

The background of the book cover is a photograph of a cave interior. A bright, golden light streams through a jagged opening in the cave wall, creating a strong silhouette effect. The light illuminates the rough, textured rock surfaces and the turbulent water of a waterfall or rapids flowing through the cave. The overall mood is dramatic and ethereal.

VICENTE MADOZ

# Vivir la muerte

*La muerte y el morir*

verbo divino

Vicente Madoz Jáuregui

# Vivir la muerte

La muerte y el morir

*eva*

# Contenido

## Prólogo

### Parte I

#### LA MUERTE PROPIA

1. La búsqueda
2. Parte de la vida
3. Miedos y angustia
4. El contraste: muertes provocadas

### Parte II

#### RESPUESTA SOCIAL

5. Ocultación y secuestro

### Parte III

#### PROPUESTA ACERCA DE LA MUERTE

6. Preparación
7. Morir en casa
8. Decir y compartir la verdad
9. Cuidar al moribundo

Parte IV

LA MUERTE DEL OTRO

(EL DUELO)

10. Sentido del duelo

11. Duelo normal

12. Ayudas en el duelo

13. Duelos difíciles y complicados

14. Duelos patológicos

Epílogo

Bibliografía

Créditos

# Prólogo

La muerte es el gran misterio que acompaña al ser humano a lo largo de toda su vida y le desvela e introduce en el enigma de toda su existencia.

Considerar la muerte ayuda al existente a organizar su vida y a saborearla, con la urgencia de lo imprevisible y el señuelo de su trascendencia.

Este libro, epítome de reflexiones condensadas, intenta suscitar en ti, su lector, un análisis de tu realidad temporal y transtemporal, con la esperanza de que te ayude a vivir.

El texto de este volumen está conscientemente limitado. No abarca todo el contenido enigmático de la muerte, ni tan siquiera contempla todas sus modalidades.

Lo escrito ha surgido de la reflexión en torno al paradigma de una muerte natural tras una enfermedad terminal de larga duración. Apenas observa las muertes súbitas, citadas únicamente en torno a las diferentes actitudes ante el morir, ni tampoco se explaya acerca de las muertes provocadas, a las que dedica un breve capítulo, de contraste, como pretendido aldabonazo a la conciencia.

No trata, tampoco, las muertes rápidas, imprevistas, por accidentes graves o por patologías agudas naturales, que sitúan a los moribundos en zonas sanitarias específicas, de urgencias o de cuidados intensivos, inmersos en la lucha entre la vida y la muerte, planteando serios problemas clínicos y éticos, de gran interés humano, que requerirían una mayor dedicación pormenorizada.

Resulta evidente, por todo lo dicho, que las páginas siguientes pretenden ser, únicamente, una consideración iniciática en torno a la muerte y al morir, en el deseo de generalizarlas y de socializarlas, como parte esencial de la vida que es la muerte.

# **PARTE I**

## **LA MUERTE PROPIA**

# 1

## La búsqueda

### Misterio

El misterio de la muerte, que nos desasosiega, a menudo, interiormente, desde la niñez, deja al ser humano frente al inmenso misterio de su vida entera. Ignorarlo es un mal empeño. Quien huye y evade la muerte, desoye su vida y la anestesia. Verdaderamente, la muerte tiene la virtud de lo inapelable: es un fenómeno cierto, inseparable de la condición humana y, también, de su naturaleza.

Puede ser contemplada desde muy diversas dimensiones: la biológica, la clínica, la social, la personal, pero también, dentro de ellas, con perspectivas muy diferentes: sanitaria, antropológico-filosófica, antropológico-cultural, histórica, teológica, política, jurídico-social, artística, ética, conmemorativa, y un largo etcétera. Tan importante es su realidad.

Como dice Laín Entralgo en su texto *Cuerpo y alma*, la muerte es, sin duda alguna, un *hecho*, una “posibilidad vital absolutamente ineludible y absolutamente irrebasable..., un trance de nuestra existencia a cuya atención debe atenderse la vida del ser humano para ser radical y auténtica”.

Pero este *hecho*, siguiendo al mismo Laín, no es un hecho cualquiera, un algo que sucede, sino un hecho que, para cobrar su verdadera dimensión, debe convertirse en un “*acto*” humano, parte del proceso personal del moribundo, que debe ser aceptado y, en gran medida, también asumido e iniciado por él, aunque igualmente, por desgracia, puede ser rechazado por su protagonista. Sobre este aspecto de la muerte vamos a extendernos con posterioridad.

Paralelamente, la muerte suele ser un “suceso” familiar, un acontecimiento que rompe y modifica la homeostasis de la historia del grupo en el que ha coexistido el que fallece, y, asimismo, con frecuencia llega a ser un cierto “*acontecimiento*” social, por su impacto en la comunidad y en la sociedad que le ha integrado.

Cada cultura modula estas diversas realidades, las enmarca y las conduce, como continuamente nos enseña la antropología cultural.

Pero siempre *permanece el misterio*. La muerte, como idea abstracta, nos confronta con el fin de lo conocido y nos sitúa frente a un posible “vacío”, suscitándonos numerosos interrogantes. Es fácil, o al menos es más o menos inteligible, comprender qué significa la *muerte biológica*: dejar de respirar, de latir el corazón, de tener actividad eléctrica cerebral, etc. Tampoco nos supone un conflicto excesivo comprender lo que podríamos denominar la *muerte psicológica*: dejar de percibir, de pensar, de sentir, etc. Mucho más difícil, ignoto, es la comprensión de *dejar de existir*: dejar de amar, de ansiar, de proyectar, de vivir en suma. ¿En qué consiste dejar de existir, dejar de ser? ¿Se aniquila el ser o pervive? ¿Hay algo después, o solo la nada o el vacío?

Desde un razonamiento lógico, se nos suscitan algunas posibles contradicciones: si la vida humana tiende a la plenitud, ¿dónde está su límite? ¿Por qué todos anhelan, aparentemente, más tiempo para hacerla? ¿Cómo puede desembocar ese afán de totalidad en la nada? Por otra parte, si el ser humano es, desde todos los humanismos, el valor absoluto de la vida contingente, ¿cómo entender que en cada muerte de una persona termine un absoluto o, al menos, fragmentos del absoluto histórico que podría ser la humanidad?

No podemos resolver el misterio, sino solo desvelarlo en parte. Este libro pretende ayudarnos a afrontar la muerte de forma positiva y enriquecedora.

## Sentido

Las primera preguntas que vienen a nuestra mente ante el misterio de la muerte son: ¿qué sentido tiene la muerte?, ¿morimos para algo?, ¿o es la mera negación del ser?

Los posicionamientos frente al misterio son diversos, pero se pueden encuadrar en dos grandes agrupamientos: los que creen que después de la muerte no hay nada y la valoran exclusivamente desde una dimensión humanista temporal, y los que consideran que tras el morir hay algo más y, sin renunciar a dicha formulación humanista, propugnan una persistencia del ser en otra dimensión.

- Desde la perspectiva humanista, la muerte es, o debería ser, la continuación de la



vida y la culminación de la obra de cada ser humano, la compleción de toda su vida personal, la *consumación*, que no la “consumición” por agotamiento, de su vocación personal, entendiendo que consumir es “llevar a cabo totalmente algo” o “llevar a cabo el acto que se considera la culminación de algo”, o sea, el morir. Todo ello haciendo hincapié en que “consumar” viene de *summum*, “lo más alto”, y que por consiguiente, de este modo, metafóricamente, morir debería ser algo así como alcanzar la cima del propio proyecto personal. Esta obra, así retocada y terminada en el morir, puede y suele pasarse a generaciones futuras en forma de testamento espiritual o de un eslabón en la cadena de progresos de la humanidad.

- Otras muchas personas nos adherimos a creencias o ideologías, muchas veces ligadas a diferentes religiones, que suponen la aceptación de alguna forma de *pervivencia tras la muerte*. La mayoría de ellas son teorías personalizadas y se concentran en dos opciones fundamentalmente:

- La *reencarnación* en otros seres humanos o sujetos de otra especie, asemejada a un renacer en otra sede vital, como propugnan, por ejemplo, el hinduismo o el budismo.

- La *resurrección*, en la que el fallecido continúa siendo él mismo en una dimensión o forma diferente, como defienden el cristianismo, el islamismo o el judaísmo, entre otros.

Hay personas que identifican al ser humano como una porción de energía total o global que, al morir, se recompone en otra fracción de energía continuadora de la anterior. Esta hipótesis no posee el carácter personalista de las anteriores y resulta más difícil de concretar y de identificar.

A título de ejemplo, en nuestra cultura, el *cristianismo*, en el que muchos nos movemos y vivimos, expone una doctrina que es muy clara al respecto y que podemos sintetizar en los siguientes rasgos:

- Existe una vida transmortal, basada en la resurrección, explicitada en Jesús, el Cristo, que nos enseñó el camino hacia la otra realidad atemporal y sin espacio, denominada de mil formas (cielo, paraíso, etc.), que supone la dimensión auténtica en la que cada ser humano puede contemplar su plenitud, su ser total.
- La muerte es el paso, la pascua, a esta vida verdadera, ya perenne, en la que el ser humano se realiza absolutamente, dado que esta es la existencia para la que fue

creado, y de la que se alejó por el pecado de soberbia, origen de todos los demás. Solamente al morir la persona alcanza su verdadera libertad, su ser él mismo en toda situación, retornando a la morada del Padre, su creador y mentor, su verdadera raíz.

- Con lo que antecede podemos entender dos citas enmarcadas en el pensamiento cristiano:

- La de Zubiri, que, en el capítulo X de *Sobre el hombre*, referido al decurso vital, acerca del tema de la muerte dice que “la muerte es el acto que lanza al hombre desde la provisionalidad a lo definitivo”.

- La de Gregorio de Nisa, cuando afirma que “la muerte supone volver a la naturaleza en su originalidad”.

Cualquiera que sea la respuesta que demos al misterio del “más allá”, sea el de la aniquilación, sea el de la reencarnación, la resurrección u otra, hay que tener muy claro que todas son puramente creenciales, pues ninguna de ellas se basa en experiencias comprobables. En unos casos, como en el de la aniquilación, pueden pesar más los argumentos racionales y/o comprobables; en otros, aquellos que defienden la pervivencia del ser, posiblemente se amparan más en razones vivenciales y/o sentimentales. En cualquier caso, el misterio sigue abierto, difícil de comprender y de explicar, sobrepasando la razón humana.

## **Las muertes pequeñas**

Antes de afrontar la muerte propia, todos los humanos hemos experimentado rupturas y pérdidas que, de alguna manera, se asemejan a la muerte, por cuanto suponen la anulación de algunas funciones o tareas significativas en nuestra biografía. Muchos de estos percances, debido a sus consecuencias, podrían ser considerados algo así como una “muerte parcial” en la vida del sujeto. En este apartado podríamos considerar algunas patologías graves y muy disfuncionales, tales como una ceguera, una sordera total, una paraplejia u otras dolencias por el estilo. Asimismo, también encajarían en este mismo capítulo algunos cambios vitales extraordinarios capaces de marcar la vida futura de la persona, como podrían ser cambios económicos o del hábitat sobrevenidos muy

bruscamente, o circunstancias similares. Máxime si a ello se añade una inadecuada elaboración de las mismas, unas veces por asumirlas de forma aversiva y otras por caer en una resignación pasiva. En ambos casos, el rechazo agresivo de la primera y el abandono ligado a la segunda posiblemente conducirán al sujeto a la depresión y a la paralización de una parte importante del proyecto vital de su ser. Miguel Delibes, en su novela *Señora de rojo sobre fondo gris*, hace referencia a esta posibilidad cuando a la protagonista, que tiene un tumor cerebral, se le produce una parálisis facial. Temiendo que dicha afección pueda romper el curso de su historia personal, el autor se pregunta si no sería mejor que le sobreviniera ya su muerte total, sin tener que padecer antes esta dolorosa muerte parcial.

Más grave es, sin duda, la cancelación de la casi totalidad del proyecto personal a través de grandes patologías sistémicas, como puede ser una demencia de alzheimer avanzada. No en balde, algunos espectadores de la misma han denominado a sus afectados como “muertos o cadáveres andantes”. ¿Hasta qué punto los dementes dirigen y gestionan su vida? ¿En qué medida son conscientes de su existencia? Quizá a ellos se les podría aplicar la triste y dura reflexión de Marco Aurelio cuando, en sus *Meditaciones*, exclama: “Es triste privilegio la muerte del alma en cuerpo conservado”. No parece descabellado denominar “muerte biográfica” a este tipo de casos.

## **La muerte es de uno mismo**

Irvin Yalom, en su *Psicoterapia existencial*, señala a la muerte como una de las cuatro preocupaciones existenciales básicas del ser humano, junto con la libertad, el aislamiento/soledad y la falta de sentido. Efectivamente, la muerte es una de las grandes e inevitables realidades en la vida de cada uno. Unos, muchos, tratan de ignorarla; otros intentan rehuirla y, al final, la padecen; algunos, ojalá fuéramos todos, tratan de vivirla.

Al igual que todos los animales, los humanos son engendrados “para la muerte”. Sin embargo, debido a su raciocinio, la mayoría de los seres humanos, y todas sus configuraciones grupales, parecen entender, de una manera espontánea, que existe una diferencia entre la muerte de un animal y la de un ser humano. Creemos que los animales *perecen*, sucumbiendo a un desaparecer, o a un irse, fatalmente y sin sentido. Pensamos,

por el contrario, que los hombres y mujeres *morimos*, dando al hecho de morir un contenido específico e intuyendo que quizás después haya un algo más. Todos los pensamientos de la mayoría de la humanidad, sin distinción de razas, creencias o culturas, dotan al ser humano de una inmanente inmortalidad, rota y descabalgada por fallos, errores o accidentes de los propios humanos que los transforman en mortales. Existe en los humanos, tanto para los que fallecen como para los que se quedan, un regusto de perennidad más o menos ambivalente. Así reflexionaba, por ejemplo, Cicerón acerca de la muerte en el libro sobre la vejez: “Creo que esta naturaleza, que contiene todas estas cosas, no puede ser mortal”.

La *muerte*, como idea abstracta, nos aboca a la anulación y al vacío. Sin embargo, el morir es un hecho que puede y debe ser transformado en acto humano continuado, incorporado e integrado en el más largo y más completo proceso de vivir. La persona, desde su naturaleza humana, humaniza o puede humanizar todo cuanto vive y gestiona. Mucho más algo tan singular e inédito como el acto de morir y de despedirse de lo conocido.

Toda muerte es de un alguien, de un sujeto, y, por lo tanto, única, singular, diferente e irrepetible. Un proceso personal, de uno mismo, y, por lo tanto, irreemplazable, que cada uno debe asumir y dotar de proyecto y contenido.

Varios son los rasgos que definen este trance fundamental de la existencia humana. La muerte de cada ser es *intransferible* y, esencialmente, *incompartible*. Nadie puede morir la muerte de uno mismo, ni nadie puede participar en el propio morir. También es, básicamente, *inmodificable*, en su esencia profunda. No se puede cambiar ni transformar, y al final todo el mundo muere, sujeto a su mortalidad presente.

La muerte, cuando surge, es siempre personal: *se muere solo*, independientemente de que corporalmente esté el sujeto acompañado a su alrededor por otras personas o no. El umbral de la muerte solo lo atraviesa el moribundo. Como dice Xavier Zubiri en el texto antes citado, “se vive entre las demás personas y cosas, pero se muere solo”, “se muere en soledad absoluta y radical”. Nadie puede penetrar en la muerte del otro. El que muere lo hace en la soledad última, alienado, extrañado y enajenado de los demás.

Finalmente, la muerte es un hecho *irrebasable*. Nada sabemos después de acaecida. Y, además, es *incomunicable*: nadie que haya muerto ha podido transferir su experiencia. Lo que se ha dicho o escrito acerca de situaciones próximas a la muerte, por ejemplo en

*Life after life*, de Raymon A. Moody, posiblemente nada tenga que ver con la auténtica fenomenología del morir.

Es en la muerte, por consiguiente, donde más resalta, a veces, la humanidad del que fallece, por cuanto es un sujeto humano quien la realiza y porque su conducta es asimismo expresión de su naturaleza también humana.

Lo que sí puede ser la muerte es *acompañable*. Se puede morir –siempre solo y aislado– con un alguien al lado o en ausencia de otro. La presencia de otro, sea un humano o su Dios, puede resultar fuertemente reconfortante para el moribundo, tanto más cuanto más cercano y significativo sea el acompañante. De todo ello hablaremos más extensamente en el libro.

En definitiva, el morir como persona, haciendo de ello un *profundo y hermoso acto humano*, es quizá una de las opciones más significativas que aparecen en el transcurso de la existencia humana. Posiblemente, la de mayor contenido, porque supone el fin de obra y el clímax de la vida, continuación de la que debió ser todo el desarrollo del proyecto personal previvido. No hay que rehuirlo, ni dejarlo pasar, ignorado, por lisis. De algún modo, hay que merecerlo y conquistarlo. Es el momento del pleno llegar a ser, rescatado de las ataduras de lo contingente, abocado a la verdadera libertad, al ser, de verdad, uno mismo inalterado e inalterable.

Por eso, la muerte hay que vivirla en su proceso de morir. Y, como dice Castilla del Pino, *solo muere el que se sabe “moribundo”*. Aquel que ha conocido su muerte en su “presentación”, y no solo como una vaga “representación”. Quien conoce su muerte cercana, portador de una enfermedad irreversible letal, puede convertir todo el tiempo que le resta de vida en presente y vivir su vida con la máxima fruición, atento solamente a lo esencial y afanándose en ello. Todo lo demás, lo que ocupa tanto a los demás, resulta banal para el moribundo. Por eso, vivir la propia muerte supone vivir la vida en su máxima autenticidad.

Previamente, *analizar la propia existencia*, reflexionar sobre ella, filosofar, es una de las mejores maneras de espantar el temor irracional a la muerte. Gracias a la muerte, como destino final o como una gran parada, según las creencias de cada uno, la vida cobra dirección y sentido, por un lado, y valor y significado, por otro. La muerte da un sentido ético a la vida personal y, desde este sentido, dignifica el morir humano, tanto del que perece como de sus acompañantes.

Por eso, cuanto más baraje el ser humano la cercanía y la inevitabilidad de la muerte, más se arraiga y se serena en su devenir existencial. Su muerte orienta la dirección de su vida, la nutre de argumento y contenido, inspira y matiza las decisiones inmersas en la misma y las dota del saber y del sabor propio del fruto maduro, sazonado, que se ofrece como partícipe responsable de la humanidad.

## 2

# Parte de la vida

## Morirse

Junto al “morir” biológico, sucede la experiencia humana de “morirse”. Muere el organismo, pero el sujeto se muere.

Posiblemente, en una primera aproximación, alocada, podríamos pensar que vida y muerte son dos nociones antitéticas. Las dos caras de una moneda. Nada más falso y desorientador. La muerte no se opone a la vida. Por el contrario, es una parte fundamental de la vida, quizá la más esencial, porque la culmina y la realiza. No se puede entender la muerte si no es desde la vida, con ella y para ella. Julián Marías escribía en la *Revista de Occidente*, en 1964, un artículo bajo el título “La meditatio mortis, tema de nuestro tiempo” en el que afirmaba: “La muerte es ‘de la vida’, de alguien vivo, de alguien que vive, y no tiene sentido pensar en ella sin ponerse en claro respecto a esa vida; más aún, si la muerte interesa es en función de la vida, desde ella y para ella”.

Nada más claro y más real, aunque muchos humanos tratan de ignorarlo, más por miedo que por desconocimiento. Una postura equivocada que solo lleva a valorar menos el vivir y a hacerlo, curiosamente, de forma más mortecina y pusilánime. La muerte y la vida, lo vamos a ver siempre, discurren cursos parecidos y se arraigan en las mismas fortalezas y en las mismas ilusiones. Gibran Khalil Gibran, en su libro *El profeta*, nos advierte: “Si queréis realmente contemplar el espíritu de la muerte, abrid de par en par las puertas de vuestro corazón al cuerpo de la vida. Pues la vida y la muerte son una misma cosa, como el río y el mar son una misma cosa”. El nacer y el morir enmarcan la vida humana de cada ser, la animan y la nutren, cada uno desde su perspectiva, alfa y omega de la existencia. Por eso resulta sumamente acertado el aforismo 267 de Rabindranath Tagore en su *Pájaros perdidos*: “La muerte es de la vida lo mismo que el nacer: como el andar está, lo mismo, en el alzar el pie que en el volverlo a la tierra”.

La muerte, en cuanto morirse, supone la experiencia humana de la culminación y del éxtasis, hallada la cima de la montaña de cada proyecto vital. La vida ha sido apurada, retocada y rematada, consumada, presta ya para entregarla a la humanidad, a lo Trascendente, a Dios, tal y como cada cual lo conozca y lo entienda. Es la entrega definitiva de la obra realizada por cada uno a lo largo de su existencia.

Para que ello suceda con naturalidad y paz, es necesario que se haya vivido la vida con plenitud hasta el final. La vitalidad en la existencia cotidiana prepara y favorece el morirse dulcemente y con serenidad. Quien se compromete con su vida y la alienta con fruición, experimenta en su morir una experiencia humana de enorme calado personal, antes de descansar de su nutrida experiencia fundamental. Gioconda Belli, en sus *Poemas de encuentro*, proclama y anuncia de alguna manera estas vivencias en el siguiente fragmento:

*La experiencia de la vida  
es la pasión de beberla  
hasta la embriaguez profunda;  
cantar, bailar, decir versos hermosos  
y luego dormir.*

De lo que no cabe ninguna duda es de que *el morir de cada uno depende de su vivir*. Lo que marca el morir personal es la calidad y el compromiso de vida previo. La gente muere como ha vivido. Elisabeth Kübler-Ross, en su celeberrimo libro *Sobre la muerte y los moribundos*, ya advertía que “lo que es relevante a la hora de morir es cómo hemos vivido, cómo hemos amado, cómo hemos confiado y la fe que hemos tenido a lo largo de la vida”. Muere tranquilo, sereno y satisfecho el que comprueba que a lo largo de su vida “ha hecho lo que tenía que hacer” y “se ha hecho a sí mismo”. Quien recolecta en sus recuerdos una vida deshilvanada o vacía se carga de angustia, y a veces de desesperación, ante el hecho de un final sin sentido. Es como si cada ser humano, en su momento de la verdad, tuviera necesidad de poder decir: “He vivido, soy capaz de morir”.

Grandes pensadores de todas las épocas coinciden con estas apreciaciones. Cicerón, en su libro *Acerca de la vejez*, en el epígrafe 83, escribe: “Cuanto más sabio es uno, con más sosiego de espíritu muere, y cuanto más necio, con más desasosiego”. Más recientemente, Norman O’Brown, en su texto *Vida contra la muerte*, ha dicho que “solo



una persona que no haya vivido su vida tiene miedo a morir”. Del mismo modo, otros autores formulan sentencias parecidas: “Quien vive con dignidad, muere con dignidad”, o bien: “El mayor dolor en el morir es no haber apreciado la vida”.

En definitiva, la muerte debe ser el punto final de una vida llena, satisfecha, feliz, anclada en su sentido, plena de significados y alimentada por relaciones interpersonales significativas, en las que se han recreado continuos vaivenes de amar y de ser amado. Hay que aspirar a morir, lo mismo que en la vida, con salud (salvados de todo aquello que nos impide ser personas) y saludablemente (irradiando salud alrededor).

A la vista de lo expuesto, es necesario que a todos nos coja la muerte “preparados”, con la tarea hecha. Por eso se entiende el clamor de José M.<sup>a</sup> Valverde en la elipsis de su “Oración a la muerte”:

*No estoy maduro, no...  
cuando sea el que soy,  
entonces llámame.  
Única solución  
de la victoria.*

Solo superada la muerte, el ser humano puede lograr su verdadera libertad, su ser él mismo, sin la amenaza de lo contingente ni de su propia condición. Muchas serían las formulaciones de esta realidad. Cada cual se las dará desde sus creencias, pero, de forma general, la eclosión poética de Gibran Khalil Gibran puede cubrir todas las sensibilidades cuando termina su cita anterior diciendo: “Solo cuando bebáis del río del silencio, podréis realmente cantar. Solo cuando alcancéis la cumbre de la montaña, empezareis a subir. Solo cuando la tierra recupere vuestros miembros, podréis verdaderamente danzar”.

Tal es la relevancia de la muerte propia como acto humano que Pedro Laín Entralgo, en su libro *Alma, cuerpo, persona*, se apodera de los versos suplicantes de Rainer María Rilke para solicitar, para cada uno, la muerte como premio, resultado o fruto de toda una vida coherente:

*Señor, da a cada uno su muerte propia,  
el morir que de aquella vida brota,  
en donde él tuvo amor, sentido y pena.*

## Morir o dormir

Al hilo de lo que venimos argumentando, conviene recordar, con la fina ironía del autor, lo que decía Unamuno al respecto. Tras constatar que “la muerte es una cosa seria”, dividía a los humanos en dos grandes colectivos: por un lado, los que con su existencia habrían merecido “morir” y, por otro, los que con sus vidas huecas solo habrían merecido “pasar”. Aun sin una correlación completa, estos dos conjuntos podrían corresponderse hoy en día casi al cincuenta por ciento, por una parte, con aquellos ciudadanos que, *a priori*, preferirían “enterarse” de su muerte cercana, víctimas de una enfermedad terminal, y, por otra parte, con aquellos que desearían “no enterarse” y fallecer fulminados por una muerte repentina, a ser posible durante el sueño.

Estos dos grupos dicotómicos suelen pervivir a lo largo de toda la vida y suelen informar toda la existencia de sus miembros. *Los que quieren “morir”*, los que merecen “morir”, suelen contemplar la muerte como destino, buscan prepararse para ella y la ven como algo inevitable, cercana no solo en el tiempo, sino en su contenido, y tratan de afrontarla de forma consciente, reflexiva y enriquecedora, buscando tras de ella su trascendencia humana y/o sobrenatural. Quienes, por el contrario, *aspiran a “pasar”*, eludiendo su morir mediante un mecanismo de lisis o huida, generalmente tienden a considerar la muerte como un accidente, algo sobrevenido por sorpresa, que no necesita consideración ni preparación. Desgraciadamente, la muerte accidente, inconsiderada y no organizada, enajena y empobrece a la persona, perdiendo toda la riqueza que inyecta la muerte en la vida. Dormir la muerte, “pasarla”, equivale a dormir la vida.

## Vivir el morir

Al final de sus días, el ser humano cercano a su muerte, incluso más si ya ha sido desahuciado, no solo debe ser una persona moribunda, con su perfil pasivo, sino que tendría que ser, como muy bien dice Enrique Bonete en muchas de sus obras, un ser *muriente*, es decir, un ser que de manera activa, con más compromiso que nunca, vive su vida, en autoría, en todas sus dimensiones:

1. Recopilando su pasado, a valorar y asumir, tras su balance.

2. Perfilando su porvenir, adueñándose del mismo con esperanza y unción.
3. Protagonista de su presente, que discurre con la rapidez que imprime la premura, para fortalecer su realidad de modo auténtico y verdadero.

El “muriente” es todavía, aunque solo sea por poco tiempo, una persona que retiene toda su *identidad*, que aún abriga *deseos*, que sigue experimentando *necesidades* y que ve frente a sí un tiempo que argumentar y que *rellenar* de contenido, de acuerdo con sus significaciones más hondas. Por tanto, es un ser que, en contra de lo que muchos piensan, y a veces ocurre, mantiene un *futuro* abierto en el que fundamentar sus *esperanzas*, quizá las más concentradas y precisas de toda su existencia.

El moribundo, aunque así lo quiera proyectar muchas veces la sociedad en que vivimos, no es un sujeto que ha abandonado su autoría y que, resignado, se deja llevar por un ser anónimo, llamado muerte, que le arroja desarraigado, abandonado a una disolución anónima. Por el contrario, mantiene su autenticidad y, desde ella, pueden surgirle *necesidades muy profundas*. Con frecuencia, en su balance final de sus últimos días va a replantearse, silenciosa y sigilosamente, el origen y el alimento de sus raíces, su verdad y verdades de su vida, sus logros y sus fracasos vitales. Con sus nuevas y últimas respuestas existenciales, tratará, posiblemente, de subrayar y de recalcar los trazos de su proceder, condensando y señalando los matices más personales de su creación, como legado para los que le suceden.

Si a ello añadimos que para *muchos moribundos*, bien sea por sus creencias o por sus propias reflexiones, *la muerte no significa el final de lo absoluto*, comprenderemos que lo que hemos llamado su proceso de morir se hace algo más complejo e indeterminado, una transformación en marcha abierta a lo desconocido, que se intenta quizá comprender desde muy distintas dimensiones (evolucionistas, ecológicas, trascendentes, etc.). ¿Qué pensaría Cicerón cuando, al final de su texto sobre la vejez, poco antes de morir, se decía a sí mismo: “He vivido de tal manera que no considero haber nacido en vano, y así me voy de la vida como de una posada, no como de mi casa”? ¿Cuál sería para él el lugar auténtico de su ser, el destino de su trascendencia? ¿Y para tantos otros?

Sorprende comprobar, una y mil veces, que la inmensa mayoría de los que mueren sienten frustradas sus expectativas al no haber podido hacer o desarrollar todo aquello que potencialmente se sentían capaces de completar, comprobando que, en esos

momentos, su muerte interrumpe todos sus proyectos, amenazando con su total desaparición. ¿Tendrán su oportunidad? ¿Existirá ese “algo”, “casa” en el lenguaje de Cicerón, que les posibilite lograr su plenitud absoluta? Muchos, al abandonar su existencia conocida, subsumida en su relatado “cansancio infinito”, parecen aspirar de alguna forma a esa otra posible oportunidad ulterior. ¿O van a la nada, final abrupto para una existencia cuajada de aspiraciones?

## Etapas terminales

Durante muchos años, al considerar el curso previsible de aquellos seres humanos que conocían la certeza de una muerte cercana, hemos acudido a distintos modelos sobre las etapas psicológicas del enfermo terminal: el de Kübler-Ross (1969), el más conocido, el de Pattison (1977), el de Sporken (1978), el de Stedeford (1984) y otros. Afortunadamente, con la globalización de los últimos años, estos modelos han perdido su interés práctico, aunque no el académico, y para lo que nos concierne aquí es preferible inspirarnos en todos ellos, sin diferenciarlos, a fin de dar una visión de conjunto de lo que ocurre en este sentido.

