

Crecimiento personal
COLECCIÓN



Serendipit

losu Cabodevilla

**VIVIR Y MORIR
CONSCIENTEMENTE**

Desclée De Brouwer 

VIVIR Y MORIR CONSCIENTEMENTE

4ª Edición



Iosu Cabodebilla

35

**VIVIR Y MORIR
CONSCIENTEMENTE**

Prólogo de Celedonio Castanedo

4ª Edición

Crecimiento personal
COLECCIÓN
Serendipit

Desclée De Brouwer 

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sgts. del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

1ª edición: febrero 1999

2ª edición: octubre 1999

3ª edición: febrero 2002

4ª edición: octubre 2004

© Iosu Cabodevilla, 1999

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 1999

Henao, 6 - 48009 Bilbao

www.edesclee.com

info@edesclee.com

ISBN: 978-84-330-3556-1

Adquiera todos nuestros ebooks en

www.ebooks.edesclee.com

*A mis padres, Corpus y María Dolores, que me dieron la vida.
A mis hijas Ioar y Olaia y a mi hijo Asier a quién yo se la di.
A mi compañera Blanca, madre de mis hijos, con quien la comparto.*

Agradecimientos.

Quiero agradecer al Profesor Carlos Alemany por su confianza, apoyo y amistad.

Agradecer la gran sensibilidad y generosidad mostradas por los Hermanos de San Juan de Dios que han sabido estar al tanto de las necesidades del hombre que sufre y de una manera especial del hombre más necesitado como es la de los enfermos en situación terminal, agradecerles también por la oportunidad que me están dando para realizarme como persona y como psicólogo junto a los enfermos.

Y por último dar las gracias a los cientos y cientos de personas que he visto morir porque son mis mejores maestros y, para mí está siendo un privilegio el poderles acompañar en su muerte.

PRÓLOGO

por Celedonio Castanedo

*“No será tu maestro aquel que te dé explicaciones sino aquel que deje en tu corazón
huellas de sus enseñanza”*

Místicos sadíles

Conocí al autor de esta obra en unas circunstancias muy especiales cuando me encontraba ofreciendo un Taller de formación de terapeutas en Gestalt; uno de los participantes era Iosu Cabodevilla. Recuerdo que en un momento determinado de ese fin de semana, solicité la participación de un voluntario para realizar una sesión de demostración ante el grupo; inmediatamente Iosu se brindó a realizar el “trabajo”. La intensidad con que se entregó a la experiencia presagiaba su “madera” de terapeuta con “raíces” espirituales. Trabajamos un asunto inconcluso relacionado con la muerte de una amigo. Después le vi en otros Talleres de formación. Un día, terminada ya su formación, me enteré de que trabajaba con enfermos terminales que necesitaban cuidados paliativos (creo y siento que ésta fue una decisión profesional muy acertada, dadas sus características profesionales y personales). Más recientemente nos vimos ofreciendo Talleres en la Asociación Española contra el cáncer (AECC). Y ahora me solicita escribir este prólogo a su obra; tarea que me complace por venir de un amigo y colega al que tengo un alto aprecio.

Leer esta obra de Iosu Cabodevilla me ha traído a la mente(y a la emoción) algunas situaciones relacionadas con la experiencia de la muerte de personas que en el transcurso de mi vida han significado mucho para mí y otras a las que he admirado y de las que nunca he comprendido su razón para dejar de existir. Entre las primeras personas se encuentra mi maestra de la Terapia Gestalt, Laura Posner Perls, a la que en la

Introducción de su libro, *Viviendo en los límites* (Promolibro 1993), escribí, retomando las palabras que un sacerdote dijo en el funeral de Carl Rogers: “Señor, si nos escuchas como Laura lo hacía, nos sentiremos recompensados” (p. 11). Así mismo, Munguía sostiene, en un artículo escrito sobre *La Muerte como parte del proceso de Desarrollo Humano*, que “Laura es la mujer que nos regala, con el testimonio de su vida y muerte, al secreto de cómo cerrar la gran Gestalt”.

Por otra parte, siempre me han intrigado las diferencias existentes entre Viktor Frankl y Bruno Bettelheim para que fueran tan diferentes sus muertes, habiendo sido ambos supervivientes de campos de concentración nazis. Viktor Frankl, fundador de la logoterapia –3ª escuela vienesa de psicoterapia, la 1ª es la freudiana y la 2ª la psicología individual adleriana– deja de ser “un hombre doliente” (utilizando el título de una de sus obras) a la edad de 93 años (el 2 de septiembre de 1997). En uno de sus libros (*El hombre en busca de sentido*, Herder, 1988), escribe:

“¿Qué es, en realidad, el hombre? El ser que siempre decide lo que es. El ser que ha inventado las cámaras de gas, pero al mismo tiempo el ser que ha entrado en ellas con paso firme musitando una oración” (p. 87).

Bruno Bettelheim (1903-1990), también psicoanalista austríaco, autor entre otras muchas del *El amor no es suficiente* (The Free Press, 1950), el hombre que atribuía la causa de la enfermedad mental a los padres y al fracaso de la educación, se quitó la vida el 13 de marzo de 1990. El suicidio de Bettelheim no ha sido el único que se conoce en la historia de los famosos de la psicología; unos años antes que Bettelheim, Lawrence Kohlberg (1927-1987), conocido por adoptar el método piagetiano al estudio del juicio moral, apareció ahogado en un pantano de Boston. Kohlberg padecía una rara enfermedad que había contraído en un viaje a Centroamérica en 1973. Esta enfermedad arruinó su salud, padeciendo a partir de entonces momentos de gran confusión y mareos, sufriendo grandes dolores y depresiones.

El conocimiento es únicamente un acercamiento a la emoción, como decía Khalil Gibran, en *Arena y Espuma*: “Cuando llegues al final de lo que debes saber, estarás al principio de lo que debes sentir” (p. 29). Tal vez necesitaríamos tener cierta sabiduría japonesa para morir como relata Vallés (Sal Terre, 1996) en *Mis amigos los sentidos*, retomando una cita de Dürckheim (1992) en *El Zen y nosotros* (p. 61):

“En uno de mis viajes a Japón me encontré con un misionero cristiano que, desde hacía dieciocho años, trabajaba en un pequeño pueblo del interior del país. Me habló de las múltiples dificultades de su trabajo y de cómo obtenía muy escasas conversiones auténticas. ‘Y aun así’, decía, ‘a la hora de la muerte, estos hombres no mueren cristianamente, sino a la japonesa’. Al preguntarle yo qué quería decir con eso, me respondió: ‘Con estos hombres ocurre como si, al venir al mundo, apoyaran un solo pie en la orilla de esta vida y como si, a lo largo de ésta, no pudieran evitar la

sensación de tener el otro pie en la orilla contraria, su hogar. Por eso morir no significa para ellos más que retirar el pie que habían posado en la orilla de la vida y pisar con los dos pies en la orilla contraria. Y lo hacen de la manera más natural, con toda serenidad y sin ninguna angustia” (p. 163).

Los esquimales, cuando sienten que van a morir, lo comunican a la tribu, se retiran a un lugar aislado, se sientan, inclinan la cabeza sobre las rodillas y dejan de vivir.

Personalmente, uno de los relatos de despedidas que más me ha impactado fue el de Carl Rogers sobre la muerte de su esposa, en 1979, después de 53 años de unión. Entrevista que transcribo en mi libro *Grupos de Encuentro. De la silla vacía al círculo gestáltico* (Herder, 1998, 2ª ed.) y que se le hizo a Rogers en el transcurso de la *Conferencia sobre la Evolución de la Psicoterapia* (Phoenix, Arizona, 11-15 diciembre, 1985). Rogers relató la agonía de su esposa como un proceso universal por el que se llega gradualmente a aceptar la muerte^[1]. Lo que más impresiona de Rogers es el coraje que tuvo, en esos momentos de la agonía de su compañera, para “darle permiso para irse”, para morir.

Cabodevilla adorna su obra con algunas dosis de humor –necesaria cuando se escribe sobre la muerte–, por ejemplo cuando menciona a los niños que quieren alargar la hora de irse a la cama y para ello son capaces incluso de pedir a sus madres un bocadillo de lentejas. Como dijo Pierre Daninos: “No hay que tomarse la vida en serio, no saldremos vivos de ella”. Así mismo, esta obra contiene toques de poesía –*Viajar ligero de equipaje* de Antonio Machado–, y de la filosofía existencial de Goethe, Kierkegaard y de Khalil Gibran. Además el autor menciona partes de las obras de algunos grandes terapeutas: Carl Rogers, Viktor Frankl, Fritz Perls, Eugene Gendlin, etc. Algunos proverbios, como el siguiente nos confrontan con la realidad: “Cuando te encuentres en un apuro, piensa que siempre habrá una mano que puede ayudarte, pero no olvides que esa mano está al final de tu brazo”.

Especialmente didácticas son las nueve experiencias de muerte, descritas en el Cap. 8, de algunos de los pacientes terminales tratados por Cabodevilla. En estos encuentros entre el paciente y el terapeuta es cuando se aprecia en toda su intensidad la relación humanística que les une, la potencia de la empatía, de la toma de conciencia y de tanto otros conceptos que forman la terminología de los enfoques existenciales-humanísticos.

Algunas frases de esta obra son tan profundas que debería tenerlas en cuenta todo psicoterapeuta o profesional que trabaje con enfermos terminales. Por ejemplo, a la hora de atender a un moribundo:

“Intente no dar consejos, no buscar soluciones. Escuche. Acepte. Esto es lo difícil. Si realmente escucha, oirá el dolor, incluso lo sentirá. El buen soporte emocional consistirá en hablar de la muerte con el propio enfermo, si esto es lo que desea”.

Una riqueza añadida a *Vivir y morir conscientemente* es que la mayoría de los

capítulos contienen ejercicios de auto-terapia que pueden ser muy útiles para el lector interesado en vivenciarlos.

Finalizo con esta reflexión: posiblemente sea cierto, como dijo Olga Orozco cuando recibió el Premio de Literatura Latinoamericana “Juan Rulfo”, en la *XII Feria Internacional del Libro de Guadalajara* (Jalisco, México), que lo contrario de la vida no es la muerte. Cabodevilla también mantiene que es falsa la polaridad vida-muerte, para él las dos son interdependientes, dos polos de una misma realidad: “La vida no tendría forma... si no fuera por la presencia de la muerte, y viceversa, la muerte no tendría forma... si no fuera por la vida”.

Celedonio Castanedo Secadas
Universidad Complutense
Enero 1999

INTRODUCCIÓN

Hace doce años, en el verano de 1986 contraí una grave intoxicación alimentaria^[2], que me llevó a una situación de shock séptico que requirió algo más de dos meses de ingreso hospitalario, y de tres intervenciones quirúrgicas antes de ser dado de alta.

Aquella experiencia^[3], ha marcado para siempre mi vida. Aquel periodo de sufrimiento, aparentemente negativo me ha permitido llegar a conclusiones positivas.

Doce años más tarde no quiero olvidar lo que aprendí en lo referente a valorar las pequeñas cosas que nos ofrece la vida casi a diario y que pasan desapercibidas, ni tampoco esa especie de confianza básica en lo que la vida me ofrece y a la que me abro cada vez más.

Una fe en confiar en la Vida, en confiar en que todo cuanto sucede es parte de una armonía ordenada de cuanto existe, aunque a veces, muchas veces, no logre entenderla. Tiendo a pensar que hasta la tempestad más alocada tiene su propio equilibrio interior.

Hoy si volviera a nacer, elegiría nuevamente pasar por aquella experiencia. Hasta entonces no es que no supiera que la gente se moría, o que yo mismo me moriría algún día, sino que no me daba cuenta de que convivía continuamente con la muerte, de que las personas a mi alrededor se estaban muriendo, mis células se morían, mis ideas caducas, mis conductas estereotipadas, mis viejas maneras de ser también se estaban muriendo.

Me he dado cuenta de que la muerte no es simplemente el último momento de la vida. Estamos muriendo desde el nacimiento, el final está presente desde el principio.

A medida que empecé a aceptar el morir y la muerte como parte de mi experiencia vital, algo se fue transformando lentamente en mi interior. Me permití que aquello que no acababa de configurar se fuera posando en secreto dentro de mí, y fue naciendo poco a poco el deseo de hacer algo hacia los enfermos. También de manera sosegada fue

emergiendo cada vez más claramente, como si de una llamada se tratara, que con quien quería trabajar era con aquellas personas que se están enfrentando a una muerte cercana.

A principios del año 1991 tuve conocimiento de que el Hospital San Juan de Dios de Pamplona, lugar de mi nacimiento y residencia, estaba organizando una Unidad de Cuidados Paliativos para la atención de enfermos terminales.

En el otoño, de ese mismo año, entregué una "memoria-proyecto" al Doctor José Manuel Cebeiro, director médico del Hospital, en presencia del Doctor Javier Echeverría, médico internista.

En enero del año siguiente, 1992, me comunican que es aceptada mi incorporación, y así aparece reflejado en una "Circular de Dirección Médica" enviada a Gerencia y Junta de Gobierno del Hospital con fecha 21 de enero de 1992, y de la que recojo las siguientes palabras:

"Después de llevar un tiempo funcionando la Unidad de Cuidados Paliativos (...) se ve necesario la presencia de un Psicólogo en el Equipo Asistencial para atender las necesidades de los pacientes, familiares y personal asistencial.

(...) Después de estudiada la "Memoria-Proyecto. Unidad de Cuidados Paliativos" presentada por el Psicólogo Iosu Cabodevilla Eraso, los Doctores Echeverría, Viguria y Cordeiro, mantuvimos una entrevista con él, en la que nos expuso:

1. Su plan de trabajo tanto a nivel enfermo, como familiar y personal sanitario es totalmente satisfactorio para las necesidades de este Centro.

2. Disposición por su parte de modificar su actual horario de trabajo en otro Centro para adecuarlo a las necesidades de la Unidad de Cuidados paliativos de este Hospital.

3. Demuestra gran interés en la elaboración de protocolos y trabajos en dicha Unidad (...).

Esta Dirección Médica propone la integración del Dr. D. Iosu Cabodevilla Eraso en la Unidad de Cuidados Paliativos de este Centro a la mayor brevedad posible, dado que las necesidades actuales son reales y no están plenamente cubiertas".

El 19 de febrero de 1992, comencé a trabajar en la Unidad de Cuidados Paliativos, y se fue completando esa necesidad que había surgido en mi interior de estar al lado, de acompañar a aquellas personas que se enfrentan a un final cercano, y que yo tuve el privilegio de haberlo eludido cinco años antes.

La primera persona que atendí, fue una mujer joven de 25 años, diagnosticada de cáncer de tiroides. Mientras escribo estas líneas me doy cuenta de que murió a la misma edad en la que yo tuve la intoxicación alimentaria, de ella hablaré más adelante en un apartado de este libro.

Aceptar la muerte, está siendo para mí, un proceso de aceptar la vida como lo que es y no como me gustaría que debiera ser.

Este libro surge de un sentido de la totalidad que he ido adquiriendo al trabajar con enfermos terminales y sus seres queridos; y con las muertes (adioses) y aperturas (holas) que se suceden continuamente dentro de mí. No quiero quedar excluido de ningún área de mi experiencia interior. Y si el precio de la percepción es la tensión, ¡que así sea!

Contiene información práctica para mitigar muchos de nuestros temores, incluyendo sugerencias de lo que se puede hacer en cuanto al apoyo cognitivo, emocional y espiritual en el acompañamiento a una persona en el final de la vida. Aunque no es tratado en este libro, soy consciente de la importancia que tienen los cuidados físicos para facilitar a la persona el mayor confort posible. Cuidar a alguien significa procurarles comodidad tanto a su cuerpo, como a sus sentimientos.

Creo en una línea de la psicología que enfatiza las peculiaridades individuales de cada persona, de su autonomía y responsabilidad personal, frente a una corriente que considera al hombre como un mero producto de meras reacciones fisicoquímicas, y en la que todos los rasgos de su conducta pueden explicarse en términos de condicionamientos, en el que el hombre concreto, con su singular interioridad, compuesta de anhelos, ilusiones, proyectos existenciales, angustias y temores, se ven minimizados.

Me interesa recuperar los valores singulares de la persona frente al degradante proceso de despersonalización. Las verdades objetivas y universales no me interesan demasiado. Cada persona debe buscar su verdad subjetiva, parcial y particular, fruto de sus vivencias existenciales. Cada uno debe responsabilizarse de su propia existencia.

En uno de los capítulos abarco el periodo de Duelo, que aparece en los sobrevivientes, cuando un ser querido ya nos ha abandonado. Abordo el estado de ánimo de los seres queridos (sobre todo la familia), el dolor psicológico que conlleva toda pérdida, el manejo de los sentimientos, etc.

Así mismo, a lo largo del libro, señalo una serie de ejercicios de sensibilización que pretenden favorecer la reflexión y facilitar nuestro propio proceso de crecimiento y desarrollo personal. Respeta tu propio ritmo y necesidades. Si eres reacio a realizar algún tipo de ejercicio, siéntete libre de no hacerlo. Puede que desees repetir alguno. Utiliza todo lo que sepas de ti mismo, de ti misma para crear las condiciones adecuadas para vuestro estilo de aprendizaje y experiencia.

