

## **PROBLEMÁTICAS ACERCA DEL FINAL DE LA VIDA. LA MUERTE DE LISA.**

Mariana Velasco

---

### **RESUMEN**

El caso clínico presentado muestra el trabajo psicoterapéutico realizado con una paciente oncológica, dentro del marco de intervención en Psicooncología, en la fase final de la evolución tumoral del cáncer.

Si hay algo impreciso, inasible, alterante, dilemático, generador de fantasías y angustias en nuestra labor, es el tiempo que transcurre en torno a la fase final de la vida del paciente.

Trabajar con el paciente moribundo, implica trabajar con nuestra propia muerte. Muerte es una palabra temida, olvidada, rechazada, final de todo.

Morir hoy en día es un acto triste y solitario en la Unidad de Terapia Intensiva de los hospitales, donde la atención es despersonalizada, donde el paciente pierde el derecho de opinar y se vuelve un cuerpo a ser tratado. El agonizante pierde su status y la experiencia de la muerte es destituida de contenido. Las personas al final de su vida prefieren realmente estar en su casa, con sus afectos, y no en una sala de hospital.

En la inmensa mayoría de los pacientes se puede lograr el objetivo de que puedan permanecer libres de dolor y otros síntomas molestos, estando lúcidos y preparándose para morir.

Quien recibe el diagnóstico de una enfermedad grave tiene que hacer un duelo, transitar un duelo. No hay duelo solamente en el que se queda, sino también en el que se va. El objeto de duelo en los pacientes terminales es la vida misma. Es fundamental trabajar en el paciente con sus miedos y con su depresión, posibilitándole la oportunidad de participar de la muerte como participó de la vida.

La Psicooncología entiende que para que una persona pueda tener cáncer se requiere previamente que ocurra una alteración yoica que lleva a aceptar como propio el tumor. Por ello es sensato y necesario un diagnóstico y tratamiento coadyuvante en el paciente con cáncer. Se entiende que el cáncer le pertenece a esa persona desde el punto de vista orgánico y psíquico. La descripción del tumor es una parte del problema. La otra parte es el individuo. La enfermedad y el pronóstico resultan de la interrelación del cáncer con la totalidad de la persona. Todo él está comprometido. No solo se trata de un proceso local que puede diseminarse por metástasis. Mucho antes, es un proceso general del individuo que se localizará. El cáncer es sólo un síntoma. La persona es mucho más que su enfermedad; así como también lo enfermo puede ser mucho más que el paciente

Toda psicoterapia es un compromiso real y vital.

La entrevista deberá tener la característica de que el fenómeno transferencial se cumpla desde los primeros instantes y permanezca.

La Psicooncología investiga en el alma las respuestas emocionales y afectivas que pudieron provocar como síntoma ese cáncer. No busca traumas, ni estrés; busca la respuesta personal a esas circunstancias. De modo tal que la Psicooncología se ocupa de la VIDA y es un tratamiento coadyuvante que todo paciente tiene derecho a recibir.

Con esta actividad no se pretende curar un proceso que ya ocurrió, se intenta buscar razones en lo que caracteriza al ser humano, en sus más importantes valores: buscar razones en su alma.

**PALABRAS CLAVE:** psicooncología- psicoterapia- cáncer-duelo-muerte

Esta historia de vida tiene que ver con el trabajo psicoterapéutico realizado con una paciente oncológica, en la fase final de la evolución tumoral de su cáncer.

En Enero de 2009, Lisa llamó por teléfono para tener una entrevista, ya que estaba muy deprimida. Su entorno familiar y médico le recomendaban terapia. "No se para que voy a hacer todo esto, si igual me voy a morir"...

Se le ofreció ir a su domicilio, ya que se encontraba con internación domiciliaria, no siendo ésta una cuestión menor, dado que en Psicooncología, la atención es donde y como se puede, y muchas veces una sola entrevista puede resultar terapéutica.