Durante muchos años, los humanos solemos vivir en una situación de *muerte potencial*, cuando sabemos que nuestro destino es morir, pero procuramos no pensar en ello y discurrimos con la representación de la muerte como algo remoto, sin influencia alguna en el presente.

*Sobrevenida la patología potencialmente letal*, todavía existen algunas resistencias, mucho menos que en épocas anteriores, para transmitir la verdad al paciente. A menudo, son los propios familiares cercanos al enfermo quienes fuerzan para que no se le facilite la información. Si el enfermo desconoce su realidad, con esta *ignorancia* forzada aparecen situaciones incómodas y enfermizas, como las terribles *conspiraciones de silencio*, las *inseguridades* y *ambivalencias* por parte del sujeto y las *negaciones implícitas* del mismo. Verdaderamente, se originan estados y contradicciones de difícil manejo, creadoras de tensiones patógenas, tanto en el paciente como en su entorno, que conviene disipar cuanto antes. Sobre todo ello hablaremos posteriormente.

Cuando, antes o después, la persona afectada recibe –así debe ser– una auténtica

*comunicación de la verdad*, se inicia en ella una *etapa de vivir-morir*, con la subsiguiente sucesión de una serie de dinámicas, a veces circulares, otras longitudinales, que acechan a la mayoría de quienes se encuentran en esta situación.

En la *crisis aguda* de la noticia son frecuentes las reacciones bruscas de choque y de paralización, así como las de negación psicológica, rehusando la realidad, y las de aislamiento, encerrándose en un autismo enfurruñado y, a veces, hasta ofendido. Debajo de todo ello, alimentándolo, existen torrentes de angustia, generadores de las más profundas inseguridades: en esta etapa, en la que resulta muy difícil admitir la realidad, son frecuentes también las reacciones de rabia, de irritación, de agresividad y de ira, dirigidas en ocasiones a los cercanos, muchas veces hacia Dios, para los creyentes, y otras hacia el personal sanitario o hacia los cuidadores que les atienden. Son el fruto de la angustia mal digerida que desvela frustraciones, fracasos, dudas o resentimientos lejanos mal elaborados.

Tras este primer impacto, calmada en parte la angustia inicial, puede que el moribundo potencial intente hacer pactos, regateos o negociaciones con los profesionales sanitarios y/o con Dios, tratando de prolongar al máximo sus días, aplazando su final hasta determinadas épocas o circunstancias significativas para el interesado (“cuando mis hijos hayan acabado de estudiar”, “dos años más, para terminar ciertas tareas”, etc.). Con ello terminará, al menos de momento, su fase aguda.

En la *fase crónica*, lo que se acumula en el sujeto es la pena y la aflicción. Pasado el alboroto inicial, el enfermo reflexiona y medita su situación, se apena de sus pérdidas y de sus separaciones, y se entristece por ellas. Resiente el no poder seguir viviendo y sus ilusiones frustradas, que no podrá realizar. Es el momento de las despedidas, de los perdones y de resolver los asuntos pendientes que no permiten demora. Puede ser también un momento de escucha de sus soliloquios y de sus elucubraciones. También el de acceder a sus posibles demandas de aclaración o de búsqueda.

Esta fase crónica termina o en una resignación negativa, hundiéndose en una depresión, desvitalizado y sin sentido, poco deseable, o aceptando, asumiendo, su propia y nueva realidad, para elaborar su desapego de lo cotidiano y de lo superficial. Es la ocasión para respetar el silencio, cuando el sujeto lo indique, pero también para acudir al diálogo y al contacto afectivo cuando lo solicite. La soledad en estos momentos, así como los engaños recíprocos, son cargas muy pesadas para el muriente, que hay que

evitar totalmente.

La *fase terminal* puede ser, según se evalúe la misma, en ocasiones lúcida, *vigil* y, en su medida, activa, aunque debilitada, o puede derivar en una situación de semiinconsciencia o inconsciencia, de difícil comunicación verbal. En cualquier caso, el moribundo se siente ya muy alejado del mundo de los demás, despegado de lo contingente y enfrascado en una dimensión diferente, a la que los que le rodean no tienen acceso. Pero, a pesar de ello, sus lazos emocionales con sus íntimos persisten, a pesar de su distinta dimensionalidad: su proximidad le conforta y le recrea.

### 3

## Miedos y angustia

Prácticamente todo el mundo experimenta un miedo, normal y sano, ante la muerte. En definitiva, es enfrentarse a lo desconocido y, tras ello, tal vez a la nada, al vacío, al “no ser”. Ahondando en él, surge la *angustia existencial*, la señal de alarma ante el dejar de ser. El miedo a la muerte y la angustia existencial que le acompaña son algo positivo e instan al ser humano a anticipar el futuro y a prepararse, de alguna forma, para un paso tan trascendental. Gracias a ellos, el sujeto anticipa su porvenir y puede prever su muerte y organizarse para vivirla.

Paralelamente a esta angustia existencial, espontánea y natural en toda persona, existen otros muchos *miedos enfermizos* y angustias que bullen en torno a la muerte y al hecho de morir. Bastantes de ellos pueden llegar a ser muy desadaptativos, y el viviente debería controlarlos, evitarlos en la medida de lo posible y resolverlos cuando hayan acampado en su ser. Un miedo exagerado a la muerte o al morir se desliza fácilmente hacia la angustia patológica, la fobia y el pánico, y estos pueden paralizar y bloquear al sujeto, incapacitándole para vivir y para ser consecuente con su deseado proyecto personal.

Sin pretender ser exhaustivos, conviene concretar algunos de estos miedos exagerados, en primer lugar para constatar su realidad y, también, para valorarlos y situarlos en las historias biográficas correspondientes:

- Aunque no muy frecuentemente, algunas personas reflexivas y pensadoras se niegan a aceptar el gran misterio de la vida y de la muerte y se empecinan en una excesiva intelectualización y una elucubración rumiativa en torno al fenómeno de la muerte y del morir. La imposibilidad de entender racionalmente lo secreto les subsume en un estado angustioso de confusión, sin hallar la respuesta al vacío, a la nada, al cómo de una posible intemporalidad y/o incorporeidad, y les hace caer en una teorización filosófica, desasosegada e inquieta, propia de la *angustia filosófica* en torno al misterio del óbito, de la postrimería y de la escatología del ser humano.

- Mucho más frecuentemente, las señales, los indicadores, los signos y los símbolos de la muerte son los que crean a muchas personas rechazo y miedo, una especie de “*angustia reverencial*” que les hace alejarse de los mismos: los cadáveres (ya lo dice José M.<sup>a</sup> Valverde en su “Salmo de los muertos”: “un cuerpo muerto grita siempre, es una vergüenza sin motivo”), los cementerios, los hospitales, los tanatorios; etc.
- Igualmente, es también frecuente lo que podríamos llamar una suerte de *angustia de proximidad* ante la muerte: fantasías y proyecciones imaginativas que pretenden, en clave de fábula, poner al ser humano en contacto cercano, muy extremo, con la muerte, bien sea a través de la típica figura del esqueleto con su guadaña, de fantasmas, de brujas, de espíritus malignos, de mensajeros del diablo o de médiums que se arrogan poderes paranormales.
- Mucho más espontánea y naturalmente surge una, casi universal, *angustia de separación*. La muerte nos aleja de personas queridas, y la idea de “no volver a verlas” nos acongoja a todos y nos produce un profundo temor. En ocasiones, esta angustia de separación se acompaña de sentimientos de culpa (de “dejar a sus hijos solos”, por ejemplo). Otras veces, de rabia o de celos, pero el trasfondo es el mismo.
- Pensar en la muerte nos suscita, por otra parte, en ocasiones, una fuerte *angustia de desintegración*, la base de todo gran sufrimiento. Resulta difícil asumir las alteraciones físicas irreversibles, el deterioro sin retorno, la decrepitud, la destrucción de lo costosamente logrado y la descomposición biológicamente conocida, con fantasías de gusanos comiendo nuestras carnes.
- Quizá el temor más fácilmente reconocido por la mayoría de la gente sea la *angustia ante el sufrimiento*: miedo exagerado, irreal muchas veces, a la dureza del cómo morir. Salta la alarma de posibles dolores atroces e incoercibles; de una agonía fantaseada y horripilante; de un estrés insuperable, alimentado de grandes sobrecargas y de tensiones insoportables; y de otras temibles e irracionales aflicciones.
- Algunas personas, en situación de muerte próxima, o incluso sin ella, suelen manifestar una sensación de malestar por lo que podríamos denominar la *angustia de tiempo opresor*: la impresión de que el tiempo le empuja y aplasta, acortando su vida sin piedad, debido a la aceleración del tiempo vivencial, que se acentúa cuando “queda poco” para el final, o cuando así lo piensa el sujeto. La “muerte cierta, hora incierta” se desvanece y se convierte en una torturante “hora próxima”, algo parecido



a lo que suelen experimentar, según parece, los condenados a muerte cuando la hora de su ejecución se acerca.

- También son abundantes las mujeres u hombres que sufren, cuando su muerte se les hace presente, *angustia al descontrol*. Temen no saber comportarse y dañar, de este modo, su autoimagen o quizá su narcisismo, descontrolándose y “montando números” frente a las presumibles situaciones difíciles creadas por el morir, hiriendo así su autoestima y su personaje.
- Existen, finalmente, otros *miedos ligados al después*. Tanto desde lo trascendente (descubrir que todas sus creencias han sido un engaño, ser condenado a un sufrimiento perpetuo, y otros) como desde lo inmediato y terreno. Frecuentísimo es el pánico a ser enterrado vivo, y menos a menudo, pero también con cierta repetición, aparece el miedo a la soledad del cementerio. Esta visión pesimista del cementerio, como de ser abandonado y dejado solo bajo tierra, parece haber inspirado a Julio Llamazares cuando, en *La lluvia amarilla*, pone en boca de su protagonista esta frase: “El miedo al frío infinito que el olvido comporta”, o a Gustavo Adolfo Bécquer, que en su rima LXXIII dice: “Qué solos se quedan los muertos”. En este apartado podemos incluir también otros temores arraigados en arquetipos colectivos, como pueden ser el terror a la incineración en los chinos o al enterramiento en los japoneses.

Cuando estos miedos, o similares, se desbordan, crean en el sujeto una *angustia neurótica*, fácilmente somatizada, bien descrita por Gioconda Belli en el poema “Miedo”, de su libro *Apogeo*, como queda reflejado en el siguiente fragmento:

*¿Con qué cara envejeceré?  
¿Con qué fuerzas enfrentaré  
la soledad abismal de la muerte?  
¿El ahogo, el último latido  
furioso del corazón?  
¿Quién me despejará de este huracán  
que sopla inmisericorde, despeinando  
la razón, la calma?  
Miro mis ojos redondos y azorados.  
Tengo ganas de abrazar mi sombra.  
Me da pena su espanto*

*de animal ante el rayo.  
No hay conciencia,  
sosiego.  
No hay consuelo  
para el cuerpo asustado,  
solo llanto.*

Estos miedos descontrolados crean un *sufrimiento innecesario*, penoso y triste. Gandhi lo recoge en uno de sus textos: “Hay un dicho inglés que encierra una gran verdad: ‘Los cobardes mueren muchas veces antes de su muerte’. Como he dicho ya muchas veces, la muerte es –en realidad– la liberación del dolor y de los sufrimientos. El miedo sirve solo para acentuar el sufrimiento y transformar la condición de quien lo sufre en lastimosa”.

Algunas veces, los mecanismos adaptativos conscientes, como la ignorancia, ayudan a hacer una asunción más moderada y lenta del hecho, así como también determinados mecanismos inconscientes (negación, fantasías de inmortalidad o de trascendencia, como dejar hijos que continúen el apellido) pueden paliar algunos de estos temores exagerados. Pero su amenaza persiste, y hay que vigilarlos.

Se han hecho bastantes estudios tratando de delimitar posibles *correlaciones* entre el miedo excesivo, enfermizo, a la muerte y distintas variables personales, teniendo siempre en cuenta que la angustia ante la muerte nunca es estable dentro de una misma persona, ya que varía en función de sus acontecimientos vitales y ambientales, así como según evolucionen sus relaciones íntimas. En cualquier caso, hasta ahora, la angustia ante la muerte suele ser mayor en las mujeres, quizá por su mayor capacidad de apego, y en las personas introvertidas, ansiosas, sensibles, deprimidas y con mala autoimagen, mientras que las personas más maduras y más satisfechas la suelen manejar mejor. La religiosidad madura parece ser que también previene temores descontrolados. Curiosamente, en contra de lo que muchos pensarían, el trabajo sanitario con enfermos terminales no afecta al miedo ante la muerte de los profesionales que lo ejercen. Tampoco los cursos de formación sobre esa muerte disminuyen la angustia mencionada. Solo algunas experiencias vividas con moribundos pueden atenuarla. Al hilo de lo que veníamos tratando, hay que tener en cuenta que los médicos con altos niveles de angustia ante la muerte suelen ser mucho más arriesgados y agresivos en sus terapias y en sus esfuerzos para “luchar contra la muerte”, excediéndose a veces en dicha, tonta, batalla,

incurriendo en encarnizamientos terapéuticos en situaciones en las que el enfermo debería haber sido ya desahuciado. Finalmente, las experiencias de muerte próxima provocan un enlentecimiento de la vivencia del tiempo opresor, refuerzan las ganas de vivir y disminuyen, por lo general, el miedo ante la muerte.

Por lo que venimos diciendo, se desprende que todo ser humano debería familiarizarse con algunas *estrategias para combatir el miedo excesivo a la muerte*. En primer lugar, debe aceptar y asumir, sin pudor alguno, su angustia existencial o miedo ontológico ante la muerte, inevitable, y liberador cuando se maneja bien. Asimismo, es razonable admitir que existen miedos sensatos ante la muerte, ligados al instinto de supervivencia, que conviene preservar y atender. Lo que sí resulta necesario detectar son los miedos irracionales sobreañadidos. Solo así se podrán objetivar y aislar. Hecho lo cual, será posible elaborarlos, atenuarlos o incluso eliminarlos, diluyendo su carácter opresor y deshumanizador.

Los beneficios de combatir los miedos irracionales a la muerte son múltiples. Valga de ejemplo el siguiente listado:

- Normaliza y enriquece el morir humano, sanando así, igualmente, a la sociedad.
- Facilita el bien morir, en salud y saludablemente.
- Impulsa, previamente, el bien-ser, madurando a los humanos y posibilitando su autoría, ya que pensar en la muerte enriquece a la persona.
- Potencia, en la etapa final de la existencia, la verdadera calidad de vida, no en su versión hedonista, limitada a no sufrir y a sentirse lo más cómodo posible, sino en su verdadera versión realizadora.
- Disminuye sufrimientos inútiles, estériles, innecesarios y evitables, provocados por miedos desmedidos.
- Incrementa la felicidad, como satisfacción y contento con el propio ser, hasta el límite.
- Culmina las relaciones amorosas, las sella y las inmortaliza, perpetuándolas en la memoria entrañable y en la futura comunicación simbólica, tras la separación de hecho.
- Aumenta las vivencias colectivas humanistas y de solidaridad.
- Mejora la preparación general para la muerte y enriquece, con ello, la muerte y el

morir del género humano.

- Evita la desesperación y el terror ante la muerte, así como el consiguiente empeoramiento del proceso terminal.
- Disminuye la necesidad subjetiva y las demandas de prácticas de eutanasia o de suicidio asistido. Hace ya cincuenta años, John Hinton, en su libro *Dying*, traducido como *Experiencias sobre el morir*, aseguraba que “la principal razón para la eutanasia es la falta de cuidados y de preparación para la muerte”.
- Elimina el contagio emocional y la generalización del miedo a la muerte. Ángel Urrutia así lo entendía cuando formuló su poema “Asistiré a mi muerte”, imaginando su propio funeral y diciendo a sus amigos en su fragmento:

*No lloraréis por mí. Lloraréis,  
del miedo a vuestra propia muerte,  
que vendrá hasta la mía  
vuestra muerte.*

- Promociona en nuestro entorno la “muerte sana”, enriquecedora para el muriente, sus allegados y la colectividad.

Se atisba ya la *conclusión* de este capítulo: todos debemos dar vuelta al guante de nuestro amilanamiento, ignorando las narcotizaciones y la ignorancia, para ensimismarnos en una aceptación serena del morir ajeno y propio. Mirando a la muerte con naturalidad, reflexionando sobre sus aportaciones, enseñándonos y enseñando a morir, seremos capaces de vivir una vida activa, muriendo, para, al final, ser capaces de morir viviendo, la forma sana y más humana de completar nuestra trayectoria biográfica.

## 4

# El contraste: muertes provocadas

Todo el discurso mantenido hasta el momento se rompe y resquebraja cuando observamos casos, muy numerosos, en los que el sujeto no se muere, sino que lo matan o se mata. Vamos a utilizar este capítulo para realizar algunas consideraciones acerca de estas muertes atípicas, a menudo llamadas “no naturales”.

A veces, la causa mortal es heteronómica (accidentes provocados por otros, catástrofes, guerras, asesinatos, penas de muerte, etc.) y, en otras, su origen es autonómico (accidentes propios o suicidios, bien sean estos personales o asistidos).

Este tipo de muertes provocadas suelen conllevar más violencia mucho mayor desgaste no solo para el muriente, sino para sus allegados, y para estos supone *duelos mucho más conflictivos y difíciles*, como veremos en su momento.

“Matarse” o que “nos maten”, a través de un suceso indeseado e inevitable, es una posibilidad ineludible para la que todos deberíamos estar también prevenidos, a base de haber hecho una buena preparación para la muerte de forma remota y permanente, como dijimos en su momento.

Que “nos maten” de forma programada y arbitrariamente lícita, a través de una “pena de muerte” judicial, no deja de ser un atropello que rompe el axioma clásico “muerte cierta, hora incierta” para transformarlo en una “muerte cierta a hora cierta”, mucho más penosa y pavorosa que cualquier otra variedad de muerte posible.

Que “nos matemos”, en contra de nuestro propio instinto de supervivencia, suicidándonos, supone uno de los muchos misterios de la vida humana, difíciles de comprender, que conviene resaltar, aunque solo sea como contraste a las llamadas “muertes naturales”, sobre las que estamos tratando. La difícil respuesta a su “¿por qué?” puede, quizá, también ayudarnos a incentivar nuestro interior, nuestra curiosidad y nuestra reflexión acerca de la muerte, mejorando de este modo nuestra preparación para ella.

# El suicidio

En este texto no vamos a tratar de hacer un estudio completo, ni estadístico, ni sociológico, ni psiquiátrico, sobre el tema, sino algunas reflexiones, lo más ágiles posibles, acerca de lo que el suicidio puede suponer para el ser humano y de su significación para nuestra mentalidad.

Hay quienes, emotivamente, opinan que solo se puede suicidar alguien “cuando ha perdido el juicio” y otros que, reflexivamente, suponen que el suicidio puede ser el fruto de una decisión razonada y razonable. Incluso, en términos diferentes a los de Durkheim, cabe proponer la existencia de posibles “suicidas altruistas”, con el objeto de salvar a otras personas, sanas o enfermas, como sería el caso de Maximiliano Kolbe al intercambiarse por otro polaco, padre de familia, para ser ajusticiado, o el del enfermo que renuncia a su medicación a fin de que se utilice con otro paciente más necesitado de supervivencia.

Disquisiciones aparte, debemos hacer constancia de que los suicidios son frecuentes y de que su señuelo acompaña, con frecuencia, a muchísimas personas en épocas diferentes de su vida. No nos importa cuántos, que ya sabemos que son numerosos, cuanto su “¿porqué?”.

Todo suicidio, cualquiera que sea su causa, estudiado fenoménicamente, conlleva siempre una carga importante de ambivalencia y, al final, en su último momento, una conducta impulsiva global. Al menos, esto es lo que describen la mayoría de los supervivientes a conductas suicidas fallidas, así como otros muchos de los que han ejecutado acciones *autolíticas* menos consistentes.

Son muchos los misterios de la muerte autoaplicada. Su “¿porqué?” queda siempre irresuelto o solo someramente contestado cuando intentamos de veras responderlo. Es permanente el dilema de si el suicidio es consecuencia de una cobardía, de un no saber vivir o, por el contrario, de la valentía de saber gobernar la propia vida con racionalidad, “sabiendo ser” hasta el final.

No cabe duda de que los suicidas se alimentan de la falta de amor entre las personas y de la terrible soledad que acosa a muchos seres humanos, sobre todo en situaciones de colectividades anómicas. Por eso, su incidencia y prevalencia suelen ser utilizadas como indicadores de la salud social de una comunidad. Pero esta realidad solo supone la base o

caldo de cultivo sobre el que el suicidio se genera y alimenta.

En cuanto a su fenomenología, se pueden distinguir, aparte de las amenazas y de los gestos suicidas, más o menos precursores de futuras tendencias más graves, dos tipos de realidades diferentes: las tentativas o intentos suicidas y los actos suicidas propiamente dichos. Conviene diferenciarlos, por lo que, a continuación, vamos a referir. Son realidades diferentes, con orígenes separados y con consecuencias igualmente distintas. Lo cual no significa, como veremos en su momento, que no exista una importante correlación estadística entre los dos fenómenos.

Las *tentativas o intentos de suicidio* se refieren a conductas autoagresivas, y potencialmente autodestructivas, pero con un matiz diferencial muy destacado: si bien, en parte, contemplan la muerte como un posible resultado de la acción, no tienen en el deseo de morir su única y última motivación. Lo que buscan es que la vida experimentada hasta ese momento, penosa, inútil, sufriente, sin sentido, finalice y desaparezca para siempre. Es un sonoro grito de socorro, un “no quiero seguir viviendo así ni un minuto más”. Para ello, el sujeto se arriesga a morir, se juega a cara o cruz su existencia. Los intentos de suicidio serían, pues, una especie de órdago o ruleta rusa, una aventura extrema en la que un ser muy acongojado o bien se muere o bien logra que su situación penosa termine y se inicie un cambio sustancial en su trayectoria personal.

Más que una voluntad exclusiva de morir, lo que mueve al que ejecuta una tentativa de suicidio es el deseo de terminar con el vacío de su vida hasta ese momento y su deseo radical de cambio. Busca una ruptura con el pasado que pueda alumbrar un camino nuevo. Perdiendo el miedo a morir, el sujeto se arriesga al límite, buscando, en la experiencia del umbral del misterio último existencial, la fuerza que le ayude a abandonar su miedo y su torpeza para vivir, cosa que, desgraciadamente, por sí mismo, pocas veces ocurre. Un intento de suicidio es un “cortar” exagerado y desesperado con una vida estéril, para renacer de nuevo a una vida más prometedora.

El caldo de cultivo de las tentativas de suicidio suele estar en las relaciones interpersonales de quien las atisba y activa, en el *comundo* de dicha persona. En este su magma afectivo, aparecen fuertes y violentos conflictos emocionales y afectivos, y de ellos surgen movimientos dolorosísimos y, muchas veces, violentos hacia los otros. Quien trata de suicidarse, aunque no lo haga, necesariamente, de forma consciente, busca despertar en los que le rodean y le son significativos sentimientos fuertes y penosos, de

muy diversos calados (culpabilidad, pena, compasión, irritación, violencia, etc.), con la expectativa, a menudo, de obtener de ellos alguna forma de compensación o de reparación por actitudes previas que el protagonista considera injustificadas y malignas. Más raras veces, en algunos intentos de suicidio puede subyacer un enfermizo deseo de autocastigo ante la constatación de su propia incapacidad para remediar la situación de otra manera.

En cualquier caso, la verdadera tentativa de suicidio es un fenómeno dinámicamente muy complejo, en el que el inconsciente juega un papel fundamental y a través del cual se logran, muy a menudo, consecuencias beneficiosas para el sujeto, al menos temporalmente, si la ha sobrevivido:

- A nivel personal, experimenta un fuerte efecto catártico, elaborando sus conflictos, complejos, deseos y frustraciones, de manera que a menudo experimenta una mejoría emocional intensa, al menos transitoria durante unas horas o días.
- A nivel interpersonal y social, asimismo, provoca un movimiento de ayuda de la comunidad hacia él. Familiares, compañeros, servicios sociales, médicos y otros muchos le prestan mayor atención, tal vez le desplacen de sus lugares de conflicto o tomen medidas en torno a él que disminuyan su estrés, su posible aislamiento o le mejoren de otra manera. Es necesario que los cercanos a una persona que ha hecho una tentativa de suicidio aprendan a manejar estas respuestas al mismo, a fin de no empeorar las dinámicas y/o las patologías que subyacen al mismo.

Los métodos más habituales en los intentos de suicidio suelen ser las sobredosis de medicamentos o los cortes de muñeca.

El *acto suicida* propiamente dicho surge de la plena convicción, sana o insana, de que la única solución para la triste vida del que lo lleva a cabo es el suicidio y de que, por consiguiente, la muerte es el objetivo final de la acción. En él se utilizan, por consiguiente, métodos mucho más violentos (precipitación, ahogamiento, ahorcamiento, armas de fuego, venenos, etc.), de efectos más rápidos y contundentes. A menudo son conductas más meditadas, más conscientes y frías en su ejecución, derivadas de una certidumbre en su razón de ser. En ellos existe, con frecuencia, una posible pena por la separación de los seres queridos, superada también por el convencimiento de la inevitabilidad del hecho. Los actos de suicidio fallidos por causas ajenas al actor no



tienen nada que ver con las tentativas de suicidio, que, como hemos visto, se gestionan en dinámicas muy diferentes. El acto suicida sucede al convencimiento, muchas veces enfermizo, aunque quizá no siempre, de que la muerte propia autogestionada es la única forma de realizar la vida.

Las frecuentes *notas suicidas* son muy diferentes, como era de esperar, en una u otra opción. En los actos suicidas, el autor se siente inexorablemente abocado a su finalización, asume su responsabilidad y así lo expresa, exculpando y pidiendo perdón a sus allegados. En las tentativas de suicidio, las notas dejadas suelen ser mucho más ambivalentes y cargadas de posibles mensajes indirectos, incómodos, dirigidos a sus personas clave. Lo mencionamos por considerar que en la muerte autoprovocada, como en todas las muertes, la dinámica personal e interpersonal es muy florida, y sus consecuencias, a largo plazo, muy potentes.

Sin entrar en un discurso psiquiátrico prolijo –no es este su contexto–, sí debemos admitir que muchos, posiblemente la mayoría, de los que consuman su suicidio o lo intentan lo hacen a través de mecanismos psicopatológicos. En general, las tentativas de suicidio son más frecuentes en personas que padecen trastornos graves de carácter, mientras que los actos suicidas son más propios de personas afectadas por depresiones graves, bien sean primarias o bien sintomáticas o secundarias a otras patologías (trastornos obsesivos, dependencias de drogas y alcoholismo, esquizofrenia, etc.). En este marco, como hemos mencionado antes, es en el que hemos aprendido que en la gestación de un suicidio coinciden numerosas variables y rasgos de la condición humana (excitación, agresividad, desesperación, etc.) y que existe una clara correlación entre las tentativas de suicidio y el suicidio, siendo este mucho más frecuente entre los que previamente han incurrido en intentos. El amenazar con suicidarse, el dejar notas de suicidio y las conductas de esta índole deben ser tomadas siempre muy en serio por terceras personas. No es este el momento, ya lo hemos dicho, de hacer un análisis psiquiátrico del suicidio, de su prevención, ni de su tratamiento. Si hemos mencionado lo precedente es solo para corroborar el misterio de la muerte humana, en general, y, más aún, el de la muerte autoinfligida en particular. El desconcierto que la muerte suicida provoca a su alrededor es tan grande que sus secuelas perduran, la mayoría de las veces, durante años, como veremos posteriormente al hablar del duelo.

## Suicidio asistido y/o eutanasia

Sin salirnos del hilo del discurso, parece pertinente y relevante hacer algún comentario sobre los suicidios asistidos, solicitados por quien no desea vivir, así como también acerca de otras formas de eutanasia, la mayoría de las veces igualmente requeridas por enfermos terminales y desahuciados. Evidentemente, estos planteamientos eutanásicos nada tienen que ver con los graves problemas sociopolíticos, monstruosos, que han surgido en ocasiones a lo largo de la historia bajo la fórmula de terribles campañas de eutanasia eugenésica o social.

En la eutanasia terminal o agónica y en la eutanasia suscitada por formas de vida aparentemente poco humanas o inhumanas (tetraplejias, deterioros graves, etc.), se plantean con frecuencia fuertes conflictos éticos ante demandas de suicidio asistido, muchas veces refrendado por un racional “suicidio de balance”, y frente a los requerimientos por parte de los pacientes y/o de sus familiares de una eutanasia activa compasiva. Inevitable e inexcusablemente, su discernimiento nos lleva a cuestionarnos qué entendemos por vida humana y por un morir humano.

Existen, desde la bioética, muchos tratados y estudios acerca de la eutanasia, que no es preciso repetir aquí, en los que sus defensores y sus detractores vuelcan sus argumentos al respecto. Conviene ser honestos y sinceros al enfocar estos temas, ya que estamos hablando –y muchas veces juzgando– de personas con un gran sufrimiento y dolor moral y, a menudo, en situaciones límite en las que resulta muy difícil mantener la propia dignidad personal. Si es muy difícil “morirse”, ¡cuánto más difícil debe resultar “matarse” o pedir a otro que “me mate”! En estas situaciones hay que huir de dogmatismos y de generalizaciones analógicas. Conviene analizar cada caso en sí mismo, considerando que, si bien a veces matar o inducir a la muerte a otro ser humano puede resultar terrible, también, otras muchas veces, forzar a vivir al mismo mediante medidas distanásicas incomprensibles, en condiciones infrahumanas, es igualmente horrible y despreciable.