Una de las singularidades de nuestro tiempo es la tendencia a medir y predecir todo, quizás más allá de lo que es posible ante un futuro, necesariamente incierto. Tal vez, este hecho, refleje, en parte, una inseguridad propia del hombre de hoy que desea huir de sí mismo y amarrar hasta el último detalle para no ser presa fácil de dicha inseguridad, ingrediente importante de la vida, por su carácter dramático y extraordinario.

Soy consciente, de que soy observador privilegiado de una situación dramática, intrínseca a la condición humana.

Durante estos años acompañando a cientos de enfermos terminales, muchas veces me

he preguntado si en realidad sé lo que piensa en las largas noches de un hospital un paciente en fase terminal que contempla cómo su existencia se acaba, y hoy no acabo de tener una respuesta satisfactoria.

Ante una persona que se enfrenta al final de su vida siento una extraña sensación de respeto, admiración, pudor... y reflexiono que un día ese momento también me llegará a mí.

Pienso que la intensidad de ese tiempo final pertenece a una dimensión de misterio. Un tiempo en que la persona rebobina lo vivido, y se enfrenta con el propio destino, con la certeza o la duda de encontrarse con Dios, o tal vez el miedo a disolverse en la Nada. Tiendo a reflexionar sobre cada palabra, gesto o expresión que comunican estos enfermos, yendo más allá del significado superficial y aparente.

La psicología no sólo es ciencia, sino también arte y vocación, preparada para intentar desenmarañar la intensidad de un tiempo, que se vuelve espeso hasta casi detenerse, aunque sólo sea con el poder de una presencia centrada en el paciente y con la percepción por parte del moribundo del dolor que nos produce nuestra propia limitación.

En este libro me abro y me descubro ante ti, mostrando mi realidad, mi visión en este momento de mi vida. Una visión sesgada por mi biografía, por mi cultura, por mi nivel social, por mi educación, por mis condicionantes biológicos. Una visión condicionada por mi profesión de psicoterapeuta, por mis creencias y valores, por el medio físico en el que vivo, por mi forma de relacionarme con los demás, conmigo mismo y con el mundo. Una visión seguramente condicionada también por muchas otras cosas que desconozco y colorean mis ojos, mis oídos y todos mis sentidos.

Así que es probable que mi visión sea diferente de tu realidad, y de tu manera de contemplar la muerte.

Usa este libro no para encontrar soluciones cerradas y definitivas sino, más bien, como un instrumento que te permita plantear en profundidad el tema de la muerte, y de sugerir algunas ideas a modo de aperturas, en las que puedas encontrar tus propias respuestas.

Se paciente contigo mismo, contigo misma y confía en ti: eres la persona más experta del mundo sobre tu propia realidad.

Siempre hemos oído decir que lo opuesto a la vida es la muerte. Sin embargo pienso que la vida y la muerte son interdependientes, son dos polos de una misma realidad.

La vida no tendría forma, sería indistinguible sino fuera por la presencia de la muerte, y viceversa, la muerte no tendría forma, no seríamos capaces de distinguirla sino fuera por la vida.

Este libro nos puede servir también para reconocer nuestros miedos. Hay quien ha señalado que tener miedo a la muerte es tener miedo a la vida.

La vida es un proceso de cambio, que nos dirige a desarrollar nuestras capacidades,

para llegar a ser quien realmente se es.

Aprender a enfocar la vida como un proceso lleno de posibilidades, en el que va a depender de mi coraje para abrirme a ellas, en vez de como meta en si misma, me ha servido también para ir aceptando la muerte.

Viviendo conscientemente cada momento, trascendemos el tiempo, cada instante se convierte en una eternidad. Esto es lo que yo he querido entender de la leyenda del Abad Birila^[4]. Se trata de un relato, que aunque bajo otros nombres, se encuentra muy extendido en toda Europa. Se trata pues de una narración muy popular que data del medievo. Sin embargo, es en el Monasterio de Leire (Navarra) donde se encuentran los vestigios arqueológicos más antiguos (siglo XII): un bajo relieve en el que se halla esculpido el santo, una lápida con el báculo del abad y unos pajarillos sobre el mismo. Puede que fueran los propios monjes cistercienses quienes difundieran la leyenda por otros monasterios de la Orden. La leyenda nos cuenta como a comienzos del siglo X era Abad del Monasterio de Leire Don Birila.

“Siendo el Abad Birila ya viejo, durante unas oraciones se quedó pensativo con los ojos puestos en el salmo: ‘Mil años en tu gloria, son como el día de ayer que ya pasó’. Seguía ensimismado en sus pensamientos cuando oyó el canto de un pajarillo. Era su canto tan hermoso que Birila olvidó su preocupación sobre la eternidad y salió del monasterio siguiendo al pajarillo. La pequeña ave seguía cantando, adentrándose en un bosquecillo hasta llegar a una pequeña fuente donde se posó en la rama de un árbol cercano. El Abad se sentó y siguió escuchando ese canto tan bello. Al poco rato exclamó,

–¡Oh!, se me han pasado un par de horas escuchando el canto del pajarillo, tengo que volver al convento.

Al verse rodeado de una enorme vegetación, señaló asombrado:

–¡Qué extraño! No recuerdo que hubiese tanta vegetación cuando he llegado.

Todo parecía cambiado. Llegó hasta el portalón del convento y llamó. Un monje desconocido para él abrió.

–¿Qué deseáis, padre?

–Pero... yo soy el Abad de este Monasterio... soy el Abad Birila...

El monje portero pensó que el pobre viejo se había vuelto loco.

–Estáis equivocado... nuestro Abad es Don Domingo...

–No, no, el Abad soy yo y me llamo Birila... no entiendo lo que pasa...

El monje salió corriendo en busca del Abad. –¡Padre! ¡Padre! ¡Aquí hay un hombre que dice que es el Abad y que se llama Birila!

Todos fueron al archivo del monasterio, buscaron entre los documentos y finalmente encontraron el nombre de Don Birila. El Abad que desapareció una

mañana... ¡hacía trescientos años!

Birila les contó lo que pasó y entonces el viejo Abad oyó la voz de Dios que le decía:

—Mira, hijo, es infinitamente mejor ver a Dios cara a cara, que recrearse con una avecilla y oír su canto”.

Lo importante deja de ser cuánto tiempo vivimos, sino cómo vivimos el tiempo que tenemos. Así una persona puede morir con valentía a los treinta años, con la satisfacción de haber alcanzado una conciencia más amplia de sí mismo y, por lo tanto una mayor libertad y responsabilidad que le lleva a integrarse con los demás en amor y creatividad, y a vivirse como alguien que trasciende el tiempo. Esta persona puede afrontar con coraje la necesidad de abandonar su vida, y resulta más madura que aquella que a los ochenta años en su lecho de muerte todavía tiembla y ruega para que la protejan de la realidad.

No importa cuánto viva, pero creo que no será suficiente para aprender todo lo que quiero, para quedarme saciado de ir al monte que tanto me gusta, para pasear por el bosque recogiendo setas, para reír con mis amigos, para comer a gusto, para hacer el amor, para jugar con mis hijas, para andar en bicicleta. ¿Qué podría haber mejor que este mundo? Puedo ver las estrellas, beber agua de los manantiales, ver ponerse el sol en el mar, oír el río, sentir la nieve y el viento golpeando mi cara, sentir el olor de la mujer que amo, mirar el intenso azul de los ojos de mi hijo Asier, tocar los pilares de roble de mi casa de casi doscientos años y sentirla. Tantas y tantas cosas hacen que me sienta vivo y que exclame con respeto y veneración, como lo hacía el Gran Jefe Indio Caballo Loco, *"hoy es un buen día para morir, pues todas las cosas de mi vida están aquí"*.^[5]

Otras veces le tengo terror a morir: algo en mí siente pánico al pensar en el proceso de mi muerte. Estoy más preocupado por el proceso, que por la muerte en sí misma, ya que ésta no me asusta. La vivo como un viaje a un lugar lejano y desconocido pero que lo he estudiado mucho a través de mis mapas. Me gusta pensar en una buena muerte, sentirme débil, deseando descansar, y dejarme llevar.

Todavía, como nota introductoria, señalar que en un capítulo encontrarás más detenidamente como se enfrentaron a su propia muerte nueve personas que atendí hasta el final, y me dejaron, por diferentes motivos, una huella imborrable. Es un pequeño homenaje a todas ellas, una muestra de reconocimiento y agradecimiento por todo lo que me dieron. Son personas concretas con nombre y apellidos, con una historia biográfica única e irreplicable, sumergidas muchas veces, tal vez demasiadas, en la angustia de sus situaciones humanas concretas. Cuidar, atender a esas personas fue para mí un raro y extraordinario privilegio.

He elegido nueve personas, aunque bien pudieran ser muchas más, por el significado mágico que tiene para mí el número nueve.

Han sido muchas veces las que también yo he sentido un profundo dolor por la muerte de determinados pacientes que, por sus características o las de su muerte, llegaron a calarme especialmente hondo. Sin embargo, sigo pensando que al aceptar la muerte de otro avanzamos hacia la aceptación de la propia.

Si te está tocando el vivir la muerte de un ser querido, saca de ese tiempo las enseñanzas que puedan servirte en tu vida, y usa ese tiempo para meditar acerca de tu propia muerte y de tus propias creencias.

Un apartado del libro es sobre lo que he llamado *"asuntos inconclusos"*, es decir temas, cuestiones que vamos arrastrando a lo largo de la vida y que están sin terminar, sin pacificar, y que en la mayoría de las veces nos crean angustia y malestar.

Encontrarás también dos capítulos entorno a la relación de ayuda al moribundo. En uno se explica de manera sencilla el modelo fásico del morir según la Doctora Elisabeth Kübler-Ross. En él analizamos cómo en el curso del largo recorrido por el sufrimiento que conlleva la confrontación con la muerte, hay toda una serie de registros psicológicos: Negación, tristeza, rabia... vividas según los momentos de la enfermedad. Hay que ser cuidadosos en comprender qué nos dice el moribundo en su cólera, sus lágrimas, su esperanza. En el otro capítulo, también de manera práctica, abarcamos la atención al moribundo, la comunicación, la hora de la muerte, la importancia de los silencios, del tacto, sin olvidar a quienes se relacionan con ellos, los seres queridos y los profesionales sanitarios.

Ya por último señalar que estoy sensibilizado con la utilización no sexista del lenguaje, y que me he encontrado con dificultades que he intentado paliar usando a veces el femenino, otras el masculino, y en ocasiones los dos. Esta es la mejor solución que pude encontrar para mí propósito de un trato igualitario.

“Un ser humano es parte de la totalidad, a la que llamamos –Universo–, una parte limitada en tiempo y espacio. Se experimenta a sí mismo, sus pensamientos y sentimientos, como algo separado del resto, una especie de ilusión óptica de su conciencia. Esta ilusión es para nosotros como una presión que nos confina a nuestros deseos personales y a sentir afecto por unas cuantas personas, las más próximas a nosotros. Nuestra tarea debe ser liberarnos nosotros mismos de esta presión ensanchando nuestro círculo de compasión para abrazar a todas las criaturas vivientes y a la naturaleza entera en toda su belleza”.

Albert Einstein.

1

LA MUERTE IGNORADA, EL ÚLTIMO TABÚ

“Entonces Almitra habló, diciendo: queríamos, ahora, preguntarte acerca de la Muerte.

Y él dijo:

Queríamos conocer el secreto de la muerte.

¿Pero cómo podríais descubrirlo si no es buscándolo en el corazón de la vida?

La lechuza, cuyos ojos, hechos por la noche, están ciegos para el día, no puede desvelar el misterio de la luz.

Si realmente queréis contemplar el espíritu de la muerte, abrid 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”.

Khalil Gibran en "El Profeta"

En la película *Antonia* (de Marleen Gorris. Oscar 1996 a la mejor película extranjera), la protagonista, una mujer que amó la vida, en un medio rural de centro Europa, un buen día, ya siendo mayor, rodeada de las personas que quiso, les avisó: –"Bueno, ¡adiós!, me voy a morir". Se quedó en la cama y se murió.

Esta mujer muere muriéndose, experimentando su propia muerte, consciente de que termina su vida biológica, de la misma manera que terminó la vida biográfica de su

madre, de la madre de su madre... Es una muerte acompañada en la que moribunda preside su propio final junto a su familia y su entorno.

Algo impensable hoy en día, en el que la muerte se ha convertido en una nueva categoría de lo obsceno, de lo impronunciable, en algo que se oculta y sobre lo que se considera de mal gusto hablar, reflexionar, debatir. El modelo imperante hoy en día es el de la ocultación, sobre todo a los niños, que ya no ven aquel ritual que acompañaba al difunto en nuestros pueblos ya abandonados y solitarios.

Vivimos en una sociedad ^[6] que nos aleja de pensar sobre la muerte, una cultura que esconde la enfermedad (como antesala de nuestra finitud) y silencia la muerte. Hoy la muerte es algo vergonzoso y se ha convertido en tabú, como antes ocurrió con la sexualidad.

Existe un gran temor a la muerte fuertemente arraigado en la cultura occidental. El temor aparece muchas veces encubierto, pero se manifiesta externamente en nuestros comportamientos y actitudes colectivas, como por ejemplo que las empresas funerarias hagan grandes esfuerzos por mejorar la apariencia física del difunto, hasta producirle un "aspecto saludable", o esa tendencia actual a morir en los hospitales, o el esconder al difunto en los velatorios son reflejos del deseo de mantener la muerte lo más alejada posible de nuestras vidas.

Vivimos como si la muerte no nos concerniera. En general no queremos vivir nuestra propia muerte, preferimos una muerte súbita, no preparada de antemano, ignorada. Decenas de veces he escuchado frases del siguiente tipo: *"¡Qué bien!, no se ha enterado de nada"*; *"por lo menos no se da cuenta"*; *"está sufriendo mucho, porque se entera de todo"*.

Parece que hemos escogido vivir de espaldas a ella, ignorándola. La muerte ha dejado de ser considerada como natural al ser humano y se ha convertido en algo que se combate y que sólo ocurre cuando la ciencia falla. Nuestra sociedad vive privada de la consciencia de su propia finitud.

En nuestro medio, con la desaparición vertiginosa de la cultura rural, sumergidos y aislados en el anonimato urbano, está la realidad de los que mueren, muchas veces en un lugar aséptico y frío, alejados de la reunión familiar y social.

En épocas anteriores era habitual que la muerte fuera mucho más pública de lo que es ahora. La gente solía morir en sus casas, entre la familia, amigos y vecinos, tal y como ocurre en la película que hemos mencionado anteriormente. El cuerpo del difunto solía permanecer en casa donde la gente acudía a presentar sus últimos respetos.

Todos estos cambios han significado que, en lugar de que la muerte constituya un aspecto de la realidad social, se ha convertido en algo desconocido con toda la ansiedad que eso produce.

A veces el moribundo se encuentra con una soledad de sabor amargo, ya que

rodeados de todos los suyos no se le permite ni hacer la mínima referencia en su conversación de ese momento tan fundamental de su existencia que ve próximo. Muchas veces, tal vez demasiadas, la persona que a pesar del ocultamiento, adquiere conciencia de su final, ha de vivir su experiencia en solitario, sin posibilidad de intercambiar sus impresiones con los que le rodean, y privado de poder ser director, guionista y actor de su propia muerte.

Participamos de la cultura del buen vivir y del disfrute efímero, y una de sus expresiones es el temor a la muerte; que es lo mismo que decir que no se acepta el ciclo de la vida como lo esencial de la existencia.

En esta sociedad de la que somos parte y de cuyos valores y contravalores participamos, ya no se habla de la muerte y se fantasea la posibilidad de la omnipotencia frente a la realidad de la enfermedad; incluso se la oculta a quien la vivencia como cercana e inapelable, con lo que se la dificulta hasta extremos impensables la posibilidad de integrarla como una parte más, y muy importante, de la vida.

La cultura actual acude más que nunca a mecanismos de defensas que niegan la inevitabilidad de la muerte. Por eso, quizás ésta es más aterradora que antes, porque la civilización actual trata de ocultarla.

La muerte, señalaba Juan Luis Ruíz de la Peña^[7], está siendo objeto de represión, de maquillaje, de enmascaramiento, de silencio, de sublimación, de glorificación, pero en cualquier caso está ahí omnipresente y humana.

El olvido mediante la represión no es liberador. Parece que nos aleja de lo que nos hace sufrir, pero no lo consigue del todo, porque el recuerdo permanece enterrado en nosotros y sigue influyendo en cada instante de nuestra vida.

El esfuerzo de negar la muerte, su dramatismo, su misterio, se enfrenta ante una realidad que sigue estando presente en forma de temor difuso o con una carga de angustia que no logra desaparecer a pesar del maquillaje.

La minimización de la muerte es el índice revelador de la minimización del individuo mortal. Una ideología que trivialice al individuo trivializará la muerte.

Hoy el ideal es la muerte de aquel que tiene apariencia de que no va a morir.