Lisa era una maestra "de las de antes", tenía un marcado compromiso social vertido desde su lugar docente; había alcanzado cargos directivos superiores y la habían jubilado por discapacidad.

Su estructura física y su fascie, mostraban los rastros de la enfermedad. Estaba en casa de familiares en La Plata, puesto que era del conurbano bonaerense, y su equipo médico estaba aquí. La habitación contaba con una cama ortopédica, equipos técnicos para su alimentación parenteral. Cubría la atención el servicio de enfermería las 24 hs, y su familia se turnaba para los cuidados y el acompañamiento.

Su historia patobiográfica (Chiozza, L., 2001), muestra la siguiente sucesión:

2003 1º operación por cáncer de colon

2004 operación de vesícula

2005 MTS compromiso de coxis (cáncer huesos). Recidiva de colon y se le practica una colostomía.

2007 MTS compromiso de vejiga.

2008 MTS obstrucción y compromiso de estómago. Allí pensó "Se que si voy a terapia, son 10 o 15 días y después salgo "Soy muy creyente" Me aterroriza estar prendida a una máquina de por vida".

Según el sociogenograma (Schuzemberg, A, 2005) su madre se enfermó muy joven de diabetes y como consecuencia sufrió una amputación bilateral; posteriormente tuvo problemas económicos y casi perdió la razón, Falleció 20 años atrás. Conoció al cáncer por su padre, según refiere; "tenía un cáncer similar al mío. Hizo un paro en una operación, era Rh -" y le dieron mi sangre que es Rh +. Yo me culpé siempre por eso" "Asocié mis trastornos digestivos con el de mi padre"(...) "Mi familia, ha convivido con las enfermedades. Para nosotros, es común la enfermedad"(...) "Mi hija tuvo problemas hepáticos importantes en la infancia" "Cuando yo me hice los estudios la 1º vez, y vi las imagines, le dije al Dr. esto es un tumor. Esto es cáncer"(...) "No le tengo miedo a la enfermedad. Le tengo miedo al dolor y al deterioro". Esto se repite en todos los pacientes y representa la imagen mitológica y diabólica que tiene el cáncer (Schavelzon, J., 2004)

Refiere que su marido, es muy paciente y buenísimo; "lo sobreprotegí como a un hijo", y observa esto críticamente. "Soy obsesiva, me meto en todo. Todo pasaba por mí. Y la vía de escape es el cuerpo."

En Febrero: comenzó a recuperar vitalidad, sanaron algunas historias inconclusas, comenzó a levantarse y caminar hasta el patio de la casa. Pudo sentarse unos minutos afuera. Proyectó volver a su casa, cocinar como antes. Se propuso metas cortas. Llegar a fin de año. Ver la mesa puesta, y disfrutar su familia.

En Marzo: retornaron los dolores en coxis. Planeó irse a su ciudad, pero esta vez, consciente de que posiblemente fueran sus últimas posibilidades de sobrevivir. Y quería estar en su casa.

Hasta ese momento, el tratamiento había estado dirigido hacia la catarsis, drenajes, historizaciones, elaboración de duelos inconclusos, acompañamiento, contención, estimulación de proyectos a corto plazo, sin dejar de considerar la muerte con una concepción profundamente humanista, que la llevó a reflexionar sobre vivir el proceso de morir de forma organizada y digna.

Es posible observar en la agonía que una parte del ser decide morir, pero otra parte, no elige esa opción. No se puede morir hasta que todas las partes que constituyen el ser, estén dispuestas a partir. (Keleman, S., 1998).

En Abril: se internó en su domicilio, y allí se continuó con el trabajo iniciado. "Ahora estoy feliz. Ya no estoy deprimida". A partir de este momento comenzó otra etapa en el tratamiento.