Lo más repugnante es pensar que, muy a menudo, por no decir casi siempre, las situaciones proclives al suicidio asistido y/o a la eutanasia se derivan de negligencias y de falta de compromiso en la ayuda al humano moribundo. Como ya hemos dicho, John Hinton, en su libro *Dying*, lo explicitaba sin remilgos: “La principal razón para la

eutanasia es la falta de cuidados y de preparación para la muerte”. De la misma opinión era Cicely Saunders, considerada una de las fundadoras del movimiento a favor de los *hospices* ingleses: al comentar su relación con un antiguo presidente de la Sociedad de la Eutanasia en Gran Bretaña, coincidía con este en la observación de que si se aliviara el dolor de los pacientes y se les hiciera sentirse apreciados, posiblemente no se recibiría petición alguna de eutanasia. Terminaba su reflexión diciendo que, en su opinión, la eutanasia “es la admisión de la derrota y de un enfoque negativo”, y que trabajando bien con los pacientes terminales se vería que “la verdadera eutanasia (activa y directa) no es necesaria”.

## **Apostilla**

Este capítulo, aparentemente atípico y descolocado, con su crudeza nos debe conmocionar, ayudándonos a acercarnos con firmeza y sin temores pacatos al ininteligible misterio de algunas muertes y, a través de ellas, de todas las muertes. Ignorar estos hechos nos empobrecería, haciéndonos caer, quizá, en un edulcoramiento absurdo de una realidad siempre amarga y penosa pero, al mismo tiempo, vitalizadora.

# **PARTE II**

## **RESPUESTA SOCIAL**

## 5

# Ocultación y secuestro

A lo largo de la historia, dependiendo de zonas y etnias, así como de las diferentes eras y épocas, la percepción de la muerte y su relación con ella han cambiado considerablemente en la mente de los humanos. Los historiadores de la civilización europeístas han distinguido, por ejemplo, diversas culturas sobre la muerte en el transcurso de los años: la muerte domesticada en el siglo XII, la muerte propia en los siglos XIII, XIV y XV, o la muerte del otro dominando los siglos XVIII y parte del XIX.

Durante el pasado siglo XX, con el gran desarrollo de la modernidad, las posturas del ser humano contemporáneo, así llamado civilizado, de raíces cristianas, hacia la muerte han tendido claramente hacia su ocultación y rechazo. Los motivos para ello pueden ser múltiples, desde posibles factores individuales inconscientes (según Freud, “en el inconsciente todo el mundo está convencido de su propia inmortalidad”) a otros de tipo social (el consumismo, la tecnocracia sanitaria, el hedonismo imperante, etc.) o bien a algunos más ligados a cambios de civilización (civilización del ocio, evasión de lo contingente, desacralización, contraposición errónea entre vida y muerte, y otros más). No deja de sorprender que en una era en la que tanto se habla de la dignidad del ser humano y de sus derechos, con la vista puesta en su realización, se ignore su morir como el *summum* de su plenitud. Otras civilizaciones, como la egipcia en su máximo esplendor o la tibetana, no incurrían en semejante contradicción. A primera vista, parece obvio que vivimos, desde hace ya bastantes décadas, quizás cinco o seis, en una época histórica, con una civilización actual muy deshumanizada, en la que la espiritualidad como componente del hombre —y no necesariamente religioso— ha perdido vigencia y potencialidad. Quizá por todo ello, esta sociedad incita al ocultamiento y al alejamiento de la muerte.

## Posible sentido social de la muerte

Durante muchos años, en nuestra cultura occidental, el “morir en casa” era algo muy apreciado y propiciado por todos los que teníamos alguna responsabilidad en el acompañamiento en la muerte. Incluso, la propia sociedad sancionaba, de alguna manera, a quienes transgredían esta costumbre. Igualmente, los velatorios familiares, las exequias de cuerpo presente, el luto y todos los ritos al respecto propiciaban un aire de normalidad y de familiaridad en lo que podríamos entender como un desarrollo normal de recambio de generaciones.

Contemplada desde el universo colectivo e histórico, la vida humana es un proceso continuo de bajas (muertes) y de incorporaciones (nacimientos), lo que facilita una *dinámica continua de rupturas y de cambios* en la que todos nos enriquecemos, renaciendo de forma permanente en situaciones nuevas y con tareas inéditas.

Por este motivo, en cualquier comunidad existe, aunque solo sea de manera solapada, una gran *interdependencia entre los vivos y los muertos*, en la construcción de una historia común y de un colectivo único, la propia humanidad. De ahí el profundo respeto que suscitan los muertos, los que nos precedieron, reconociéndoles su corresponsabilidad en la tarea universal. Su memoria alienta a los vivos a reflexionar, a profundizar y a filosofar acerca del misterio de la existencia humana y de su destino, favoreciendo, de este modo, los procesos de humanización y de personalización de la sociedad a la que pertenecen.

El *culto a los muertos* ayuda a captar con claridad el proceso vital de una determinada colectividad y de la civilización en la que late. Los que fueron y los que son construyen juntos el mosaico que podría representar la humanidad existente en ese momento y la humanidad global transhistórica: unos terminan su obra, su tesela, cuando otros inician la construcción de la suya. Juntas, las obras de todos los millones de humanos que han habitado el orbe hacen las vidrieras del cosmos, con todo su brillo y su color. Este podría ser el sentido social de la muerte del ser humano, el ser viviente más capaz de dejar huella: en palabras de Michel de Montaigne, “haced sitio a otros, como otros lo hicieron”, para mantener a la humanidad en marcha, permanentemente renovada.

## Ocultación de la muerte

La muerte y el morir, por la hondura de su esencia, conmueven y remueven lo más profundo del ser humano y de sus configuraciones sociales. Por eso, siempre han sido objeto de interés para los pensadores de todos los tiempos y han ocupado un papel fundamental en todas las culturas, siendo interminables sus impactos y repercusiones.

En la Edad Moderna y en la posmodernidad, con el auge idolátrico de la razón, la muerte se ha ido convirtiendo cada vez más en una realidad molesta, por ininteligible y por indomable. A fecha de hoy, ya no solo provoca miedos y angustia, sino que los mismos se elaboran, como tantas veces, en rabia y agresividad, luchando por tratar de alejar, de expulsar, la muerte, realidad agresiva, del territorio de un mundo endiosado y pragmático. En el reino de las apariencias, la muerte se ha transformado en algo sucio, vergonzoso y molesto, en una denuncia permanente de nuestras limitaciones e incapacidades, que hay que ocultar y alejar.

Por muchas razones, que no es necesario compilar aquí, desde mediados del siglo pasado se ha ido produciendo una profunda reacción cultural en contra de la muerte, y su fenomenología individual y social ha cambiado sustancialmente. Mencionaremos algunos de los rasgos más característicos de este deterioro espiritual en el morir:

- Últimamente, cada vez es menos frecuente el morir pacientemente, en casa, acompañado de los suyos. El morir serenamente y de forma apacible se ha sustituido por una frenética lucha contra la muerte, exaltada por muchos como la tarea a hacer. Un alto porcentaje de moribundos por enfermedades terminales –más del 60%, según algunos– terminan sus días en hospitales, afectivamente fríos y no preparados para acompañar la muerte, fruto del sanitarismo que luego comentaremos. Se muere guerreando, en lugar de a través de vivir un acto humano interior y hondo.
- Philippe Ariès, en su clásico *El hombre ante la muerte*, adjudica a la muerte actual una serie de adjetivos calificativos que apenas necesitan explicación, por su sentido diáfano: muerte *oculta*, muerte *invisible*, muerte *excluida*, muerte *enajenada*, y otros similares. Todos ellos aluden a algo evidente, como es la muerte expulsada de su contexto social, privatizada, molesta e inoportuna. De ahí su designación de muerte *invertida*, en referencia a que ha dejado de ser un acontecimiento público y social para convertirse en algo cerrado y casi clandestino.
- En efecto, en el día a día contemporáneo se niega, absurdamente, la muerte como un hecho personal real a vivir y se asimila, erróneamente, a algo ligado a la vejez,

decrépita, ahogada y enajenada, antesala de la muerte, que acontece por sí misma, sin participación del ser. Una especie de falso exorcismo para alejar la autenticidad de la muerte, y del morir, de la vida cotidiana de cada uno. Algo que “ya llegará”, en un difuso y confuso porvenir, remoto y casi inexistente, a efectos prácticos.

– A esta muerte remota y difuminada, fruto del terrible esfuerzo de su ocultamiento, se la asocia, en el devenir cotidiano, con la *falacia*, para situarla así en la clandestinidad. A tal efecto sirven las “conspiraciones del silencio”, los disimulos, las mentiras “piadosas” y la cada vez mayor supresión de signos externos y públicos de la muerte. Los velatorios familiares han dado paso a los tanatorios más alejados y fríos, los viáticos desaparecieron hace mucho, los entierros se agilizan y se disfrazan, y así sucesivamente, tratando siempre de narcotizar la sensibilidad humana para ello y convirtiendo la muerte en algo morboso y *tabú*.

– Hablar de la muerte hoy en día resulta tocar un tema *desagradable* y, posiblemente, *sucio*, de mal gusto, indecente e inconveniente. La sociedad moderna, amparada, erróneamente, en la higiene mental y en la limpieza emocional, ha cultivado una moral pública, un falso pudor, en el que la muerte ha devenido algo vergonzante y repugnante, difícil de casar con el vivir apresurado y aparente del ciudadano urbanita actual.

– Por eso, inconscientemente, tratamos muchas veces de transformar a la muerte en algo *aséptico* y técnico, situándola en reductos propios, como los hospitales, con sus procedimientos científicos, técnicos y limpios. Hasta las cámaras mortuorias frigoríficas de los depósitos de cadáveres parecen contribuir a este fin. Hablaremos enseguida, con mayor extensión, sobre la *sanitarización* de la muerte.

No parece necesario redundar mucho más en lo que venimos exponiendo, ya que es algo sobradamente conocido y reconocido por todo el mundo. Lo fundamental es que a la muerte se la ha *desnaturalizado*, cargándola de poesía ligera y retrotrayéndola de su verdad absoluta. La ausencia de luto sirve a muchos para regatearla, al igual que los eufemismos de los entierros y de las despedidas. Paralelamente, a la muerte se la ha *privatizado*, pasándola de ser un acontecimiento social a convertirla en un estorbo social. Por eso, los entierros se agilizan cada vez más y se reducen a los íntimos; el luto ha dejado de cumplirse; resulta, a veces, difícil acertar si es oportuno sacarle el tema al



familiar cercano o no; se busca cada vez más no dejar huella en las sepulturas, etc. Parece que la sociedad nos dice, en estas circunstancias, que “hay que seguir como si nada hubiera pasado”. Evidentemente, para la comunidad científica, la muerte de un cercano puede ser solo un fuerte contratiempo vital, pero esta misma cuestión es difícilmente asimilable por muchos de los que perviven al fallecido, como veremos en su momento.

Resumiendo lo expuesto en este apartado, son dos las grandes conclusiones que podríamos sacar: por una parte, sociológicamente, la muerte parece haberse *deshumanizado* y, por otra, se la está *alejando*, marginando, del conocimiento de la población.

La muerte se ha deshumanizado tanto porque no se prepara ni se cultiva el proceso del morir como porque se ha perdido la conciencia de que quien se va formaba y seguirá formando parte de la humanidad, a quien deja su obra, positiva o negativa en el enriquecimiento del ser histórico, completándolo o empobreciéndolo. Hoy en día, muchas veces las personas contemporáneas, ególatras, ignoramos esta dimensión transpersonal del vivir-morir, que forma parte de un renovado y creciente género humano, conformado con la riqueza esencial y espiritual transferida de generación en generación.

Igualmente, la muerte ha sido alejada del conocimiento de la población. Los niños son apartados de su entorno, al igual que los vecinos y la mayoría de los ciudadanos de la comunidad. Hoy solo se encuentra con ella quien sale a su búsqueda. El resto permanece anestesiado frente a la misma.

## **Secuestro de la muerte**

Hace unos cincuenta años, un pastor protestante, Karl Holl, escribió en Inglaterra un libro describiendo sus vivencias en una unidad de cuidados intensivos de un hospital, en situación de muerte próxima, que nos impactó a muchos y que tituló *No me dejaré robar mi muerte*. Reflexionando sobre el título, posiblemente podamos concluir que, si bien es cierto que el hospital, con sus tecnicismos, puede de alguna forma “robar” el protagonismo y la autoría del morir a un enfermo, también es verdad que, a un nivel

general, la medicina, la sanidad, ha “secuestrado” la muerte de la sociedad y la ha encasillado como una tarea propia. Secuestrar es “depositar algo en poder de un tercero hasta que se decida a quién pertenece entre los que se lo disputan”. ¿No es esto, quizá, lo que está ocurriendo con la muerte en nuestras sociedades “avanzadas”?

La muerte se ha tecnificado y se ha *sanitarizado*, sustituyendo a la muerte natural, y ha sido arrancada de la comunidad: del propio paciente, de la familia, del entorno de los cercanos, del vecindario. El mundo médico ha creado una nueva versión, la muerte médica, y con ello se ha convertido en el gran –y en mi opinión, tonto– secuestrador, creándose una situación insana y absurda. La sanidad se ha apoderado de la muerte y la sociedad lo acepta incluso confortada, idolatrando al experto que le exime de semejante responsabilidad. Hoy en día, son los médicos quienes, en la práctica, toman muchas decisiones en el morir, ignorando muchas veces, con la connivencia de ellos, la corresponsabilidad con el propio moribundo y con sus familiares, que son “informados” someramente, de acuerdo con el modelo médico paternalista, todavía muy prevalente, aunque oficialmente esté ya desechado.

## La muerte médica

La medicalización del morir, con sus razones a favor y con sus argumentos en contra, ha transformado totalmente el orden de las cosas en el tramo y en el espacio biográfico de la terminación de la vida de las personas. Factores válidos, como la higiene, la limpieza, los avances médicos, y otros no tan efectivos, como la incompleta calidad de vida o la secularización, han desbancado a motivos personales y espirituales, y han llevado a la muerte al rincón de lo sanitario, creando, a mi entender, no poca confusión y originando el enorme sinsentido de la desnaturalización, en el sentido ontológico, que tal comportamiento conlleva. Hay quien dice que la muerte personal, en su sentido estricto, está ya pasada de moda. Hoy, apenas se desahucia o se da el alta al enfermo para morir en casa. Se le retiene en el hospital, en una, a mi entender, extravagante lucha contra la muerte, siendo así que el morir en el hospital, en una UCI tal vez, debería ser algo exclusivamente accidental.

Inspirándonos en un trabajo de Steven Miles, profesor clínico de la Universidad de

Minnesota, publicado en la obra *De la vida a la muerte. Ciencia y bioética*, podemos establecer que los elementos definitorios de la muerte médica podrían ser los siguientes:

- La muerte es el resultado de la enfermedad o del accidente, no el final natural de una vida. En la sociedad actual, nadie muere de forma natural, sino “de algo”.
- La muerte y su gestación tienen lugar y pertenecen al espacio sanitario.
- Los sanitarios, los expertos, controlan su curso y el comportamiento que hay que tener en torno a la muerte, usurpándolo del propio moribundo y de sus familiares. Antes, los médicos, como los sacerdotes, eran observadores acompañantes en el proceso. Hoy se han convertido en actores, muchas veces protagonistas, del cortejo del morir, dejando al moribundo en la triste soledad en compañía, en el culmen de su vida.
- Por eso, aunque oficial y explícitamente se respetan los valores del enfermo, en la práctica, muchas veces no se permite al enfermo terminal que juegue su papel principal en su propio morir, respetando su autoría, en gran medida anulada por los acontecimientos controlados por otros.
- Del mismo modo, los familiares tampoco tienen acceso a prestar un acompañamiento cercano a su amado, y se sienten encorsetados y, en gran medida, separados del mismo, teniendo muchas veces que recurrir a la súplica y al favor para acceder a muchas de las que deberían ser sus tareas naturales de compañía fiel. ¡Cuántas veces los cercanos tienen que agradecer a los facultativos que se les “deje pasar” a las UCI o similares!
- En definitiva, no se autoriza, en sentido estricto, al muriente a vivir su expiración como el acto personal sublime, singular y único, que tiene que afrontar, y en el que debe saber gestionar la culminación de su obra. Se le lleva, se le conduce, en los entresijos del mismo, sin responsabilizarle de su creación y de su diligencia.

Desafortunadamente, el marco de la muerte médica lo compone, a menudo, personal sanitario que no asume su propia muerte y que, además, ha sido entrenado solo para luchar contra la muerte, pero no para acompañarla. Por eso, no rara vez, la muerte es vivida por sus protagonistas prestados como un “fracaso” no solo de ellos mismos, sino de la ciencia en general. Los propios hospitales, salvo alguna sección de paliativos (a menudo, demasiado medicalizada también, como veremos más adelante), solo están

preparados para combatir la muerte, no para apreciarla y respetarla.

## Las actitudes hiperterapéuticas

En el contexto del secuestro sanitario de la muerte surgen muchas veces, como reacción y como defensa, las posturas exageradas en cuanto a los tratamientos a aplicar a los enfermos en peligro próximo de muerte. Estos excesos adquieren su condición de tales cuando el propio médico no ha sabido desahuciar al paciente y persiste en un encarnizamiento terapéutico contra su patología, tratando al paciente a pesar de sus nulas posibilidades de éxito, incurriendo en una conducta fútil, frívola e inútil, que, por lo general, solo suele acentuar la profunda soledad del ser en proceso de morir.

Alguna vez, incluso sin una excesiva mala intención, pero sí con bastante confusión, en estas circunstancias priman los presuntos *avances científico-médicos* sobre el interés de la persona que está agotando su existencia. Con una latente ambivalencia ética, se experimenta con algunos moribundos, porque resulta muy difícil conciliar el interés científico con el humanismo comprensivo. La película *Wit*, de Mike Nichols, perfectamente protagonizada por Emma Thompson, desarrolló en su momento el discurso del dilema de la ética de los avances científicos en estas circunstancias. Revisarla contribuiría a mejorar la reflexión sobre este hecho.

En el mejor de los casos, los médicos se limitan a *atontar* al paciente o a colmarlo de efectos colaterales con un exceso de fármacos recetados, muchas veces, más que nada, en respuesta a la sutil demanda, externa o interna, de “hacer algo”. Con ello, la mayoría de las veces no se consigue nada positivo y sí en muchas ocasiones resultados negativos. Entre ellos, y como hecho más significativo, mantener al moribundo con sus aptitudes cognitivas deprimidas, impidiéndole gestionar y dirigir su capítulo final. Hay que ponderar con gran delicadeza y sensibilidad la utilización en estos casos de moléculas sedantes, para no incurrir en atropellos de este tipo, si no es con la total aprobación del sujeto protagonista de su morir.

Por otra parte, en otro orden de cosas, el mundo sanitario en general y sobre todo las UCI tienen la particularidad de *distraer* al enfermo con sus tecnologías (sueros, monitores, acompañados de sus ruidos y de sus cadencias), con sus rutinas de control

(aparatos, termómetros, etc.) y con su propia inquietud de “hacer cosas” no tanto para ayudar al enfermo como para calmar al propio médico y/o a los familiares. Muchas ofertas y actuaciones en este sentido forman parte del entramado sanitario del morir, que prioriza, sin darse cuenta, esta especie de activismo narcotizante sobre la búsqueda espiritual en el adentro del moribundo y de sus cercanos.

Finalmente, otras muchas veces *se prolonga innecesariamente el proceso de morir*, a iniciativa de los médicos y/o de los familiares, por no saber aceptar la muerte como un hecho natural en el ser humano. No queremos pensar en otros casos, afortunadamente más raros, de motivaciones más espurias para este hecho, como pueden ser intereses económicos o los derivados de un cientifismo salvaje. En cualquier caso, los excesos en este sentido han obligado a poner en marcha estrategias que garanticen –o al menos lo intenten– la sana y adecuada adistanasia. Los testamentos vitales son el fruto más palpable de esta necesidad.

Ciertamente, no resulta fácil discernir, en los casos que estamos hablando, en qué consiste, por ejemplo, un *medio extraordinario*. Desde luego, no es su mayor cualidad el ser muy costoso y/o complicado. Probablemente, se acerque más a su definición el caracterizarlo como una actuación desproporcionada por molesta y por inútil. A veces se utilizan perfusiones, maniobras de resucitación, transfusiones, corticoides, quimioterapia compasiva o paliativa, euforizantes, etc., con el único ánimo de prolongar un poco más la vitalidad del enfermo, confundiéndole a él y a sus familiares. Es un error hacer un uso indiscriminado de estas maniobras, que solo deberían emplearse en casos muy limitados y por motivos muy serios.

El encarnizamiento terapéutico, inflexible y enconado, como método habitual, supone haber situado *el valor de la vida en el luchar contra la muerte*, como si no fueran fases de la misma existencia, complementarias e inseparables. Da pena, incluso, oír alabanzas del tipo de que alguien “ha muerto como un valiente, luchando contra la muerte”, y reducir su papel a esta triste motivación defensiva, cuando debería haber estado abriéndose a nuevas proyecciones futuras.

El nerviosismo ante el morir, con sus patrones estereotipados y repetidos por rutina, comete, además, otro desacierto más: no permite valorar que existen morbilidades que, en sí mismas, por su propia condición y curso, merecen acoger la muerte de una forma serena y por lisis, alejada de la excitación y del intervencionismo. Tales son, por

ejemplo, las muertes por fundido de muchas demencias de alzheimer o el morir por emaciación de muchos cánceres prolongados y terminales.

## **El concepto ambiguo de “calidad de vida”**

A veces, una visión restrictiva del concepto “calidad de vida”, reducido por un claro sesgo de carácter hedonista, asimilándolo a una mera evitación de sufrimientos y a una mejora en la comodidad, a un bienestar más que a un bien-ser, aplicado al mundo de los cuidados paliativos, puede llevar a los médicos a una utilización exclusiva de estrategias de alivio físico, ignorando que el ser humano tiende, por su propia naturaleza, a su plenitud y que su razón de existir conlleva su llegar a ser él mismo, ámbito en el que reside su auténtica felicidad.

Esta felicidad, búsqueda y motivación de toda su existencia es lo que actualiza a todo ser humano, y trasciende su placer, su ausencia de dolores y de malestares e incluso su propia alegría. Esta realidad se evidencia de forma muy palpable en el morir. Muchas personas preguntadas preferirían, en estas circunstancias, aceptar e incluso sobrellevar algunos dolores y privaciones con tal de poderse sentir satisfechas y plenas con su existencia a la hora de hacer balance de toda su trayectoria vital.

Si la felicidad es, como decía Kant, estar satisfecho con su propio ser, en el recuento final de la historia será bueno mantener al máximo posible la consciencia y la atención, a fin de facilitar la vivencia de máxima completitud. Como veremos más adelante, el moribundo necesita seguir siendo, y darle calidad de vida no implica solo eliminar sus sufrimientos, sino ayudarle a completar su historia hasta el final, apoyándole y acompañándole espiritualmente hasta la rendición y entrega de su obra.

No hay que olvidar en este contexto que el sufrimiento o dolor moral va más allá de los dolores físicos y de las molestias corporales y se alimenta de otros elementos, arraigados, muchas veces, en lo más profundo de la naturaleza humana. El desamor, las desgracias, las rupturas, las pérdidas, la culpa y las culpabilidades, la soledad, las miserias, la maldad, la angustia y muchas otras experiencias más de esta índole asfixian, en estos momentos terminales, a muchas personas. Y este dolor del alma no se soluciona con medicación ni con otros recursos sanitarios, sino con respuestas personales que den

al muriente sentido y lo sitúen en su realidad única, para, convirtiéndolas en energía vital, ayudarle a terminar su tramo histórico con dignidad y autoría. Anularlo de forma rotunda y heterónoma supone una traición a su existencia, discurrida, en la mayoría de ocasiones, durante muchos años.

## Consecuencias del ocultismo

Hoy por hoy, lo más frecuente es que en nuestra cultura, como hemos visto, no se piense en la muerte y que su negación y su olvido sean las conductas más habituales. La ignorancia, el silencio y el adormecimiento parecen ser ahora los acompañantes naturales del deceso.

El problema es que negar su existencia conlleva rehusar todo lo que se relaciona con ella y con el proceso de morir. No solo se deja indefensas y aisladas a las personas que están pasando por este proceso, sino que se desconocen sus deseos y no se les ayuda a lograrlos. Paralelamente, tampoco se investiga sobre estas realidades. Se crea así un agujero negro, ignoto, al que todos tenemos que abocar, cada vez con una peor preparación para ello.

Si revisamos, aunque solo sea someramente, los resultados de este extendido encubrimiento del morir, fácilmente apuntaremos diversas situaciones sociales que complican de forma sustancial lo que debería ser el acto final de una singular narración narrada. Algunos de los más obvios son los siguientes:

- Refuerza el *error de contraponer vida y muerte*, y arraiga esta equivocación en el imaginario colectivo.
- Dificulta –lo veremos más tarde– la *catarsis* de la separación y entorpece la elaboración del duelo de los que se quedan, contribuyendo al aumento de los duelos patológicos.
- Impide, o al menos empeora, la *preparación para la muerte propia*, dejando al ser humano desasistido para el enfoque de uno de los actos fundamentales de su vida, si no el que más.
- Propicia la terrible y penosa *soledad en compañía* de muchos moribundos, rodeados de la incomprensión aterradora de otros humanos, desorientados y desconcertados

ante la faz de la muerte. Más de un enfermo terminal se identificaría con la ingenua expresión del niño que Eduardo Galeano, en su *Libro de los abrazos*, bajo el epígrafe de “Nochebuena”, pone en su boca:

### **Nochebuena**

*“Fernando Silva dirige el hospital de niños, en Managua.*

*En vísperas de Navidad, se quedó trabajando hasta muy tarde. Ya estaban sonando los cohetes, y empezaban los fuegos artificiales a iluminar el cielo, cuando Fernando decidió marcharse. En su casa lo esperaban para festejar.*

*Hizo una última recorrida por las salas, viendo si todo quedaba en orden, y en eso estaba cuando sintió que unos pasos lo seguían. Unos pasos de algodón: se volvió y descubrió que uno de los enfermitos le andaba atrás. En la penumbra, lo reconoció. Era un niño que estaba solo. Fernando reconoció su cara ya marcada por la muerte y esos ojos que pedían disculpas o quizá pedían permiso.*

*Fernando se acercó y el niño lo rozó con la mano:*

*–Decile a... –susurró el niño–. Decile a alguien que yo estoy aquí.”*

## **Un grito social**

“Enajenar” la muerte, secuestrándola, es uno de los grandes errores de la civilización actual. Ante la gravedad del hecho, hay que tomar medidas, y estas solo las puede tomar la propia sociedad. Ni las autoridades ni mucho menos los sanitarios pueden hacer nada hasta que todos o la mayoría de los ciudadanos, solidarios, se ocupen del tema de la muerte y la rescaten de su ocultamiento y secuestro.

Como los cambios culturales son lentos y requieren mucho tiempo, una medida operativa para favorecerlos y acelerarlos sería establecer ya, a nivel público, un Sistema de Atención al Moribundo, el cual debería, entre otras cosas, promover los siguientes objetivos-tareas:

- Interesar a la sociedad por el hecho de la muerte (información, sensibilización, formación, educación sanitaria, etc.). Existen colectivos ciudadanos que trabajan en este sentido, pero resultan insuficientes.
- Favorecer el “morir personal”, arbitrando medidas para ello:



- Evitar el “ocultamiento”.
- Suprimir el “atontamiento”.
- Posibilitar y favorecer el morir domiciliario.
- Propiciar el acompañamiento del moribundo.
- Romper el tabú de la muerte y volverla a su entorno y dimensión natural (ligada a la naturaleza humana).
- Aliviar las enfermedades terminales y prolongar la supervivencia sin alterar el curso lógico-personal de las mismas.
- Formar sanitarios y espacios asistenciales preparados para acompañar en el morir.
- Instaurar una red asistencial suficiente, dotada de recursos diversificados y adaptados a distintas necesidades (cuidados paliativos, *hospices*, equipos de atención domiciliaria, etc.) que no solo atiendan las necesidades biológicas y afectivas, sino también las cognitivas y espirituales.

Esta sería una buena oferta de cambio social en el entendimiento de la muerte y de vivir la misma.

# **PARTE III**

## **PROPUESTA ACERCA DE LA MUERTE**

## 6

# Preparación

Prepararse para morir es algo que deberíamos hacer todos los humanos a lo largo de la vida, pero de una manera más especial y consciente a partir de la crisis de la edad del cambio, cuando la vivencia de la temporalidad acelerada y la previsible mayor cercanía de la muerte así lo aconsejan. No obstante, esta realidad no excluye que, en cualquier caso, siempre es bueno, a cualquier edad, considerar la muerte propia como una realidad inmanente e insoslayable.

## Una buena fórmula

En una primera aproximación, cuatro son las acciones que todos podemos y debemos hacer a lo largo de la vida para normalizar la muerte en general y la propia muerte dentro de la historia personal de cada uno de nosotros: pensar en la muerte, acompañarla, apropiarnos de nuestra muerte y decidir acerca de nuestro propio morir.

### *1. Pensar en la muerte*

Desde la perspectiva biológica, el ser humano es un ser para la muerte, como han postulado Sartre y otros muchos pensadores. Por eso, la muerte ha constituido siempre una materia esencial en la reflexión filosófica, hasta el punto de que Ferrater Mora la considera la piedra de toque de cualquier sistema filosófico. Platón, en su *Meditatio mortis*, aseguraba que “la filosofía es una meditación sobre la muerte”. Cicerón, en su *Comentario mortis*, concluía que “filosofar es prepararse para la muerte”. Michel de Montaigne, en el siglo XVI, publicó el ensayo *De cómo filosofar es aprender a morir*. Mucho más recientemente, en 1911, Arthur Schopenhauer, en el libro cuarto de *El mundo con voluntad y representación II* (Trotta, Madrid 2007), afirmó que “la muerte es

el verdadero genio inspirador de la filosofía”.

No es casual que todos los grandes pensadores se hayan interesado por el gran misterio de la muerte (y de la vida) de los humanos. La muerte, como hecho biológico, destruye al ser humano, pero la muerte, como idea, puede establecerse como el destino del ser humano que debe iluminar su existencia. La muerte, palabra hecha vida, interroga al ser humano y le anima hacia su plenitud.