Hay un fondo en la naturaleza humana en el que aparecen la fragilidad, el dolor y el sufrimiento. Realidades que la sociedad del bienestar trata de ocultar, rechazar o soslayar.

Nuestra cultura ha contribuido a deshumanizar el morir.

En algunos casos, la dificultad de morir se convierte en una especie de maldición.

La empresa médica puede entonces interponerse entre el individuo y su muerte, haciendo casi deseable como una conquista que arrancar a la fuerza; a veces, el empeño médico de prolongar la vida, lejos de ser un beneficio, se revela de pronto como maléfico. El "derecho a la muerte" se ha convertido, en este sentido, en una reivindicación de gran actualidad.

Carl Rogers, uno de los iniciadores de la llamada psicología humanista, señalaba que estamos especialmente errados cuando pensamos que la muerte es el enemigo siempre; necesitamos llegar a comprender que hay un tiempo para poder morir cuando realmente es el momento.

2

LA DIFÍCIL TAREA DE LLEGAR A SER QUIEN SE ES

"Todo aquello que amamos nos lo pueden arrebatarse; lo que no nos pueden quitar es nuestro poder elegir qué actitud asumimos ante esos acontecimientos".

Víctor Frankl

El hombre moderno tiene una imagen sumamente confusa de sí mismo. Al hombre de hoy le resulta mas difícil, que en ningún otro periodo de la historia, adquirir su propia identidad.

En términos de Viktor E. Frankl, la gran enfermedad de nuestra época es la falta de rumbo, el hastío, y la falta de sentido y finalidad.

Es frecuente en esta sociedad contemporánea de masas, que el individuo se sienta despersonalizado, alienado, distanciado, incomunicado.

Para poder comprender el extrañamiento del hombre, tendremos que entender aquello de lo que el hombre se ha extrañado o enajenado; concretamente su naturaleza esencial.

Erich Fromm ha señalado que la gente de nuestra época ya no vive más sometida a la autoridad de la Iglesia o de las leyes morales, sino a "autoridades anónimas" tales como la opinión pública. La autoridad es el mismo público, pero esto no es más que un conjunto de individuos cada uno de los cuales tiene su dispositivo de radar ajustado para descubrir lo que los otros esperan de él o de ella. Participamos a lo largo de la vida temerosos de nuestra propia vaciedad colectiva.

El gran peligro de esta situación es que nos lleva, tarde o temprano, a un penoso estado de ansiedad, cuyos resultados finales pueden ser la disminución y el empobrecimiento psicológico de las personas, o bien el sometimiento a algún tipo de autoritarismo destructivo.

La persona no tiene una imagen exacta y aceptable de si misma, pues la ha deformado en su intento de hacerla más aceptable, y ha terminado por negar algunas facetas propias. Se fabrica así una imagen irreal, inexacta de si mismo, o lo que es lo mismo se fabrica una máscara, de modo que todos los aspectos inaceptables de su yo aparecen como externos, ajenos a lo que él es, "lo que no soy", de esta manera todos esos aspectos de uno mismo aparecen proyectados.

La persona traza el mapa de su alma de manera que niega y excluye de la conciencia los aspectos de si mismo que no acepta. A estos aspectos no aceptados, algunos le llaman la sombra. [\[8\]](#)

El crecimiento personal es redistribución, nuevo trazado de zonas y diseño del mapa; es primero un reconocimiento, y después un enriquecimiento de niveles cada vez más profundos y más amplios de lo que uno es. Es remediar la radical escisión entre los aspectos conscientes e inconscientes de la psique, y reunificar la escisión entre el yo y el cuerpo, uniendo la psique y el soma, de modo tal que la persona se ponga en contacto con la totalidad de él mismo.

Vivir entre mugas (fronteras) es vivir entre conflictos; la del miedo, la de la angustia, la del dolor, la de la soledad y, finalmente, la de la muerte.

Disolver una muga (frontera, limitación) tiene que venir necesariamente del reconocimiento de una proyección.

Cuando intento liberarme de aspectos míos mediante la proyección, no me quedo con un hueco, o un espacio en blanco en mi personalidad, sino generalmente con un síntoma, un doloroso e improductivo recordatorio de que estoy ignorando alguna faceta de mí mismo. Volveremos con más detalle a este asunto en el capítulo –asuntos inconclusos–, sin embargo, es importante entender que por más incómodos que puedan ser nuestros síntomas, normalmente no hay por qué rechazarlos, despreciarlos ni evitarlos, ya que contienen la clave de su propia resolución.

Como primer paso es preciso que hagamos un lugar a nuestros síntomas, que les demos espacios, y empecemos a escuchar esas sensaciones incómodas que llamamos síntomas y que hasta ahora hemos despreciado.

Los síntomas son oportunidades de desarrollo. El síntoma puede traducirse de nuevo a su forma original y correcta. " *Tengo que...* " se convierte en " *elijo que...* "; " *No puedo...* " en " *no quiero...* "; " *Necesito...* " en " *Quiero...* ".

La traducción es la clave de la terapia y del crecimiento personal.

No hay ser humano que esté libre de la angustia, o del dolor de la soledad.

El proceso de crecimiento tiene que ver con asimilar proyecciones. Es decir, incorporar en nosotros mismos lo que hemos desechado reconociendo como parte de nuestra experiencia aquello que hemos estado colocando fuera de nosotros mismos.

Las proyecciones frecuentemente corresponden a aquellos aspectos de la personalidad en el que nos sentimos criticados, culpables, avergonzados, etc.

Recuperar una proyección es derribar una barrera, incluir en nosotros mismos cosas que creíamos ajenas, abrirnos a la comprensión y aceptación de todas nuestras diversas potencialidades, negativas y positivas, dignas de amor o de desprecio, y así llegar a tener una imagen relativamente exacta de todo aquello que es nuestro organismo psicofísico; es desplazar nuestras mugas (limitaciones), volver a cartografiarnos el alma, que los opuestos se unifiquen en un todo, para que al final, aunque no todos nuestros aspectos nos parezcan deseables, tal vez podamos encontrarnos en conjunto agradables.

En este sentido Carl Rogers señalaba:

"He llegado a estimar cada pequeña manifestación de mí mismo. Y atesoro con cuidado mis mejores sentimientos, sean de rabia o de ternura, de vergüenza o de dolor, de ansiedad, de generosidad o de miedo (...). Presto atención a todas las ideas que se me ocurren, locas, creativas, buenas, triviales. Todas son parte de mí. Me agradan todos mis impulsos: apropiados, absurdos, sexuales, criminales".^[9]

Nada puede cambiar mientras no ha sido aceptado; después podrá desplegarse y abrirse al movimiento natural hacia el cambio, que es propio de la vida.

Ejercicio de sensibilización: Explorando las sensaciones.

A continuación voy a sugerirle un ejercicio de iniciación para entrar en contacto con lo físico de nuestra experiencia.

"Tumbese de espaldas estirado en el suelo, o sobre una alfombra o esterilla. Cierre simplemente los ojos, respire profundamente, pero sin forzarse, y empiece a explorar sus sensaciones corporales. No trate de sentir nada, no fuerce nada, límitese a dejar que la atención recorra todo su cuerpo, como si flotara y fíjese en si experimenta alguna sensación, positiva o negativa, en las diferentes partes del cuerpo. Por ejemplo, ¿puede sentir las piernas? ¿y el vientre... el corazón... los ojos... los genitales, las nalgas, el cuero cabelludo, el diafragma, los pies...? Fíjese que partes del cuerpo parecen estar más despiertas, llenas de sensaciones, plenamente vitales y fuertes, y qué partes le aparecen como opacas, pesadas, sin vida, borrosas, tensas o doloridas. Inténtelo durante unos minutos y fíjese con qué frecuencia ha dejado de atender el cuerpo para perderse en pensamientos o ideas".

Conseguir una auténtica liberación de las zonas oprimidas y bloqueadas de uno mismo exige tiempo, esfuerzo, una actitud abierta y sobre todo trabajar con sinceridad.

Debemos volver a descubrir a la persona viva entre el encasillamiento y deshumanización de la civilización moderna, saber quién es, cuales son sus necesidades, y cuales son las motivaciones profundas de su comportamiento, de sus emociones y del sentido de su vida.

Hemos crecido y desarrollado en un ambiente cultural que te ha enseñado que no eres responsable de tus sentimientos y sensaciones.

Un cliente se sentía infeliz porque su jefe tenía un bajo concepto de él. Pero, si este cliente no supiera lo que piensa su jefe de él, no se sentiría infeliz, por lo tanto lo que cree o deje de creer su jefe no es lo que le hace infeliz. Sino lo que él cree, eso le hace infeliz, él es el responsable de su infelicidad al convencerse a sí mismo que lo que otra persona piensa es más importante que lo que él mismo piensa.

Es frecuente que en vez de ayudar a los niños a pensar por sí mismos, a solucionar sus propios problemas y desarrollar la confianza en sí mismos, muchos padres tienden a crear dependencias, buscadores de aprobación.

Albert Einstein, un hombre que dedicó su vida a la exploración de lo desconocido, dijo en un artículo titulado *“Lo que yo creo”* (octubre 1930):

“La experiencia más hermosa es la de lo misterioso. Esa es la verdadera fuente de todo arte y toda ciencia”.

Abandonar las rutinarias y repetidas costumbres e ideas es difícil. Aparece la angustia del tránsito hacia lo desconocido, porque al tener que elegir hay que "morir" un poco, decir adiós a muchas cosas... Vida y muerte, elecciones y rechazos son, por ello, las dos caras de una misma moneda.

Vivimos un tiempo en el que no está de moda hablar de uno mismo, un tiempo en el que no se lleva el pararse a pensar por el sentido de las cosas, por el guión que le queremos dar a nuestra vida. Estamos viviendo una época de la humanidad marcada por las prisas, por el prestigio social, por el enriquecimiento rápido y sin control.

Son muchas las encrucijadas que nos vamos a encontrar a lo largo de nuestra vida, y que pueden ser auténticas murallas que impidan nuestra evolución. Algunas serán personales, otras condicionantes biológicos, otras culturales, sociales, etc.

Debemos aceptar nuestros propios límites y el dolor inherente a la propia condición humana.

Tal vez, otra dificultad en el camino que nos encontramos en la actualidad sea la necesidad de obtener éxitos; no es que sea malo conseguir lo que se desea, pero centrarse en el producto de nuestro trabajo más que en el trabajo en sí, por lo general nos conduce al empobrecimiento del proceso de creación.

El camino en sí, es una fuente potencial de placer. En la vida el final es la muerte. ¿Cuál es la prisa por llegar a esa meta? Los amantes no hacen el amor para llegar al orgasmo, a pesar de que este es un final feliz de hacer el amor; se centran en la comunicación en total, y en su disfrute.

1. La vida, un camino de crecimiento

“Aquel que pospone la hora de vivir como si no le importara en absoluto, es como el campesino que espera y espera que el río pase antes de cruzar; pero ocurre que pasa y pasa, y seguirá pasando para siempre”.

Horacio en "Epístolas"

Todo nuestro mundo está en flujo constante. El hecho más fundamental de la existencia es que emerge, es decir, que siempre está en proceso de devenir, en constante desarrollo. Podemos decir que hay en todo organismo, a cualquier nivel, una corriente subterránea de movimiento hacia la realización constructiva de sus posibilidades inherentes. También en el hombre hay una tendencia hacia un desarrollo más completo y complejo. El término que más frecuentemente ha sido utilizado para esto es la tendencia actualizadora, y está presente en todos los organismos vivos.

Todos, por inclinación natural, tendemos a crecer y desarrollarnos, alcanzando niveles de plenitud y satisfacción. Esto ocurre a lo largo de todas y cada una de las etapas de la vida; de tal manera que no hay un solo momento vital en el que el concepto de uno mismo quede tan invariablemente establecido que no sea susceptible de modificación.

La vida es un viaje en el que nos encontramos con otras vidas, compañeros de viaje. Conocerlas o no conocerlas, vivirlas a fondo o dejarlas correr es asunto que sólo depende de la elección que efectúas en un instante. Aunque no lo sepas, en pasar de largo o desviarte a menudo está en juego tu existencia, y la de quien está a tu lado.

Cuando ya no es posible controlar las circunstancias de nuestra vida aún podemos escoger nuestra actitud ante ellas. Esto lo podemos aplicar a la muerte. Podemos elegir la posibilidad de verla como una tragedia, como una maestra, como una aventura, o simplemente como una experiencia que hay que vivir.

Si tenemos presente que siempre es posible la elección de nuestra actitud, la última libertad, disponemos de un amplio espacio en el cual cabe muy bien la experiencia de morir. Seremos libres ante la muerte, ya sea la propia o la de algún ser querido.

El contacto es la savia vital del crecimiento, el medio de poder cambiar uno mismo y la experiencia que uno tiene del mundo. El cambio es producto forzoso del contacto, ya que apropiarse la novedad asimilable o rechazar la inasimilable conduce inevitablemente a cambiar.

El contacto es vivificante, señalan E. y M. Polster^[10]. Oír es ser tocado en la

membrana basilar por ondas sonoras; oler y gustar es ser tocado por sustancias químicas, gaseosas o en solución.

No vivimos en el vacío, sino en un mundo más bien complejo, desafiante, difícil, que a veces resulta bello y estimulante pero que también puede parecer dolorosamente confuso, angustioso e injusto.

El ser humano en soledad no existe, las personas sólo podemos realizarnos como tales en compañía de otras personas.

La comunicación es algo consustancial al ser humano. El hombre es un ser en relación, vive en comunicación; es más, se engendra en comunicación.

La comunicación es imprescindible para el crecimiento personal del ser humano, igual que lo es el alimento para su crecimiento físico.

Por lo tanto la comunicación es inevitable. La comunicación se produce lo quiera yo o no, porque cada comportamiento mío es una forma de comunicación.

2. La autoconciencia

"No vale la pena vivir una vida inconsciente"

Sócrates

El único maestro que existe, el único verdadero y creíble, que jamás te abandonará es la propia conciencia. Para dar con ella hay que mantenerse en silencio –en soledad y en silencio–, hay que estar sobre la tierra desnuda, desnudo y sin nada alrededor. Al principio no percibes nada, lo único que sientes es terror, pero después en lo profundo, lejana, empiezas a oír una voz. Es una voz tranquila y tal vez al principio te irrite con su trivialidad. Es extraño: cuando lo que esperas es oír las cosas más grandes, aparecen ante ti las pequeñas. Son tan pequeñas y tan obvias que podrían irritarte. Si la vida tiene un sentido –te dirá la voz– ese sentido es la muerte, todas las demás cosas giran alrededor de ella.

El escritor Albert Camus nos da una asombrosa visión de la pérdida de la conciencia de sí mismo en la sociedad, en la novela *"El extranjero"*. En ella un hombre pasa por distintas experiencias en su vida cotidiana pero sin una clara conciencia por su parte. Nunca llega a ser protagonista de su propia vida, de sus conductas, ni de su existencia. Es un hombre a merced de los sucesos exteriores porque no tiene conciencia de sí mismo.

Una de las labores del ser humano, por su condición de humano, consiste en ir evolucionando desde una situación no pensante y sin libertad, mediante la experiencia del nacimiento de la autoconciencia, la crisis del crecimiento, las luchas, elecciones y avances de lo conocido a lo desconocido, siempre hacia una conciencia más amplia de sí mismo y, por lo tanto, hacia una mayor libertad y responsabilidad. Cada paso en este proceso significa que la persona vive menos como un autómatas en una sociedad conformista, y más como alguien que trasciende el tiempo, es decir, alguien que vive de acuerdo con lo que elige, dirigiendo su objetivo a ser cada vez más libre, honesto y responsable.

El ser humano es el Ser que puede ser consciente, y, por tanto, responsable de su existencia. Esta facultad de tener conciencia de su propio ser es lo que distingue al hombre de todos los demás seres.

Para entender el término "ser humano" hay que tener en cuenta que "ser" es una forma verbal que implica cierto devenir.

El hombre es ese ser concreto que tiene que darse cuenta de sí mismo y hacerse responsable de sus actos si quiere llegar a ser él mismo. Y es también ese ser concreto que sabe que en cierto momento futuro ya no será; él es el ser que mantiene siempre una relación dialéctica con el no ser, con la muerte.

El no ser forma una parte inseparable del ser. Para comprender lo que significa existir necesitamos percibir el hecho de que podemos no existir en cualquier momento.

Sin esta consciencia del no ser, sin ese sentido trágico, nuestra existencia resultaría insípida. En la confrontación con el no ser, la existencia adquiere nueva vitalidad y sentido de intermediación.

Los monjes de algunos monasterios, señala A. Pangrazi [\[11\]](#), dedican algún tiempo todos los días a la contemplación de la propia muerte como condición para aprender a vivir mejor. El mismo Platón recomendaba a sus discípulos: "*Practica el morir*".

Mientras una persona no haya integrado la consciencia del desapego y de la propia muerte, no es libre a la hora de vivir.

Aceptar hoy el pensamiento de la muerte, debatir sobre ella, expresar pareceres, supone afrontar una realidad e ir contracorriente de los valores imperantes de nuestra cultura.