Los médicos le propusieron otra cirugía para unir el intestino, pero no quiso operarse, no quiso volver a La Plata. Tenía miedo. Comenzaron los sueños con sus padres muertos: "yo soy ellos". "Soy yo mirando desde afuera, pero son ellos; cuando estoy cerca me dan la espalda. He visto a todos los muertos de la familia. Estoy por morir, pero aun no es el momento".

En Mayo: Se internó en la clínica de La Plata por anemia.

Se negó a comer. Tuvo ideas suicidas. Entendió que "no comer era una forma de morir despacio". Al mismo tiempo se sintió culpable por querer morir. "No quiero dejarlos". Manifestó una profunda angustia. Llanto y gritos.

Seguimos trabajando.

A mediados de mayo: se recuperó. Fue al baño. Comió. "Si sigo así me voy a empezar a levantar. Aunque sea dos minutos. Aprendí a decir que NO. A estar más tranquila".

En el último encuentro que tuvimos trabajamos con las fotografías familiares y con la historia familiar no dicha. Apareció una relación problemática con la hermana por un engaño económico, traición, y mucho dolor oculto. Inició una elaboración al respecto y se alivió.

En estos casos no hay tiempo, y muchas veces es necesario priorizar la contención y reparación, dirigiendo la psicoterapia al foco actual.

A los pocos días me avisaron que estaba internada en un hospital de La Plata, ya sedada. Concurrí a despedirme de Lisa. Murió al día siguiente, rodeada de su familia, con mucha tranquilidad. Sin dolor, sin sufrir. Fue una muerte digna y en paz.

Si hay algo impreciso, inasible, alterante, dilemático, generador de fantasías y angustias en nuestra labor es el tiempo que transcurre en torno a la fase final de la vida de los pacientes.

Bien sabemos ya que la muerte es la muerte del otro y la idea de nuestra propia muerte está enormemente diferida en el tiempo, conmueve nuestra omnipotencia. Trabajar con el paciente terminal, implica trabajar con nuestra propia muerte. Hay que tener fortaleza suficiente para sentarse junto a un paciente moribundo en el silencio que va más allá de las palabras, en ese cese pacífico del funcionamiento del cuerpo.

MUERTE es una palabra temida, olvidada, rechazada, final de todo. En la civilización occidental, todo es hecho para encubrir la muerte: la prohibición social de tocar el tema; el culto a la juventud y al dinamismo; el rechazo a envejecer; el alejamiento de las personas de sus casas; el cuidado de los hospitales de esconder los muertos en la morgue; la costumbre del maquillaje y las flores en los entierros; las ceremonias rápidas; y, muy en el fondo, la sensación de "aún no me tocó a mí". La palabra "muerte" no es mencionada nunca en los comerciales de ninguna clase. La muerte no es vendible, no es viable en esta sociedad capitalista ni valorizada por ella. Y, sin embargo, la muerte no es ninguna novedad, pues sólo repetimos lo que muchas civilizaciones antiguas hacían frente a lo inevitable, es decir, enterrar a sus muertos, quemarlos o arrojarlos al mar, colocarlos en ánforas y vasos, exorcizarlos de alguna forma para olvidarse del asunto.

En las sociedades orientales, el significado de la muerte es totalmente opuesto: ese hecho marca el corazón de la vida, la liberación de un estadio de sufrimiento e infortunios, el despertar a una realidad mayor. Ella es encarada con calma y naturalidad. Para esas culturas, el final de la existencia física no parece ser tan desbastador como para nosotros. (Limongi, M., 1996).

Actualmente aunque se haga todo lo posible para prolongar la vida a través de nuevas drogas, tecnologías, aparatos y procedimientos, la ciencia moderna no consiguió vencer o descifrar el enigma de la muerte.

En la mayor parte de los pacientes, morir es un acto triste y solitario en la UTI de los hospitales, donde la atención es despersonalizada, la persona pierde el derecho de opinar y se vuelve un cuerpo a ser tratado; el agonizante pierde su status y la

experiencia de la muerte es destituida de contenido.