Quien no piensa en la muerte se atonta, se aliena y se deshumaniza. Revierte a la frivolidad y a la desnaturalización de la existencia. Miguel Delibes quizá pensaba en esto cuando en su novela *Señora de rojo sobre fondo gris* escribe que “los vivos, comparados con los muertos, resultan insoportablemente banales”.

Por el contrario, el pensamiento de la muerte, su representación, sirve al ser humano para valorar mejor y más objetivamente su existencia y lo que tiene. Además, aleja de sí precauciones y deseos más triviales y fugaces, tal y como decía en el siglo I Epicteto, en el capítulo 28 de su *Manual*: “La muerte, el destierro y las demás cosas que nos inspiran terror debemos tenerlas a diario presentes; principalmente, la muerte. De este modo, nunca tendrás pensamientos vanos, y mucho menos ambiciones excesivas”. Asimismo, enseña que la existencia no puede posponerse y que no se deben dejar las cosas sin hacer, sin fecha. Rabindranath Tagore, en *Los pájaros perdidos*, rubrica estas experiencias con su aforismo 225: “La fuente de la muerte hace fluir el agua quieta de la vida”.

Por todo ello, Sigmund Freud, en su *Duelo y melancolía*, nos aconseja: “Mirad a la muerte de frente; no huyáis, como si no existiera”. En otro texto, Freud matiza: “Si quieres la vida, prepárate para la muerte”, y es que, como dice Enrique Boneta en su trabajo *Repensar en el fin de la vida. Sentido ético del morir*, “gracias a la muerte, la vida adquiere sentido (dirección) y significado (valor)”.

## 2. Acompañar la muerte

La muerte es un hecho natural que acontece permanentemente a nuestro alrededor. Conviene no eludirla, sino, en la medida de lo posible, acercarnos a ella y acompañarla, por un doble motivo: para ayudar al moribundo en su morir, desterrando fantasmas y ofreciéndole nuestra compañía, y también para prepararnos a nosotros mismos a

reconocer sus códigos y a asumir nuestra propia muerte.

Aunque la sociedad actual, muchas veces, dificulta este acercamiento y acompañamiento, hay que intentar aproximarse a los moribundos y saber estar al lado del que muere. No es necesario saber qué decirle o cómo decírselo; basta con respetarlo y seguirlo con empatía, sin entrometerse en su vida y sin interferir con sus deseos, con sus decisiones o con sus tiempos y sus espacios, las dos dimensiones de su existencia que, en ese momento más que nunca, va a proteger con más esmero, deseándolas vivir en propiedad. Bastará con aguantar y tolerar lo que el enfermo diga y haga, cuestión muchas veces difícil por la angustia que puede crear. Esto solo lo puede realizar quien ya se ha apropiado de su muerte personal.

### *3. Apropiarse de la muerte propia*

La muerte no solo tiene que ser vivida, irremediablemente, en su momento, sino que además debe ser prevista y previvida, y para ello cada ser humano tiene que amigarse con su muerte desde mucho antes de que aparezca y se presente.

La muerte de cada cual es una propiedad que hay que cuidar y preparar a lo largo de toda la vida. Hay que asumirla, conocerla, aceptarla y responsabilizarnos de ella. Y para ello tenemos que despojarnos de todo, incluso, como dice Marcel Legaut en el *Hombre en busca de su humanidad*, de nuestro “personaje”. Es a través de una dinámica alternante entre el desapego de todo lo que nos condiciona y el sumirnos, ensimismarnos, en lo que nos redime y potencia nuestra naturaleza como podemos llegar al encuentro amistoso de nuestro “vivir muriendo”, sabedores de nuestro destino final, para “morir viviendo”, en el instante cumbre de nuestra realización. La muerte nos impulsa a vivir hasta el límite, en su dimensión más honda, para que al final la alegría de vivir nos ayude a saborear la muerte en su esencialidad.

Apropiándonos de nuestra muerte, nos responsabilizamos también de nuestra vida, y ello nos permite vivir, en verdad, la existencia y la historia que somos, deviniendo, sin evasiones, a lo que auténticamente somos. Lo que no tiene sentido, ya lo hemos dicho varias veces, es luchar ansiosamente contra la muerte cierta, cualquiera que sea su versión o el disfraz que elija. Quien lucha desesperadamente contra la muerte, tratándola de desterrar de su vida, incurre en una torpe, inútil y desplazada agonía, como muy bien

expresó Unamuno cuando escribió que “agonía quiere decir lucha. Agoniza el que vive luchando, luchando contra la vida misma y contra la muerte”. Muchas personas no viven, sino que malviven angustiadas por el conocimiento de su finitud.

#### *4. Decidir y desear el cómo de la muerte propia*

El ser humano, como dice Castilla del Pino, comienza su proceso de morir una vez que deja de representarse su muerte y esta se le presenta, para conocerse moribundo. Previamente, aun reconociendo lo contingentes y variables que pueden ser muchos de los aspectos de la muerte de uno mismo, no cabe la menor duda de que cada ser humano puede y debe preparar su propia muerte, decidiendo muchas cosas íntimas acerca de la misma, buscando y deseándose un morir humano que complete su vida y dé la talla de la misma.

Ciertamente, pocas veces la muerte nos llega en un “buen momento”, pero no por ello el morir deja de ser la parte fundamental del propio proceso de convertirse en uno mismo y de llegar a ser quien en potencia se es. A todos nos gustaría, a pesar de nuestros miedos, apropiarnos de la vida hasta el final, hasta el último suspiro, sin agarrarnos a ella en demasía. Quisiéramos tener valor para ello, y a menudo así lo decimos. Asumir el morir, sin recortar el último capítulo, para sumirse en él y confirmarse como ser existente y dueño de su proceso; morir en salud, siendo uno mismo, y saludablemente, transmitiendo vida a los demás; vivir, en definitiva, una muerte sana, cuerda, sensata, es algo que a todo ser humano le gustaría hacer. Aunque lo sabemos, nos cuesta y nos hace titubear cuando lo visionamos aún lejano.

¿A quién no le gustaría tener una muerte digna, sintiéndose en paz consigo mismo y con el mundo, con un amor que fluye y comunica con sus seres queridos, contemplando su vida sin angustia y sin acritud, aprendiendo de sus errores y modificándolos, aunque solo sea en el recuento final, sintiendo que está culminando su realización, para poder morir feliz, con la satisfacción de la tarea terminada?

Toda persona debe, en principio, garantizarse a lo largo de su existencia que le sea permitido vivir su muerte como acto humano pleno y auténtico, no solo como una imagen o como un último y postrero teatro. No debemos olvidar nunca que para algunas personas su “morir” puede ser su primera y única posibilidad de vivir personal y

profundamente su verdadera existencia.

Por eso, en principio, todos los humanos deberíamos reivindicar el *derecho a la muerte propia*, sin engaños, sin distracciones y sin atontamientos. Un morir con la verdad, lúcidos, serenos y autores de nuestra entrega final. Para ello tendremos que oponernos al secuestro médico de la muerte, ya mencionado, que a veces no le deja a uno morir como acto positivo. Posterior y paralelamente, tendremos que comprometernos, con toda nuestra energía, con este capítulo último de nuestra historia, remedando al personaje de *Señora de rojo sobre fondo gris* de Delibes, a la que este aplica un fragmento del poema “Agonía”, de Ungaretti: “Ella no necesitaba un escondrijo para morir, sino arrojo para ‘no vivir del lamento, como un jilguero cegado’”. Afrontar la muerte es señal y depósito de madurez. Cuanto mayor sea el sentido que hemos buscado y dado a nuestra vida, tanto más fácil será nuestro morir con autoría. El propio Nietzsche, a pesar de su a veces mordaz ironía, afirma que quien tiene un *para qué* vivir puede soportar casi cualquier *cómo* de su vida.

No basta, sin embargo, que reclamemos solo el derecho a morir como protagonistas de nuestro perecer; debemos también exigir que se nos facilite una *muerte digna*, una muerte humana, tal y como la define la *ortotanasia*, o la *benemortasia* en términos de Francisco Abel. Siguiendo las indicaciones, ampliamente aceptadas, de David J. Roy, por tal entenderíamos una muerte:

- Sin ser víctima del frenesí tecnológico.
- Sin dolores atroces que monopolicen o acaparen la atención y/o la energía del moribundo.
- En un entorno digno y decoroso.
- En contacto con otros humanos y, en especial, con los seres más significativos.
- Lo más conscientemente posible.
- Con los ojos abiertos: sabiendo lo que ocurre, arraigado y situado en su momento y asumiéndolo.
- Con el espíritu abierto: realista, esperanzado, dando los últimos toques a su historia y a su ser, trascendiendo a dimensiones no inmanentes.
- Con el corazón abierto: amando a los suyos, comunicándose con ellos, ejercitando su amor universal liberado de ataduras, practicando el perdón, facilitando la

despedida.

## **Anticipar y vivir la muerte propia**

Es el segundo ejercicio a realizar en la preparación de la muerte de uno mismo. Imaginativamente, debemos vivir y situar nuestra muerte, al margen incluso de los condicionantes concretos inesperados que puedan acapararla en su momento. Morirse, vivir la muerte, es la experiencia, por parte del sujeto, de concienciar el acontecimiento de la extinción de su existencia. No muere el condenado a muerte, porque “lo matan”, ni el suicida, que “se mata”. Solo muere el que, reflexionando, viéndose reflejado, se da cuenta de que, arrastrado por la muerte biológica, está terminando su vida biográfica.

Para sumirse y fluir en esta vivencia, hay, antes, que desmitificar la muerte y volverla a su contexto natural: el individuo, su familia y su comunidad. Es preciso conseguir que nuestra sociedad no vea al moribundo, sujeto no productivo, como un ser marginal, un dependiente más al que colocar y ocultar para que no se note su carga. Hay que decir muy alto que el morir no es un hecho indigno y sin sentido, sino que, por el contrario, es un acontecimiento sumamente significativo dentro de la comunidad. El morir de alguien es un proceso inteligible, asumible e integrable para todos los ciudadanos, que se puede y se debe nombrar y explicitar. No hay que dejarse llevar por los fantasmas del miedo a la muerte, ni tampoco por un estoicismo absurdo que la descalifique; hay que situarla como episodio clave en la existencia humana.

La vida de cada uno de nosotros está llena de muertes cotidianas. Dejamos de ser quienes éramos para ser de nuevo más nosotros mismos. El morir cotidiano, habitual, tiene que ver con el morir final. Supone su aprendizaje afectivo y espiritual más importante. La vida humana se compone de un continuo de tramos, con sus muertes intermitentes, cotidianas, que separan unos de otros. Estas muertes ordinarias no anulan ni aniquilan al ser de cada uno, sino que reordenan sus coordenadas, ajustan sus dimensiones y, de este modo, favorecen su liberación y su crecimiento, desde lo limitado hasta su plenitud final, al término de su tiempo.

Ciertamente, no cabe ejercitarse en la experiencia del último morir, pero sí podemos aprovechar la lección de cada morir intermitente, preparándonos así para el morir total y



definitivo. Cada vez que cambia, el ser humano se abre a lo desconocido, como ocurrirá en su fenecer. La vida humana es un cambio continuo, nada en ella perdura. ¿Termina alguna vez como tal?

Para prepararnos a morir, junto al uso de estas muertes cotidianas, es necesario, como ya hemos dicho antes, que sepamos vivir lo más humanamente posible, para poder así también, después, morir humanamente, como punto final de la autoría existencial. Entendiendo la sabiduría como conocimiento elevado, prudente y profundo, comprenderemos mejor la reflexión de Cicerón en su *De senectute* cuando concluye que “cuanto más sabio es uno, con más sosiego de espíritu muere; cuanto más necio, con más desasosiego”.

Dicho de otro modo, ya lo hemos mencionado antes, cada uno deberíamos “merecer” morir habiéndonos preparado antes con una vida densa, productiva, bien orientada y completada en sus realizaciones. De otro modo, una muerte impertinente, poniendo fin a una nada biográfica, resulta extemporánea y, en cualquier caso, empobrecida y frágil. A esto se refería posiblemente José Hierro en su poema “La muerte tarde” cuando dice, en dos de sus versos, que “la muerte (el morir) no se da al que sale tarde en su busca”. La muerte, colofón de un vacío existencial, de un sin vivir, acontecida en un sujeto vacío, que no ha hecho su devenir personal comprometido, que no se ha enriquecido considerando y pensando en su muerte a lo largo de su vida, que se la encuentra de improviso, al final de su trayecto, tardíamente y sin preparación, no deja de ser una triste desgracia que hay que tratar de evitar. Hay que salir en busca de la muerte desde siempre y a lo largo de la vida, para conocerla, *amistarla* y saborearla, no tardíamente.

Llegado el momento de la verdad, de la presentación de la muerte, confrontados con nuestro morir, resulta necesario haber situado con anterioridad esta tarea en su verdadera dimensión. Lo primero que hay que conceptualizar es que *la muerte no es una realidad externa*, representada, desde la Edad Media, en el imaginario colectivo con el símbolo de un esqueleto con su guadaña que viene a llevarnos. Por el contrario, la muerte es un *proceso interior*, una transformación, que tenemos que vivir y controlar cada uno, desde una visión anticipada, acercándonos vivencialmente a una unificación interior y a un mundo cada vez más sereno y feliz en el que completar nuestro relato íntimo.

Una cosa es la muerte-concepto, pensada, que nos amenaza con la posible nada, y otra es la muerte-proceso, una experiencia personal, vivida, a realizar. Vivir el propio

morir significa *meterse de lleno en lo desconocido*, en el misterio que más interroga al ser humano. Por eso, cuanto más habituados hayamos estado a asombrarnos ante los muchos misterios de la vida (el amor, la ternura, la sexualidad, la amistad, etc.) tanto mejor preparados estaremos para morir en verdad, dirigiendo nuestro destino final.

Ciertamente, lo desconocido es, en sí mismo, amenazante, pero una vez ensimismados en él puede resultar interesante y bello. A lo largo de nuestra biografía, todos hemos descubierto que lo más profundo del ser humano, de su existencia, es una realidad ignota, por desvelar. Esencialmente, vivir, existir, implica sumirse en el misterio de uno mismo y de los otros, y fluir por ellos con compromiso y con fruición. Por eso mismo, quien ha vivido una experiencia densa, desde el punto de vista antropológico, tiene menos miedo y menos dificultades a lo largo de su morir. Apostar por la muerte propia, decidir “querer morir”, implica no desear transcurrir por una muerte más, sino realizar la muerte de uno mismo, singular y única, que supone alcanzar la meta de todo lo ambicionado y logrado.

La comprobación y el *hábito de la trascendencia* pueden modificar el morir. Esta práctica puede resultar más fácil para los que creemos en una pervivencia, pero también es factible para todos los increyentes en seres superiores siempre y cuando busquen trascenderse a otros espacios; por ejemplo, al de sus deudos o correligionarios. Cualquier persona, incluidos los ateos convencidos, puede necesitar sentir que deja su legado a una parte de la humanidad que nos trasciende. Nuland, en su conocido libro *Cómo morimos*, refiere la experiencia de uno de los casos estudiados por él, Bob, que “fue capaz de ver una forma de esperanza enteramente suya: ser fiel a sí mismo, íntegro, hasta el último suspiro”. Esta traslación de lo vivido y conseguido ayuda a aceptar mejor el fin de nuestra historia personal.

Paralelamente a lo que antecede, ya lo hemos expuesto antes, una gran proporción de los moribundos anhelan y esperan, de una u otra forma, una *continuidad de su existencia*, no su interrupción. Amparado en esta creencia, un conocido solía decir que “la muerte no es otra cosa que un cambio de lugar”. Los que así vivimos el morir, desde diversas opciones, no entendemos la muerte como una aniquilación del ser, sino como el término de un tramo en el discurso de la propia existencia y el comienzo esperanzado y gozoso de otra etapa, más próxima al encuentro con la propia plenitud. La nueva existencia en la dimensión desconocida no será “más de lo mismo”, de lo ya vivido, sino

algo mucho más cercano a la realidad y a la verdad plena. Así, por ejemplo, en el pensamiento cristiano, la muerte es entendida como el paso (la pascua) del ser humano contingente a su verdadera completitud existencial. De este modo, así se entiende que Juan Masiá considere en sus tertulias de bioética que el morir es “disiparse la niebla”, aclararse.

Existe un pánico escénico, casi un terror que anida en la mentalidad colectiva, acerca del proceso de la agonía. Aunque no podamos generalizarlo, porque existen algunas muertes con dolores y malestares importantes, *la mayoría de las agonías son pacíficas y serenas*. Así lo avalan numerosos testimonios y ejemplos. Valga el de William Hunter, famoso cirujano y anatomista escocés del siglo XVIII, autor de varios libros, que, en su lecho de muerte, acaecida en 1783, exclamó: “Si tuviera fuerza bastante para sostener la pluma, escribiría lo fácil y delicioso que es morir”.

Resulta obvio que un proceso de morir auténtico, tan cargado de vivencias profundas, y no solo de elementos biológicos y psicológicos, no se puede comprender ni controlar únicamente desde una perspectiva somática y/o cognitiva. Es necesario, en el morir, *dejarse llevar por las experiencias vividas* y por el conocimiento decantado de las mismas para adentrarse, sin miedos y con esperanza, en selva tan desconocida. Morir en paz suele ser el anhelo de muchos. Para ello basta con afrontar el morir de forma espiritual, arropado por la paz que se deriva de la tranquilidad del Orden del Ser específico de la persona muriente.

## Morir en casa

A la mayoría de los humanos nos gustaría morir en nuestra casa, rodeados de los nuestros, despidiéndonos y sintiendo su calor y su apoyo. La muerte pertenece al moribundo y a quienes le aman; sin embargo, la realidad estadística es otra: la mayoría de los humanos mueren fuera de su hogar, en hospitales. Merece la pena hacer un esfuerzo para revertir la tendencia.

Cada uno de nosotros deberíamos prepararnos para saber morir, como acto humano, y tendríamos también que ayudar a nuestros más cercanos a saber acompañarnos, sin tensiones y sin agobios. Para ello hay que desdramatizar la muerte, hay que normalizarla y, sobre todo, hay que aceptarla por parte de todos, por el que muere y por sus más allegados.

Actuar a contracorriente puede costar un poco al comienzo, debido a los hábitos sociales actualmente predominantes, pero no hace tantos años que morir en casa era lo esperable. Puede no resultar tan difícil invertir los términos. Hay que pedir a nuestros familiares que no se asusten, que asuman que el morir es algo natural y sano, y que no se dejen llevar por el pánico y el miedo a no saber qué hacer. Simplemente, deben conocer que lo deseable y lo correcto es “no hacer nada”: sencillamente, dejarnos morir en paz, sin artilugios y sin conductas sobreañadidas. Por eso, no es razonable que los médicos aconsejen a los familiares internar al paciente en una Unidad de Terminales “porque no van a saber manejarlo”. ¿Acaso la naturaleza humana necesita conocimientos científicos para acompañar a una persona en su paso final? Además, en cualquier caso, esta sería la tarea de un buen Servicio Domiciliario de Atención a Terminales, si resultara imprescindible una asistencia sanitaria, cosa mucho menos frecuente que lo que la mayoría se imagina. ¿Dejar morir es tan difícil? ¿Qué elementos importantes pueden aportar la técnica y la ciencia para ello? Es una cuestión de mentalidad y de preparación humana integral, no de medicina.

Morir en casa es una opción radical, dado que el morir es un proceso natural,

inherente a la existencia humana e inseparable de la misma, como el nacer, y ambos constituye, como realidad vivida, uno de los dos límites esenciales de lo conocido. No parece sensato desnaturalizarlo, tecnificándolo, con toda la enorme carga de artificialidad que ello conlleva. Morir en casa aporta innegables beneficios y contribuye a un claro enriquecimiento de nuestra vida, tanto para el que muere como para los que le suceden, como luego veremos también al hablar del duelo.

Solo muriendo en casa se seguirá el curso natural del acontecimiento y se logrará que en él confluyan todo el cariño, el mimo y el cuidado exquisito que suscita, cuando menos, la atención a cualquier piedra preciosa u obra de arte irrepetible. ¿No vale más la dignidad del ser humano? La dignidad de *todo* ser humano es “el rango o cualidad que lo coloca por encima del valor del resto de los seres y de los objetos”. Por eso, Erich Fromm afirma que “nada hay que sea superior ni más digno que la existencia humana”. Dos son los fundamentos de la dignidad de la persona: por una parte, su singularidad, su unicidad, y, por otra, su capacidad de autoconocerse y de autogobernarse, es decir, su autonomía, ligada a la razón y a su espiritualidad. Ambas cualidades se actualizan, con más fuerza si cabe que en cualquier otra época de su vida, en su proceso de terminar su propia obra, singular e irrepetible, en la que, al morir, cada uno de nosotros va a decantar la síntesis y la sabiduría de todo lo vivido, su “saber” y su “sabor”, como consolidación definitiva de nuestro ser, la que nos trascenderá y la que quedará como nuestra sencilla aportación a la humanidad.

Morir en casa es una opción proactiva y positiva que no se improvisa ni tampoco se regala. Hay que conquistarla, y para ello los tiempos pretéritos resultan imprescindibles. Llegado el momento, no debemos dejarnos llevar por los cantos de sirena de la medicina tecnocrática, idealizada e idolatrada, ni crearnos expectativas o dependencias insanas de personas o de espacios. Tenemos que ser austeros en el uso de recursos técnicos sanitarios, sin dejarnos llevar por la fiebre del experimentalismo o de la paralización por el pánico, abandonándonos en intervencionismos alocados.

Pero, previamente, primero a lo largo de la vida y por último desde el inicio de la enfermedad terminal, y mucho antes de iniciar su estadio final, nosotros mismos, como nuestros cuidadores y el personal sanitario que nos atiende, deberemos ir preparándonos y preparando todo nuestro entorno para la muerte natural en casa, desde una profunda sensibilización y educación, así como desde una cadena continuada de decisiones

orientadas a la misma, bien definidas. De otro modo, podemos arriesgarnos y ahogarnos en la “conspiración del miedo”, que nos hará proclives a engaños sutiles que tratarán de disuadirnos de quedarnos en casa: hacer exploraciones, probar determinado medicamento, aspirar nuestras flemas, etc. Morir en casa es una opción que exige pensarla con tiempo, evaluarla con cuidado y tener las ideas muy claras, y más a menudo de lo deseable habrá que reclamarla o incluso exigirla. Sin embargo, merece la pena, y mucho.

La *casa propia* supone para la mayoría de los humanos un sinfín de *aportaciones nutritivas de nuestra vida* que nos han configurado y marcado a lo largo de nuestra biografía personal. Conviene diferenciarlas, para poder captar mejor la huella honda que suelen dejar en la mayoría de los que, más tarde o más temprano, llegaremos indefectiblemente a ser moribundos con ansias de ser “murientes”.

- Nuestra casa, nuestro *hogar*, ha sido, metafóricamente, la mayoría de las veces –de ahí su raíz etimológica– el fuego en el que nos hemos vitalizado y moldeado en los momentos duros y de mayor crecimiento de nuestra vida.
- Al mismo tiempo, ha sido el *asiento*, la *raíz*, de gran parte de nuestra existencia, fuente de lo más auténtico y veraz de la misma.
- Paralelamente, casi siempre ha resultado ser el mayor manantial de *amor* que ha alimentado nuestra crianza y nuestro devenir más profundo, depositador de muchos de nuestros *recuerdos* más entrañables, aquellos que rememoran los hitos de nuestra trayectoria. Son estos recuerdos, memorias del corazón, los que mejor condensan nuestra biografía personal y su configuración. Por eso, Marcel Légaut establece que “solo el recuerdo permite al hombre entrar en la comprensión de su existencia”. Consideramos la enorme relevancia de este hecho en el momento de morir.
- Finalmente, la casa de uno ha podido ser, en la mayoría de los casos, punto de *encuentro* con los seres más significativos; espacio de la más íntima *compañía*, con los que compartimos el pan, y el lugar natural de aparición de la *comunidad* más cordial y amorosa que probablemente hemos conocido nunca, la familia, la que ha marcado una parte fundamental de nuestros objetivos y tareas, aquilatados en esa unión común.

## Ventajas de morir en casa

La muerte en casa facilita extraordinariamente que al hecho natural de la muerte humana se incorporen una serie de ingredientes esenciales en la existencia de muchas mujeres y muchos hombres a lo largo del universo en el que han vivido. Cuatro son, sin ser exhaustivos, las grandes aportaciones que la muerte domiciliaria conlleva.

### *1. Ayuda al moribundo a apropiarse de su existencia y de su propio morir*

Los dos radicales de la existencia humana, el espacio y el tiempo, están íntimamente ligados al hogar y a la familia. Desde el despliegue del “esquema corporal”, realizado en el regazo de la madre, hasta el entramado del tejido de su existencia, sustentado en sus vivencias y redes afectivas configurantes, el ser que muere ha ido concadenando en gran medida sus lugares y sus momentos más profundos en el contexto de sus continentes habituales. Imperceptiblemente, como suele decirse de forma coloquial, todo lo que le rodea se ha ido haciendo *parte de su vida*. Andrés Trapiello recoge esta experiencia en un fragmento de su poema “Despedida”, de su libro *Rama desnuda*:

*Cuánto tiempo he vivido a vuestro lado  
sin saber que vivía, sin sentir  
que erais mi misma piel hasta esta hora  
que ni es hora tampoco, sino el breve  
minuto que precede a un largo adiós.*

Es en esta red de tiempos y de espacios familiares en la que con más facilidad se produce la anidación del perdón y de la esperanza, dos ingredientes creadores de vida y constitutivos de toda la sustancia de lo personal.

Alejar al enfermo terminal de su domicilio supone “romperle sus esquemas” y precipitarlo en una sutil e indefinible situación, real y palpable, de desorientación y de desconcierto, sin referencias en las que ubicarse y reencontrarse. Significa “descolocarlo”, cambiarle su localización, para que no se entere, anonadarlo con un entorno extraño para hacerle perder su autoría y dejarlo inerme frente al momento más personal de su vida.

## *2. Combate y disminuye la angustia*

Lo conocido da seguridad; lo desconocido genera fantasmas. Tanto más en un ser humano desvalido, arrojado a su destino y confrontado con el misterio de lo ignoto. Todo ser humano enfrentado a la gran verdad de su misterio descubre su indigencia y busca el apoyo, tanto afectivo como operativo, de sus seres más significativos y cercanos; por lo general, su familia. Hay que procurar paliar los *miedos añadidos* que rodean a la angustia existencial en el morir: el temor a la separación, a la soledad, al ridículo, a la desinformación, a las costumbres desconocidas y a algunos aspectos más. Todos ellos se alivian o eliminan cuando el enfermo permanece en su casa. El internamiento en un hospital genera gran incomodidad y temor.

Por una parte, el espacio que el paciente ha ocupado siempre le facilita sus *raíces* y le orienta, por sí mismo, hacia su *destino*. Por eso, hasta hace no mucho, cuando se les escuchaba y atendía, la gran mayoría de las personas ansiaban morir en casa, y, aun hoy en día, cuando tienen la opción de ser preguntados y se les garantiza el control del dolor, la mayor parte de los desahuciados eligen morir en su domicilio. El calor de lo entrañable derrite, sin duda, el frío del terror, tanto del anticipado como del vivido.

Por otra parte, continuar en casa evita el aislamiento y la soledad. Los suyos constituyen su *nosotros*, la mejor garantía de hallar la tranquilidad y la felicidad honda. Incluso las visitas de los amigos resultan más cercanas y cordiales en el ámbito del convite doméstico, aposentados sobre las sillas desgastadas por los mismos cuerpos de antaño. No menor importancia tiene poder contar con su médico de cabecera, muchas veces su compañero y amigo de toda la vida. Hay siempre más calor, más cariño y más amor dentro de los límites de las viejas paredes, testigos mudos de tantos secretos íntimos. Se trata de la vieja alianza del amor y de la muerte, del nacer y del perecer, tantas veces aludida y tan bien recogida en el poema sobre la “Araña común” de Dulce María Loynaz:

*La araña gris de tiempo y de distancia  
tiende su red al mar quieto del aire,  
pescadora de moscas y tristezas  
cotidianas...  
Sabe que el amor tiene  
un solo precio que se paga*



*pronto o tarde: la Muerte.*

*Y Amor y Muerte con sus hilos ata...*

Además, seguir en la *rutina* del día a día es otra buena razón para recomendar el hogar como antídoto del miedo. La rutina de lo cotidiano se opone a la ruptura del desgarró y de lo nuevo, y se establece, en el caso que nos ocupa, como la ruta abierta en el bosque de lo misterioso, “el camino conocido” al que ceñirse y en el que recopilar confianza y seguridad.

En definitiva, la casa propia ha sido, es y puede seguir siendo para el moribundo el mejor *hábitat* en el que pueda desplegarse su ser social y su ser individual, dadas las limitaciones que ya les embargan. Asimismo, y aún con mayor fuerza, se convertirá en el continente que mejor cobije su cuerpo, *sede* natural de su “ser íntimo” y de su “ser secreto”. Hábitat y sede, como indica su etimología, dan asiento profundo, aportan por tanto sosiego, y lo que sosiega, obviamente, descansa, restablece y facilita seguir viviendo hasta el final.

### *3. Permite continuar el crecimiento personal, el familiar y perfeccionar su terminación*

Por un lado, cuando en la casa existe un enfermo terminal se preserva mejor que nunca el *equilibrio ecológico* –no olvidemos que *oikos* significa “casa”– y se potencia la *participación* de todos sus integrantes en la vida de grupo. Tanto más la del propio sujeto en trance de morir, que puede ejercer su protagonismo y continuar con sus papeles prácticamente hasta el final. Cuando no le sea posible, él mismo podrá designar su “traspaso”, su trasvase de tareas, sin renunciar a su participación activa testimonial. Los planes y proyectos familiares siguen siendo tan suyos como de los demás, incluso aquellos que se prevean para más allá de su posible existencia biológica, si anticipa su papel trascendente en la homeostasis grupal. Del mismo modo, también podrá, todavía, ejercitar el cuidado recíproco con otros miembros de su familia.