Pero no hace falta llegar hasta el último bastión de la muerte para enfrentarse con el problema del no ser. Como señalan Marcuse, Sartre y otros muchos existencialistas, tal vez la forma más extendida y omnipresente que adopta en nuestros días el no ser, sea el conformismo, esa tendencia del individuo a dejarse absorber por la marea de las actitudes y respuestas colectivas a perderse en la humanidad impersonal, a fundirse en lo que hoy se empieza a conocer como pensamiento único, con la correspondiente pérdida de su propia consciencia y potencialidades de cuanto le caracteriza como un ser original e irrepetible.

Vivimos en una cultura de evasión, y nos vamos apartando de nosotros mismos. Se propicia que estemos dormidos, inconscientes a la realidad.

La consciencia nos hace abandonar las evitaciones que abundan en nuestra vida.

Si ante ti se abren muchos caminos y no sabes cual tomar, no elijas al azar, siéntate y aguarda. Respira en profundidad. Sin permitir distraerte, aguarda y aguarda más aún. Quédate quieta o quieto en silencio y escucha la voz de tu corazón. Y cuando te hable, levántate y ve donde él te lleve.

La consciencia es vivenciar y estar abierto a la experiencia y aceptarla en lugar de detenerse y ponerse a la defensiva ante las posibilidades.

La prescripción "date cuenta" que solemos utilizar muchos psicoterapeutas, es una expresión de la creencia de que sólo con la capacidad de darse cuenta puede haber verdadera vida para la persona, y que la luz de la toma de consciencia es todo lo que necesitamos para salir de nuestra confusión.

Una vida inconsciente es una vida que no vale la pena, mecánica, no es humana, está programada, condicionada.

Debemos mantenernos abiertos al surgimiento continuo de nuevas figuras de ese fondo de nuestra experiencia total.

Conocer significa mirar atentamente, observar lo que está pasando dentro de ti y a tu alrededor.

En el conocimiento está la curación, la verdad, la salvación, la espiritualidad, el crecimiento, el amor, el despertar.

Ser conscientes de lo que decimos, de lo que hacemos, de lo que pensamos, de cómo actuamos. Ser conscientes de dónde venimos, de cuales son nuestras motivaciones, es posible que nos ayude en esta difícil tarea de llegar a ser quien realmente somos.

Es evidente que el hombre no está constituido por dos estratos superpuestos, uno bionatural y otro psicosocial. Sino que cada uno de nosotros, es una totalidad bio-psico-social.

La secular dicotomía entre lo corporal y lo psíquico había empobrecido una concepción integradora del hombre.

Cuerpo y espíritu, lo psíquico y lo físico, incluso la fuerza y la debilidad, representan no la dualidad del ser, sino su unidad.

El hombre es una unidad; y el cuerpo, la mente, los sentimientos, la conducta interpersonal y el espíritu son todas manifestaciones de una realidad única.

Somos cuerpo, espíritu, mente y emoción, funcionando en un mundo físico y social.

La falta de armonía puede darse, pues, en cualquiera, y en más de uno a la vez, de estos niveles. Podemos estar mal por alguna toxina, o virus que ha entrado en nuestro organismo a través de lo que ingerimos o del aire que respiramos; podemos estar físicamente cansados en exceso y, por tanto, ser más proclives a la enfermedad, podemos haber llegado a un punto conflictivo de nuestra existencia ya sea con nosotros mismos o con los demás que no sabemos resolver; o podemos estar llenos de resentimiento reprimido del que no podemos liberarnos; o estar inmunodeprimidos por una situación de estrés como pudiera ser la muerte de un ser querido o la pérdida del empleo; o estar atrapado en una vorágine de exigencias sociales de manera que no nos deja energía para cuidar de nosotros mismos o combatir la enfermedad.

En el momento en que el equilibrio y el flujo dentro de nosotros mismos, y entre nosotros y el mundo, se ve perturbado por razones internas o externas, y sobre todo cuando nuestra energía física, emocional y espiritual se ve forzada en exceso, somos más propensos a la enfermedad. Esto se da especialmente cuando no somos conscientes de nuestros sentimientos, ni reconocemos los procesos por los que pasamos (alienación), de forma que la enfermedad acaba siendo, en efecto, el único medio de expresión que le queda a nuestro organismo.

C. Simonton^[12] llega a señalar que la historia de la vida emocional desempeña un importante papel en la tendencia de la persona a tener cáncer y en el progreso de esta enfermedad.

La nueva disciplina, llamada psiconeuroinmunología, nos está proporcionando algunas

respuestas, ayudándonos a entender mejor cómo se transforman las emociones en sustancias químicas (moléculas de información) que influyen en el sistema inmunitario y otros mecanismos de curación del cuerpo.

En la actualidad sabemos que en el cuerpo hay por lo menos tres sistemas que pueden trasladar las emociones al nivel físico. Uno es el sistema endocrino, que se comunica mediante las hormonas; el segundo es el sistema nervioso, que se conecta directamente con los glóbulos blancos, y el tercero es la familia de las moléculas de comunicación, que incluye los neuropéptidos, los neurotransmisores, los factores de crecimiento y las citocinas que influyen en la actividad celular, en los mecanismos de división celular y en el funcionamiento genético.^[13]

Tanto el cuerpo como la mente y el espíritu intervienen en la salud.

La armonía, es decir, el equilibrio entre los aspectos físico, mental y espiritual del ser, es fundamental para la salud. Este concepto no solamente incluye la salud mental y corporal del individuo, sino también sus relaciones consigo mismo, con los demás y, con el mundo.

3. La espiritualidad, el sentido de trascendencia

En nuestro modelo de Psicología se quiere abarcar toda vivencia humana genuina, incluida la espiritual, en la que se enfatiza como la persona valora e interpreta aquello que está experimentando y como utiliza esta información para afrontar y dar figura a ese fondo de acontecimientos que van sucediéndose en el devenir de la existencia. Un modelo que ve en lo más profundo del organismo humano una "semilla de plenitud" y también una "semilla de divinidad".

"Semillas de pera
se transforman en perales;
semillas de nuez
en nogales;
y semillas de Dios
en Dios".

Eckhart^[14]

Todos los humanos somos seres físicos, mentales y espirituales.

La espiritualidad del individuo, su relación con lo trascendente, llámese experiencia mística, iluminación, Dios, o como se quiera, es el nuevo territorio de la experiencia, el proceso de crecimiento y de desarrollo al que se abre la persona. Para vivir este tipo de experiencia es necesario ser permeable con la sensación de conciencia total, de ser uno con la vida entera.

Junto a la esperanza, y provocada por ella, señala Juan Luis Ruíz de la Peña^[15] queda también otra cosa: la idea de trascendencia.

La idea de trascendencia aparece hoy como la alternativa a la idea de la muerte. Con la idea de trascendencia se expresa hoy un "*no desapareceré enteramente*"; el voto esperanzado de que el núcleo auténtico de lo humano no se extinga para siempre con la muerte de su sujeto; la confianza de que, a la postre, el SER, con mayúsculas, prevalezca sobre la nada.

Ejercicio de sensibilización: "*Más allá de mi muerte*".

Busca un lugar cómodo donde sepas que no te molestarán, ni te interrumpirán. Ponte en una postura cómoda, si quieres puedes hacerlo sentado o tumbado. Cierra los ojos. Préstale atención a tu respiración. Observa como entra aire en tus pulmones, como se detiene un instante dentro de ti, antes de salir de nuevo, y esa inapreciable pausa que se

produce antes de que el aire entre otra vez. Se consciente de que aspiras... y espiras. (...) Imagínate que has muerto... y de que un Ser bondadoso, te recibe, te escucha, te acepta tal y como eres... No hay nada que temer, Él lo sabe todo, y puedes descansar. Siento una sensación de confianza. Tomo conciencia de mi respiración... o de otras sensaciones de mi cuerpo... porque ello me proporciona silencio.

4. El miedo

*"Así que no os preocupéis del mañana,
el mañana se preocupará de si mismo.
Cada día tiene bastante con su inquietud"*
(Mt. 6, 34)

Quién más, quién menos, todos tememos ese último momento de ruptura. De radical ruptura con nosotros mismos, con los demás, con el mundo. Ruptura con lo que somos y con lo que hemos sido. Ruptura con lo que conocemos y con lo que amamos, es un paso hacia lo desconocido. Ese momento que necesariamente nos aguarda a todos y al que un día deberemos responder sana o insanamente, es una situación de crisis que abordaremos con nuestra desnuda existencia con nuestro Yo más auténtico.

El morir y la muerte despiertan más miedo que ninguna otra circunstancia de la vida.

En el miedo a la muerte, reconocemos la angustia fundamental del ser humano *"un ser destinado a la muerte"*. Fórmula que hace de la muerte no sólo el destino del hombre sino la sustancia de la que está hecha su vida.

La muerte es especialmente difícil de entender en nuestra sociedad urbana y consumista, que lleva a la necesidad de negar su realidad. Pero la negación, u ocultamiento no logran invalidar o anular la realidad de la muerte, su presencia presente en el curso de la vida. Esta presencia, se ha dicho, está dada por el destino del hombre como un ser para la muerte. De tal modo que la muerte está presente en cada instante de mi vida, y no solamente por el hecho de que puede ocurrir en cualquier momento sino además porque está gobernando y rigiendo todos mis actos.

El hombre intenta negar aquella realidad de su existencia, ante la cual no logra ni una escapatoria exitosa, ni una resignación reconfortante^[16].

Una de las maneras que nuestra cultura nos enseña a temer a la muerte (y a la vida) es haciendo de la seguridad una meta. La seguridad total es, desde luego una ilusión. La vida es un proceso de cambio y la vulnerabilidad y el riesgo son inherentes en cualquier momento. Aferrarse a la seguridad o perseguirla crea más inseguridad y miedo. Sin embargo, la gente vive enlatada, en conserva, se suelen conformar con poco, pasan por la vida de forma anodina, y aunque creo que no sufren hondamente, tampoco disfrutan con plenitud. Tengo la impresión de que viven en un estado de vitalidad mediocre. A fuerza de querer conservar la vida, la van perdiendo. Conservarla es perderla. Los que viven plenamente bordean inevitablemente la muerte. Tal vez tenía razón Antonio Machado cuando escribía en unos versos:

"Moneda que está en la mano / quizá se deba guardar / la monedita del alma / se pierde si no se da".

En la medida que nuestra cultura occidental ha hecho hincapié en controlar la naturaleza, señala Deborah Duda^[17], la muerte se ha convertido en el enemigo incontrolable; hemos cedido a los médicos la responsabilidad de combatir a este enemigo y así la muerte se ha tornado más y más en un "problema médico" en vez de un suceso natural (ahora nos morimos de algo).

Saber tratar el miedo empieza por reconocerlo, en lugar de ignorarlo. Descubrirlo y valorar "los servicios prestados", las ventajas que he obtenido de él.

El miedo nos resulta útil hasta que perdemos su control, y es él quien nos controla, quien nos paraliza, nos limita y nos hace sufrir.

El mejor antídoto al miedo es la verdad, ya que ella nos libera. Cuando sabes todo, no temes nada.

La sabiduría es el mejor tratamiento contra el miedo porque nos ilumina donde habitan los fantasmas, y estos sólo encuentran su hábitat en el desconocimiento. Sin miedo, seremos más libres.

Ejercicio de sensibilización: "Tengo miedo...".

Después voy analizando cada miedo, ¿es un miedo aprendido?, ¿es un miedo irracional, ilógico?

Busco un lugar tranquilo, donde sé que no me molestarán. Tomo un hoja de papel y un bolígrafo y escribo frases que empiecen por *"Tengo miedo de..."*.

5. La soledad

“Uno de los dos fue junto a su vecino porque se buscaba a sí mismo, el otro porque de buena gana se perdería a sí mismo. El desamor por uno mismo hace que la soledad se convierta en prisión”.

Nietzsche

Otra de las características del ser humano de hoy es la soledad. Las personas describen este sentimiento como un estar aislado. La soledad es para muchas personas una amenaza tan omnipotente y penosa que les resta posibilidades en cuanto a apreciar los valores positivos que entraña y, a veces, incluso se sienten amedrentados ante la perspectiva de estar solos.

Hay quien ha señalado que todo hombre y toda mujer, por lo menos en algún momento de su vida, se descubrirán a sí mismos enfermos de una soledad incurable. Todos hemos de enfrentarnos radicalmente a solas con las experiencias más importantes de la vida. Es la grandeza y la tragedia de la condición humana. Nadie puede amar, creer, sufrir, morir... en nuestro lugar.

Muchas veces la soledad es el campo de cultivo de la enfermedad.

Sin embargo existe algún tipo de soledad necesaria y elegida, que en mi caso la necesito a veces tanto como el alimento o el sueño reparador.

Para mí estar sólo significa, muchas veces, unión, reencuentro con la naturaleza a la que pertenezco, a la tierra a la que un día volveré para siempre.

Para mí la soledad, medito en voz alta, significa reunir mis partes diversas.

La soledad es un acto profundo y necesario de autoestima y de amor a sí mismo.

Nacemos como morimos, solos.

6. La ansiedad

“Arriesgarse produce ansiedad, pero no hacerlo significa perderse a uno mismo... Y arriesgarse en el más alto sentido, es precisamente tomar conciencia de uno mismo”.

Kierkegaard

El hombre moderno es, por desgracia, presa de una tensión nerviosa que le impide permanecer tranquilo.

La ansiedad es otra de las características del hombre moderno, y resulta más dolorosa que el vacío y la soledad. Muchas veces, en la gran mayoría de nosotros, la conciencia de tener que morir sigue generando angustia; y sigue interrogándonos sobre cuestiones que surgen del fondo de las personas y que no siempre encuentran respuestas.

La angustia ante la muerte se ha de considerar como algo natural y fundamental en el hombre y aparece como núcleo de cualquier angustia.

La angustia puede desplazarse hacia un síntoma de menor importancia porque el temor más grande es demasiado arrollador como para pensar en él^[18]. Esto le ocurría a un hombre de unos 45 años a quien tuvieron que amputar una pierna, y que a pesar de conocer de la extensión de su enfermedad, desplazaba sus preocupaciones al tema de la pierna. Sus esfuerzos de adaptación siempre iban referidos a su incapacidad física, y no a una muerte cercana. De hecho, murió haciendo ejercicios de rehabilitación.

La ansiedad representa uno de los síntomas más frecuentes y problemáticos que aparecen en el enfermo en situación terminal^[19], pero todavía es mucho lo que desconocemos acerca de estos síntomas. Así, en un estudio reciente sobre *"La ansiedad ante la muerte y el propósito en la vida en la última etapa de la vida"*^[20] se señala que queda mucho por explorar sobre la experiencia en la última etapa de la vida. Convendría, por ejemplo, profundizar en el estudio de las diversas manifestaciones de ansiedad durante esta etapa evolutiva. Estas manifestaciones pueden ser manifiestas, encubiertas, inconscientes, indirectas, somáticas, etc.

7. El sufrimiento

*"Nunca podrás, dolor, acorralarme.
Podrás alzar mis ojos hacia el llanto,
secar mi lengua, amordazar mi canto,
sajar mi corazón y desguazarme.
Podrás entre tus rejas encerrarme,
destruir los castillos que levanto,
ungir todas mis horas con tu espanto.
Pero nunca podrás acorralarme.
Puedo amar en el potro de tortura.
Puedo reír cosido por tus lanzas.
Puedo ver en la oscura noche oscura.
Llego, dolor, a donde tú no alcanzas.
Yo decido mi sangre y su espesura.
Yo soy el dueño de mis esperanzas".*

José Luis Martín Descalzo

Sufrir es ante todo sentir. Un sentir que es una percepción, interpretación, valoración y elaboración en la que intervienen nuestra historia personal, nuestras creencias, nuestros valores, en definitiva todo lo que nos hace ser irrepetibles.

Para hablar del sufrimiento tendríamos que empezar por reconocer que sabemos muy poco de él, Juan Pablo II en su encíclica sobre el dolor decía: *"El sentido del sufrimiento es un misterio, pues somos conscientes de la insuficiencia e inadecuación de nuestras explicaciones"*. Lo que sí sabemos es que está muy extendido por todo el mundo.

Cuentan que en la vida de Buda una madre acudió a él llevándole un niño muerto para que se lo curase. Y, oyendo sus gritos, los discípulos de Buda pensaban que esta mujer estaba loca pidiendo lo imposible; y se reían de ella. Pero Buda pensó que, si no podía resucitar al niño, podía al menos mitigar el dolor de aquella mujer ayudándola a entenderlo. Por eso le contestó que, para curar a su hijo, necesitaba unas semillas de mostaza, muy especiales, unas semillas que se hubieran recogido en una casa en la que en los tres últimos años no se hubiera sufrido algún dolor o padecido la muerte de un familiar. La mujer, al ver alimentada así su esperanza, se precipitó a la ciudad buscando esas milagrosas semillas. Comenzó a llamar a puertas y puertas; en unas había muerto un padre o un hermano; en otras alguien se había vuelto loco; en las de más allá había un viejo paralítico o un muchacho enfermo. Con lo que cayó la noche y

la pobre mujer volvió a Buda con las manos vacías... y con el corazón en paz: porque había descubierto que el dolor era algo que compartía con todos los humanos.