Quien recibe el diagnóstico de una enfermedad grave tiene que hacer un duelo, transitar un duelo. No hay duelo solamente en el que se queda, sino también en el que se va.

Es fundamental trabajar los miedos y depresiones en el paciente terminal, para posibilitarle la oportunidad de participar de la muerte como participó de la vida. Algunos pacientes llegan a mejorar después de entrar en contacto con la temática.

Kübler-Ross (1975) describió los estadios finales de alguien que sufre de una dolencia terminal, caracterizándolos en cinco fases emocionales intensas:

a) Negación de la enfermedad: "debe ser un error", se inicia la búsqueda de otras opiniones y de cualquiera que pueda desmentir el diagnóstico. Si la negación es total y no parcial, puede llevar a un mal pronóstico, y no permitir el pasaje a otras fases.

b) Rabia: "¿por qué yo? ": aparece la rebelión contra todo y contra todos. La negación ya culminó pero la aceptación es violenta para el yo. Y esa violencia la descarga sobre el otro.

c) Negociación o pacto: "si consigo salir de esta prometo..." Aquí el pacto funciona como estabilizador del paciente. Cuanto más cree en ese pacto mas permite ser tratado. Con el pacto aparece la planificación. En esta etapa está presente la dimensión de la pérdida.

d) Depresión: en el muriente podemos encontrar la depresión reactiva y la depresión preparatoria. Es importante la toma de consciencia por parte del paciente, se trata de resolver todo lo pendiente.

e) Aceptación: la persona comprende su estado, evalúa su existencia y sabe que llegó al final. Aquí existe una sensación agradable que da el bien morir. En esta fase el paciente dona sus cosas, pone en orden su cajón de pertenencias, y se prepara para el viaje que va emprender. El muriente pese a su situación piensa en el Otro, le deja señales para que pueda orientarse, indicios de vida humana.

Todas estas fases deben ser respetadas y acompañadas de cerca por profesionales y familiares. Si la persona muere, deberá ser con dignidad y bien asistida.

Las personas al final de su vida prefieren realmente estar en su casa, con sus afectos, y no en una sala de hospital. En la inmensa mayoría de los pacientes se puede lograr ese objetivo: que permanezcan libres de dolor y otros síntomas molestos, estando lúcidos y preparándose para morir.

En relación al DUELO en los pacientes terminales, vemos que en él, el objeto de duelo es la vida misma, objeto amado cuyo abandono es seguro. La sombra del objeto vida cae sobre el yo, ensombreciendo el curso de los días y exigiendo un singular trabajo de aceptación de la finitud.

El duelo de la propia muerte es parcialmente inelaborable y parcialmente elaborable. La clave que distingue la travesía en duelo o en melancolía se encuentra en la elaboración y transformación narcisista, en lo que se caracteriza por el acceso al narcisismo terciario (Alizade, A.M., 1995).

Los duelos del cuerpo remiten consciente o inconscientemente al duelo mayor de la propia impermanencia. El duelo mayor, es un trabajo de aflicción que sobreviene en forma gradual o súbita a medida que el sujeto viviente aprehende su condición de mortal. El objeto de duelo es uno mismo en una impensable dimensión. Es la mente, el cuerpo, la carne, el yo; difícil de asumir. Despierta angustia, remite a la castración total. Deviene real al acercarse el tiempo de morir.

El duelo mayor está enraizado en una realidad que se "va sabiendo" a medida en que se atraviesa la vida y se reconoce gradualmente, en tiempos psíquicos diferentes para cada uno. Obliga a efectuar un trabajo de duelo difícil y hasta, en cierta medida, imposible. También requiere de un proceso de aprendizaje y de incremento del nivel cognoscitivo acerca de la realidad.

La resolución de este duelo en el transcurso de la existencia libera importantes montantes de energía y enriquece la calidad de la vida.

El destino de este duelo es el aligeramiento del psiquismo. La pérdida se transforma

en conocimiento, y éste, una vez sedimentado, abre paso a la aceptación de la condición humana, una cierta resignación, mayor bienestar y tranquilidad.