Por otro lado, estar en casa facilita el ejercicio de la *intimidad* y de la *reciprocidad*. En unos momentos tan trascendentes para la vida del que la termina, facilitar su decirse y su desvelarse, autorizar su darse y su recibir, en su intimidad expresiva y también en el plano de lo erótico y de lo sexual, son aportaciones de profundo alcance y de gran ayuda

para él, que le permiten reconducirse y avanzar.

Quien muere y sus más allegados necesitan despedirse y, quizá, citarse en el futuro. Igualmente, precisan agradecerse y perdonarse. Es muy improbable que quien muere pueda completar y culminar su existencia sin concluir adecuadamente sus relaciones más significativas con sus otros y complementarios. Difícilmente podrá realizar este encuentro final si no es en el cobijo y en el calor de la propia casa, o, al menos, esta facilitará tal tarea.

Esta existencia en marcha, diversificada y real, activamente vivida, fermentará la *apertura de su espíritu* no solo a necesidades sociológicas y psicológicas, sino a otras dimensiones transitivas y trascendentes, en las que quizá pueda encontrar respuesta a sus interrogantes existenciales, todavía no dilucidados, salvadas de distracciones inútiles.

#### *4. Contribuye a personalizar el punto final*

Los hospitales están diseñados para luchar contra la muerte; los hogares, para acogerla. “Agonía” significa lucha, pero no debería ser lucha contra la muerte, sino *lucha por la vida*. Lucha por acabarla y por completarla, por transmitirla y por donarla, por trascender a la vida biológica, recortada e individualizada, y por extenderla por el cosmos y por la humanidad. Lucha, en definitiva, por quedarse de alguna forma en la existencia imperecedera de los humanos. La lumbre del fogón, corazón de la casa propia habitada, es sin duda el mejor medio, silencioso y discreto, de lograr el propósito de personalizar el momento cumbre de la vida, en la cima del camino.

## **Conclusión**

Vistas las ventajas descritas, cada uno de nosotros debe reivindicar el derecho y el deseo de morir, a ser posible, en casa, acompañados de los nuestros. Es, sin duda, la mejor forma de lograr lo que anteriormente hemos definido como *muerte digna*. Solo así podremos, en principio, morir o, al menos, tener más posibilidades de hacerlo:

- Con el silencio suficiente y en el marco de unos espacios precisos de soledad íntima.
- Con la necesaria paz, consciencia, reflexión y autoría.

- Ajenos a los atontamientos farmacológicos exagerados y a los anonadamientos ligados al frenesí, al engaño o a distracciones provocadas.
- En un entorno ecológico, equilibrado y propio, fuera de escenarios nuevos, extraños y, muchas veces, aterradorizantes.
- Acompañados de los seres más significativos.
- En un clima humano que facilite la asunción del hecho natural de la muerte, con el máximo respeto a nuestra autonomía total.

Solo nos cabe decir: *¡Mi casa, un buen lugar para morir!*

## 8

# Decir y compartir la verdad

Afrontar la realidad, reconocerla y nombrarla son tareas imprescindibles para cualquier ser humano que quiera crecer y lograr su felicidad, ligada a su vivencia de plenitud. Tanto más cuanto dicha realidad concierna a situaciones críticas fundamentales en su existencia, como puede ser su morir. Es obligación de sus cercanos y de todos los que quieran ayudar a esta persona colaborar con ella, en su último tramo vital, en la búsqueda de la verdad.

De este hecho se deriva, por ejemplo, la obligación ética que exige a los médicos informar adecuada, explícita y correctamente a sus pacientes acerca de todas sus patologías y de sus procesos de enfermedad. Los Colegios Médicos y todos los documentos oficiales subrayan este deber de explicar verdadera y auténticamente a los enfermos todo lo concerniente a su situación personal. Ello conlleva la necesidad de que todo el personal sanitario, no solo los médicos, aunque estos en primer lugar, deba prepararse específicamente para comunicar de forma adecuada la realidad, máxime teniendo en cuenta que su formación académica no presta demasiada atención a esta necesidad, ignorando que, sin pretenderlo, todo sanitario transmite al paciente alguna información, tanto a nivel verbal como conductual, no del todo consciente ni debidamente preparada, lo que podría conducir a revelaciones inconscientes erróneas o falsas, e incluso contradictorias.

Si este deber ético abarca cualquier situación de enfermedad, con mucha mayor razón se impone en circunstancias en las que la muerte es una realidad posible, probable o prácticamente cierta. En este caso, el médico y todo el personal sanitario tienen obligación de hacer participar de la realidad al paciente y a sus deudos, así como de facilitar el diálogo en torno a todo lo que la misma conlleva. Solo así el enfermo y sus allegados podrán situarse, apropiarse de ella y responsabilizarse de sus consecuencias. Únicamente de esta manera se hará realidad la frase-deseo de Laín Entralgo en el sentido de que “la clínica siempre ha sido personalizadora” (hasta el final), mientras “la

patología no”.

Para la persona cercana a su muerte, en la medida en que su mundo exterior se contrae, se disuelve y se aleja, su mundo interior se agranda, se manifiesta y se afianza, apareciendo en muchas ocasiones, si no en todas, la intuición y la vivencia de su autenticidad y de su trascendencia. Para ello es necesario que su muerte se le haga meridianamente presente, ya que, como escribe Castilla del Pino en su artículo “El duelo ante la propia muerte”, “solo muere el que se sabe moribundo”. Con un conocimiento correcto de lo que le pasa, el ya sufriente, potencial muriente, podrá colaborar mejor en su tratamiento, recibirá más alivio del mismo, aceptará mejor sus padecimientos, eliminará más fácilmente sus angustias irracionales y, sobre todo, crecerá como persona y se sentirá conforme y satisfecho de su vivir y de su morir.

Con estas premisas generales, podemos introducirnos más en concreto en la información a las personas en riesgo de muerte y/o desahuciadas. En este caso, la información no debe ser solo verdadera, sino también aún más precisa y adecuada que en otros casos de menor trascendencia. Las ocultaciones ligadas a los miedos del comunicador, sus inexactitudes, la exageración de los matices afectivos, el tono inapropiado, las injerencias extemporáneas en cuestiones íntimas, la complejidad ininteligible, pueden ser motivos negativos de confusión y de angustia aun cuando acompañen a un fondo fundamental de verdad. Sus consecuencias en el afectado pueden ser varias: ansiedad, culpabilidades, desesperanza, desconfianza, agresividades innecesarias y otras. El médico deberá extremar, en estos casos, sus habilidades comunicativas, buscando una genuina y auténtica relación humana y personal con el paciente, evitando ser una mera “máquina parlante” en el contexto de una relación transferencial descontrolada. Y todo ello no solo con el enfermo, sino con las personas más cercanas y significativas para el moribundo. Solo así se podrá conseguir un clima sano de comunicación abierta en el paciente y en su entorno, que mejorará la verdadera calidad de vida y de muerte de él y de sus familiares.

## **Razones a favor y en contra de decir la verdad**

Durante muchos años, sobre todo en los países latinos, fue costumbre no informar a

muchos de los desahuciados acerca de su cercano fin. Esta tendencia persiste todavía en algunas personas, legos y técnicos, y con cierta frecuencia se actúa en cortocircuito, informando exclusivamente al familiar y dejando que sea él quien actúe como mejor le parezca de cara a su cercano incurable. Aunque esta práctica va disminuyendo, ateniéndose los médicos cada vez más a su precepto deontológico, todavía tiene sentido considerar los argumentos aplicables a las dos posibles polaridades en una teórica discusión dialéctica.

### *1. Razones para no decir la verdad*

- No todos los enfermos quieren saber “toda” la verdad.
- Algunos (¿muchos?) no quieren enterarse y prefieren morirse inconscientemente.
- A bastantes se les daría “la puntilla” si lo hiciéramos: se abandonarían, acelerando su muerte, o incluso se suicidarían (las tasas de suicidio en desahuciados son mayores que en poblaciones generales homogéneas). Por el contrario, engañándoles se les puede estimular a seguir luchando y evolucionarían mejor.
- Un error de diagnóstico, en tales circunstancias, podría tener consecuencias imprevisibles de tipo negativo (suicidio, alteración emocional, etc.). Estos errores ocurren: todos conocemos algunos casos de personas dadas de alta “a morir” que siguen viviendo muchos años después.
- Incluso pacientes que han verbalizado que deseaban saber su verdad, no siempre, en el fondo, quieren saberla. Estos enfermos posiblemente solo buscan, de esta forma, que se les reasegure y se les tranquilice en sentido contrario, ya que en el fondo no están preparados para aceptar la realidad (así piensan, como luego veremos, muchas veces los médicos).

### *2. Razones para decir la verdad*

- Los enfermos, a menudo, saben o intuyen que se van a morir y tienen necesidad de hablar de todo ello. Las “conspiraciones del silencio” entretejidas a su alrededor les hacen mucho daño y se convierten en una cruel medida de aislamiento y de soledad.
- Además, necesitan arreglar muchos asuntos de cara al final de su existencia (de tipo

económico, familiares y otros muchos) que no desean dejar pendientes. Asimismo, pueden querer arreglar asuntos espirituales diversos, no solo necesariamente religiosos, antes de desaparecer.

- En ocasiones, si no se les dicen las cosas con claridad, muchos pacientes y sus familias gastan mucho dinero y esfuerzos inútilmente buscando nuevas soluciones a su mal en otras partes.
- Está demostrado que la mayoría de los enfermos, cuando conocen y asumen su realidad, ganan confianza y paz. Si se les oculta, frecuentemente sufren mucho más, atemorizados por sus dudas y suspicacias, en un curso evolutivo negativo.
- Pero, sobre todo, existe una razón definitiva de tipo existencial. Para algunos, puede ser la primera oportunidad que se les plantee de tomar una opción personal, profunda y libre, despojada de otros condicionamientos. No hay que olvidar que el ser humano culmina su proceso de llegar a ser en la muerte; por eso, para cualquier persona este es el momento de su apogeo y del logro de su auténtica libertad (su verdadero ser). Una parte, por consiguiente, fundamental de su vida, que no tiene sentido pasarla de forma inconsciente.

Estas argumentaciones nos plantean, en ocasiones, una verdadera *disyuntiva*: decir, hablar de su verdad u ocultarla. Casi ningún ser humano se ha visto nunca antes confrontado con su muerte. Resulta duro y difícil “robarle” esta opción y posibilidad. Únicamente en casos muy claros, en los que en experiencias previas de pérdidas el sujeto ha demostrado fehaciente y definitivamente su voluntad de no ser informado, deberíamos abstenernos, al menos de manera provisional, de facilitarle su verdad.

## Opiniones fundadas

Todavía persiste una tendencia histórica de tipo paternalista, que se correspondía con una era sanitaria ya superada, en la que los *médicos* tendían a infravalorar a sus pacientes y a considerar que estos eran menos autónomos y capaces que lo que en realidad son. Era frecuente, hace pocos años, que muchos médicos considerasen que sus enfermos no eran aptos para recibir el conocimiento de su verdad de forma positiva. Una encuesta

realizada en Lille por Lesagne-Rousseaux entre 135 médicos arrojaba los siguientes datos: solo el 15% de ellos eran partidarios de dar una información correcta y completa a los enfermos; el 30%, por el contrario, tenían claro que no era bueno comunicar la verdad al enfermo, y el 55% tenía dudas al respecto. Lo más sorprendente, sin embargo, es que todos los médicos encuestados, salvo dos, pedían que, en caso de verse ellos en la situación de los enfermos, se les dijese la verdad. La misma tendencia se observaba en otra encuesta similar americana de la época: el 88% de los médicos eran partidarios de no ser francos con los pacientes moribundos, mientras que el 66% consideraban que a ellos sí se les debería informar con veracidad. Las cosas han cambiado, sin duda, pero ¿hasta qué punto y con cuánta contundencia?

La visión de los *enfermos* en general, a nivel consciente, y por encima de sus lógicos conflictos íntimos entre la aceptación y la negación, asumiendo su angustia y su depresión, es muy diferente. En otra encuesta, mientras el 90% de los diferentes enfermos manifestaban querer saber toda la verdad de su estado, solo el 40% de sus respectivos médicos aceptaba su declaración. No obstante, la opinión predominante, a día de hoy, es que al 80% de los seres humanos enfermos les gustaría conocer un diagnóstico letal, si este ocurriera.

Particular interés tiene conocer los criterios de aquellos *enfermos a los que sí se les ha revelado su realidad*. La gran mayoría manifiestan que, a la larga, el hacerlo “les ha permitido llegar a estar en paz consigo mismos”, aunque reconocían que previamente lo habían pasado muy mal, añadiendo algo fundamental para sus familiares y médicos: “no lo hubieran resistido sin ayuda”. En consecuencia, la mayoría de ellos sugieren, pensando en otros, que es bueno informar de la realidad a las personas próximas a morir. Resulta interesante la declaración de bastantes de estos enfermos con experiencia de muerte vivida en el sentido de que ellos mismos pueden buscar la “conspiración del silencio”, para mantener su soledad serena, cuando comprueban que los que les rodean no están preparados para compartir con ellos la vivencia de separación, interrumpiendo su paz con palabras fantásticas y bobas.

Al margen de todo ello, y por encima de todas las disquisiciones, sobrevuela muchas veces sobre todos los implicados una duda que casi nunca logra respuesta: ¿hasta qué punto los enfermos saben su realidad aunque no se les diga nada? Lo cierto es que aproximadamente las tres cuartas partes de los enfermos moribundos hablan de forma



espontánea, más tarde o más temprano, de la posibilidad de morir, aunque nadie se la haya adelantado.

## Reacciones ante el conocimiento de la verdad

Cuando a un paciente se le informa de la gravedad de su situación, cabe analizar, en primer lugar, sus posibles *reacciones inmediatas*:

- La mayoría parecen beneficiarse del conocimiento y experimentan cierto alivio, saliendo de dudas. Pero algunos reaccionan mal, con angustia excesiva, descontrolada.
- Es frecuente una fase inmediata, breve, de desaliento e inquietud, que cede pronto.
- La reacción depende en gran medida de cómo se le notifique la mala noticia y, por lo tanto, del grado de preparación del informante y de su relación con el paciente, así como del compromiso que el primero adquiera de cara al seguimiento del segundo. Si “se le dice” de mala manera, se suele crear una situación enfermiza de angustia y de depresión, en una experiencia de choque. Si se actúa con tacto y con cuidado, no suele haber reacciones excesivas ni dramáticas.
- Resulta fundamental mantener el contacto con el aquejado en los primeros días, para ayudarle a asumir lo recién conocido. Lo contrario es cruel. La forma habitual que ha tenido el enfermo de manejar sus problemas en la vida nos puede dar las pistas de cómo puede reaccionar ante las noticias y de cómo ayudarlo.
- No hay que exagerar el peligro de suicidio. Cuando se da, no depende tanto de la noticia dada cuanto de la soledad y el aislamiento espiritual en que el enfermo ha podido quedarse después de recibir la misma.

Superada la primera fase, con el paso de los días, *los efectos en un plazo un poco más largo* de tiempo suelen ser positivos si la información ha sido adecuada:

- Se le ayuda al paciente como persona, pero también se mejoran extraordinariamente sus relaciones con la familia y las del resto de sus integrantes entre sí.
- Para ello, muchos de los enfermos implicados, una vez conocida su realidad, atraviesan una dinámica evolutiva que, a grandes rasgos, se suele adaptar a las cinco conocidas fases descritas por Elisabeth Kübler-Ross:

- *Fase de negación*: rechazo de la verdad, aislamiento y proyecciones (yo no, el médico se ha equivocado).
- *Fase de irritación y rebelión*: irascibilidad, reivindicación agresiva con sus familiares y con el personal sanitario (no me entienden, no me ayudan, iré a otro sitio donde me curarán, etc.).
- *Fase de negociación*: con el personal (seducción, fijación de fechas, etc.) o con Dios, entendido según cada cual (que llegue a la boda del hijo, a ver si puedo pasar las navidades, etc.).
- *Fase depresiva*: liberado de otros engaños, el ánimo depresivo se apodera del enfermo y lo abate.
- *Fase de aceptación*: el enfermo alcanza, en ocasiones, una etapa de dignidad y de paz, viviendo con serenidad su final. Si no, los que no alcanzan tal estado meramente se resignan, abandonando sus señas personales de identidad antes de tiempo, sin terminar su propio trayecto.

## **Papel de los cuidadores y del personal sanitario**

El trato con los enfermos moribundos remueve en los que le rodean sus propios problemas con la muerte –y con la vida– y, por lo tanto, suscita abundante angustia. Por eso, no nos debe sorprender que en los cuidadores, profesionales o no, genere múltiples *reacciones afectivas*:

- Identificaciones enfermizas con el moribundo, atravesando sus propias fases.
- Escrupulosidad y sentimientos de culpabilidad por producirle molestias y/o dolores con sus actuaciones.
- Miedo y paralización frente a las posibles conductas agresivas del paciente, ante el que se encuentran desarmados.
- Desesperanza ante sus limitaciones y la vivencia de su propia impotencia.
- Angustia y duda ante el no saber qué hacer.

Hay que evitar que esta sensación de indefensión y de confusión lleve a los

cuidadores a caer en graves errores, muchas veces difíciles de enmendar. Algunos ejemplos:

- Caer en “conspiraciones de silencio”, evitando el diálogo de formas diversas.
- Reaccionar agresivamente contra el moribundo, convertido en sujeto incómodo y molesto (se va a morir, pero ¡ya está bien!: tampoco tiene derecho a dar tanta lata; que se aguante: cada uno tenemos que aguantar lo que nos toca...).
- Responder e informar con brusquedad. Fruto de la angustia, se puede incurrir en dar noticias molestas con excesiva dureza y celeridad (soltándolas “a lo bestia”), así como desaparecer posteriormente de su entorno sin justificación alguna.

Por todo lo que venimos diciendo, resulta evidente que los cuidadores de enfermos próximos a la muerte, profesionales, vocacionales o cercanos, necesitan una preparación para ello. Acompañar a un enfermo moribundo exige cierta sapiencia y, sobre todo, algún entrenamiento. Nadie puede ayudar a otro en algo que él mismo no es capaz de hacer. Todo cuidador necesita haber considerado suficientemente su propia muerte y elaborado de alguna forma su relación con ella. Lo importante con un moribundo no es saber lo que se le puede decir o lo que se puede hacer con él, sino saber estar cómodo y a gusto con él, sintiéndose bien y en paz en su compañía.

## **Destreza y habilidad**

Muchos son los interrogantes a dilucidar antes de decidir cómo abordar el encuentro con la verdad de un prójimo amenazado por el riesgo de muerte: ¿hay que decírselo, aunque no lo quiera saber? ¿Decírselo solo si él lo saca? ¿Darle un margen y, si no dice nada, comunicárselo de una vez? ¿Informarle solo de lo imprescindible, para que “arregle sus cosas”? ¿Hacerlo cuanto antes, para que disponga de más tiempo para asumirlo? ¿Contestar afirmativamente si nos lo pregunta de forma directa? ¿Desviar el tema, si él lo suscita? ¿Provocar el tema de la muerte a iniciativa nuestra? Y así un largo etcétera de dudas en las que todos podemos debatirnos.

No obstante, sí somos capaces de formular una serie de *pautas claras* en las que basarnos a la hora de iniciar un contacto de esta naturaleza:

1. Atenernos a la norma general de notificar a todos los pacientes de forma contundente y brusca la naturaleza incurable de su enfermedad es, en conjunto, perjudicial.

2. Si un paciente demuestra claramente con su conducta, sus palabras, etc. (y hay que estar atento a sus “mensajes”) que “no desea conocer” la verdad, es poco caritativo imponérsela.

3. En general, es buena táctica dejar a los pacientes hablar de sus sospechas y de lo que saben. Lo esencial para los que cuidan a moribundos no es tanto saber qué y cómo decir cuanto ser capaces de soportar lo que dice el enfermo.

4. Muchas veces, no necesitamos decir demasiadas cosas, sino, simplemente, escuchar con simpatía y asentir llegado el momento.

5. Cuando no tenemos una idea clara sobre si el paciente quiere saber o no, suele ser útil comenzar dejando caer pequeñas “cuñas” en la conversación, para ver si “quiere coger onda”.

6. Muchas veces, resulta útil dejar que el paciente “se lo vaya tragando”, a base de no mentirle, pero sin decirle tampoco los hechos a la cara, de forma que nunca se le excluya definitivamente su último resquicio de esperanza, que, sobre todo al comienzo, puede ser muy necesario como mecanismo de defensa para combatir la depresión. Posteriormente, se podrá ir adaptando y conformando la información al progresivo convencimiento del paciente (suele ser muy útil aprender a decir algo sin nombrarlo).

7. En cualquier caso, tanto el paciente como la familia necesitan algo más que el mero boletín de malas noticias. Hay que “seguirles”, y en este *caminar juntos* cabe diferenciar *tres etapas*:

- Se conoce el diagnóstico y que está desahuciado, pero *faltan meses*: en esta fase, lo mejor es hablar de la vida todavía por vivir, y solo de vez en cuando conviene anticipar algo sobre las posibles medidas que se piensa que se pueden tomar para prolongar la vida y para aliviar los sufrimientos. Hay que llegar a un acuerdo con los interesados, paciente y familia, sobre “hasta dónde se va a llegar” en los posibles recursos técnicos a utilizar una vez que se alcance el momento (por ejemplo, si se le operará o ingresará en la UCI; si se le dejará “seguir su curso natural”, etc.).
- La muerte es inmediata, *cuestión de días*: hay que hablar y prepararle para el proceso

de la agonía y la muerte en sí, confortándolo y explicándoselo, prometiéndole nuestro acompañamiento.

- La muerte parece inminente, *cuestión de horas*, cuando aparece ya el fallo cardiorrespiratorio: a pesar de que la mayoría de la gente cree que es el “momento más horroroso”, la realidad es que probablemente es el que menos molestias plantea a los pacientes, especialmente si han sido preparados y conocen lo que pueden esperar. No obstante, conviene estar al lado de ellos y ofrecerse a comentar cualquier duda que se les pueda plantear, mientras se les estrecha la mano.

## **Dos cuestiones básicas**

Todo cuanto antecede radica en dos posturas fundamentales que hay que cultivar dentro de cada uno de los llamados –por un motivo u otro, por cercanía o por decisión– a ser cuidadores de personas en tránsito hacia su morir:

- Una *actitud adecuada* que podríamos definir con los siguientes rasgos:
  - Buena adaptación a cada enfermo, singular y único.
  - Disposición veraz y abierta a informarle de todo lo que desee.
  - Ecuanimidad para aclararle las cosas con objetividad: no solo las malas, sino también las buenas. En este sentido, es necesario romper tabúes y descender con libertad a aclarar detalles concretos y prácticos, tales como que, por ejemplo, un cáncer no siempre conlleva una muerte o padecimiento cruel; que existen muchos remedios reales para evitar los dolores, los malestares, los ahogos, la angustia, la soledad u otras molestias agobiantes; que el último instante del morir no suele acompañarse de sufrimiento y que es necesario hablar de todo ello sin vergüenza ni pudor.
  - Ofrecimiento real y sincero de estar presente en todo lo que necesite, intentando comprenderle y ayudarle cuanto precise.
- Un *compromiso personal* surgido de las siguientes convicciones íntimas del cuidador:
  - Que el enfermo tiene derecho a la verdad y a su asesoramiento y compañía.

- Que su obligación es acompañarlo y seguirlo a lo largo de su morir con una actitud activa y de disponibilidad, ejerciendo su cuidado en su doble dimensión de estar atentos a sus necesidades y de ser atentos y solícitos en la respuesta a las mismas.
- Que debe asumir la preocupación y angustia que tal cuidado conlleva sin esperar nada a cambio.
- Que, aunque le altere, debe dar siempre al moribundo la oportunidad de hablar de todo lo que le atormenta y angustia.

En definitiva, el cuidador no solo debe “dar” al enfermo cosas (tratamientos, remedios, información, etc.), sino que, sobre todo, debe “darse” a sí mismo por entero.

## La buena práctica

Sintetizando muchas de las ideas expuestas hasta ahora, podríamos converger en una formulación bastante definitiva sobre el tema. Todo cuidador, sanitario o familiar, debe ser veraz con el enfermo en riesgo de muerte y tiene que estar abierto a intercambiar opiniones sobre su realidad definitiva.

De entrada, esto conlleva que el descubrimiento de su verdad tiene que hacerse de la siguiente manera:

- *Gradual*: no existe un “instante de verdad”.
- *Lenta* (en general): para dejar “sedimentar” la idea.
- *Adecuada*:
  - A la situación del enfermo.
  - A la disposición de su familia.
  - A las preguntas que nos haga.
- *Libre*: no se le puede imponer “su” verdad, sino solo “proponérsela” para que él la vaya descubriendo y termine por “decírsela a sí mismo”, aceptándola.
- *Solidaria*: estando dispuestos a permanecer junto al enfermo, externa e internamente, prestos a compartir con él sus últimas realidades y vivencias existenciales.

- *Responsable*: ya que es algo que no se puede hacer a tontas y a locas, en lo que no basta la buena voluntad y para lo que hay que prepararse a tres niveles: técnico, psicológico y humano.
- *Amorosa*: a veces, la “verdad”, fanática y aislada, se opone al amor, comprensivo y solidario; pero también un amor mal entendido nos puede llevar a ocultar la verdad (“no diciéndosela, para no hacerle sufrir”). Sin embargo, el verdadero *amor y la verdad son y deben ser complementarios* en este caso como en todas las situaciones. Hay que desechar el *pudor* ante el moribundo: la despedida, expresada y verbalizada, “no se puede repetir”, y es necesaria.
- *Respetuosa*: buscando que el moribundo, como no puede ser de otro modo, culmine su obra.

## Conclusión

Dentro del moderno morir medicalizado, existen tres áreas que exigen nuestra atención: la terapia exagerada, a controlar por los facultativos; la calidad de vida del sujeto doliente, de la que ya hemos hablado un poco en otro contexto, y el serio tema de la información que hay que facilitar al aquejado.

Respecto a este último aspecto, podemos inferir que la mayoría de los enfermos poseen madurez suficiente para asumir su enfermedad y su muerte, validando que todo médico tiene el deber de informar completamente, acerca de todo ello, al paciente, cosa que no siempre se hace, delegando el mensaje en algún familiar. Por este motivo, todavía siguen existiendo demasiadas “conspiraciones de silencio” en torno a muchos murientes, y no tanto en razón de la capacidad del sujeto afectado cuanto por las limitaciones personales de quienes le rodean: su familia y, no pocas veces, los médicos y el personal sanitario que le atienden.

En contraposición a algunos de estos hábitos existentes, la teoría al respecto es diáfana e incuestionable, como debería ser el quehacer de los cuidadores: salvo en casos muy concretos y limitados en los que se sepa que la información veraz puede hacer daño al enfermo (asumiendo que daño no es sinónimo de sufrimiento), este tiene derecho a ser informado de su realidad terminal de forma gradual, progresiva, dosificada y amorosa,

avalado por el compromiso del acompañamiento de su informante “para toda su vida”, aumentando así su esperanza de completar y realizar su obra o proyecto personal al final de su tiempo.



## 9

# Cuidar al moribundo

## Motivo

Una enfermedad mortal, como negación de vida, es una amenaza contra el propio ser y sitúa al moribundo en uno de los momentos más importantes y singulares de su existencia, en un tramo final que puede afianzar todos sus logros, que puede rectificar parte de sus limitaciones mejorando al final su proyecto vital, o que puede anular, empobrecer, pervertir o distorsionar toda la coherencia de su vida hasta entonces.

Por esto, es muy importante aprender a dejar morir al enfermo, sin anonadarlo con engaños o distracciones vitales, y, además, ayudarle con un *acompañamiento íntimo y leal*, que le permita morir en paz, de acuerdo con sus valores y preferencias. Un cuidador cercano, significativo para él –familiar, amigo o sanitario vocacionado–, puede cubrir esta necesidad, y no solo para ayudarle a prevenir los sufrimientos evitables y confortarle en los inevitables, sino, sobre todo, para reforzar su resiliencia, es decir, su capacidad de sobreponerse a fuerzas que tratan de doblegarlo, para que se mantenga entero y firme, ya que esto es lo que capacita al ser humano a hacer una vida sana en un medio insano, como puede ser el profundo dolor moral ligado a la pérdida final, en el caso que nos ocupa.

Solo de este modo el paciente desahuciado podrá *terminar su realización personal* de una manera más provechosa y segura, haciendo de su morir un modo de revivir, subrayando y finiquitando su existencia. No debemos olvidar que el moribundo, sobre todo si es muriente, permanece en su proceso de “llegar a ser”, sin “ser” aún, y que nunca está ni debe estar en un proceso de “dejar de ser”, por sus renunciadas, angustias o cobardías. Por el contrario, todo paciente incurable debe ser apoyado para que entre en un “afán de llegar a ser”.

Paralelamente, también es importante recordar en este momento que *la muerte no significa*, en sí misma, *el final de lo absoluto*, si por tal entendemos algo más que el ser

singular. Toda vida humana está engranada en un proceso en marcha transitivo y trascendente, cualquiera que sea la interpretación cognitiva que demos al hecho (misteriosa, ecológica, evolucionista u otra).

Pensando en la humanidad actual y sobre todo histórica, suena bien el poema de Dyland Thomas en el que clama: “Y la muerte no tendrá dominio”. Así dice un fragmento, con la traducción ligeramente modificada por mí:

*Y la muerte no tendrá dominio.  
Los muertos desnudos se confundirán  
con el hombre en el viento y en la luna poniente;  
cuando sus huesos se limpien  
y esos huesos limpios se desvanezcan,  
tendrán estrellas en sus codos y en sus pies;  
aunque se vuelvan locos, serán cuerdos;  
aunque se hundan en el mar, surgirán de nuevo;  
aunque los amantes se pierdan, el amor no se perderá.  
Y la muerte no tendrá dominio.*

A este valor trascendental debe contribuir, a ser posible, todo ser humano, con mejor o peor fortuna, y a ello está llamado. Por eso, ante la situación de una persona en un estado de gran debilidad física, como es el moribundo, se precisa que realice para compensarla un gran rearme moral, dotándose de una extraordinaria energía espiritual. A ello deben contribuir sus posibles personas acompañantes.