El sufrimiento, como afirmó Martín Descalzo, *"puede ser convertido por el hombre en vinagre o en vino generoso, lo terrible y lo maravilloso es que la opción depende de cada uno de nosotros"*.

El sufrimiento posee la extraña virtualidad de remitir al hombre precisamente a su condición de ser uno y único, y de serlo él solo, y suele tener un sabor amargo de injusticia e incomprensión, es una expresión de la soledad radical del ser humano.^[21]

Como señala José Luis Martín Descalzo, el sufrimiento es parte de nuestra condición humana, de nuestra naturaleza de criaturas; deuda de nuestra raza de seres atados al tiempo y a lo fugaz. Por eso no hay un hombre sin dolor.

El sufrimiento forma inevitablemente parte de la vida y vivir intensamente supone aceptar sufrir. Podríamos intentar evitar el sufrimiento embotándonos en conserva, rehusando comprometernos, pero en ello nos perderíamos la vida. Vivir en verdad es amar, y amar es arriesgarse, atreverse, a sabiendas que ese afecto comporta al mismo tiempo felicidad y sufrimiento.

Frankl señala que el sufrimiento y el proceso de morir ofrecen un significado potencial a la vida. La confrontación con esta realidad de la propia muerte es una situación límite por excelencia y posee la capacidad de provocar un cambio radical en la manera de vivir la persona en el mundo. Es el último acto en el que también podemos realizarnos.

Es cierto que nunca somos enteramente libres, pues las limitaciones sociales, biológicas y culturales nos constriñen, pero Frankl cree que no existe restricción que sea tan poderosa que pueda aniquilar nuestra libertad de adoptar una posición, para por lo menos, escoger qué actitud adoptamos ante el sufrimiento.

Se ha dicho, y creo que con acierto, que el sufrimiento es la primera gracia. En cierto modo el sufrimiento nos está señalando que algo no va bien.

La aparición del sufrimiento no es un bien, ni mucho menos, pero sí una buena señal. Theillard de Chardin llama abiertamente al dolor *"oscuro y repugnante"*, pero también habla de un *"dolor transformable"*.

Debemos interpretar bien el sufrimiento para poder penetrar en él, vivirlo sanamente y trascenderlo.

Es corriente^[22] que muchas personas crean que el sufrimiento será el síntoma temible unido a su enfermedad mortal, sin embargo no es frecuente que el momento de la muerte constituya una crisis de sufrimiento para el moribundo. En la mayoría de los casos, el sufrimiento cesa poco antes de que llegue el momento de la muerte.

Ejercicio de sensibilización: "Tus primeras experiencias de dolor".

Busca un lugar tranquilo, coge un papel y un bolígrafo y señala tus primeras experiencias de dolor. En qué consistían, con quien estabas, cómo te sentiste. Después señala cómo reaccionaste en cada situación. Y por último qué mensajes verbales o no verbales recibiste ante esas experiencias dolorosas para ti.

3

TIEMPO DE PREPARAR LA MUERTE

*“Vendrá de noche cuando todo duerma,
vendrá de noche cuando el alma enferma
se emboce en vida,
vendrá de noche con su paso quedo,
vendrá de noche y pasará su dedo
sobre la herida. (...)
Vendrá la noche que lo cubre todo
y espeja al cielo en el luciente lodo
que lo depura. (...)
Vendrá de noche sin hacer ruido
se apagará a lo lejos el ladrido,
vendrá la calma...
vendrá la noche...”.*

Miguel de Unamuno

“A subitanea et improvisa morte libera nos Domine”.

Creo que nadie pone ya en duda que la muerte es uno de los actos más importantes de la vida. Y además es el único hecho al cual estamos seguros que deberemos responder en algún momento. Morir es un acto personal e irrepetible. Nadie puede morir por otro, por suerte o por desgracia solamente morimos una vez. Aquí el ser humano es su protagonista y, ni él puede ignorarlo, ni otro puede privarle. Existe unanimidad en considerar el momento de la muerte como esencialmente crítico. Como afirmaba Freud,

frente a la persona que va a morir se reacciona de una manera especial, como ante alguien que tiene que realizar una tarea difícil.

Existen diferencias culturales a la hora de informar a una persona de una enfermedad incurable y de la proximidad de su muerte. En los países anglófonos (USA) hay una mayor tendencia a informar a los pacientes de su situación que en nuestro entorno cultural, donde se tiende a informar más a la familia que al paciente.

Soy de la opinión que en caso de duda sobre informar a una persona sobre un final más o menos próximo, debe considerarse prioritario el derecho del moribundo a conocer la verdad, dado que en su situación ésta requerirá decisiones de particular importancia. Por lo tanto, el conocimiento moralmente cierto de una muerte inevitable y próxima debe ser comunicada al enfermo, para que éste pueda realizarse también en el último acto de la vida.

Ningún humano debe ser privado del derecho que tiene a vivir su propia muerte. Evitaremos comunicar esta verdad sólo cuando nos consta que el otro es incapaz de soportarla. El derecho a la verdad desaparece, cuando sumerja al enfermo en la desesperación fatalista y en el anulamiento del ser personal, cuando la verdad sólo puede ser concebida como una condena a muerte sin razón y sin sentido. El deber de comunicar la verdad desaparece cuando sabemos con certeza que sólo podrá hacer daño.

Siempre resulta difícil y desagradable el dar una mala noticia. Debemos estar atentos a nuestras dificultades para no proyectarlas en el enfermo. Obviamente, es una mala noticia que el final de una persona está próximo.

El Dr. Buckman^[23] define las malas noticias como *"aquellas que modifican radical y negativamente la idea que el enfermo se hace de su porvenir"*.

He escuchado infinidad de veces en boca de los seres queridos del moribundo frases como *–"no le diga nada, porque no podría soportarlo"–*, *–"está muy bien porque no se entera de nada"–*. En realidad son ellos mismos, los seres queridos, a quienes les costaría mucho soportarlo.

Debemos tomar conciencia de que la decisión de no decir el diagnóstico de gravedad no hace desaparecer la enfermedad. Es ésta y no la desagradable experiencia de ser informado lo que va a consternar al enfermo.

En mi experiencia me he encontrado tanto entre profesionales sanitarios como público en general distintos argumentos tanto en el sentido de no informar, como en el de hacerlo.

Primeramente señalaré algunos de los argumentos que razonan los detractores de informar y, en segundo lugar los que se muestran más partidarios a comunicar la situación en la que se encuentra la persona.

No obstante pienso que deberíamos cambiar el paradigma "informar no informar", por otro que bien podría ser *"como puedo compartir con el enfermo esta información que*

sé”.

Estos son algunos argumentos que he escuchado que invitan a **no informar** al paciente de su situación:

- La idea de la muerte espanta y hace sufrir.
- Es una crueldad inútil y gratuita que se la deberíamos evitar.
- No permite la esperanza.
- Puede desmoralizar.
- Puede deprimir.
- No siempre el diagnóstico es exacto, y menos el pronóstico.
- Puede generar desesperación e ideas suicidas.
- Mirar de frente la propia muerte es un peso insostenible.
- En general el paciente no quiere saber ("como no pregunta...").

Frente a estos razonamientos he escuchado a lo largo de estos años otros puntos de vista que se mostraban **favorables a informar**. Estos son algunos de esos argumentos:

- Todas las personas tienen derecho a saber y a decidir libremente.
- La ambigüedad genera angustia.
- El engaño no genera confianza.
- La verdad libera.
- La verdad es el mejor antídoto del miedo.
- El silencio aísla al paciente.
- No es posible la autonomía sin información.
- Ayuda a compartir.
- Puede constituir una última etapa de crecimiento
- Se le quita la posibilidad de elaborar su propia angustia.
- Se le impide vivir como protagonista la última fase de su vida.
- Se pueden establecer diálogos significativos.
- Puede tomar decisiones de tipo religioso, financiero, interpersonal e intrapsíquico.
- Puede tener oportunidad de participar en los tratamientos médicos y en sus cuidados.
- Puede gestionar su final (últimas voluntades).
- Puede acabar proyectos.
- Arreglar asuntos pendientes (inconclusos).
- Puede despedirse y prepararse para la muerte. Si rehuimos decirle cuál es su situación al enfermo, estamos asumiendo la responsabilidad de su vida.

Si una persona no quiere saber nada, y niega su gravedad, está en su derecho, pero, si no le hablamos con la verdad le estaremos arrebatando el derecho a morir a su modo. Le estaremos quitando la oportunidad de poner en orden sus asuntos y de hacer cosas que siempre quiso hacer y que podrían servirle para prepararse para la muerte.

Muchas veces, es más angustiante no saber a ciencia cierta si nos estamos muriendo que la cruda realidad. Lo inevitable siempre sucede. El miedo va hasta donde lo inevitable sucede; a partir de ahí, pierde su sentido. Después de esto no debemos perder nuestra energía en él, y lo que nos queda es con qué actitud nos enfrentamos a aquello que resulta inevitable.

Resulta patético comprobar cómo en muchas ocasiones todo el mundo sabe que una determinada persona tiene un cáncer terminal, lo saben los familiares, los amigos, los conocidos, vecinos, el lechero, el del supermercado, todos excepto el protagonista. Debemos actuar para que estas situaciones, que considero injustas, no se produzcan.

1. Cómo informar al enfermo de su gravedad

Es posible que un enfermo ya sepa que se está muriendo y sólo recurra a ti para que se lo confirmes. Si no eres sincero dejará de tenerte confianza y no se sentirá en libertad de seguir compartiendo contigo sus pensamientos.

Que el enfermo no pregunte, no es igual a que no quiere saber. Debemos dar la posibilidad de preguntar –*¿quiere saber algo más?*–. Debemos ser muy cautelosos con este hecho, y analizarlo bien. Recuerdo un hombre ya mayor que no solía preguntar nada a los médicos. Un día que la conversación giró hacia ciertas incertidumbres sobre su sintomatología, le interrogué sobre si estas dudas se las preguntaba al médico. Su respuesta fue rápida y tajante –*"¿Cómo voy a hacerle perder el tiempo al Doctor, con la de cosas que tendrá que hacer?"*–.

También puede ocurrir que su silencio tenga que ver con que el enfermo puede pensar que cierto tipo de preguntas pueden ser comprometidas y no quiere poner en apuros a nadie, y se decida por callar. Por lo tanto, deberemos concluir, que el no preguntar no es sinónimo de que no quiere saber.

Si el enfermo te pregunta a ti sobre su situación, y tu le contestas honestamente aunque sin quitarle la esperanza, la comunicación estará abierta y podrán compartir más adelante pensamientos y sentimientos.

Es importante manejar lo que sabe el enfermo. Todos intuyen o saben algo, ya sea por la presencia de familiares que están lejos y sorprendentemente aparecen a visitarles, ya sea por cambios en los tratamientos. Una enferma en una ocasión me dijo, –*"lo mío debe ir mal ya que no me van a dar más tratamientos"*–. También pueden llegar a tener información por comentarios de familiares y amigos. Recuerdo como una amiga o conocida de una paciente que atendía le comentó un día: –*"La misma cara que se te está poniendo tenía fulanita antes de morir"*–. Otras muchas veces no hace falta que le digan nada ya que es el propio enfermo quien se da cuenta de su deterioro.

También el enfermo puede fingir no saberlo, en un intento de proteger a sus seres queridos. Como en el caso de Luis, un hombre de 50 años que se está muriendo de un cáncer de pulmón y, recientemente nos dijo con gran serenidad –*"a mi mujer hay que ir diciéndoselo poco a poco"*–.

Una vez que sabemos lo que sabe, deberemos averiguar qué quiere saber, mediante preguntas directas y en tono respetuoso, *¿quiere saber algo más?* Si su respuesta es negativa deberemos respetarla y mostrar nuestra disponibilidad en el futuro. Si en cambio es afirmativa, deberemos evitar la confrontación brusca, y tender hacia lo que ahora se llama *"verdad soportable"*.

Cada persona tiene que decidir cuanta verdad puede soportar.

Si el enfermo nos dice algo así como –*"creo que me voy a morir"*–, deberemos averiguar qué nos quiere decir con eso, *¿qué le hace pensar eso?*, puede ser una buena respuesta. Nunca olvidamos la escucha empática y la enorme importancia de la comunicación no verbal.

El lenguaje debe adecuarse a las características de cada paciente (edad, nivel cultural, capacidad de comprensión). Debe ser un lenguaje comprensible y soportable en su contenido, transmitiéndose de forma gradual y con tacto. Deberemos evitar lo mecánico y estereotipado. La comunicación deberá ser clara, simple (que no de lugar a la confusión) y continuada.

Informar a un paciente de un mal diagnóstico o pronóstico no es un único acto, sino más bien un proceso. No debemos olvidar que en una situación de estrés, la información que puede asimilar una persona no es completa, sino que queda muy reducida, por lo tanto los mensajes que se transmitan deberán ser breves. No es bueno dar mucha información un mismo día, ya que el paciente no captará toda y es posible que mezcle cosas y se confunda.

La información deberá ser siempre verdadera, no mentir nunca al paciente, ni afirmar algo que no se está seguro. Si no te sientes capaz de decirle la verdad, al menos no le engañes, busca el equilibrio entre no decir la verdad pero no engañar.

Un aspecto que me parece de gran importancia es el contexto ambiental en el que se le informa a los pacientes o/y seres queridos de la gravedad de la situación. Demasiadas veces se hace en un pasillo de un centro hospitalario, de mala manera, sin intimidad, expuesto a las miradas de otras gentes. Es importante preservar la privacidad y confidencialidad. Es bueno disponer de tiempo, sentarse al lado del enfermo o de la familia, aparecer relajado, sin prisas, sin aparentar temores, en un ambiente distendido.

Si nos encontramos con una familia que se niega a que se le informe al enfermo, deberemos preguntarnos el por qué de dicha actitud. En la mayoría de los casos lo que me he encontrado es un intento de proteger al enfermo, evitándole malestar y sufrimiento, o un temor muchas veces ilógico sobre la reacción del enfermo, como en el caso de Francisco, un hombre de 57 años que se está muriendo con un cáncer de laringe, y que su familia temía informarle por miedo de que al enterarse pudiera arrojar al tren que pasa muy cerquita de una huerta que tiene. Nada de sus temores han ocurrido, Francisco ha sido claramente informado de su situación, y se va preparando con gran serenidad a su final próximo.

Debemos advertir e instruir a los familiares y amigos del moribundo de que para él puede ser bueno y enriquecedor el prepararse para morir. Sabemos que la confrontación con la propia muerte es una situación límite por excelencia y posee la capacidad de provocar un cambio radical en la manera de vivir la persona en el mundo. Por lo tanto no debe extrañarnos comportamientos que no eran habituales en la persona. Recuerdo cómo

una mujer se extrañaba de lo cariñoso que se había vuelto su marido con ella los meses antes de morir.

Previamente deberemos advertir sobre las diversas etapas por las que previsiblemente puede pasar el enfermo, este tema lo abordaremos en otro apartado de este libro.

No olvidemos el prever las reacciones emocionales del enfermo, para ello podemos explorar cómo ha vivido otras situaciones de crisis a lo largo de la vida. Debemos resaltar la importancia de los seres queridos, fundamentalmente la familia, y por último mantener la esperanza en el enfermo. Esperanza de que está en buenas manos, que se hace médicamente todo lo que se puede, de que no va a ser abandonado. La esperanza de que ojalá pueda ver amanecer mil días más que le besen en la cara.

4

LA MUERTE INTEGRADA

“Que sea mi vida una lágrima con la que pueda participar del dolor de los afligidos y sonrisa que proclame el placer de mi vida”.

Khalil Gibrán en "Lágrimas y sonrisas"

Vida y muerte se entrelazan y hermanan entre sí; por eso han de ser pensadas conjuntamente.^[24] No podemos disociar la muerte de nuestra misma existencia personal y de la vida de las personas de nuestro entorno. Vida y muerte se tocan, se entrecruzan, se enlazan y conviven. La muerte es una característica inevitable y consustancial a la condición del ser humano. La muerte es el cese de la vida natural de la persona, el final de su existencia. La existencia encuadrada entre el nacer y el morir es el espacio natural, el campo de oportunidades para realizarse como persona. La vida y la muerte se sitúan dentro de ese marco.

Viktor Frankl considera que la muerte juega un papel importante que se relaciona estrechamente con el sentido de la vida. Lejos de quitarle sentido a la vida, la presencia de la muerte contribuye a que las personas se realicen y cumplan sus valores durante la vida. La muerte establece los límites temporales, el marco que engloba la vida. De alguna manera, al establecer una finitud, y crear una estructura temporal limitada, motiva a no aplazar las tareas existenciales de búsqueda de sentido. De esta manera la muerte representa una llamada, una alarma a realizarnos en plenitud ante lo que nos ofrece la vida, a vivenciar y estar abierto a la experiencia y aceptarla en lugar de detenerse y ponerse a la defensiva ante las posibilidades.

La muerte es el único hecho de nuestra vida que no tiene valor relativo, sino absoluto.