La Psicooncología entiende que para que una persona pueda tener cáncer se requiere previamente que ocurra una alteración yoica que lleva a aceptar como propio el tumor. Por ello es sensato y necesario un diagnóstico y tratamiento coadyuvante en el paciente con cáncer. Se entiende que el cáncer le pertenece a esa persona desde el punto de vista orgánico y psíquico. La descripción del tumor es una parte del problema. La otra parte es el individuo. La enfermedad y el pronóstico resultan de la interrelación del cáncer con la totalidad de la persona. Todo él está comprometido. No solo se trata de un proceso local que puede diseminarse por metástasis. Mucho antes, es un proceso general del individuo que se localizará.

El tumor, su metástasis o nuevo tumor tienen su significación, representación y sintomatología en el campo psíquico, en gran medida inconsciente. Responde a la pulsión de repetición, tan gravitante en la conducta, viéndose forzado a repetir por razones muy primitivas. (Schavelzon, J., 2004).

Toda psicoterapia es un compromiso real y vital. La entrevista deberá tener la característica de que el fenómeno transferencial se cumpla desde los primeros instantes y permanezca. La psicoterapia estará en parte dirigida a dar esperanza sin mentir, haciendo una tentativa de modificar las perspectivas del paciente, sin ofrecer esperanzas irreales. La intervención nunca se limitará a una escucha, ya que esto es una imposibilidad biológica. Hablar y ser escuchado, mirar y ser mirado, tocar y ser tocado, gustar y ser gustado, son funciones ineludibles de todo encuentro de dos personas. Y es mucho mejor si se está consciente de ello.

Se sabe que tener cáncer es muy grave y perturbador, pero siempre el paciente es mucho más que su cáncer, y lo enfermo puede ser mucho más que el paciente (su entorno).

Para la Psicooncología el cáncer es sólo un síntoma. Investiga en el alma las respuestas emocionales y afectivas que pudieron provocar como síntoma ese cáncer. No busca traumas, ni estrés; busca la respuesta personal a esas circunstancias. De modo tal que la Psicooncología se ocupa de la VIDA y es un tratamiento coadyuvante que todo paciente tiene derecho a recibir.

Con esta actividad no se pretende curar un proceso que ya ocurrió, se intenta buscar razones en lo que caracteriza al ser humano, en sus más importantes valores: buscar razones en su alma.

### **Bibliografía**

- Alizade, A.M. Clínica con la muerte, (1995). Buenos Aires, Amorrortu editores.
- Chiozza Luis (2001) ¿Por qué enfermamos? Editorial Alianza.
- Freud, S. (1915) La aflicción y la melancolía. OC
- Kekeman Stanley, (1998). Vivir la propia muerte. Editorial Desclee de Brouwer.
- Kubler Ross Elisabeth (1975) Sobre la muerte y los moribundos. Ediciones Grijalbo. S.A.
- Kubler Ross Elisabeth (1998) Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido. Editorial Ediciones Martínez Roca. S.A.
- Limongi, Marcia. (número de diciembre de 1996).Artículo para la revista Planeta (Brasil), Traducción de Susana Binda.
- Marucco,N.(1999) "Duelo y cuerpo" en Cura analítica y transferencia. Buenos Aires, Amorrortu editores.
- Salomé, Lou Andrés (1921)(1982)"El narcisismo como doble dirección" Tusquets Editores, Barcelona,
- Schavelzon Jose´(2004) Psicooncología. Principios teóricos y praxis para el siglo XXI. Editorial Letra Viva.
- Schuzembergauer Anne (2005) La Voluntad de vivir. Editorial Omeba
- Schuzembergauer Anne. Hay mis ancestros. Editorial Letra Viva.
- Smud, Martin y Bernasconi, Eduardo (2000). Sobre duelos, enlutados y duelistas.