Todo ser humano, sobre todo en condiciones de gran fragilidad, merece el máximo respeto: es decir, el reconocimiento de que tiene vida propia y de que su existencia, su devenir singular y único, solo puede protagonizarlo y realizarlo él mismo.

Es normal que, ante la extraordinaria alarma de dejar de ser, la mayoría de las personas confrontadas con la presentación de una muerte inmediata tengan tentaciones de huir, negando su realidad. Sin embargo, en este momento más que nunca, el humano necesita afrontar su propia muerte y su auténtico morir, salvándose del miedo paralizante a la muerte, de las tentaciones al abandonismo y/o a la resignación, así como de todo lo que en su proceso de morir, recién iniciado, le haga perder su identidad y/o su personalidad, deshumanizándole. Los cercanos a él, por parentesco o profesión, tienen la obligación de ayudarle a morir sanamente, siendo y deviniendo como él mismo, sin

hacer de la muerte una enfermedad.

## **Preparación**

Para poder cuidar a un moribundo hace falta que el cuidador haya elaborado, sobre todo, su propia muerte y la tenga asumida. Asimismo, que posea un concepto claro sobre el sentido del morir y de su aportación total al conjunto de la vida personal de la persona atendida. Además, necesitará realizar cuatro tareas más:

1. Evitar sus propios mecanismos de defensa:

- Su identificación masiva con el enfermo.
- Sus sentimientos de culpabilidad y su escrupulosidad exagerados.
- Sus bloqueos y su sensación de desamparo ante la agresividad del afectado.
- Sus muy posibles vivencias de impotencia y de desánimo.
- Sus momentos de confusión y de desconcierto.

2. Liberarse del falso pudor paralizante.

3. En el caso de los sanitarios, ahuyentar la profesionalidad formalista y hierática.

4. Mantener hacia el sujeto terminal una actitud propulsiva, basada en motivaciones al desarrollo, eliminando al máximo las posturas defensivas, sin caer en la trampa fácil de evitar el dolor por encima de todo. En toda la vida, incluso en su fase final, el dolor es a veces necesario para realzar la naturaleza humana.

Todo lo que venimos manifestando apunta a una realidad inequívoca. Quien quiere cuidar a un paciente en el final de sus días necesita algo más que poseer una buena formación y conocimiento; precisa tener un saber experiencial en su propia existencia, para poder ser con el ayudado y no solo saber qué hacer con él. A este no hay que darle solo ayudas y remedios; hay que saberse dar.

## **Reconocer al moribundo**

Es frecuente el error de considerar al enfermo aquejado por una patología mortal

como un ser alienado, despojado de su identidad y presa de un ente exterior que lo enajena y domina. Nada más lejos de la realidad. El moribundo es un ser que vive, que es protagonista, sujeto y autor de un pasado que tiene que revisar y asumir, dueño de un porvenir a formular y vivir, y señor de un presente en el que discurre y se hace.

Por consiguiente, es, en todos sus conceptos, una persona que retiene su esencialidad, que abriga deseos, que experimenta necesidades, que sustenta esperanzas y que tiene todavía un tiempo, precioso, por argumentar.

## **Necesidades del moribundo**

Para seguir siendo persona y para alcanzar la felicidad plena, el sujeto que contempla de cerca su muerte, si se le deja, suele experimentar necesidades muy profundas en la línea de reconocer sus raíces, de ahondar en lo auténtico y de subrayar su vida dentro de un proceso de morir que está en marcha, abierto a lo desconocido.

A fin de trabajar todo ello, la gran mayoría de los murientes necesitan una *relación de ayuda* que les apoye en la tarea. Se trata, en este caso, de una relación de ayuda peculiar, ya que en todos los otros casos quien oferta dicha posibilidad es alguien que ha transitado antes por el camino en el que discurre la persona a ayudar. No es este el caso que nos ocupa: la muerte es un misterio para todos los seres humanos y lo sigue siendo, en estas circunstancias, para ambos miembros del par. Por eso, la relación de ayuda en la terminalidad se instala en un estilo propio: el acompañamiento entre iguales en situación desigual. Se trata de configurar una diáda en el final de la vida que rememora y completa la diáda madre-hijo del inicio, apoyando al doliente para que aspire a su liberación total y al cénit de sus posibilidades, basándose no en la experiencia, sino en la intuición y en la empatía.

Desde el punto de vista del cuidador, configurar una diáda con el que se está muriendo, “una pareja de dos seres especialmente vinculados entre sí”, como reza el *Diccionario de la lengua española*, supone algo más que la tarea de un oficio o de un quehacer. Es una experiencia que conmueve y remueve profundamente a nivel personal, porque exige cotas muy altas de compromiso, de servicialidad y de donación. Se trata de un ejercicio muy particular de la “benefidencia” preconizada por Laín Entralgo: un darse

al más necesitado de ayuda sumiéndose en su mundo, para poder así, desde su esencialidad, conocerlo verdaderamente y contribuir a su definitivo y permanente alumbramiento. Tarea noble y generosa en la que quien la ejerce también deja de ser él mismo, como diría Gadamer, reconociéndose en la desolación del otro, en su sufrimiento, y reconstituyéndose con él. Es a través de esta distintiva comunión amorosa entre el que fenece y el cuidador-amigo en la que el primero puede renacer, avivado por el ser significativo que discurre a su vera y le empuja: deudo, amigo íntimo, médico, sacerdote, etc., siempre comprometido.

## El cómo: dinámicas de ayuda

La persona angustiada por su vivencia de finitud necesita, por encima de todo, alguien comprensivo y cercano que le escuche activa y profundamente, con paciencia, con simpatía, con serenidad, con sosiego, acomodada en su soledad y disfrutando del silencio de la verdad absoluta. Asimismo, precisa que ese alguien le tolere, le comprenda, le acepte y le aguante sin desmoronarse.

Sobre este bagaje de seguridad surgirán, en el entramado entre el cuidador y el atendido, las tres disposiciones afectivas básicas que deben singularizar al primero, sin las cuales cualquier tipo de ayuda sería un fiasco: el *respeto*, la *verdad* y el *amor*.

Toda persona abocada a la probabilidad de una terminación cercana, en sus cábalas y divagaciones, bien podría firmar con Gustavo Adolfo Bécquer su LXI rima:

*Al ver mis horas de fiebre  
e insomnio lentas pasar,  
a la orilla de mi lecho,  
¿quién se sentará?  
Cuando la trémula mano  
tienda, próxima a expirar,  
buscando una mano amiga,  
¿quién la estrechará?*

Todos, en el fondo, anhelamos un amigo íntimo, en sus múltiples acepciones, vigilando y apoyando nuestro propio expirar. Cinco son, entre otras, las grandes tareas

que ese amigo íntimo puede practicar con su protegido:

- *Acogerlo*: admitirlo, aceptarlo y aprobar su vida y su morir para ayudarle a que él mismo se descubra y se responsabilice.
- *Sosegarlo*: logrando que se asiente, descubra sus raíces y se alimente de las mismas, para que se fortalezca en momentos tan importantes.
- *Pacificarlo*: regalándole la tranquilidad del orden y de la calma, y preparando sus “aguas tranquilas”, en las que pueda ver su imagen reflejada.
- *Serenarlo*: alejando de él los diversos nubarrones que le pudieran confundir u oscurecer: miedos, frivolidades, conflictos y otros.
- *Autorizarlo*: reforzando su dominio sobre su vida, aún activa, para que continúe siendo el autor íntegro de la misma. Si fuera el caso, logrando que pida y asuma el *perdón* de sus personas ofendidas, para reparar los desperfectos de una vida insuficiente.

Para lograr lo que antecede, el cuidador de la persona que discurre sus últimos días puede utilizar tres *estrategias instrumentales* que se han confirmado útiles en las dinámicas que estamos contemplando:

- *La ternura*: observando al ser en despedida con una visión cósmica, alejada, en perspectiva, con inmenso cariño, con risueña conmiseración y con un encendido carácter protector. Tal vez, expresando la certidumbre, la tenacidad y el talante amoroso y suave recogidos en los versos del poema “Actitud” de Dulce María Loynaz:

*Inclinada estoy sobre tu vida  
como el sauce sobre el agua.*

- *El sentido del humor*: ayudando a relativizar las cosas y a penetrar en lo profundo de lo que ocurre, sin incomodar o herir.
- *El contacto*, simbolizado y expresado en la mano.

La frialdad de la muerte exige la vivencia del calor amoroso de un ser querido, muchas veces, como ya apuntaba Bécquer hace unas líneas, atesorado en la mano, parte

señera de la sede del ser que es el cuerpo. En ella se condensan mejor que en ninguna otra parte la confortación y el adiós, sobre todo cuando la ruptura existencial con el entorno está ya en marcha. Rabindranath Tagore pone, bellísimamente, en boca del moribundo su mensaje para quien se va a quedar:

*Cuando las horas del crepúsculo  
ensombrecen mi vida,  
no te pido ya que me hables,  
amigo mío,  
sino que me tiendas tu mano.  
Déjame tenerla  
y sentirla  
en el vacío  
cada vez más grande  
de mi soledad.*

**PARTE IV**  
**LA MUERTE DEL OTRO**  
**(EL DUELO)**



# 10

## Sentido del duelo

### Acontecimiento personal

La muerte de un ser querido es un proceso natural que hay que mantener en su estado originario y no debe ser medicalizado. Conlleva mucha aflicción, estado doloroso expresado de forma más o menos ostensible, y provoca una situación de duelo, un desarrollo y transformación, en parte consciente y en parte inconsciente, cuyo objetivo es lograr una readaptación existencial de la persona que lo experimenta. Por eso la muerte es, siempre, para el humano un misterio que cuando se acerca le provoca angustia y que, cuando la vive de cerca, le remueve y le deja confundido, intentando construir una explicación lógica y coherente de lo vivido.

Ante la muerte de una persona allegada, significativa para el que se queda, este suele reaccionar casi siempre, inicialmente, con una profunda *aflicción*: un estado emocional muy intenso, abrumador, extremadamente penoso, y con gran capacidad de apesadumbrar, en el que el interesado pierde la confianza en sí mismo, reactiva su inseguridad esencial y pone en entredicho su propio sistema creencial, que puede ser, a menudo, rechazado brutalmente en ese momento. Como consecuencia, la persona que vive la ruptura salvaje con el muerto se siente frustrada, con sensación de vacío, desesperanzada, con un fuerte sentimiento de abandono y de soledad, y con no poco desaliento.

En esta situación de dolor y desgarró, el doliente viviente inicia su experiencia de *duelo*: una dinámica compleja provocada por la pérdida del ser querido que suele estar muy influenciada por sus experiencias de *pérdidas* anteriores, múltiples y muy diversas en sus orígenes, que siempre conllevan dejar algo atrás. Desde la niñez, el pequeño “pierde” a sus padres cuando crece o aparece otro hermano, también cuando su madre le retira el chupete u otro objeto intermedio, o cuando su mascota se muere, y así sucesivamente. En la adolescencia perderá quizás a su presunta pareja ideal, a algún

amigo hasta entonces íntimo o a sus padres protectores, entre otras muchas opciones. Posteriormente, las pérdidas se diversificarán por doquier: trabajo, cambios de hogar, parejas, oportunidades, cargos sociales, el hijo idealizado que fracasa, etc. En cada pérdida, el sujeto abandona algo, pero tras dicha renuncia suelen aparecer nuevas oportunidades. Por eso la mayoría de las veces, superadas las reacciones inmediatas y la fase de retracción de afecto provocadas por las pérdidas, sucede una etapa de reanimación, en la que la persona despierta de nuevo al mundo exterior y reinicia nuevas relaciones afectivas, aunando a partir de ese momento, en su biografía, recuerdos y vivencias pasadas con las nuevas experiencias generadas, siempre y cuando el doliente no incurra en un duelo enfermizo provocado por la angustia, el miedo o la tristeza inconsolable, casi siempre facilitadas por sus actitudes de alejamiento o acorazamiento.

Cada pérdida constituye, en sí misma, una experiencia impactante y remueve mecanismos de afrontamiento peculiares. En ocasiones, el interesado puede vivir la pérdida como un robo (un agente exterior, un dios competidor, se lo ha quitado); otras, como una negligencia por su parte (no he dado la talla, me lo he dejado quitar). No rara vez, tratará de minimizar la pérdida devaluándola (“era solo un animal”, ante su perro muerto; “estaba asegurada”, ante la casa saqueada; “no lo llegué a ver”, en el feto abortado, etc.), paliando de este modo su valor afectivo. En cualquier caso, cada pérdida supone una ruptura del apego o del vínculo con el objeto, que siempre imprime en el sujeto la sensación de desprotección y de inseguridad. Es por ello por lo que, ante cualquier pérdida, el humano experimenta tres necesidades:

1. Recuperar el objeto perdido, poniendo en marcha distintos mecanismos, conscientes e inconscientes, para lograrlo o compensarlo.
2. Apaciguar su dolor.
3. Reparar la herida que la pérdida ha infligido a su yo y a su autoimagen.

Toda esta conmoción existencial se configura como un auténtico *complejo*: algo que siendo solo un fragmento de la vida psíquica de quien lo experimenta se convierte en una realidad envolvente que cobra un protagonismo total y acapara una buena parte de la actividad existencial del sujeto durante el tiempo que dura.

Aparte de la tarea de asumir la pérdida, en el duelo se inicia, o debería iniciarse, un nuevo *renacimiento* en la persona que lo vive. La pérdida del ser querido se puede convertir en un enorme desafío para él. A partir de la separación definitiva, va a

descubrir que él ya no es el mismo y que su mundo tampoco es el que era. Visible o imperceptiblemente, va a revisar sus creencias, sus principios, sus valores..., y va a hallar nuevos significados en lo que le rodea y en sí mismo. Sin querer, se va a transformar, y su argumento vital posterior va a ser diferente. Se dará cuenta de que una parte de sí mismo ha muerto, pero de que otra parte de su yo se reinventa y se apodera de su existencia, o, al menos, así debería ser. Poco a poco, aprenderá sus nuevas formas y dimensiones, a la vez que se percatará de las nuevas estructuras y dinámicas del mundo en el que vive. Aparecerán nuevos símbolos en su imaginario, cambiará su relación con el muerto para compatibilizarlo con el nuevo mundo que inicia, encontrará nuevos espejos humanos en su derredor y reorganizará su vida entera de cara al futuro.

Al mismo tiempo, el duelo bien aceptado y trabajado puede ser el mejor instrumento para *perpetuar el buen recuerdo del fallecido* y prolongar su buena impronta en los allegados que perviven, porque, como dice Cicerón, “la vida de los muertos está en la memoria de los vivos”. Su recuerdo, bien integrado, puede ayudar a sus deudos a reconstruirse y mejorar como seres humanos, viviendo, de alguna forma, a través de ellos. Tal vez pensara en esto Vincent van Gogh cuando escribió a su hermano Theo diciéndole: “No creas que los muertos están muertos; mientras haya vivientes, los muertos vivirán”.

## Impacto global

Todo fenómeno de duelo, como veremos luego, repercute en quien lo está viviendo, desde el principio, en todas sus dimensiones:

- A nivel *biológico*: el estrés del mismo se configura como una combinación somatizada de las dos posibles reacciones ante la amenaza: la huida, expresada en intranquilidad, hiperactividad, rabia, agitación, desesperación, etc., y la paralización, disfrazada de abandono, apatía, aislamiento, mutismo...
- A nivel *cognitivo*: rumiaciones, reflexiones y racionalizaciones sin fin, tratando de buscar explicaciones a algo que no es posible entender desde la razón y la lógica, y mucho menos desde el sentimiento negativo que anega todo el ser doliente.
- A nivel *existencial*: la profunda crisis vital que comporta se acompaña de la honda

angustia vital que la genera y de todo el impacto espiritual que la desaparición del ser querido le provoca.

Poco a poco, la paz ligada al orden se irá apoderando de los tres niveles y el sujeto pasará del caos a su recreación, de forma positiva y posibilitadora.

## Cultura y duelo

Cada cultura dota al individuo de unos sistemas y unas normas de manejo del duelo que pueden contribuir a aliviarlo y/o a complicarlo. Cada pueblo ha desarrollado sus creencias, sus costumbres y sus ritos, que posiblemente se han ido modificando a lo largo de la historia (así, en Occidente, la cultura de la muerte ha pasado por muy diversas etapas históricas: la muerte domada, resignada, de la Edad Media; la muerte propia, expresión de una vida, de los siglos posteriores; la muerte salvaje del romanticismo; la muerte del otro del siglo pasado, o la muerte negada de la actualidad).

En cualquier caso, los ritos y ceremonias mortuorios juegan un papel importante y beneficioso en la elaboración del duelo. En este sentido, se dice que los mismos son “más importantes para los vivos que para los muertos”: sirven para calmar la angustia y para canalizar las emociones. Así, mediante las “lamentaciones” y el “gemir” explícito del “duelo socializado” (el plañir, el *mourning* inglés), que permite “quejarse” en público por el dolor sufrido, se puede aliviar la pena y se logra obtener pequeñas satisfacciones compensatorias (el gentío que acudió al funeral, lo guapo que estaba el difunto en el ataúd, los comentarios elogiosos de los conocidos). En cualquier caso, siempre se obtiene el apoyo grupal. Es posible superar bien el duelo sin estas manifestaciones culturales, pero, por lo general, su supresión forzada (como ocurre en la actualidad) resulta perjudicial para una gran mayoría de gente.

Es notorio que nuestra civilización niega y oculta la muerte, trata de quitarle su carácter natural y de transformarla en un problema técnico, y reprime con energía la elaboración social del duelo, adjudicándole una dimensión privada y no pública, hasta el punto de haber suprimido totalmente el luto (etimológicamente, “llanto” o “lamento”). La cultura imperante premia la fortaleza y entereza de los deudos y se precipita a

remitirles al psiquiatra si su penar se hace manifiesto. Esta creciente falta de acogida de la aflicción y del pesar exteriorizado está dificultando la catarsis de la pérdida y la elaboración natural del duelo, facilitando su prolongación y su posible patologización.

## **Experiencia personal enriquecedora**

En el duelo no se trata de dejar atrás (enterrarlo y olvidarlo) al difunto; hay que incorporar al fallecido en el proyecto nuevo, y para ello es necesario mantener alguna fórmula de conexión (relación simbólica) con él. Paralelamente, el superviviente debe reconocer e incorporarse a sus nuevos estatus familiar y social. Pero, sobre todo, debe cambiar y reencontrar un nuevo sentido a su vida. Para ello:

- Deberá valorar el significado personal de la pérdida.
- Tendrá que comprobar que una parte de él mismo muere con la ausencia del otro.
- Verá que su mundo personal queda transformado.
- Se cuestionará la construcción de significados previos:
  - Su forma de entender la vida.
  - Su filosofía de vida.
- Analizará si la pérdida encaja en estas premisas.
- Fruto de ello, interpelará su concepción del mundo y de él mismo.
- Posteriormente, tendrá que reconstruir y/o reafirmar su mundo de significados.
- Finalmente, emergerán con más fuerza su identidad personal, su identidad familiar y su identidad social.

En definitiva, el proceso personal de duelo es algo que elabora el propio sujeto y algo que no se le da hecho, lo que implica que debe realizar una constante toma de decisiones, de orden práctico y de tipo existencial, que le conducirán a un esperable crecimiento personal. Los fenómenos afectivos (sentimientos diversos, vivencias de culpa, ansiedad, mecanismos de negación, hostilidad, etc.) deben ser interpretados como indicadores de cómo va evolucionando este deseable proceso de crecimiento personal.

# 11

## Duelo normal

La gran mayoría de las personas superan sus duelos de forma natural y no precisan ayuda especial para ello, bastándoles las que les prestan los grupos sociales a los que pertenecen. El duelo es, por consiguiente, un proceso natural que hay que elaborar y superar sin interferencias extrañas. Bastan, para dominarlo, los mecanismos de adaptación naturales y espontáneos que toda persona dispone:

1. La exteriorización de la pena, tal y como Shakespeare propone: “Da voz al dolor: la pena que no habla susurra al corazón desasosegado y le manda quebrantarse”.
2. El apoyo práctico y afectuoso de los que le rodean.
3. La negación pasajera en los momentos del choque.
4. La devoción por el finado y otros mecanismos que irán apareciendo en el transcurso del texto.

Gracias a ello, los dos componentes afectivos del duelo, la angustia y la depresión, así como la repercusión fisiológica de los mismos (torpeza y desatención), se irán eliminando de forma progresiva y gradual, liberando al doliente y facilitando el proceso de reorganización de su vida. Paralelamente, desaparecerán las tasas incrementadas de morbilidad y de mortalidad propias del duelo, debidas al mayor riesgo de accidentes y a la disminución de las defensas frente a los agentes externos.

La resolución del duelo supone volver a acoger la vida del doliente y a responsabilizarse de ella, recuperando su interés por la misma y su esperanza de cara al futuro. Ello implica poder recordar al difunto y hablar sobre él con serenidad, sin afectarse ni llorar; ser capaz de establecer nuevas relaciones sin culpabilidades inútiles y erróneas de cara al ausente, y estar dispuesto a aceptar nuevos retos vitales sin demoras ni dudas excesivas.

Todos los duelos son personales, únicos y singulares y, por consiguiente, diferentes a los de todos los demás. No cabe hablar, por tanto, de un proceso general que afecte a

todas las personas por igual. Para la mayoría, la separación de un ser querido supone una fuerte sobrecarga emocional y sentimental que conlleva una serie de amenazas y riesgos —que vamos a considerar de inmediato—, lo cual no significa que dichos fenómenos sean una patología cerrada, universal, a desterrar por el doliente. En todo caso, sí podríamos considerarla, en alguna medida, una enfermedad, entendiéndola como un accidente que interrumpe el proceso vital, provocado por la ruptura del apego, en la que el afectado pierde su equilibrio y se introduce en una crisis personal de búsqueda y de recuperación de su propio proyecto cuestionado, para retornar, después de ello, a su adaptación. En realidad, el duelo es, por consiguiente, una tarea y un proceso personal. Cada uno lo elabora a su estilo, fiel a su unicidad, de acuerdo y en relación con su propio devenir.

Por eso, cuando en este capítulo formulemos fenómenos o experiencias que normalmente o frecuentemente suceden en los duelos, no debemos considerarlos como síntomas sobrevenidos, sino como aconteceres propios del duelo, que pueden ocurrir o no, con la misma cadencia o con otra diferente, que nos permiten empatizar con el doliente, pero que en ningún caso deben ser interpretados como una cadena patológica de pasos sucesivos que afecta a seres pasivos. No existe una forma correcta de superar el duelo; cada cual lo sortea y sale de su crisis de forma personal y autónoma.

## **Fenomenología**

La ruptura del vínculo personal con un ser significativo provoca en el superviviente una fuerte conmoción que abarca todas las áreas de su ser. En 1944, el psiquiatra Erich Lindemann, en su trabajo *Sintomatología y manejo del duelo agudo*, apuntaba ya cómo en el mismo aparecían problemas y malestares somáticos varios, mezclados con preocupaciones relacionadas con la imagen del fallecido, así como con culpabilidad, reacciones y movimientos hostiles, y con una desestructuración de los patrones de conducta, emanados de una sensación de impotencia y de incapacidad para funcionar.

Tratando de sintetizar esta eclosión de pesar, podríamos encuadrar sus manifestaciones en cuatro apartados:

### *1º. Sensaciones físicas*

De vacío en el epigastrio (estómago), de opresión precordial, de falta de aire, de nudo en la garganta, de sequedad de boca, de hiperestesia a los ruidos y a las luces, con sobresaltos facilitados, de debilidad, con cansancio y fatiga, de falta de energía, de inapetencia, de pérdida de peso y de insomnio (todas ellas relacionadas con la angustia y ansiedad).

## *2º. Sentimientos*

De tristeza, de enfado por el abandono y los proyectos inacabados, de culpabilidad, con autorreproches, de impotencia, de ansiedad y angustia, de colapso, con sus correlatos de insensibilidad y bloqueo, y de anhelo vehemente de reencuentro.

Muchos de estos sentimientos se interrelacionan y se desplazan o irradian a otras referencias o sujetos: el enfado proyectado al médico, a Dios, a otros familiares; la rabia introyectada produciendo un ánimo depresivo; la ansiedad alimentando temores anticipatorios varios (¿qué va a ser de mí?, no me valdré solo...); la angustia conducente al misterio de la muerte; el anhelo somatizado como sensación de falta de aire, imaginando al otro, al finado, como el aire necesario para vivir; y la contaminación, ambivalente, de algunos sentimientos positivos de alivio y de liberación de la carga de tener que atender al muerto en sus momentos finales.

## *3º. Cogniciones*

En primer lugar, aparece cierto aturdimiento y confusión, así como una pérdida de la capacidad de concentración, a menudo combinados con vivencias de despersonalización y/o de desrealización. Pero lo que más predomina, especialmente en el inicio del duelo, son la incredulidad y las preocupaciones excesivas, alimentadas frecuentemente por pensamientos intrusivos y por reviviscencias. Tampoco son raras las ilusiones de presencia y las ideas negativas erróneas del tipo de “no podré vivir sin ella/él”, “nunca más podré querer a alguien”, “nadie me llamará”, etc.

## *4º. Conductas*



Sueño inquieto con fuertes ensoñaciones, aislamiento, distracciones frecuentes, comportamientos evitativos (no dormir en la cama del finado, no abrir su armario o escuchar su música, etc.), prácticas de búsqueda (yendo a sus espacios, llamarle...), llantos y suspiros, desasosiego e hiperactividad, atesoramiento de los objetos y recuerdos del fallecido, abarrotamiento de fotos y objetos del difunto, sus fetiches, como tratando de prevenir un posible temor a olvidarlo, contactos y besos a sus fotografías, y frecuentes visitas al cementerio.

## **Las llamadas fases**

Habitualmente, se ha descrito cierta tendencia de los procesos de duelo a evolucionar en fases. Evidentemente, tales fases no son rígidas ni obligadas en todos los duelos, pero sí reflejan, de manera aproximada, determinados ciclos por los que atraviesan muchas personas en duelo. No conviene denominarlos etapas de duelo, por la implicación que tal término supondría de referirnos a períodos evolutivos de una reacción ligada a lo patológico.

El interés de organizar los fenómenos acontecidos en el duelo en fases reside en ejemplificar cómo muchos de ellos siguen un curso más o menos variable, sin disminuir gravemente su proyecto vital. Por otra parte, además, hablar de las fases del duelo nos va a facilitar presentar con mucho más detalle los fenómenos que ya hemos apuntado en el apartado anterior.

### *1ª. Reacción inicial*

Es una respuesta rápida de alarma y estrés, que dura pocas horas y que es tanto más intensa cuanto más imprevista es la muerte acaecida. Se manifiesta, de forma directa, mediante el llanto, la agitación o la desesperación, o bien, de manera indirecta, defensiva, como negación, frecuentemente disfrazada de un comportamiento maniaco. Esta fase se puede aliviar, y contener en parte, ocupándose de la resolución de cuestiones prácticas, como puede ser la organización del funeral, la de los ritos de otro tipo, la elección del féretro, la redacción de la esquela o cuestiones similares.

## *2ª. Fase temprana de choque*

Persisten los sentimientos de irrealidad e incredulidad, que durarán, por lo general, varios días. La vivencia de la pérdida y de la amenaza es tan intensa que la persona queda entumecida, embotada, bloqueada, aparentemente insensible y con escasa expresión emocional, algo abotargada y con las cogniciones aletargadas, como “sonada”. Gracias a ello, tiene menor conciencia de lo ocurrido, debido a su estupor y al barullo que generalmente le rodea. A nivel íntimo, la sensación que se le apodera es de desvalimiento, perdiendo la confianza y la seguridad en sí mismo, con el acompañamiento del miedo, de la soledad y de la tristeza. La mejor manera de evitar la confusión, el aturdimiento, la conmoción, el pánico y la desorganización presentes en esta fase es facilitar al doliente ayudas concretas en cuestiones prácticas: hacer de yo auxiliar en las comidas, en el reposo, en la toma de medicaciones, etc.

## *3ª. Fase inmediata, emotiva y de evitación*

Suele durar, tras el entumecimiento inicial, unas cuatro semanas. Predominan en ella la ansiedad, la inquietud, el anhelo del objeto perdido y su búsqueda inquieta, intentando restablecer su conducta de apego anterior. Al mismo tiempo, la persona se muestra resentida y enfadada, irritable, con conductas de ira y de rabia, lo que le lleva a la protesta y a la rebeldía. Todavía, en momentos, se refugia en la negación de la muerte y, con alguna frecuencia, puede incurrir en tormentas sentimentales: oleadas de pena, de rabia, de depresión, de angustia, de desesperación, de creer que se va a volver loco o, en ocasiones, de comportamientos contradictorios: risa y llanto a la vez, expresando su necesidad de catarsis, de escucha y de acogida. Estas emociones suelen bloquear el pensamiento racional.

Los mecanismos inconscientes adaptativos más frecuentes en esta fase suelen ser la búsqueda y las ilusiones. Las conductas de búsqueda del fallecido son múltiples y diversas: pensar continuamente en estímulos que lo evocan (fotos, prendas, objetos, lugares), explorando el medio sin parar (asomándose a su habitación, mirando su asiento habitual, visitando el cementerio, tocando el tarro de sus cenizas, etc.), reteniendo sus objetos (ropas, reloj, etc.), regresando al sitio de la despedida, y así sucesivamente. De forma paralela a estos comportamientos de búsqueda, puede ocurrir

que la persona en duelo experimente “ilusiones” de percibirlo: le parece haberlo oído o visto, cree apreciarlo en otra persona y no puede dejar de mirarle hasta que comprueba su error, experimenta sensaciones de proximidad del extinto o le parece sentir su presencia, oír su voz o verle en la penumbra.

#### *4ª. Fase interpretativa o de transición*

Puede ocurrir en algunas personas y dura unos pocos días. La persona doliente acude a sus referencias filosóficas, positivistas (científico-médicas), mágicas (animismo), teológicas u otros relatos que den sentido a sus significados vitales, tratando de buscar explicación a lo ocurrido, con la esperanza de calmar su desgarró. Es frecuente que en esta situación existencial la persona “hable” con el finado o se comunique con él de alguna forma simbólica.