A mí entender, la muerte, la finitud de la existencia, constituye una dimensión fundamental de la condición humana.

La muerte nunca entrega del todo su secreto, y se sigue presentando como un enigma. El saber que me muero, y que los humanos se mueren es un signo de humanidad.^[25]

La muerte sigue siendo, se quiera o no tomar conciencia de ello, el gran escollo; la gran barrera insuperable que se topa cada existencia.

La muerte es irrefutable, le quita al hombre el ser. La muerte es muda y hace mudos, ha dicho alguien, el hombre se queda sin respuesta ante ella.

El morir es un asunto demasiado humano para ser relegado. Reconocer nuestra finitud es respetar el drama del vivir. Solo mirando la muerte sin velos, que puedan distorsionar nuestra percepción, llegamos a apropiarnos, en el sentido de que algo llegue a ser propio y personal.

Señalaba el Profesor Juan Luis Ruíz Peña^[26] que la pregunta sobre la muerte es en primer lugar la pregunta sobre el sentido de la vida. El hombre es un ser-para-la-muerte- la ya tópica descripción heideggeriana de la condición humana, –y lo es en un doble sentido: ante todo, en el sentido biológico– en lo cual no se distingue del resto de los seres vivos, todos los cuales llevan la muerte incrustada en su código genético; pero lo es también en un sentido propio, singular: en el sentido que Heidegger llamaría "existencial" u "ontológico". El hombre es ser para la muerte en tanto en cuanto que él, y sólo él, no sólo muere, sino que sabe que muere.

Siendo ser para la muerte en este doble sentido –el biológico y el existencial u ontológico–, la vida del hombre tendrá significación en la medida en que lo tenga su muerte. Y viceversa, una muerte sin sentido, una muerte insensata, contagiará retrospectivamente de su insensatez a la vida.

Vida y muerte son interdependientes, existen en forma simultánea; la muerte late continuamente bajo la membrana de la vida y ejerce una enorme influencia sobre la experiencia y la conducta. Estamos muriendo desde el nacimiento, el final está presente desde el principio. El poeta José Bergamín lo expresaba de la siguiente manera –“*Poco a poco/ lentamente/ me estoy muriendo/ de repente*”.

La muerte sombrea la vida, es su lado oculto, tan real como la cara oscura de una esfera iluminada, y está presente desde el principio.

La muerte hay que incorporarla a la vida^[27], como un elemento constitutivo de la misma. La muerte es un hecho de la vida, vivir es también morir. La muerte atañe a la vida. No son dos realidades que se excluyan mutuamente. La muerte es presencia ausente. La muerte está en todo momento ausente de mi vida y presente en mi conocimiento.

La muerte forma parte inseparable de la vida del ser humano. Incluso ha sido descrita

como ingrediente necesario del vivir de cada día, y no debe desestimarse su reflejo y fragmentada comunión en cada una de las pequeñas muertes parciales a las que nos enfrentamos. Por muerte parcial se entiende "toda nueva situación o acontecimiento que nos fuerza a dejar de ser de una manera, para tener que vivir o ser de otra nueva y aún desconocida". Es nuestra manera de afrontar estas pequeñas pérdidas o muertes parciales la que determinará en gran parte cómo nos enfrentamos a la gran Muerte final, que representa el final de toda vida. [\[28\]](#)

Respecto a la experiencia que tengo de mi propia muerte, es de forma indirecta, a través de la experiencia de la muerte ajena y por analogía puedo inferir cuál será la experiencia de mi propia muerte. Otra forma es a través de las muertes parciales que de continuo ocurren en mí y de las que tengo la vivencia consciente o inconsciente.

Con su vida el hombre prepara su último destino. La condición humana es contingencia, caducidad.

De la muerte surge el drama del ser humano. El hombre frente a la muerte no puede menos que plantearse la pregunta acerca del sentido de su existencia en el mundo.

La filosofía, la literatura, la sociología, la poesía, se interrogan acerca de un asunto tan fundamental e inevitable.

Sabemos que morimos y sabemos de nuestra constitutiva caducidad.

Morir es algo único, personal, incommunicable. A la luz de su observación, el hombre sacó una conclusión fundamental y es que es mortal, un ser vivo inexorablemente abocado a la muerte.

Reconocer la muerte no es caer en el pesimismo, sino ser coherentes con la condición humana de nuestra existencia.

La necesidad de humanizar la muerte reclama que el morir sea realmente reconocido, y exige una sana consciencia, como la otra vertiente del vivir, el otro lado de nuestra existencia y, reclama que no muramos antes de que llegue nuestra hora, pero también que no la veamos como enemigo siempre.

Nunca debemos olvidar que mientras la persona está viva, puede también descubrir la amistad, el amor y la solidaridad con los demás.

Debemos aprender, sobre todo, a encarar nuestro final en la vida, aprender a enfrentarnos sanamente con la muerte, con nuestra propia muerte.

Las personas que en su niñez más temprana no han sido estimuladas y ayudadas a ser personas individuales, con su identidad separada, posteriormente tienen dificultades para desprenderse, tienden a aferrarse. Abocados ante la muerte, se aferran a la vida, porque el morir es aceptar la última separación, traspasar la última barrera ante lo desconocido [\[29\]](#). La muerte cercana coloca a la persona delante de su propia vida, le sitúa a cada uno frente a lo esencial, confrontándole con el sentido de su historia personal.

El significado que descubrimos en nuestra vida difiere de persona a persona, incluso

puede variar en una misma persona según el momento y la situación.

Integrar la propia muerte significa vivir sabiéndose finito, reconociéndose limitado, significa estar dispuesto a morir cuando nos toque; significa que intentaré al menos vivir cada día como si fuese el último; significa la esperanza de tener mil días más para vivirlos.

Por todo ello sugiero que ningún humano debe ser privado del derecho que tiene a vivir su propia muerte.

Seguir el camino de la verdad y de la integridad significa que, no importa lo que haya ocurrido en mi vida, ni las circunstancias que han rodeado mis diferentes etapas, significa que mi vida ha tenido un sentido y un propósito.

La adaptación a la enfermedad grave, para que sea integrada, no ha de ser una aceptación pasiva o una sumisión a la enfermedad, sino una actitud flexible y equilibrada, que le permita al enfermo salvar sus propios valores y realizarse en la medida compatible con las limitaciones impuestas por la enfermedad, cambiando su modo de comportarse habitual sin por ello incurrir en crisis y disgregarse. Esta adaptación pasa a través de la toma de conciencia de la enfermedad y de sus consecuencias. Es un proceso a veces veloz e inmediato, a veces lento y gradual, en el que la realidad de la enfermedad no es rechazada o colocada "entre paréntesis" sino integrada como elemento que tiene, paradójicamente, un significado y un puesto en la dinámica de la vida. [\[30\]](#)

La actitud del enfermo dependerá de múltiples factores. Acaso la personalidad misma del enfermo sea la variable más significativa en la determinación de las reacciones psicológicas a la enfermedad. Otras variables que influirán en las reacciones psicológicas del enfermo frente a la enfermedad son el ambiente y las personas que le rodean.

1. Morir con dignidad

No hay un único modelo de actitud que proponer ante la muerte para que esta sea vivida de forma humana y digna.

Hoy se empieza a hablar de "*vivir la propia muerte*". Proponemos una muerte apropiada, distinta a la muerte eludida, negada, buscada o absurda.

D. J. Roy^[31] ha sintetizado las condiciones esenciales del **morir con dignidad** de la siguiente manera:

1. Morir sin el estrépito frenético de una tecnología puesta en juego para otorgar al moribundo algunas horas suplementarias de vida biológica.
2. Morir sin dolores atroces que monopolicen toda la energía y la conciencia del moribundo.
3. Morir en un entorno digno del ser humano y propio de lo que podría ser vivir su hora más hermosa.
4. Morir manteniendo con las personas cercanas contactos humanos sencillos y enriquecedores.
5. Morir como un acto consciente de quien es capaz de realizar el difícil *ars moriendi*.
6. Morir con los ojos abiertos, dando la cara valientemente y aceptando lo que llega.
7. Morir con un espíritu abierto, aceptando que muchos interrogantes que la vida ha abierto quedan sin respuesta.
8. Morir con el corazón abierto, es decir, con la preocupación del bienestar de los que quedan en vida.

5

ASUNTOS INCONCLUSOS

"No existe ninguna situación que no se pueda ennoblecer o por el actuar o por el soportar".

Goethe

La vida está llena de recuerdos, de sentimientos, acciones que nos atan a ella. Esos recuerdos algunas veces están formados por resentimientos, amarguras y deseos frustrados de toda una vida, todo aquello de lo que no estamos contentos.

En este apartado hablaremos de la importancia de las despedidas, tanto de las personas como de las cosas, o de sentimientos, o de experiencias vividas a las que nos hemos quedado atrapados, pegados.

Con frecuencia^[32] muchas personas llevan consigo heridas del pasado que aún supuran en sus corazones. Con el paso del tiempo llega un momento en que ya no se siente la supuración. Pero el efecto dañoso de la herida, si no ha curado persistirá.

Cualquier asunto inconcluso exige una resolución, que nos facilitará una muerte más ligera y saludable.

Suelo recordar a menudo la muerte de un hombre de 78 años, soltero, originario de un medio rural del pirineo, aunque vivió en la ciudad la mayor parte de su vida. Y suelo recordarlo no tanto por el atractivo que en mí ejercía la evocación del medio rural en donde vivió hasta su juventud, sino por su dolorosa incapacidad de separarse de una experiencia vivida durante la guerra civil española (1936-1939). Aquellas palabras repetidas incansablemente –"¿pero qué podía haber hecho yo?"–, llenas de amargura, y

con un tinte de culpabilidad, volvían de nuevo a su interior, una y otra vez, como dardos envenenados. Sus ojos clavados en los míos, pero sin verme, visionaban aquella escena en la guerra civil "*entrando a la bayoneta en Bilbao*", en la que él se veía a sí mismo con la bayoneta fuertemente agarrada y clavándola continuamente en cualquier cuerpo humano que se pusiera a su alcance. Esa especie de locura colectiva que no alcanzo a comprender, ni tan siquiera en los conflictos bélicos, en los que el olor a sangre y a sudor nublan la conciencia y el tiempo se detiene para dejar grabado a fuego, de manera imperecedera el espanto de la muerte provocada y absurda. Muchas veces me he preguntado qué horror se pudo grabar en su retina, que después de tanto tiempo no lograba arrancarse esa experiencia y pacificar su alma.

Durante algún tiempo me resultó más duro manejar mi propia frustración que escuchar aquel lamento –“¿pero qué podía haber hecho yo?”–.

Muchas veces los asuntos inconclusos se traducen en sentimientos expresados en forma incompleta. El resentimiento es el sentimiento no expresado más frecuente y significativo.

Terminar un asunto inconcluso significa liberar a la persona de la energía emocional no descargada.

Necesitamos perdonarnos a nosotros mismos. Cada vez que lo hacemos abrimos nuestro corazón. El autoperdón es un arte que vamos aprendiendo conforme nos vamos aceptando y amando.

Una buena técnica psicológica que nos puede ayudar a liberarnos es retornar a los acontecimientos que han producido esos sentimientos negativos para purificarlos de cualquier efecto dañoso que han producido en nosotros hasta el momento presente.

Es muy útil volver con la imaginación al acontecimiento una y otra vez, hasta lograr librarse de los sentimientos negativos que se habían producido en nuestro interior. Volver una y otra vez, hasta que seamos capaces de desprendernos de algo que nos produce daño, de perdonar a quien nos hizo sufrir, hasta poder mirar de frente a lo que en otro tiempo nos producía miedo..., hasta que seamos capaces de revivir el acontecimiento en paz. Incluso, quizás, con sentimiento de gozo y de gratitud.

Esta liberación debe ser en el presente, mediante sentimientos que aún están vivos, pero basados en viejas experiencias (*gestaltens*) no completadas. Cuando no actuamos en el presente, incrementamos la "inconclusión" y nuestro servilismo a la carga del pasado, señala Claudio Naranjo^[33].

El objetivo es que la persona pueda llevar una existencia plena, centrada en el presente, no cargada de figuras que pertenecen más a experiencias pasadas. Esto significa ser capaz de observar la realidad sin las distorsiones de las proyecciones, y tener una visión más exacta de sí mismo y de los otros, con mayor flexibilidad para contactar, actuar, crear, emocionarse, etc. Obviamente esto es aplicable a las personas con buena

salud, y también, cómo no, a quien se enfrenta a una muerte cercana.

La persona puede descubrir que al ceder ante los sentimientos que ha estado evitando, estos sufren una transformación; que al aceptarlos cambian, mientras que con su costumbre de rechazarlos sólo había conseguido perpetuarlos.

Despedirse, saber decir "adiós" es fundamental en el proceso de crecimiento que llamamos maduración^[34]. Renunciar, despedirse, completar lo inacabado, supone no ir dejando una serie de situaciones inconclusas, pendientes, que impiden la posibilidad de satisfacer nuevas necesidades. Lo contrario de despedirse es agarrarse, es una situación inconclusa que supone una continua interferencia que mantiene a la persona bloqueada e incapacitada para vivir plenamente su presente.

El perdón y el autoperdón son casos concretos de situaciones inconclusas que revisten una excepcional importancia en el proceso de maduración.

Negarse a perdonar a otros por el daño, real o imaginario, que nos han causado es un veneno que afecta nuestra salud –física, emocional y espiritual–.

Ejercicio de perdón^[35]

Busca un lugar tranquilo, donde sepas que no te molestaran, ni sonará un timbre o un teléfono que te interrumpirá.

En una hoja en blanco escribe los nombres de las personas que despiertan en ti cualquier resentimiento por pequeño que sea. Junto a cada nombre, escribe por qué estás resentido con esa persona. Después recorriendo la lista nombre a nombre, imagínate que algo bueno le sucede a cada una de esas personas, algo que tu sabes que les gustaría especialmente. Hazlo con tanta frecuencia hasta que sientas que estás libre de esos resentimientos respecto a esa persona. En algunos casos, sobre todo si te sentiste muy dolido por esa persona necesitarás muchas repeticiones antes de que tus sentimientos cambien. Quizás esto te parezca difícil, pero probablemente encuentres que se te va quitando un gran peso de encima. No olvides que estás haciendo este ejercicio por tu bienestar, y no por la persona con la que estás resentido.

La percepción no se contenta con asociar un conjunto de estímulos yuxtaponiéndolos unos a otros, sino que responde mediante una organización interpretativa de estos estímulos. Y depende de la manera concreta en que esos elementos (partes) se hallan relacionados, el resultado del conjunto será uno u otro.

El fondo es el campo perceptivo o contexto del que emerge una figura, y esta suele ser el foco de la atención.

Podemos entender esta figura emergente como una polaridad que tiene su otro extremo en un fondo. Este campo perceptivo organizado en figura-fondo se enriquece con la noción de "fuerzas" que emergen del fondo y avanzan hasta convertirse en figuras. Por lo tanto se trata de una energía dinámica en esta dialéctica figura-fondo. De tal manera que siempre estamos creando figuras que surgen de un fondo que una vez completadas o satisfechas vuelven a integrarse al fondo donde nuevamente surge otra figura que tiende a completarse.

Fritz Perls, por su parte, va a aplicar esta regla de la percepción visual a la totalidad de la experiencia interna y será una valiosa fuente de inspiración para entender los comportamientos humanos.

“La cualidad más importante e interesante de una gestalt, señala Perls, es su dinámica, la necesidad imperiosa que una gestalt tiene de cerrarse y completarse. Todos los días experimentamos esta dinámica. Tal vez el mejor nombre que se puede dar a una gestalt incompleta es llamarla sencillamente –situación inconclusa–”. [\[36\]](#)

En efecto, una forma (gestalt) cerrada es una forma fuerte y buena, mientras que una forma abierta tiende siempre a completarse a si misma como una forma completada, ganando en estabilidad.

Cuando la dialéctica figura-fondo se interrumpe, el individuo se estanca: la situación inmediata deja de estar en armonía con el contexto de las propias necesidades. Podemos decir en palabras de E. y M. Polster, que se ha malogrado el impulso que cada persona tiene a completar su experiencia. Sería una figura que emergió del fondo, que no pudo completarse y que vuelve de rechazo a sumergirse en el fondo. Esto es lo que llamamos una gestalt inconclusa y por lo tanto un estancamiento del propio fluir de la experiencia

En general estas figuras que no emergen coinciden con sentimientos negativos que no nos permitimos sentir y de esta manera perpetuamos la gestalt inconclusa. Nuestra personalidad posee agujeros, vacíos existenciales, que evitamos deliberadamente porque crean vulnerabilidad en nuestro interior al cuestionarnos la opinión que tenemos de nosotros mismos. Son sentimientos desagradables desconectados de la consciencia, resultado de cuando en el pasado no logramos satisfacer nuestros deseos vitales (cariño, aceptación, etc.). Dichos agujeros forman una gestalt inacabada, un ciclo vital que no ha sido completado, que frena el desarrollo de la persona. Estos impulsos desconectados siguen habitando en nosotros, de forma inconsciente, puesto que no los hemos expresado. Sólo al integrarlos, descargarán toda la tensión que encierran.

