - La Plata, 1978.
- MAJORE, I.: *Muerte, vida y enfermedad*. Edit. Marfil - España, 1971.
- MAVER, A.: Maturation of concepts of death. *British J. Med. Psycho.* 39:35-41, 1966.
- OKEN, D.: What to tell cancer patient. *Jama* 175:1120-1128, 1961.
- RISQUEZ, F.: *Aspectos psiquiátricos en cancerología. Cáncer al día* - Edit. Vera y Palacios - Cromotip - Caracas, 1975.
- SCHAVELZON, J.: *Cáncer- Aporte en su problemática*. Edit. Paidós - Buenos Aires, 1968.
- SCHAVELZON, J. y col.: *Impacto psicológico del cáncer*. Edit. Galerna - Buenos Aires, 1978.
- SCOTT, N. Jr.: *Modern vision of death*. John Knox Press, Richmond, Virginia, 1967.
- WHITE, K. L.: Life and death and medicine. *Sci. Amer.*, 229 - 3 - 22, 1973.