#### *5ª. Fase mediata, de meseta o asimilación*

Por lo general, se prolonga desde el segundo mes del duelo durante otros dos o cuatro meses más y en ella predominan el aislamiento, la soledad, la tristeza y la pena, más manejable que al principio, pero más continuada. Por eso, algunos la denominan *fase depresiva*. En estos meses, el ser humano en duelo suele hallarse postrado, inapetente, con su vida desorganizada, subsistiendo en vez de viviendo y con la sensación de que nada ocurre en el tiempo transcurrido, que pasa sin sensación de cambio alguno. Sobrevive, pero no avanza, está parado y no tiene esperanza porque él no hay vida. Subjetivamente, se vive a sí mismo descolocado, vacío, incompleto, como si le faltara algo, sin rumbo y desconcertado. Lógicamente, restringe sus relaciones sociales, tiene su autoestima afectada y experimenta cierto desinterés y tendencia al fatalismo, dentro del día a día monótono en el que vive. Junto a lo descrito, todavía puede sufrir momentos de ansiedad, con algunas sensaciones de irrealidad, del mismo modo que en ocasiones tal vez sufra fenómenos intrusivos, como pueden ser preocupaciones, pesadillas o reviviscencias. Como reflejo de lo expresado, padece cierta sobrecarga cardiovascular y una depleción del sistema inmunológico. No obstante, cada vez más, va notando períodos, más frecuentes y prolongados, en los que se distrae y se olvida del

fallecido.

### *6ª. Fase de resolución, acomodación o recuperación*

Entre el cuarto y sexto mes del fallecimiento del ser querido, suele iniciarse este último período de mejoría, que puede, asimismo, durar varios meses. Disminuyen los síntomas físicos y recobra, poco a poco, sus apetitos y sus fuerzas. Aumenta su energía. Se le impone la realidad y la asume. Inicia su reorganización interior, con sentimientos positivos cada vez más frecuentes. Empieza a aceptar retos nuevos; puede recordar y hablar del difunto sin grave afectación o llanto; comienza a reconstruir su red social y reinicia su nuevo proyecto existencial. Puede tener aún pequeñas reactivaciones depresivas, coincidiendo con fechas significativas (aniversario) o acontecimientos simbólicos, pero su mejoría es continua y progresiva, siendo cada vez menores sus momentos malos.

No existe una duración tipificada del duelo. Con frecuencia, los duelos se resuelven hacia los catorce meses, tras una importante reactivación en el aniversario del fallecimiento, pero, ciertamente, su extensión es muy personal y variada. No es raro que duren incluso dos años. Por encima de este tiempo, convendría evaluarlo para descartar un posible duelo patológico.

## **Duelo familiar**

La muerte de un ser humano no solo repercute, a nivel individual, en sus deudos más inmediatos, sino que desequilibra también toda la dinámica familiar, desestructurando su sistema interno. Posteriormente, buscando recuperar su homeostasis, el grupo vuelve a configurarse en un nuevo sistema familiar para compensar el duelo. Existen innumerables ajustes homeostáticos de este tipo, dependiendo de muchas variables: del papel del fallecido en el grupo familiar, del patrón del equilibrio emocional previo de la familia, de su expresividad afectiva, del número de sus integrantes, de las edades de sus miembros en el momento del fallecimiento, del tipo de muerte acaecida y de un largo etcétera, casi interminable, ya que cada familia es singular y única. No obstante, la

mayoría de los clanes familiares utilizan algunos mecanismos de ajuste de la homeostasis familiar comunes para todos ellos, aparte de sus singularidades propias. Lorna Bowlby-West, en el año 1983, describió en su artículo clásico “The Impact of death on the family system”, publicado en el *Journal of Family Therapy*, doce ajustes homeostáticos comunes para muchas familias en estas circunstancias, apuntando las estrategias y dinámicas utilizadas para ello.

No nos vamos a referir en este momento al modo y forma de esta reestructuración familiar como tal ni a las consecuencias, ya que esta temática se escapa del objeto de este texto, pensado más en lectores individuales y en su utilidad práctica para ello. La lectura del artículo indicado hace unas líneas puede ser un buen inicio para el lector que quiera interesarse en el tema desde la perspectiva de la psicología social y de grupo.

El motivo de mencionar esta realidad en este contexto es advertir que, muy a menudo, los individuos que componen el sistema familiar, en sus dos o tres generaciones cercanas al finado, no son conscientes de cómo el cambio de su sistema familiar les está afectando, ya que de hecho está modificando su propia elaboración del duelo y, a la larga, ellos pueden llegar, en definitiva, a ser *víctimas de estos procesos de rectificación y arreglo familiar*. Estos reajustes suponen la destrucción de relaciones interpersonales previas, la creación de otros nuevos papeles diferentes dentro de la casa, cambios de posición en la misma y, no pocas veces la adjudicación de cometidos insanos que les pueden dificultar su propia recuperación. Es preciso estar atento a todas estas dinámicas familiares, a fin de no ser bloqueado ni alterado por ellas en la resolución personal del duelo, teniendo en cuenta que este impacto negativo suele ser transgeneracional y que muchas veces repercute en personas que eran niños cuando se produjo el fallecimiento.

## **Duelo: trabajo personal**

Durante años, ha existido la tendencia a conceptualizar el proceso del duelo como algo asimilable a una patología. Así lo define, por ejemplo, Parkes, en 1967, en su capítulo “Aspectos psicológicos”, publicado en *El manejo de la enfermedad terminal*, coordinado por C. Saunders y editado en Londres por Edward Arnold. Este planteamiento supone el riesgo de inducir al doliente a la pasividad, esperando que la aflicción “se cure” con el

paso del tiempo. Nada más lejos de la realidad, pues el duelo es un proceso activo que debe realizar quien lo sufre, que tiene que afrontar un doble compromiso: aceptar y asimilar la pérdida (*trabajo de duelo*), para luego lograr la recuperación y la reestructuración personal (*trabajo de reajuste*). Para ello, quien lo vive no puede estar encorsetado por realidades externas, por etapas predeterminadas ni por experiencias convertidas en síntomas. Debe ser libre para poder recobrarse, volver a configurar un nuevo proyecto personal, sin descomponer totalmente su proyecto historiográfico ya vivido, e iniciar un nuevo trayecto en su realización personal.

La muerte de una persona querida remueve creencias, valores, principios, criterios y esquemas de vida usados hasta entonces. Quien la padece se suele sentir inicialmente descolocado o desconcertado, como ya hemos visto. Para que lo que, en un principio, es una fuente de sufrimiento y desgarró se convierta en una experiencia posibilitadora y en un caudal de energía, es necesario que el sujeto asuma la realidad, realice una serie de cometidos y supere una sucesión de pasos. Cada uno a su estilo, de forma original y por caminos propios, debe realizar lo que comúnmente entendemos como las tareas de duelo:

### *1ª Aceptar la realidad*

Debe reconocer que la muerte ha ocurrido y que se trata de un hecho irreversible, superando los primeros impulsos de negación (no es verdad, no me lo creo), participando en los ritos funerarios y viendo su enterramiento, y controlando algunos mecanismos de negación más elaborados, como pueden ser lo que Geoffrey Gove denominó conductas de “momificación” (por ejemplo, guardar sus objetos, conservar su habitación intacta, etc., “esperando a que vuelva”), la ruptura violenta con todos sus símbolos significativos (por ejemplo, olvidos selectivos en niños, destrucción de todas sus fotos y recuerdos en adultos) o su búsqueda en otras dimensiones, mediante prácticas espiritistas o similares. Frente a ello, hay que admitir simplemente su pérdida como individuo y como miembro de un sistema familiar.

### *2ª Trabajar los sentimientos y emociones*

No hay que ocultarlos. Hay que dejarlos emerger y experimentarlos. Solo así se podrá atenuar el sufrimiento, con todo lo que tiene de dislaceración y desgarró: llorándolo. Una excesiva contención, inhibición o represión del mismo puede aumentar el riesgo de duelo patológico. Se debe eludir todo lo que conduce a su encubrimiento: hacerse el fuerte, la idealización exagerada del difunto, el uso de medicación o de alcohol para suprimir el dolor, la evitación de todo lo que recuerde al fallecido (por ejemplo, irse fuera para olvidar) o la narcotización mediante una excesiva actividad.

Es necesario que la persona en duelo identifique sus estados afectivos, los experimente, los nombre y los exprese, para reconocerlos, aceptarlos y poderlos integrar: pena, pesar y tristeza, culpabilidad y culpa, enfado y rabia, angustia y miedo, impotencia, vacío, soledad, etc.

### *3ª Admitir las nuevas circunstancias y su nueva condición*

La persona en duelo pronto se dará cuenta de que ha tenido que desarrollar habilidades nuevas para suplir tareas que antes hacía el fallecido. Debe evitar, por encima de todo, caer en el error de generalizar su pesar y sentirse inútil e incapaz, tratando de depender de terceros, creando apegos enfermizos. Igualmente, tampoco tiene sentido que intente reproducir una existencia idéntica a la del pasado, como si nada hubiese ocurrido. Es preciso que acepte la vida sin el ser querido que ha perdido, que se adapte al (nuevo) entorno y a hacer sus cosas (algunas nuevas), que se libere de tareas contingentes innecesarias y que reconozca sus propios límites y sus deficiencias, desnudándose en un auténtico acto de humildad. Solo así podrá percibir una auténtica esperanza de cara a su proyecto personal renovado.

### *4ª Resituar al muerto*

Sobreponiéndose a la angustia inicial de separación y renunciando al apego y a la vida con él, el allegado debe situar al difunto en su sitio, superando su posible idealización o sobrevaloración del pasado. Hará bien en ser objetivo, reconocer lo que le aportó y en qué medida, y en qué forma se va a notar su falta para recrearlo en su verdad.

Pero, sobre todo, debe aprovechar todo lo que a nivel personal le complementó el fallecido, sin idolatrarlo ni denostarlo. Independientemente de sus creencias acerca del más allá, el superviviente debe “enterrar” al ser querido y no contar con él nunca más en esta existencia. Puede venerarlo de alguna manera, comunicarse con él en la forma que mejor le parezca e incluso valorar un futuro reencuentro, pero sin que ello le exima nunca de seguir viviendo su vida sin contar con el ser querido en su día a día.

### *5ª Reclamar y buscar consuelo*

Una vez integrada la realidad, el afectado necesita encontrar un nuevo equilibrio intrapersonal e interpersonal. Reencontrarse a sí mismo, reconocerse y resituar su nueva existencia. Precisa seguir madurando, crecer y enriquecerse. Para ello es imprescindible volver a amar, abriéndose a nuevos objetivos y a nuevas relaciones, viviendo en fraternidad, solidaridad y apego con los antiguos y nuevos prójimos, y compartiendo con ellos tanto el dolor como el amor. Guardar ausencias prolongadas al fenecido no es un signo de bien hacer ni de bienestar, ya que casi siempre ello implica que el superviviente no se está recuperando para amar.

### *6ª Volver a empezar y continuar siendo*

Sobreponiéndose a la melancolía y superada la tentación de la resignación pasiva, controlando la temida pereza existencial, el doliente debe comenzar un nuevo tramo en su existencia, sin renunciar al recuerdo del finado, pero sin necesitarlo. Será conveniente que, antes de reanudar su andadura personal, adapte su propio “esquema del ser” a su nueva realidad, recomponiendo sus creencias, sus valores, sus significados, sus pasiones, su sentido, encuadrados todos ellos en un nuevo proyecto personal que se injerte en el anterior, ya finiquitado, y que lo refuerce con energía renovada. Solo así tendrá sentido, en el futuro, la vida compartida con el ser querido ya fallecido.



# 12

## Ayudas en el duelo

### Prevención

Para facilitar el duelo tras el fallecimiento de un ser querido, en el contexto de una muerte por enfermedad grave, es necesario vivir comprometidamente con él todo su proceso de morir. Ello implica no ocultar su muerte, previéndola día a día, para así desensibilizar al superviviente de todas sus connotaciones ansiógenas y, fundamentalmente, afrontarlas en compañía del difunto, tanto a nivel dual como dentro de su grupo familiar. Cuanto mejor haya sido la calidad del morir del ausente, tanto mejor será el proceso del duelo en el presente. Igualmente, es saludable involucrar a todos los cercanos, familiares próximos, en el morir del finado, confrontando a todos ellos con la realidad de la muerte a cara descubierta. De otra manera, cuanto mayor haya sido la soledad en compañía del moribundo, tanto mayor va a ser la soledad del superviviente en su trabajo de duelo, y tanto peor su elaboración del mismo.

Alto riesgo tienen también, para la elaboración del duelo, las hospitalizaciones prolongadas del desahuciado y su alejamiento fáctico de los que luego lo van a extrañar, especialmente si la muerte acaece en el hospital, determinando, de este modo, que pocos de sus seres cercanos sean testigos cercanos de su agonía y muerte. El alejamiento de la muerte del medio doméstico, además de sus consecuencias nefastas de deshumanización y de pérdida de la trascendencia para el ser que muere, está haciendo un daño enorme al medio familiar tanto en su preparación individual y grupal para su duelo como en la conformación de un sistema doméstico posterior sólido y cercano. Los familiares necesitan participar de la muerte del difunto para aprender acerca de su propio morir y para, desde su sensación de desazón, vacío, angustia y desolación, reconsiderar el sentido de su vida en su totalidad, preparando de este modo su propio morir en el futuro y dando significación al duelo que están atravesando.

# Cuidados

Es necesario que la persona en duelo pueda explicitar sus vivencias y dudas, y comentarlas con personas significativas que le escuchen y le ayuden a aclararse en su estado de ambivalencia y confusión. Para aceptar la realidad de lo ocurrido, expresar y airear sus emociones y sentimientos, identificarlos, admitir su nueva situación y resituar al extinto, hace falta contrastar todo ello con otro ser humano comprensivo y empático, que actúe como espejo y le devuelva mayor realismo y objetividad que los suyos. Esta escucha y tal vez, en ocasiones, algún diálogo son necesidades muy reales de la persona doliente, que no hay que acallar con disgusto ni con absurdos moralismos silenciadores (“Dios lo ha querido”, “otros están peor”...), sino desenmascararlas para que el afectado pueda explicitarlas, reconocerlas y analizarlas, ejecutando determinaciones cuando fuesen necesarias.

Es preciso tener una especial atención en no paralizar o entorpecer el duelo desde fuera, bien sea negándolo, con la idea de que todo siga igual, bien sea tecnificándolo o medicalizándolo, o tal vez creando una dependencia del individuo en duelo de quien pretende ayudarle. Toda persona en proceso de duelo debe independizarse de las influencias excesivas de terceros y autorizarse a sí misma a seguir con su propia vida alterada. Para ello será necesario, también, que el medio familiar se reequilibre, al mismo tiempo, de una manera natural y normalizada, a fin de no crear dinámicas que anulen la libertad de sus miembros. En este sentido, suele ser beneficioso hacer una redistribución pactada de papeles, evitar la formación de subgrupos y de secretismos, desidolatrar al difunto, resituándolo con objetividad, y mantener unas adecuadas separaciones generacionales. No olvidemos que, como ya hemos apuntado antes, un cambio enfermizo del modelo familiar puede desbaratar o alterar los duelos de sus miembros.

El propio interesado y sus acompañantes deben poner un interés particular en satisfacer sus necesidades en cuatro áreas fundamentales:

## *1. Biológica*

Desde el inicio del duelo, hay que cuidar que la persona que lo está viviendo se alimente con regularidad y bien, duerma el tiempo necesario y no se abandone en su

higiene y arreglo personales.

Conviene aconsejarle que haga un ejercicio físico moderado, sin extenuarse, y que procure salir de casa lo más posible, dentro de unos horarios normales.

En algunos casos, será preciso atender a disminuir posibles somatizaciones ansiosas, a través de la distracción, la relajación, pilates, yoga, etc. A ser posible, es preferible no utilizar medicaciones, salvo en casos patológicos.

## *2. Conductual*

En paralelo a lo anterior, es aconsejable que los familiares supervivientes hagan una ruptura explícita con el pasado, vaciando la ropa y los objetos personales de los armarios y de otras partes de la casa, confirmando así su ausencia definitiva. Conviene, incluso, introducir alguna modificación en la casa que ratifique la pérdida. En la misma dirección, resulta muy útil que alguno de los supervivientes se “apodere” de las pertenencias del difunto que han quedado (butaca, espacios, objetos o similares) que, hasta su muerte, eran una especie de patrimonio de uso del fallecido.

Poco a poco, los cercanos harán bien tratando de evitar que cristalicen comportamientos de búsqueda y de anhelo por el muerto, procurando no hablar todo el tiempo de él, no recordarlo permanentemente o rehuendo el buscarlo o llamarlo de alguna manera. Asimismo, es recomendable controlar una devoción exagerada por el que se ha ido, eludiendo llenar la casa de fotos o de recuerdos, o bien impidiendo poner constantemente su música o sus vídeos. Por el mismo motivo, conviene reducir las visitas al cementerio y las celebraciones de fechas ligadas al que se fue.

## *3. Psicológica*

Resulta muy beneficioso e interesante que quien está en duelo pueda compartir su aflicción con otra persona significativa que le ayude en su proyecto. Así le resultará más fácil exteriorizar su pena, tranquilizarse, elaborar sus posibles sentimientos de culpabilidad (de no haber hecho lo suficiente, de no haberle tratado bien, de olvidarse de él, etc.), trabajar sus posibles sentimientos de rabia y de cólera (contra terceros, médicos, otros familiares, contra Dios, contra el propio difunto o contra sí mismo), explicitar

sentimientos de miedo y abandono (“qué va a ser de mí”) y evitar, desde el comienzo, mecanismos de defensa rígidos y prolongados (negación, identificación con el fallecido o personalización del mismo, por ejemplo).

En el mismo contexto, la persona que cuida debería ayudar al doliente a corregir las diversas ideas negativas erróneas que, sin duda, en uno u otro momento le van a molestar: “no podré vivir sin ella/él”, “nada ni nadie me va a llenar como ella/él”, “nunca más podré...”, y un largo etcétera.

#### *4. Espiritual*

En la medida en que la aflicción lo permita, hay que promover que quien está en duelo dialogue con las personas que le apoyan acerca de su posible desconcierto inicial y de sus estrategias para salir de él (cambios de hábitos, necesidad de apoyos sociales, activación de aficiones y/o de otras posibles ocupaciones, etc.). Gracias a ello, podrá propiciar en su vida futura nuevas actividades, relaciones, diversiones y hasta posibles amores. Una forma inconfundible de seguir viviendo.

Con este telón de fondo, revisando sus creencias, sus valores, sus significaciones, sus apegos, etc., podrá buscar el sentido futuro de su vida y de su muerte, configurando en torno a los mismos su nuevo proyecto personal en el recogimiento de sí mismo.

## **Cuidadores**

Para acompañar a quienes están en duelo suelen ser necesarios los cuidadores: personas que por su cercanía al doliente abandonado o por su preparación específica para ello deciden ejercer esta tarea de ayuda.

Los cuidadores mantienen contactos frecuentes y continuados con el afligido, a veces breves, otros prolongados, preparados para empatizar con él, para mostrarse cercanos al mismo y capaces de aguantar sus posibles reacciones inadecuadas de rabia o de cólera. Asimismo, deben tener cierta autoridad moral sobre el afectado, a fin de poder actuar con él como auxiliares en algunas tareas operativas, como despachar algún papeleo o tomar decisiones concretas improrrogables.

Como podemos deducir de lo ya expresado, los *objetivos* que deben perseguir los cuidadores con la persona ayudada son lógicos, desde lo ya conocido:

- Permitir una “mejoría” pasajera o una “devoción” intensa transitoria y ayudar a que el doliente las elabore.
- Prestar apoyo afectivo y operativo.
- Facilitar la exteriorización de los sentimientos y aliviar su sufrimiento (escuchándole y confortándole).
- Posibilitar su trabajo de duelo (aumentando su conciencia y vivencia de la realidad, ayudándole en la elaboración de sus emociones, tanto expresadas como latentes, mejorando su reajuste a la pérdida, favoreciendo un adiós sereno y un aprender a vivir sin el difunto).
- Detectar riesgos incipientes como puede ser la medicalización o las dinámicas patógenas precoces del tipo de la momificación, la “destrucción” del finado, borrándole del mapa por “no necesitarlo”, etc.
- Atender y tratar problemas superpuestos del atribulado (su posible epilepsia o diabetes, alguna posible discapacidad, etc.).
- Desaconsejar “pervivencias” falsas (por ejemplo, el espiritismo) que traten de negar la irreversibilidad del hecho.

Aunque no existen normas fijas al respecto, en algunos casos conviene prolongar la ayuda durante el primer año, apoyándose siempre en las ayudas colectivas que, sin duda, va a recibir de sus grupos de pertenencia (familia, trabajo, amigos, asociaciones, etc.) en lo referente a sus necesidades emocionales, informativas o instrumentales.

En cualquier caso, es bueno prestar al doliente una ayuda más concreta a nivel interpersonal, siempre y cuando quien la realice reúna las condiciones mínimas: calidez de contacto, capacidad de empatía, facilidad para la intervención, una actitud compasiva y altruista, y un control personal suficiente para evitar riesgos graves de identificaciones enfermizas, de dependencias innecesarias o de invasiones amistosas por encima de los deseos de la persona ayudada. Todo ello implica, además, por supuesto, un buen conocimiento de los procesos de duelo en general, de sus posibles conductas y/o defensas erróneas y de la extraordinaria variabilidad de los mismos tanto en cuanto a su

duración como a las grandes diferencias individuales.

Las *tareas del duelo* a ejecutar por el cuidador van a estar marcadas por las necesidades del doliente:

- Ayudarle a hacer real la pérdida, hablando e incidiendo sobre ella.
- Mostrarle cómo situar al fallecido, hablando de su personalidad, de las posibles ambivalencias que provocaba, así como de los rechazos que también en ocasiones causaba (en el caso de duelos múltiples, es necesario analizar cada caso en particular).
- Enseñarle a identificar sus sentimientos y a expresarlos (enfados, culpabilidades, ansiedad, temores, impotencia, vacío, tristeza y otros).
- Ilustrarle sobre cómo se puede vivir sin el difunto (“enterrándolo”, eliminando objetos intermedios de vinculación y desarrollando habilidades nuevas).

Cada persona involucrada en ayudar a otra en duelo tiene, por supuesto, sus propios *métodos y estrategias* para ello; sin embargo, conviene que, sobre todo al principio, se interese por preguntar al doliente cómo se sintió cuando vivió o conoció la muerte de su ser querido, durante sus ritos funerarios y los días siguientes. Del mismo modo, puede ser útil saber qué ha hecho con las posesiones del fallecido. Igualmente, conviene conocer cuáles son sus hábitos de vida y en qué medida los ha cambiado desde la separación. Asimismo, es útil investigar cómo maneja sus visitas al cementerio o el uso de las cenizas de su deudo. Finalmente, es imprescindible indagar cómo ve la persona afectada su presente y su futuro, sin su fallecido.

A fin de no interrumpir un proceso sano de duelo espontáneo, meramente ayudado por el cuidador, como es lo deseable, conviene recordar las siguientes pautas:

- Hay que evitar dar la impresión de que el duelo es como una enfermedad que “sigue su curso” independientemente de lo que el aquejado haga, dejando claro que cada uno construye su propio proceso de duelo.
- Se debe impedir *pasivizar* al sobreviviente diciéndole cosas como “lo estás haciendo muy bien”; por el contrario, es necesario abrirse a la posibilidad de una comunicación espontánea y sincera con él.
- En ocasiones, resulta prudente permitir una negación pasajera, o una “devoción” intensa transitoria, y ayudar a que el doliente las elabore.

- Es imprescindible prestar apoyo afectivo y operativo.
- No conviene dar consejos y/o normas al sujeto en duelo. Hay que esperar que él encuentre sus caminos, escuchándole mucho.
- No basta con ofrecerle ayudas “si lo necesita”; hay que anticiparse y dárselas sin que lo pida.
- Hay que evitar la coletilla de que “el tiempo lo cura todo”. Tendrá momentos difíciles y los superará.
- Es necesario que quien ayuda sepa estar accesible, solícito y disponible para la persona y su necesidad, sin que tenga que buscar a otros que le ayuden.
- A veces, puede ser positivo *confidenciar* al doliente la experiencia propia del cuidador con sus pérdidas, compartiendo así sus sentimientos y superando el vago “sé cómo te sientes”.
- En determinados momentos, puede ser necesaria alguna forma de contacto y de comunicación corporal, superando un lenguaje estereotipado y vacío.
- En cualquier caso, es necesario respetar el tiempo y el ritmo del apenado, sin forzarlos, haciendo que sienta al cuidador como un ser humano interesado por él y no como un experto que le impone sus conocimientos.

Si tuviéramos que hacer una descripción de un *buen cuidador* en duelos, posiblemente lo podríamos situar en los siguientes parámetros:

- Profundo interés por la persona afectada y por las circunstancias del fallecimiento que le apena (tiempo y forma de la muerte, detalles de los ritos funerarios, particularidades familiares y de la muerte, futuro previsible y una larga secuencia).
- Lenguaje claro, evocador, realista y conciso.
- Capacidad para compartir el dolor, a veces en silencio.
- Utilización de símbolos (fotos, objetos...), sobre todo en los primeros momentos, y facilitación de desahogos y catarsis, sin tratar de acallarlos mediante instrucciones autoritarias o moralistas.
- Tolerancia de conductas disarmónicas (cólera, enfado, disforia) y aptitud para tranquilizar a quien vive el desgarró.
- Habilidad para no evitar el contacto físico si surgiera de forma espontánea.

- Experiencia para ayudar al otro a mantener sus recuerdos y a generar la esperanza sobre la que reconstruir una nueva vida.
- Destreza para tomar la iniciativa cuando hay que hacerlo, sobre todo en los primeros momentos o días del duelo, y para capacitar al doliente a tomar decisiones cuando corresponda.

En casos muy particulares, puede ser necesaria la aplicación de algunas *técnicas de ayuda más sofisticadas y cualificadas*. Algunas se pueden hacer a nivel personal, sin excesiva ayuda de expertos, tales como la redacción de un libro-memoria sobre el fenecido, la revisión de sus papeles y/o correspondencia, la escritura de un diario y/o cartas dirigidas al ausente, o la expresión de las emociones mediante el dibujo o la pintura. Otras exigen la participación de un experto, como pueden ser los ejercicios de *role-playing*, las tareas de reestructuración cognitiva, la evocación imaginativa, los grupos de autoayuda o, en algún caso, una posible medicación.

## **Fin del duelo**

El duelo se considera terminado cuando el sujeto afectado tiene proyectos nuevos, ha accedido a relaciones nuevas y es capaz de hablar del finado y de referirse a él sin afectación emocional.



## Duelos difíciles y complicados

Por lo general, entendemos por difíciles y complicados los duelos provocados por muertes que podríamos considerar como antinaturales, bien sea por la edad del fallecido, por la forma de su óbito o por las circunstancias en que se produce. También podríamos incluir dentro de este grupo otros duelos de evolución problemática en razón de distintas particularidades del doliente.

### Factores de riesgo

#### *1. Anteriores y actuales*

##### *a) Características previas de la persona en duelo*

Su aptitud para elaborar el duelo va a depender de su vulnerabilidad precedente y de su fuerza del yo, muy ligada a su resiliencia. Asimismo, la confianza y seguridad en sí misma influirán de forma considerable en su capacidad para desarrollar el duelo adecuadamente. Sus experiencias de pérdidas anteriores (cambios, divorcios, robos, otros fallecimientos, cirugías mutiladoras, etc.) nos pueden sugerir cómo puede ser su evolución en el momento actual.

En general, la falta de madurez de la persona doliente o su posible juventud, sin tener su vida hecha, son factores que pueden complicar el duelo. Otro tanto puede ocurrir cuando el superviviente es un sujeto inseguro, ansioso, con dificultades para expresar sus sentimientos y con baja tolerancia a la frustración.

La enfermedad o minusvalía física o psíquica del que se queda son, asimismo, factores de riesgo de un duelo difícil.

### *b) Relación con el muerto*

En cuando al parentesco con el finado, la muerte de un hijo es, sin duda, la que crea un mayor sufrimiento, sobre todo si era menor de veinte años y/o vivía dependiendo de los padres. Tan grande es el pesar y tan diversas las evaluaciones del duelo que no resulta raro que, tras la muerte de un hijo, surjan problemas serios de pareja y, como consecuencia, se produzcan bastantes separaciones.

Al dolor por la muerte de un hijo generalmente le sigue, en cuanto a su intensidad, la muerte del esposo/a.

La desaparición de una madre y, en menor medida, de un padre con hijos menores – entre uno y cinco años– o púberes suele ser también motivo de una fuerte aflicción, por detrás en profundidad a los anteriores casos.

Finalmente, en cuarto lugar, la muerte de una madre o padre con hijos mayores convivientes con ella/él es el otro posible supuesto de gran pesar, por encima de otros duelos más fáciles de elaborar.

### *c) Naturaleza o tipo de muerte*

Todas las muertes inesperadas, repentinas, súbitas, accidentales o violentas pueden plantear problemas incrementados de duelo, fundamentalmente las ocurridas de forma criminal o trágica, así como las derivadas de un suicidio.

### *d) Protagonismo del superviviente en la muerte*

Las dificultades para elaborar el duelo se pueden acentuar considerablemente con determinadas circunstancias concurrentes.

La muerte acaecida por culpa del superviviente (por ejemplo, si conducía el coche en el accidente mortal, si no atendió las llamadas de socorro de quien luego se suicidó, etc.) puede ser particularmente penosa y conflictiva.

Otros aconteceres negativos para la superación del duelo son también aquellos que impiden al sobreviviente ver al fallecido antes de morir, despedirse del mismo, contemplar su cadáver o acudir a sus ritos funerarios. En la misma línea, la ausencia del

cadáver, como es el caso de los desaparecidos, complica extraordinariamente la asunción de la ruptura y de la pérdida.

En algunos casos, una enfermedad terminal particularmente penosa, por ser muy dolorosa, muy aterradorizante o muy mal manejada, puede entorpecer sustancialmente la realización del duelo, como lo puede hacer, otras veces, un proceso final con duelo anticipado, prolongado e intermitente, como es el caso de algunas demencias o de enfermedades sistémicas como el sida.