Las personas a punto de morir desarrollan un convencimiento de que necesitan estar en paz. A medida que se acerca la muerte, el moribundo se percata con relativa frecuencia de que algunas cosas están inacabadas o incompletas.

Hay personas que necesitan algo para una muerte tranquila. Algunos se percatan de

que necesitan de una reconciliación. Otros necesitan de unas circunstancias particulares para morir en paz, como elegir el momento de su muerte o la presencia de una persona determinada. Otros necesitan expresar (concluir) unos sentimientos profundos y tal vez reprimidos durante años.

Comprender que hay que solucionar estos asuntos, tal vez nos permita asistir mejor a los moribundos.

Recuerdo como un hombre de cuarenta y pocos años quiso conocer a un hijo biológico, ya adolescente, que jamás había visto ni reconocido su paternidad.

La persona sana es aquella que desarrolla sin trabas un proceso sucesivo de creación y destrucción de *gestaltens*, es decir, que completa cada experiencia en forma significativa, de forma que queda libre respecto a la experiencia siguiente y por tanto puede tener contacto con el "aquí y ahora" sin interferencia de anteriores gestales inacabadas.

En general la terminación de una situación inconclusa se realiza a través de la incorporación de algún elemento del fondo a la figura, o bien a través de un proceso lento de estructuración de darse cuenta (*awareness*), o mediante un proceso de estructuración repentina (*insight*).

Tomar conciencia de todo lo que está pasando en el interior de uno mismo, sin intentar controlarlo nos posibilita podernos integrar. Mantenerse consciente, señalábamos en un apartado anterior, aunque la experiencia sea agradable o desagradable, es el camino para el crecimiento y la maduración personal.

El crecimiento, por tanto, depende de que se renueven y dinamicen las posibilidades de contacto entre polaridades, primero viviendo plenamente cada polaridad, no retrayéndola al fondo si antes no se ha completado como figura. Segundo, facilitándole el contacto con su opuesta.

Éste es el camino hacia la integración, hacia la síntesis, hacia la terminación de una *gestalt* inacabada.

De esta manera, podemos afirmar que hacia un mismo objeto pueden surgir emociones, aparentemente dicotómicas, pero que no son incompatibles. Así, en la medida que emerjan, equilibra la vivencia de los sentimientos positivos y negativos, sin que unos anulen a los otros.

El buen fluir de estos opuestos señala el ritmo de satisfacción de las necesidades de la persona con su entorno. Si esta fluidez no se da nos encontramos con conductas desorganizadas e ineficaces como quien no puede concentrarse, o personas con fijaciones que se pegan a sus ideas o a otras personas, y por ejemplo no saben despedirse incluso cuando la energía del encuentro ya ha desaparecido.

6

EL MODELO FÁSICO DEL MORIR SEGÚN LA DOCTORA ELISABETH KÜBLER-ROSS Y LA RELACIÓN DE AYUDA

“Un hombre rico pidió a Sengai que escribiera algo para la prosperidad continua de su familia, de manera que pudiera atesorarse de generación en generación.

Sengai cogió una gran hoja de papel y escribió:

El padre muere, el hijo muere, el nieto muere.

El rico se encolerizó. ¡Te he pedido que escribas algo para la felicidad de mi familia! ¿Por qué te lo tomas a broma?

No bromeo, explicó Sengai. Si antes de que mueras muriera tu hijo, te apenarías mucho.

Si tu nieto perece antes que su hijo, a los dos se os romperá el corazón. Si tu familia, generación tras generación, desaparece en el orden que te he dicho, seguirá el curso natural de la vida. A eso llamo yo la verdadera prosperidad”.

Enseñanza Sufi

Elisabeth Kübler-Ross es una médica suiza afincada en los Estados Unidos de Norteamérica que, en su trabajo durante muchos años junto a un gran número de moribundos, observó un proceso por el que casi todos pasaban al estar ante la muerte.

Aunque es cierto que las necesidades y deseos, cuando nos enfrentamos a la muerte, varían enormemente de una persona a otra en función de las características de su personalidad, de sus vivencias, de sus situaciones sociales, económicas y familiares, en su famoso trabajo "*On death and dying*"^[37], la Dra. Kübler-Ross afirma que se dan cinco etapas en el moribundo: negación del hecho de la muerte, ira, negociación, depresión y aceptación. Estas fases son un proceso, y no secuencias o etapas fijas. De tal manera que no se produce un corte claro entre una y otra fase, y existen fluctuaciones entre ellas. El libro llamó entonces poderosamente la atención, por cuanto rompía un tabú y describía de forma abierta el proceso de la muerte. Posteriormente Elisabeth Kübler-Ross escribió toda una serie de libros y artículos y se dio a conocer en el mundo entero por sus conferencias y talleres.

En este apartado vamos a tratar estas etapas desde una perspectiva de la relación de ayuda, entendiendo esta como una relación que posibilita el crecimiento personal y, que hace referencia a ser cada vez más uno mismo, tomando más conciencia de lo que somos, de lo que queremos y de lo que podemos llegar a ser.

La relación de ayuda estimula el crecimiento personal, esto es que anima a utilizar los propios recursos y actualizar su potencial más allá de lo que están haciendo. Por lo tanto la relación de ayuda posibilita:

- Tomar más conciencia de uno mismo.
- Estimula el crecimiento personal.
- Anima a utilizar sus propios recursos.
- Actualiza el potencial de la persona.

La relación entre actitudes y conducta es compleja; al enfrentarse con la enfermedad y la muerte la conducta de las personas varía enormemente^[38]. La forma en que los sentimientos influyen en nuestro comportamiento variará de acuerdo con nuestras personalidades y creencias. Podemos ser irritables y bruscos con la persona que cuida de nosotros o podemos expresar estos sentimientos a través del llanto. Estas constituyen sólo dos formas posibles de reaccionar, hay muchas otras.

La actitud del enfermo depende de múltiples factores, señala Sandrin Brusco^[39]. Acaso la personalidad misma del enfermo sea la variable más significativa en la determinación de las reacciones psicológicas a la enfermedad.

Pero el individuo interactúa de continuo con el ambiente, y con las personas que le rodean. Por eso el ambiente personal del paciente y, la persona del sanitario son variables significativas, junto con la personalidad, para establecer la actitud del enfermo frente a la enfermedad y sus reacciones psicológicas.

A continuación haré una descripción de las distintas etapas y como podemos mantener

una autentica relación de ayuda. No debemos olvidar que no todos transitan por todas las etapas, que algunos saltan de una a otra y otros van y vienen por todas ellas. No debemos olvidar que una persona puede morir con dignidad aun cuando nunca llegue a aceptar la muerte.

1. Negación

La negación^[40] es un mecanismo de defensa frente a la angustia que permite al sujeto vivir como si la muerte, aun cuando ya está cercana, no tuviese nada que ver con él.

En esta etapa^[41], el paciente trata de vivir una vida totalmente normal y evita cualquier discusión sobre su diagnóstico, y aun el pensamiento de una posible muerte.

Aparece al inicio de una enfermedad grave que amenaza la vida y a menudo reaparece muchas veces. Tiene una importante función protectora, y como tal hay que respetarla, pero sin alentarla, ya que una vez superada esta etapa, si hemos actuado alentando esa negación, es muy probable que el enfermo pierda la confianza en nosotros, por haberse sentido engañado. Por lo tanto debemos respetarla, pero no reforzarla con expresiones que nieguen la evidencia de un final próximo.

Hay pacientes que necesitan desesperadamente negar la enfermedad. Lo mejor que podemos hacer por ellos es aceptar esta necesidad y permitirles la negación sin que esto les haga sentirse culpables o indignos, evitando así mismo tacharlos, consciente o inconscientemente, de "poco valientes". Se han servido de la negación a lo largo de toda su vida y no tienen por qué querer abandonarla ahora en la fase final. Para ellos morir dignamente, significa mantener esa negación. Es un periodo de rechazo de la realidad que están viviendo. Es el momento en que el enfermo necesita ser escuchado y aceptado, incluso en sus negaciones, sin pretender imponerle la amarga verdad. Está en nosotros permitirles vivir a fondo sus expectativas y necesidades. Ha de hacerse a su manera.

No mienta, si cree conveniente no diga la verdad, pero no mienta jamás, ya que ello le convierte en un cómplice de la negación y aunque la mentira pueda resultar momentáneamente reconfortante, es posible que la persona salga de este estadio y ya no tendrá confianza para hablar de aquello que realmente le preocupa.

Por ejemplo, si alguien nos habla de un viaje que hará el próximo verano, sabiendo nosotros que es muy poco probable que pueda llegar a esa fecha, deberemos respetar esa negación implícita en el viaje, y por lo tanto no deberemos enfrentarle con la cruda realidad, pero tampoco deberemos alentar esa negación con expresiones que refuercen ese viaje que nunca llegará. Deberemos buscar el equilibrio entre respetar la negación y no reforzar. Podríamos responder con algo así como *"sería estupendo que pudieras hacer ese viaje"*, *"me imagino que te hace mucha ilusión"*.

Por lo tanto la negación consiste fundamentalmente en rehusar el aceptar la realidad y deriva de la conmoción que supone todo este proceso. Cuando recibimos una noticia muy dolorosa y difícil de asimilar, utilizamos la negación como una forma de protección, para lograr un tiempo durante el cual adaptarnos a una triste y dura realidad.

Una mujer me refirió cómo su marido estando en la sala de espera de radiología para unas sesiones de radioterapia paliativa, le comentó, –*“todos estos que están aquí deben tener cáncer”*. Le explique a aquella mujer como su marido necesitaba un tiempo para asimilar que él también tenía cáncer y de momento debía negar esa evidencia.

Debemos intentar ver, reconocer el deseo o la necesidad que hay detrás de todo ello. No olvides que algunas personas mueren negándolo, y es una manera tan digna como cualquier otra.

Para muchas personas, que están en contacto con un moribundo, ya sea por su profesión o por lazos de amistad y afecto les resulta muy difícil hablar de la realidad de la muerte, con lo que de manera inconsciente refuerzan el rechazo del moribundo. Deberemos analizar si la negación es nuestra o del moribundo.

También existe un tipo de negación que no es adaptativa, y que incluso puede perjudicar y poner en peligro la calidad de vida del enfermo. Irantzu era una mujer de cuarenta y pocos años, que en su negación no aceptó los tratamientos que le propusieron, y después fue demasiado tarde, y su cáncer ya estaba muy extendido. Durante ese periodo de negación se mostraba como si nada estuviera ocurriendo, cualquier manifestación física de su enfermedad la minimizaba o la transformaba en pequeñeces banales.

2. Rabia

A la fase de no querer admitir la realidad sigue con frecuencia una fase de irritación, de agresividad, de ira. El paciente se torna agresivo, rebelde y difícil^[42], todo le molesta y se enfada fácilmente.

En general esta rabia la suelen dirigir contra aquellos que están más cerca, es decir, la familia y sus seres queridos, aunque tampoco estamos libres de ser objeto de ella cualquier persona que por nuestra profesión entremos en relación con estos enfermos. He sido testigo de auténticas barbaridades en la expresión de estos enfermos hacia familiares abnegados que pasan días y noches al lado de su ser querido, y que en ocasiones no reciben más que despropósitos y malos modos.

Pero debajo de la cólera, que muchos moribundos manifiestan, laten la desesperación y el desamparo más que el propósito de molestar a los demás. Lo que el enfermo va a necesitar es comprensión también en su rabia, por lo tanto no debemos contestar con críticas ofensivas, ni con amenazas.

Es más que probable que el alivio que le acarreará poder ventilar la ira le facilitará llegar a una mayor aceptación de lo que le está sucediendo. Cierta nivel de cólera y resentimiento es normal teniendo en cuenta la gran tensión que impone la enfermedad.

La irritabilidad relacionada con una enfermedad terminal tiene numerosas causas posibles. La principal de ellas, señalan Callanan y Kelley^[43], arranca de las pérdidas que los enfermos experimentan mientras se enfrentan con la muerte. Identificar esas emociones no siempre resulta fácil, pero el intentar comprenderlas hace más sencillo responder de forma provechosa a la irritabilidad.

En los enfermos terminales, las raíces de la irritación son con frecuencia la frustración, el resentimiento o el miedo.

La **frustración** puede deberse a la impotencia que sienten por haber perdido el control de las cosas y depender para todo de los demás.

Conocí a un hombre de 62 años, soltero, con buena posición económica, que había trabajado en la madera (cortando árboles) de emigrante en Canadá durante más de veinte años. Alto, más de 1'90 metros, de complexión fuerte, con más de 100 kg., independiente, siempre había vivido sólo, sin tener que dar cuentas a nadie de lo que hacía o dejaba de hacer. Regresó del Canadá aquejado de un cáncer extremadamente agresivo, fue perdiendo peso y fuerzas de un día para otro. Recuerdo que el hecho de depender de otros, de necesitar ayuda para todo, incluso para las necesidades más elementales le creaban una gran agresividad que no podía contener, debemos intentar comprender su desesperación y malestar, sin polemizar con ellos.

La ira puede también resultar del **resentimiento** surgido de ver cómo sigue adelante la vida de los otros, con el futuro lleno de oportunidades que se les niega a ellos que se están muriendo.

Recuerdo a un hombre de 60 años, que un lunes, cuando entré a saludarlo, después del fin de semana sin verlo, me recibió espetándome a la cara con mucha rabia –“*ya habrás comido este fin de semana buenos bocadillos*”–.

El **miedo** a la incertidumbre del más allá, o de cómo es el morir, ¿dolerá?, también puede ser la causa de la irritabilidad.

Habría que estar atentos por si pudiera existir algún síntoma molesto como es el dolor, que pudiera ser la causa del disgusto y malestar del enfermo. Muchos enfermos piensan respecto al dolor que cierto grado es inevitable y que por lo tanto deben soportarlo, o bien pueden pensar que lo deben padecer porque así se sienten que purgan por algo que han hecho a lo largo de la vida. En cualquier caso debemos mostrarle^[44] nuestra opinión de que el dolor no nos hace mejores y además nos puede impedir una correcta forma de pensar e incluso alterar nuestra relación con el otro.

En ocasiones la ira aparece camuflada. Aparece como un sentimiento frecuentemente oculto, ya que pocos hemos aprendido a expresarla abiertamente, porque más bien nos han enseñado desde pequeños a reprimirla. A veces las personas no la expresan porque temen lastimar al otro. Sin embargo, todos experimentamos a lo largo de nuestras vidas sentimientos de rabia, por lo tanto se trata de algo normal y consustancial al ser humano, debemos aprender a encauzarla correctamente. No podemos razonar con claridad desde el dolor y la rabia retenidos en nuestro interior. La ira no expresada puede convertirse en resentimiento, irritabilidad y depresión, e incluso llevarnos a explotar contra todo. A veces, decía, aparece camuflada en conductas de cierto negativismo como por ejemplo no atender las prescripciones médicas, o en conductas pasivo-agresivas como silencios prolongados, etc.

Es importante no sedar a estos pacientes que se muestran rabiosos, sino más bien permitirles ventilar y exteriorizar su ira, su rabia. Es imprescindible advertir a los familiares más cercanos que las reacciones de indiferencia y agresividad, de las que son víctimas, no quieren y no deben ofenderles. Estaría fuera de lugar ofenderse y sentirse culpables, porque no están motivadas por su comportamiento. Pertenecen a una etapa del proceso, como natural expresión del disgusto que experimenta el enfermo.

Recuerda que la gente puede morir con dignidad sin haber dejado de sentir ira ni un solo momento. ¿Permitimos realmente que mueran a su modo?

3. Negociación

Es una especie de regateo, en el que el paciente parece tranquilo. El paciente trata de conseguir una especie de aplazamiento de la muerte mediante una negociación con una estancia superior (Dios). Es el momento del *"si me curo..."*, *"si viviera dos años más, prometo que..."*. A veces esa prórroga deseada tiene que ver con alguna fecha concreta, referida a algún acontecimiento (*"hasta la boda de mi hija"*, o *"hasta mi cumpleaños..."*).

Esta fase se caracteriza por los pactos que el enfermo contrae con el fin de poder retrasar los hechos, mediante promesas diversas.

Detrás de esa negociación, se puede esconder una mentalidad mágica y supersticiosa, parecida a la que tienen los niños cuando piensan que hoy dormirán bien porque no han comido golosinas, o cuando quieren posponer el irse a la cama con un beso más, un cuento más, agua, hasta te pueden pedir un bocadillo de lentejas con tal de prolongar unos minutos el dormirse.

Los adultos también, a veces tratamos de posponer lo inevitable mediante promesas y compromisos.

La mayor parte de estos acuerdos o negociaciones pasan inadvertidos; por lo general esos acuerdos permanecen secretos; o a lo sumo son los capellanes los posibles observadores de esta fase. No obstante si un moribundo plantea este tema debemos escucharle con respeto y aceptación.

4. Depresión

Se trata de una depresión preparatoria ante el fin de la propia vida. Durante esta etapa el enfermo necesita tiempo y espacio para estar a solas consigo mismo y prepararse emocionalmente.