### *e) Relación previa con el difunto*

Una relación basada en un apego inseguro-ansioso, con una dependencia excesiva, quizá con una simbiosis no resuelta con el fallecido, constituye un escollo particularmente difícil de superar, ya que el que permanece descubre que no tiene ni ha tenido vida propia desde hace mucho tiempo, lo cual, por lo ya explicado, va a suponer una grave dificultad a la hora de resolver su duelo.

Por otro lado, una relación previa con el finado de tipo ambivalente y conflictiva, tumultuosa, enrarecida y desviada, en la que quizá hayan podido alternar dinámicas tensas, de separaciones defensivas, con otros períodos de cuidados compulsivos, suele ser un mal antecedente de cara a la resolución del desapego forzoso provocado por la muerte, que deja al doliente sin posibilidad de rectificación posterior.

Solo una vinculación sana con el que nos abandona ayuda, da fuerza y seguridad en el trabajo del duelo.

## *2. Posteriores*

### *a) Ausencia de expresión emocional*

Una excesiva contención afectiva, vinculada a razones psicosociales o anegada por el abuso de medicamentos, de tabaco o de alcohol, es siempre un mal indicador de cara al resultado del duelo.

### *b) Defensas rígidas e inadecuadas*

Una identificación masiva con el muerto (incorporando sus rasgos, sus gestos, sus enfermedades...), una personalización exagerada (exceso de fotos, de recuerdos, de visitas a su tumba...), una negación continuada (hablando de ella/él como si viviera, colocando su plato en la mesa, reservando sus espacios...) o una hipomanía ansiosa (narcotizando el dolor con una hiperactividad, en limpiezas, tareas diversas, visitas...) son señales de mal pronóstico en el duelo.

### *c) Connotaciones sociales concomitantes*

Hay, por otra parte, factores coyunturales de tipo social y familiar que pueden empeorar el pronóstico de un duelo: ausencia de apoyo social, clima familiar conflictivo, alejamiento de los sistemas tradicionales de soporte social, cultural o religioso –como en el caso de los emigrantes–, falta o penuria laboral, hijos menores a cargo, pobreza y bajo nivel socioeconómico. No son los únicos, pero sí los más frecuentes.

## **Fenomenología**

Aun dentro de su extraordinaria variabilidad, prácticamente todos los duelos complicados comparten unos rasgos que merecen ser constatados.

En todos ellos existen síntomas muy intensos y persistentes de congoja por la pérdida, acompañada por una pertinaz disfunción, caracterizada por un exceso de reviviscencia, de un anhelo exagerado del muerto, de hostilidad indeterminada, de irritabilidad, de rumiaciones constantes con el fallecido, de fuerte tendencia al aislamiento, de un exceso de ansiedad y depresión en brotes, de somatizaciones constantes y variadas, de un posible abuso de sustancias y/o de conductas autolíticas, todo ello con una persistencia exagerada e inamovible.

Acompañando a lo que antecede, el estado de ánimo de quien sufre un duelo complicado suele ser de disforia, basada en la pena, el malestar, el dolor y la rabia por la falta de alguien a quien se vive como necesario. La disforia es una emoción desagradable, molesta, con ramalazos de tristeza y de ansiedad, con inquietud y

descontento, con mucho abatimiento y con una baja capacidad para soportar los contratiempos (falta de resiliencia), con cambios repentinos y transitorios de energía y un denominador común de desazón y de malhumor.

## **El duelo inmediato**

La marcha de un duelo difícil y su posible complicación van a estar muy marcadas por el desarrollo y la atención que se preste al duelo inmediato, a ese primer impacto producido por la muerte imprevista e imprevisible, con su entumecimiento, estupor y desesperación, tanto más intenso y abrumador, así como más prolongado, cuanto más inesperado y trágico haya sido el fallecimiento.

A veces, este duelo puede estar contaminado por dos posibles variables que, generalmente, lo suelen empeorar y confundir:

- Que el moribundo haya llegado con vida (por ejemplo, a un servicio de urgencias, tras un accidente) y los familiares y amigos hayan podido acompañarle en su morir antes de iniciar el duelo.

- Que el fallecido sea parte de un grupo afectado por un accidente o catástrofe y que su duelo se acompañe de otras muertes y/o de víctimas supervivientes, algunas de ellas quizá ilesas y otras lesionadas.

En este segundo caso, la posible confusión reinante en el entorno de ayuda, casi siempre sanitario, puede desordenar más la situación y aumentar el desconcierto y el embotamiento de los supervivientes, por lo que convendría alejarlos de una situación tan inextricable.

En el primer supuesto, como veremos luego, las personas próximas al muerto van a necesitar cuidados distintos, según el momento evolutivo en que se encuentre el finado.

### *Fenomenología del duelo inmediato*

En todos los casos de muerte brusca e impensada, las vivencias predominantes son la estupefacción y la incredulidad ante la amenaza sobrecogedora de dos posibles peligros: el dolor psíquico intolerable y la confusión. Cualquier persona ha previsto alguna vez

que la muerte de un ser muy querido (hijo, esposo, etc.) le produciría un malestar tan intenso que no lo podría soportar. Afortunadamente, llegada la circunstancia, el anonadamiento pospone la identificación completa de la realidad y amortigua el impacto inmediato, facilitando su asunción progresiva. Lo que predomina en estos instantes del duelo inmediato es la angustia invalidante, sobrecogedora, que surge del vacío creado por la ausencia y la desaparición del vínculo amoroso existente hasta unos momentos antes. La persona afectada por este tipo de duelo permanece la mayor parte del tiempo aturdida (“sonada”, en lenguaje coloquial), funcionando “como un autómatas”. Existe realmente un *estado crepuscular* de conciencia que explica que con posterioridad el interesado no recuerde con precisión muchas de las cosas que él mismo hizo o dijo, o las que ocurrieron o se dijeron a su alrededor. Se trata de una obnubilación de conciencia fluctuante, provocada por el impacto, que hace que su “juicio de realidad” se vuelva intermitente, dosificándolo así de forma gradual y progresiva para evitar rupturas innecesarias.

En los momentos en que se hace presente la conciencia de realidad, el dolor es tan intenso que la persona puede sentir impulsos de gritar, de dar alaridos, de llorar y de buscar al difunto de forma desesperada, reproduciendo de este modo el mismo comportamiento que los seres humanos tienen cuando surge la “angustia de separación” ante los primeros alejamientos de la madre. No rara vez, en esos instantes se hace presente para el interesado la “censura” que le aconseja no descontrolarse si no quiere sufrir la sanción social. Por eso, cada vez se ven menos conductas “plañideras”, salvo en determinados grupos subculturales, si bien se aprecian formas atenuadas (socializadas) de las mismas: episodios de inquietud, con hondos suspiros angustiosos, tensión contenida en un morderse los labios o retorcerse las manos, voz entrecortada y acongojada, torturarse con una mezcla de rabia y angustia, o consumirse de dolor en un rincón, todo ello acompañado de abundantes fenómenos neurovegetativos.

En algunas personas, esta primera oleada de dolor puede provocar *mecanismos de defensa elementales*, como la conversión o la disociación, que le alejan de la realidad pero dan pie a la aparición de las conductas características de esta fase:

- Los que bloquean la percepción, como pueden ser los desmayos o desfallecimientos, los estados crepusculares (estando como traspuesto), acompañados a veces de bloqueos pseudocatatónicos (quedándose inmóvil, rígido y sin respuestas).

- Los que alteran la motricidad, tales como la parálisis de partes del cuerpo, la inhibición de los movimientos, los automatismos motóricos regresivos (por ejemplo, de balanceo o de pegar puñetazos contra la pared), los actos motóricos repetitivos sin sentido (muy típico, el mantener jadeos interminables).

A menudo, estos mecanismos de defensa más elementales y primarios se acompañan de otras defensas ya mencionadas (sensación de presencia del fallecido, por ejemplo, viendo que se mueve, o mecanismos de reparación, asumiendo obligaciones absurdas con el muerto, como “ya no le reñiré más”, o los artificios de devoción por el mismo, alabándole sin cesar).

### *Riesgos del duelo inmediato*

Los riesgos *inmediatos* de los duelos de esta naturaleza no son excesivamente preocupantes:

1. El peligro de suicidio es pequeño aunque el deudo manifieste que quiere irse con el fallecido o que ya no desea vivir.
2. Las conductas desorganizadas tampoco suelen ser alarmantes y casi siempre son controladas por el grupo de pertenencia del afectado.

Más importante es el riesgo *mediato* de un duelo patológico si no se resuelve bien el duelo inmediato. Las normas a aplicar en estos casos son las ya explicitadas anteriormente, evitando la identificación o la personalización exageradas, la manía ansiosa, la negación mantenida, el abuso de sedantes, etc.

### *Ayudas en el duelo inmediato*

Los primeros contactos con una persona confrontada con una situación de duelo inmediato son extraordinariamente importantes de cara a su elaboración posterior de la pérdida. No basta solo con aliviar su sufrimiento en esos momentos, ni con corregir otros problemas superpuestos (lipotimia, hipoglucemia, crisis de angustia, etc.). Hay que empezar por facilitar su duelo, evitando su medicalización o las dependencias

exageradas, y posteriormente será necesario detectar riesgos incipientes y corregirlos.

En el supuesto de que el superviviente haya podido *participar en el morir del finado*, suele ser necesario preservar su intimidad facilitándole un espacio bien acondicionado, avisar a otros familiares y/o amigos para que le apoyen, mantenerlo informado puntualmente de lo que ocurre, empatizar con él para que manifieste su angustia y podérsela encauzar, prepararle para que vea y se relacione con el moribundo –si los procedimientos médicos lo permiten–, participarle de todos los esfuerzos y cuidados especiales que se están utilizando para intentar salvar a su deudo y preguntarle si desea algún tipo de ayuda religiosa para el moribundo o para él.

Una vez *producido el fallecimiento*, de entrada, es importante atender a los familiares y amigos en duelo dentro de un ambiente y entorno acogedores (ofrecerles una bebida caliente suele ser muy confortante). El médico a cargo del muerto debe prestarles cuanta información necesiten y, además, hará bien en dedicarles unos minutos para interesarse por cómo se sienten y en tolerar posibles explosiones de desahogo, si sucedieran. Igualmente, el médico u otro personal sanitario deben facilitar la contemplación del cadáver, una vez preparado al efecto (limpio, con los ojos cerrados, con únicamente el rostro y las manos al descubierto). Deberán permitirles que le hablen o le toquen, y evitarán que la visita se prolongue en exceso (máximo, unos quince minutos). En el supuesto de que el cuerpo presente alguna alteración visible, el sanitario deberá advertírselo de antemano a sus cercanos.

Durante las primeras horas del duelo, es muy aconsejable que las personas afligidas por la muerte del difunto reciban muestras de amistad y de compañía. Asimismo, es conveniente mantener con ellos una actitud flexible, comprensiva y empática, favoreciendo las situaciones grupales y la expresión de sus sentimientos, y evitando las instrucciones moralistas (“Dios lo ha querido”, “debes seguir viviendo”, “tienes otros hijos en quienes pensar”, etc.). Todo ello sin forzar las cosas y dando a cada cual su modo y su espacio, sin ser apremiantes ni inquisidores. Basta con estar cerca de ellos y, a veces, tal vez, ser capaces de soportar su hostilidad y su disgusto, sin descomponerse. En la medida de lo posible, debe evitarse el uso de medicamentos, pero sí conviene dar instrucciones concretas que les puedan ayudar a salir de su anonadamiento (realizar gestiones funerarias, ir a dormir o a comer, volver a su domicilio, etc.).

Con posterioridad, *una vez superado el duelo inmediato*, realizado, muchas veces, en



emplazamientos hospitalarios, el resto del penar adquiere el curso habitual de todos los duelos ya descritos. Si es normal, seguirá los cauces explicitados en su capítulo; si se complica, su fenomenología será la descrita en este.

## **Duelo en el suicidio**

Una breve pincelada para suscitar uno de los duelos más difíciles, posiblemente el más penoso de todos los que se producen con alguna frecuencia. Los sentimientos de rabia, de vergüenza y de culpa son, en estos casos, de tal intensidad que resulta muy trabajoso superarlos. Desgraciadamente, muchas familias, confusas y ambivalentes por lo ocurrido, perciben que los conocidos y amigos les culpan a ellos de lo ocurrido y mantienen ante estos actitudes de inhibición o muy ambivalentes. Otras veces, no pocas, la familia interpreta el suicidio como un rechazo contra ella (“quizá no tuvo confianza”, “no nos quería”, “lo hizo para fastidiarnos”...). Si no, son ellos mismos quienes se autoinculpan por no haber sido capaces de captar las necesidades del muerto. En cualquier caso, las vivencias que concurren en estas circunstancias, en los más allegados, son tremendas: cólera, culpa, desamparo, fracaso, desesperanza... Una agonía, en su acepción radical de lucha, teñida de desilusión, de rechazo, de vacío, de oscuridad y de muerte. Esta aflicción angustiosa y agobiante puede verse incentivada por personas que, so pretexto de ayudar, buscan satisfacer su curiosidad morbosa.

No es bueno reprimir un trauma tan serio y tan grave como el que contemplamos en estos casos. Podría incluso conducir a tener fantasías de suicidio, fobias al mismo o a padecer tendencias autolíticas en el aniversario de la muerte. Es muy útil hablar de la realidad de lo ocurrido con claridad y con honestidad entre los familiares, entre el personal sanitario que lo atendió y también, por muy duro que esto pueda resultar, entre quienes atendieron psicológica o psiquiátricamente al finado y a sus cercanos.

Finalmente, una breve nota acerca de los *hijos de padres suicidas*. Dependiendo de su edad, es posible que inicialmente puedan inculparse de haber provocado su muerte y que esto les lleve a una depresión, con una preocupación obsesivoide por el hecho. En cualquier caso, en ninguna circunstancia es conveniente que el niño, forzado por la censura social, reprima sus emociones y no permita afluir su aflicción: muy

probablemente, su pesar actual se transformará, en el futuro, en un trauma soterrado que le puede provocar más de un problema psicológico.

En todo caso, la ayuda a un doliente por el suicidio de un familiar cercano resulta casi imprescindible y debe ser muy tenida en cuenta.

# 14

## Duelos patológicos

Se entiende como tales aquellos que son, por lo general, más intensos y duraderos que los duelos habituales y que, además, acumulan síntomas diversos de diferentes patologías, orígenes y espacios, tales como fuertes sentimientos de culpabilidad, irritabilidad e ira descontrolada, aislamiento social, consumo de sustancias, crisis de desesperación y de indefensión aprendida, depresión prolongada, ansiedad con somatizaciones marcadas y/o con inquietud intensa, ideas de suicidio recurrentes y/o firmes, y dificultades en el funcionamiento de la vida diaria.

### Causas

Son muchos los motivos que pueden llevar a padecer un duelo patológico. Bastantes de ellos han sido mencionados ya como factores contribuyentes a los duelos difíciles y complicados, que muchas veces preceden a los duelos patológicos, pero vamos a condensar los más importantes de ellos en los siguientes epígrafes:

#### *Según el tipo de muertes*

Como ya hemos visto en el capítulo anterior, las muertes traumáticas, repentinas, inesperadas, con acontecimientos vitales concurrentes, y las múltiples, pueden llevar a duelos patológicos con mayor frecuencia que una muerte serena en el domicilio. Algo parecido ocurre con una muerte muy penosa, dolorosa, aterrorizante o mal manejada. Particularmente temibles, en este sentido, son las muertes por suicidio y las pérdidas múltiples o los fallecimientos tras una enfermedad lenta, prolongada y muy deteriorante. Finalmente, la muerte provocada, de alguna manera, por el superviviente es también de alto riesgo de duelo patológico.

### *Según la edad del fallecido*

Las muertes de niños y adolescentes, como ya hemos visto en su momento, pueden provocar, tras un duelo complicado y difícil, un episodio de duelo patológico, fundamentalmente para los padres y, también, para personas muy cercanas, a cuyo cargo pudieran haber estado de alguna manera.

### *Según la edad del superviviente*

Los niños, adolescentes y jóvenes sin la vida hecha pueden tener más dificultades para elaborar un duelo sano que las personas mayores, más maduras y socialmente más asentadas.

### *Según las circunstancias de la muerte*

Cuando el superviviente está lejos del lugar del fallecimiento, no ha podido conocer el diagnóstico y/o el pronóstico de la situación médica en su momento, y no ha podido ver el cadáver, el riesgo del duelo patológico aumenta.

### *Según las características de la relación*

El doliente que ha tenido con el fallecido unas relaciones conflictivas o excesivamente interdependientes va a sufrir un riesgo más elevado de incurrir en un duelo complicado y, eventualmente, en un duelo patológico.

### *Según las características del superviviente*

Una personalidad previa inestable e inadecuada en quien vive un duelo supone una mayor posibilidad de desarrollar una elaboración del mismo conflictiva y enfermiza, fijándose en situaciones repetitivas y sin salida. Los indicadores del mal pronóstico en este sentido son muchos y muy variados: yo débil, inseguridad, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, alexitimia, minusvalía, etc.

## *Según las circunstancias sociales*

Algo parecido ocurre con las circunstancias sociales que concurren durante el trabajo del duelo. La falta de recursos económicos, la ausencia de apoyo social, una relación familiar desordenada, un trabajo desagradable, la obligación de unos hijos pequeños, un acúmulo de pérdidas en poco tiempo y otros muchos factores de este tipo obstaculizan, sin duda, una correcta y sana transformación del proceso de duelo.

## **Síntomas**

### *Precoces*

Las pistas de un posible duelo patológico, observables en el inicio del mismo, son diversas:

- Falta de respuestas o escasas, nulas o tardías manifestaciones emocionales, por embotamiento afectivo prolongado, en las dos primeras semanas del fallecimiento.
- Cólera, rabia, resentimiento y/o tristeza y culpa exageradas e intensas tras las primeras semanas y que duran más del primer mes.
- Pesadillas frecuentes relacionadas con la muerte que no remiten a partir de las dos primeras semanas.
- Imposibilidad, en el doliente, de desprenderse de las pertenencias del finado (casa museo) o una prescindencia precipitada y ansiosa de las mismas (evitación fóbica).
- Ausencia total de referencia a la pérdida, evitando cualquier circunstancia que la pudiera recordar.
- Discusiones familiares repetidas y sin motivo.
- Cambio radical del comportamiento del doliente tras la pérdida.
- Reproducción e imitación compulsiva, por parte de la persona en duelo, de los síntomas de la enfermedad, de los gestos o de las costumbres del muerto.
- Conductas autodestructivas o de escape: absentismo del trabajo, aislamiento social, beber, abuso del tabaco o de los medicamentos, falta de autocuidados, tentativas de

suicidio, etc.

- Devaluación de las personas cercanas, tildándolas de inútiles, incompetentes o perjudiciales.

### *De estado*

Una vez establecido el duelo patológico, algunos de los síntomas patognomónicos del mismo son:

- El doliente es incapaz de hablar del fallecido sin experimentar un intenso dolor.
- Los síntomas propios del duelo se prolongan en exceso. La recuperación no se inicia tras el primer año y a los dos o tres años no se observa una evolución satisfactoria.
- Los aniversarios desencadenan una reacción de duelo exagerada y desproporcionada. Asimismo, esta ocurre, a veces, como respuesta a circunstancias nimias.
- Se observa una retención y acaparamiento de objetos y posesiones del difunto. En ocasiones, con acciones de momificación.
- Persiste una rumiación continuada sobre la pérdida, con una fijación de la atención en la misma.
- Aparece un miedo desmesurado a la enfermedad y a la muerte, base de una conducta hipocondríaca. En ocasiones, el doliente somatiza síntomas parecidos a los que tenía el muerto (contagio afectivo). A menudo, surgen temores fóbicos a la enfermedad y a la muerte.
- Abundan los signos y síntomas de disforia, de depresión y/o de euforia, poco consistentes e ilógicos.
- Acaece una destructividad impropia de objetos y de situaciones, intercalada con una retroalimentación enfermiza del dolor, a base de visitas al cementerio, contemplación de fotos, manipulación de las cenizas o similares.
- Se perciben conductas raras, radicales y chocantes, en desacuerdo con el comportamiento previo del doliente.

## **Tipos**

Existen distintos tipos de duelos patológicos, algunos de ellos entremezclados entre sí concomitantemente y otros de forma sucesiva. Muchas veces son, quizás, manifestaciones o variantes evolutivas del mismo duelo patológico. Sus nominaciones pueden servirnos para sintetizar sus rasgos prevalentes, y por eso tiene sentido diferenciarlos, sin perder de vista que no todos son entidades nosológicas propias. Con esta licencia terminológica, podemos hablar de:

### *Duelo exagerado*

En intensidad y en sus manifestaciones (desmayos, caídas, gritos, etc.). Suele darse en personalidades primarias o con rasgos histriónicos, o en condiciones de dolor insoportable.

### *Duelo prolongado y crónico*

La aflicción se prolonga y el duelo se demora, casi siempre por una respuesta emocional intensa, con un exceso de ansiedad, de agitación y de desesperanza, más que de tristeza, acompañada de demasiada agresividad, bien sea introyectada, como autorreproches, o bien proyectada, en forma de ira hacia terceros.

### *Duelo ausente*

Denominado otras veces *inhibido*, *suprimido*, *negado* o *reprimido*. En este caso, la persona mantiene una vida normal desde el inicio del duelo y se reincorpora de inmediato a sus actividades cotidianas y laborales, “como si nada hubiese ocurrido”, negando los aspectos emocionales de la pérdida, con el riesgo consiguiente de una pena explosiva extemporánea o de un duelo pospuesto.

### *Duelo diferido*

Tras una primera fase de ausencia de duelo, este se inicia al cabo de un tiempo. De ahí su designación, también, de duelo *retrasado* o *pospuesto*. Suele ser un subproducto

del duelo ausente y su máxima complicación es que surge cuando el apoyo social y la situación coyuntural no son los más idóneos para elaborar el duelo con éxito.

### *Duelo oscilante*

Evoluciona intermitentemente, con fases de normalización y otras de reactivación. Suele deberse a elementos inconscientes y/o preconscientes.

### *Duelo neurótico*

A veces citado como duelo *fijado*, *deformado* o *conflictivo*. Suele ser la consecuencia de unos factores personales previos del doliente o de sus relaciones ambivalentes y/o conflictivas con el difunto. Se caracteriza por presentar una patología psíquica y tender a la irreversibilidad. Su gama de presentación es, por tanto, muy variada: conductas inadaptadas, duelos depresivos (agotamiento), duelos eufóricos, angustias patológicas (fobias, crisis de pánico), hipocondriasis, trastorno por estrés postraumático, abuso de sustancias, etc.

### *Duelo enmascarado*

Lo predominante es la aparición de síntomas somáticos (ansiosos y/o depresivos) y de comportamientos enfermizos, que el interesado no relaciona con la pérdida, aunque sí sean la expresión de una incorrecta elaboración de la misma.

### *Duelo acumulado*

Ocurre cuando un duelo anterior ausente o negado se actualiza y resurge, con un importante componente catártico, al producirse en la persona un nuevo duelo. Se elaboran ambos duelos juntos, complicándose su elaboración y siguiendo una evolución difícil e insana.



# Ayudas

En los casos de duelos patológicos con un claro componente neurótico o psiquiátrico, los mismos deberían ser remitidos al psiquiatra. En los supuestos más leves y menos complejos, con duelos exagerados pero no excesivamente complicados, puede servir una ayuda menos profesionalizada, basada en intervenciones con dos objetivos:

1. Facilitar la *abreacción* y expresión de los sentimientos conflictivos que el doliente puede tener hacia el difunto, hacia los médicos que le trataron, consigo mismo o con otros familiares o personas intervinientes.
2. Tranquilizarle y asegurarle que no va a perder el control ni se va a volver loco, ayudándole a ordenarse y a crear ocupaciones que le distraigan y le conforten.

Solo en ocasiones muy medidas se debe utilizar alguna pequeña dosis de ansiolítico y/o antidepresivo, de forma limitada y con algún objetivo concreto.

# Epílogo

La lectura de este volumen habrá suscitado resonancias diferentes en cada uno de los que os habéis acercado a sus páginas.

Harás bien en compartir las tuyas con tus seres más íntimos, sin dejar, por ello, de buscar en tus adentros el poso de sus ecos.

Espero que en el diálogo entre el libro y tú hayan brotado conceptos y vivencias que mejoren, ahora que abandonas el ejemplar, tu auténtica calidad de vida.

Gracias por leerlo.

# Bibliografía

Abel, Francisco, “El morir cristiano”, *Iglesia Viva* 108, Valencia 1983.

Ariés, Philippe, *El hombre ante la muerte*, Taurus, Madrid 1999.

Bayes, Ramón, *Psicología del sufrimiento y de la muerte*, Martínez Roca, Barcelona 2002.

Bowker, John, *Los significados de la muerte*, Cambridge University Press, edición española, Cambridge 1996.

Castilla del Pino, Carlos, “El duelo ante la muerte propia”, *Iglesia Viva* 169, Valencia 1994.

—, *Celos, locura, muerte*, Temas de Hoy, Madrid 1995.

Castillo Valery, Alfredo, *Ética médica ante el enfermo grave*, Jims, Barcelona 1986.

Keleman, Stanley, *Vivir la propia muerte*, Desclée de Brouwer, Bilbao 1998.

Laín Entralgo, Pedro, “La muerte del enfermo”, en *Antropología médica*, Salvat, Barcelona 1984.

—, “La descomposición de lo que soy”, en *Cuerpo y alma*, Espasa Calpe, Madrid 1995.

—, “La apertura del hombre a lo trascendente”, en *Alma, cuerpo, persona*, Círculo de Lectores, Barcelona 1995.

Lonetto, Richard, y Templar, Donald I., *La ansiedad ante la muerte*, Temis, Barcelona 1988.

Madoz Jáuregui, Vicente, *10 palabras clave sobre los miedos del hombre moderno*, Verbo Divino, Estella 1977.

—, “Relación de ayuda en la terminalidad”, en Wilson Astudillo *et al.*, *Necesidades psicosociales en la terminalidad*, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, San Sebastián 2001.

—, “Morir dignamente en casa: ¿es posible?”, en Wilson Astudillo *et al.*, *Necesidades psicosociales en la terminalidad*, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, San Sebastián 2001.

- Martínez, Ramón, “La capacidad sanante del duelo”, en *Sal Terrae* 998, Santander 1997.
- Masiá Clavel, Juan, “El proceso biocultural del morir”, en *Bioética y antropología*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid 2004.
- , “Perecer y morir”, en *Tertulias de bioética*, Sal Terrae, Santander 2005.
- Miles, Steven, “Muerte personal y muerte médica”, en *De la vida a la muerte*, Cambridge University Press, Madrid 1999.
- Neimeyer, Robert A., *Aprender de la pérdida*, Paidós, Barcelona 2007.
- Nuland, Sherwin B., *Cómo morimos*, Alianza, Madrid 1993.
- Ruiz de la Peña, Juan Luis, “La muerte, fracaso y plenitud”, *Sal Terrae* 998, Santander 1997.
- Urraca, Salvador (ed.), *Eutanasia hoy: un debate abierto*, Noesis, Madrid 1996.
- Bibliografía de obras poéticas citadas
- Bécquer, Gustavo Adolfo, *Rimas*, Debolsillo, Barcelona 2002.
- Belli, Gioconda, *Apogeo*, Visor, Madrid 2004.
- , *El ojo de mujer*, Visor, Madrid 2000.
- Galeano, Eduardo, *Libro de los abrazos*, Siglo XXI, Madrid 2000.
- Gibran, Khalil, *El profeta*, Pomaire, Madrid 1976.
- Hierro, José, *Antología poética 1936-1998*, Espasa Calpe, Madrid 1999.
- Loynaz, Dulce María, *Poemas escogidos*, Visor, Madrid 1995.
- Mik, Gandhi, *A Thought for the day*, Publicaciones del Ministerio de Información de la India, Nueva Delhi <sup>5</sup>2000.
- Rilke, Rainer María, *Nueva antología poética*, Espasa Calpe, Madrid 1999.
- Tagore, Rabindranath, “Pájaros perdidos”, en *Obra escogida*, Aguilar, Madrid 1975.
- , “La cosecha”, en *Obra escogida*, Aguilar, Madrid 1975.
- Thomas, Dyland, *Poemas 1934-1952*, Visor, Madrid 1998.
- Trapiello, Andrés, *Rama desnuda*, Tusquets, Barcelona 2001.
- Urrutia, Ángel, *Antología poética*, Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra, Pamplona 1990.
- Valverde, José M.<sup>a</sup>, *Obras completas*, Trotta, Madrid 1998.

Editorial Verbo Divino  
Avenida de Pamplona, 41  
31200 Estella (Navarra), España  
Teléfono: 948 55 65 11  
Fax: 948 55 45 06  
[www.verbodivino.es](http://www.verbodivino.es)  
[evd@verbodivino.es](mailto:evd@verbodivino.es)

Diseño de cubierta: Francesc Sala

© 2015, Vicente Madoz Jáuregui  
© 2015, Editorial Verbo Divino

Edición digital: José M.<sup>a</sup> Díaz de Mendivil Pérez

ISBN: 978-84-9073-141-3  
(ISBN de la versión impresa: 978-84-9073-121-5)

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra ([www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com); 91 702 19 70 / 93 272 04 47).

# Índice

Prólogo	5
Parte I. LA MUERTE PROPIA	6
1. La búsqueda	7
2. Parte de la vida	15
3. Miedos y angustia	23
4. El contraste: muertes provocadas	29
Parte II. RESPUESTA SOCIAL	36
5. Ocultación y secuestro	37
Parte III. PROPUESTA ACERCA DE LA MUERTE	50
6. Preparación	51
7. Morir en casa	60
8. Decir y compartir la verdad	68
9. Cuidar al moribundo	81
Parte IV. LA MUERTE DEL OTRO(EL DUELO)	88
10. Sentido del duelo	89
11. Duelo normal	94
12. Ayudas en el duelo	105
13. Duelos difíciles y complicados	113
14. Duelos patológicos	123
Epílogo	130
Bibliografía	131
Créditos	133