El paciente reconoce que ya no se puede forjar ningún nuevo aplazamiento y que le llega imparable la separación de todo lo que le es querido y conocido.

Es probablemente la fase más emotiva de todo el proceso, en ella el moribundo siente el dolor de la separación definitiva. Este dolor de los moribundos es el mismo que tiene cualquier persona ante aquello que ha perdido, pero en ellos coinciden dos aspectos: por un lado el dolor por lo que ya no va a volver, por las oportunidades o decisiones que tomaron en la vida, y por otro lado las pérdidas que implica la propia enfermedad (la salud, el empleo, la independencia, etc.)

Es el momento de resolver asuntos pendientes, y también el de la expresión de emociones y de despedidas. En esta fase muchos enfermos desean y necesitan hablar. Hablar de la muerte, de su final próximo. Un hablar que a veces es de forma simbólica, como aquel padre que se despedía de su hija diciéndole –*"hija, aquel cuadro que pinté y está en el salón, cógelo y llévatelo a casa"*–. Muchas veces, se me hacen demasiadas, los enfermos no encuentran respuesta. Sienten compasión por el ser querido y guardan para sí mismos lo que hubieran querido compartir con otros seres humanos.

La fase de depresión representa también para el moribundo un camino para prepararse a la pérdida inminente de todas las cosas que le son queridas y para aceptar internamente su propio destino. Es el momento de decir "adiós". No dejar nada en el tintero. Estar *"ligero de equipaje"*, como decía Antonio Machado en estos bonitos versos,

*"Y cuando llegue el día del último viaje,
y esté al partir la nave que nunca ha de tornar,
me encontraréis a bordo, ligero de equipaje,
casi desnudo como los hijos de la mar".*

Debemos evitar que la muerte de un ser querido trunque asuntos y deje cosas sin resolver. Cuando no tenemos la posibilidad de despedirnos, o cuando no hemos sido capaces de decirle –*"te quiero"*–, o cuando nos quedamos llenos de rabia, de dolor, de remordimientos y culpa, entonces nos sentimos mal, y algo se queda enquistado en nuestro interior, y es difícil desprenderse de eso. Como aquella mujer con sus tres hijas de entre 20 y 28 años, que lloraban desconsoladas ante la proximidad de la muerte de su marido y padre, y buscaban consuelo sin conseguirlo en –*"por lo menos hemos hecho lo que queríamos de no decirle nada"*–, y les costaba hasta entrar en la habitación de su ser querido que estaba agonizando.

Para los seres queridos como para el personal sanitario, resulta difícil permitir esta etapa, y luchan con todos los medios contra la misma y procuran animar al paciente. Es importante que los seres queridos como el personal asistencial, sepan que tales fases de depresión son inevitables y que en el fondo ayudan al moribundo a prepararse para la propia muerte.

Lo mejor que podemos hacer con alguien en esta fase es escucharle y facilitarle el permiso que necesita, por emotivas que sean las despedidas.

Muchos pacientes en esta etapa final tienen la necesidad de la cercanía tranquilizadora de otro ser humano. Y, por otro lado, la necesidad de un espacio psicológico para elaborar la síntesis definitiva de su propia vida, despedirse, ir arrancando una tras otra las mil raíces que nos ligan a la existencia terrena. En ocasiones esto toma la forma de depresión. Una depresión que se sucede a la cólera. Se trata de una depresión preparatoria, y en cuanto tal debe ser aceptada. El enfermo, fundamentalmente debe ser escuchado, muy frecuentemente sin rebatir apreciaciones que, por otra parte, no tiene rebatimiento posible. El moribundo se va adaptando a esa realidad ineludible que es la muerte.

En este momento, el enfermo arregla sus asuntos y toma sus distancias respecto al mundo y a sí mismo. Es la hora del desprendimiento.

Es importante distinguir si se trata de una fase adaptativa y, en cuanto tal, hay que aceptarla e incluso estimularla o si, por el contrario, es un síntoma y, por lo tanto, habrá que atenderlo con todos los medios terapéuticos a nuestro alcance, incluido el farmacológico.

Si se trata de una depresión sintomática es importante, para manejarla, que el moribundo conserve cierto control sobre su vida. A veces, la depresión es el resultado de no expresar lo que sentimos, por lo tanto es conveniente animarle al moribundo a que exprese lo que siente, ya sea su tristeza o lo que fuera.

5. Aceptación

El enfermo se suele mantener callado, en paz, ni deprimido ni enrabietado. La doctora Kübler-Ross la describe como *"el periodo que se puede contemplar el próximo fin con cierto grado de silenciosa espera"*. Este periodo puede estar casi desprovisto de emociones y puede resultar muy doloroso para los seres queridos, ya que el enfermo no les muestra ningún interés ni a ellos, ni a nada de lo que durante la vida le ha atraído.

Recuerdo una mujer que se quejaba con dolor de que su marido moribundo no le dijera nada. Él se estaba ya desprendiendo de la vida, y para que esta separación no fuera tan dolorosa, ¡había perdido el interés por lo que la vida le ofrecía!

Ella insistía hablándole sobre cosas que en otro tiempo le habían interesado, pero ahora no solamente no mostraba interés, sino que incluso parecía molestarle. No quería nada, no necesitaba nada, tan sólo que la vida abandonara su cuerpo.

Recuerdo también otro hombre soltero, que adquirió durante más de 15 o 20 días, hasta que murió, una posición fetal, cubriéndose hasta la barbilla con las sábanas y la persiana bajada, para que no entrara ni la luz, tan sólo respondía si le preguntabas alguna cosa o si necesitaba algo. El apoyo familiar fue bueno y continuo, y así murió este hombre, tapado hasta la barbilla y sin desprender ninguna palabra de su boca.

La paz de la aceptación de la muerte puede resultar consoladora, pero con la aceptación llega el desprendimiento, el apartarse de los demás. Esto, como ya hemos dicho, puede resultar muy penoso para los que quedan. Los seres queridos necesitarán, en estos momentos, ayuda y comprensión.

La aceptación supone una especie de regresión a formas de existencia más egocéntricas. El desinterés es cada vez mayor, y resulta difícil para los familiares reaccionar adecuadamente ante un ser querido que cada vez más patentemente deja de compartir las preocupaciones e intereses de los que le aman. La familia debe tomar conciencia de que tal pérdida de interés es la suelta de amarras con la que comienza el gran viaje.

El enfermo para no temer la muerte necesita ser indiferente a la vida. Es fundamental hacer comprender el sentido psicológico de este desasimiento del enfermo a su familia, ayudando con ello al mantenimiento de una comunicación que no por silenciosa deja de ser significativa y de gran valor afectivo, sobre todo en esos instantes finales de la existencia en el que el moribundo entra en un estado de conciencia que no permite comunicarse verbalmente.

Es muy útil a los familiares y seres queridos que sean conocedores de estas etapas, deberemos advertirles e instruirles sobre lo que presumiblemente irá atravesando el enfermo y la forma más adecuada de relacionarse con ellos.

La adaptación, para que sea positiva, no ha de ser una aceptación pasiva o una sumisión a la enfermedad, sino una actitud flexible y equilibrada, que le permita al enfermo mantener sus propios valores y realizarse en la medida compatible con las limitaciones impuestas por la enfermedad, cambiando su modo de comportarse habitual sin por ello incurrir en crisis. Es un proceso a veces veloz e inmediato, a veces lento y gradual, en el que la realidad de la enfermedad no es rechazada, sino integrada como elemento que tiene, paradójicamente, un significado y un puesto en la dinámica de la vida.

No hay que confundir la aceptación con la resignación. La resignación es una actitud pasiva (no hay más salida que darnos por vencidos). La resignación es autocompasión, es admitir que somos impotentes, mientras que la aceptación es un acto positivo –*"elijo soltar las riendas"*–.

Cada persona tiene su forma específica de adaptación y se acerca a la muerte de una manera individual y única.

Existe también otra forma de aceptación, en la que el enfermo conoce y habla abiertamente de su situación, y de la proximidad de la muerte, pero encuentran en cada día, una forma ilusionante de disfrutar. En esta forma no pierden el interés por nada, sino muy al contrario disfrutan de cada momento y de pequeñas cosas como si se tratara de un gran regalo. Recuerdo un hombre que me comentaba del placer que sentía al percibir el color verde de los árboles, o aquel otro que a pesar de su carácter tímido e introvertido hablaba con serenidad de aspectos que en otro tiempo le habían causado dolor.

No trate de ayudar a nadie que esté en la fase de negación, rabia o depresión con el fin de lograr la aceptación, que la mayor parte de la gente ve como la forma "correcta" de enfrentarse a la muerte. No debemos olvidar que no existe nada correcto, ni equivocado.

Intente no dar consejos ni buscar soluciones. Escuche. Acepte. Esto es lo difícil.

Debemos advertir e instruir a los familiares y amigos del enfermo moribundo, que para él puede ser bueno y enriquecedor hablar de la proximidad de la muerte, no sin antes conocer el proceso por el que presumiblemente irá atravesando el enfermo.

Todo este proceso puede resultar duro y exigente, tanto para el protagonista como para quién lo vive de cerca. Y sin embargo, es una nueva y última oportunidad de seguir madurando en el ciclo de la vida.

Nada tranquiliza tanto en estos momentos difíciles como el diálogo confiado y abierto. Nada agrava tanto el dolor y la ansiedad como la soledad, la sensación de abandono y la imposibilidad de expresar el final de la vida a las personas que aman.

6. El enfermo inconsciente o en pre-coma

Conforme se acerca el final de la vida, muchos pacientes parecen entrar en un estado de inconsciencia o semi-inconsciencia, en el que la comunicación verbal es casi imposible.

Esta fase a la que llamaré **pre-coma** nos va anunciando que el momento de la muerte está cerca. Aunque resulta difícil predecir el momento justo en que va a suceder, existen indicios de que es probable que ocurra al cabo de unas horas o de pocos días.

Son muchas las cosas que se pueden hacer con un enfermo en esta situación, y que influirá en la calidad de su muerte. Siempre y cuando los síntomas más molestos se traten bien y se tenga en cuenta los aspectos psicológicos y emocionales del enfermo, la muerte puede resultar tranquila.

Es importante seguir hablándole al enfermo. Parece ser que aunque hayan perdido la conciencia o estén demasiado débiles para hablar, pueden escuchar. El sentido del oído es el último que se extingue, es probable que sientan y capten nuestra presencia de alguna manera. Es muy importante manejarle delicadamente, como si se tratase de un paciente consciente, explicándole las cosas que se le van a hacer (lavados, pinchazos, sondas, etc.), obviamente sin esperar respuesta por su parte.

Dar soporte emocional al enfermo en esta fase se traduce en hablarle de cosas cotidianas, indicándole que todo está bajo control, qué no está solo, informándole de quién está con él, informándole de la hora del día, etc., ya que ello puede contribuir en dar paz a su mente.

Aunque la comunicación verbal ya no es posible, todavía nos podemos comunicar con el enfermo a través del tacto (cogerle la mano), el contacto corporal se hace fundamental.

Es importante seguir tratándole con educación y cortesía, como si se tratase de un paciente consciente. Es una forma de respetar su dignidad, y no solo ayuda a la familia sino también le sirve de recuerdo al equipo que le atiende de que está cuidando a una persona.

Evitar algunas conversaciones delante del enfermo, tratarle siempre como si pudiera escuchar. Hable y diga aquello que solo lo haría si el paciente estuviera escuchándole.

Los cuidados físicos siguen siendo también imprescindibles en esta fase, y contribuyen enormemente en el bienestar del enfermo (limpiarle la boca con una esponja húmeda y humedecerle los labios, etc.).

La familia y seres queridos siguen jugando un papel fundamental, por ello es conveniente asegurar privacidad al familiar con el paciente. Aún en las etapas finales puede haber cosas importantes que los miembros de la familia necesitan decir al enfermo aunque este sea incapaz de demostrar una respuesta.

Permitir la expresión de emociones, las despedidas, hacerles saber que es posible que escuchen es fundamental para un buen soporte emocional.

Quitar temores a la familia, sobre todo aquellos irracionales o ilógicos que suelen referirse a la forma de morir, y que después de tanto cansancio y tensión emocional, pueden aparecer. Darles seguridad a la familia de que el enfermo no sufre, y que le sigan hablando. No restringir visitas. Permitir la presencia de los niños.

Informar a los familiares de que el fallecimiento puede estar cercano.

Hacer saber de la importancia afectiva de la presencia de una o dos personas claves en la vida del enfermo.

Reforzar a los familiares en la labor tan importante que están realizando.

Muchos familiares están preocupados cuando el paciente es incapaz de comer o de beber. Puede serles de ayuda una explicación del motivo por el que ya no se benefician de la alimentación.

7

HAY UN TIEMPO PARA MORIR. NUEVE EXPERIENCIAS DE MUERTE

“... He amado mucho. ¡Y muchas veces amé lo que desprecia el mundo y desprecié lo que el mundo ama! Y lo que cuando niño amé lo sigo amando, y lo seguiré amando hasta el fin de mis días, ya que es el amor mi único tesoro, que nadie podrá arrebatarme (...) Sin olvidar la muerte, amé mucho la vida. Vida y muerte se aunaron con amor en mi alma (...).”

Khalil Gibrán en “Lágrimas y sonrisas”

Decir que hay un tiempo para morir es admitir que el final de la vida es algo inherente a la propia vida, y no como algo más allá o fuera de ella. Es admitir que el moribundo es una persona viva, y que mientras la persona esté viva, puede también descubrir la amistad, el amor y la solidaridad con los demás.

Decir que hay un tiempo para morir es hablar de la naturaleza humana, es tocar la esencia del hombre. ¡Cuántas escenas de dolor, de angustia y de desesperación están encerrados en esos momentos finales!, y al mismo tiempo de cuántas alegrías, encuentros, abrazos, despedidas y esperanzas se compone ese último acto humano.

Decir que hay un tiempo para morir, es hablar de encuentros densos, llenos de despedidas y de afecto, es hablar de diálogos profundos sobre el sentido de la existencia humana, es constatar la rabia, y la desesperación, es mostrar la grandeza humana y también su miseria.

¡Cuanta soledad dañina!, ¡Cuanta amargura, de no haber vivido!, ¡Cuanta rabia e impotencia, de sentir que la vida se escapa!, ¡Cuanto dolor, Dios mío, cuanto dolor!

Decir que hay un tiempo para morir es también hablar de noches sin fin, de diálogos sin palabras, de gestos llenos de generosidad y de afecto.

Decir que hay un tiempo para morir es hablar de ternura, de lágrimas interiores que jamás verán la luz de unos ojos, es hablar de miradas llenas de amor y de consuelo que van registrando un adiós definitivo.

Decir que hay un tiempo para morir es reconocer una situación de crisis que abordaremos con nuestra desnuda existencia, con nuestro Yo más autentico. Es reconocer que necesariamente, ese tiempo, nos aguarda a todos y al que un día deberemos responder sana o insanamente.

Decir que hay un tiempo para morir es reconocer la realidad de sufrimiento, de deterioro corporal extremo al que se llega en las situaciones finales de la vida, y nos enfrenta, o mejor dicho nos confronta con nosotros mismos, con lo más profundo e íntimo de la existencia humana. Es reconocer una serie de necesidades que surgen de lo más hondo, de lo más verdadero de su ser, necesidades ya sean de tipo psicológico o la aspiración interna a trascenderse, a que todo no acabe aquí, aspiración disfrazada a veces de preguntas existenciales o de interrogantes de difícil respuesta. Por esto es por lo que las relaciones que se crean encierran una gran riqueza mucho más allá del sentido superficial y aparente. Encuentros llenos de significación, con muchos matices formados por las vivencias personales del Yo profundo y existencial de la persona enferma y el Tú, cada Tú, que no siempre sabe captar todos esos matices, a veces disfrazados, de forma simbólica o de lenguaje no verbal. Un Tú también con sus vivencias y su manera peculiar de Ser en el mundo.

Todas estas constataciones me permiten presentar la muerte no como algo opuesto al resto de la vida, sino como una parte, una etapa, un momento particular de la misma.

Vivir la muerte es tenerla presente en la conciencia y sacarle partido en favor de la vida. No mirarla pasiva y resignadamente, como una fatalidad que llega desde fuera, sino como hecho que viene desde dentro. A la vista de ella se adoptan actitudes, se toman decisiones, se deciden comportamientos, todo ello constituye ese entramado complejo que podemos llamar la red de la vida.

Hasta el último momento hay una oportunidad para encontrar o quizá para conferir un sentido a la vida.

Cuando un ser humano tiene la valentía de enfrentarse a su propia finitud y abordar resueltamente esa profunda agonía, ese cuestionamiento, ese vértigo y dolor, regresa convertido en una persona nueva en la que combina la tranquilidad, el vigor y un profundo conocimiento.

Las páginas siguientes tratan de describir como vivieron el último episodio de la vida

nueve personas a las que atendí hasta su muerte. Quiero mostrar a través de esta ventana la realidad concreta de estas personas con nombres y apellidos, aun cuando el mínimo respeto a su intimidad nos haga silenciarlos, utilizando en su defecto nombres ficticios.

Se trata de relatos cortos, sintéticos, claros, en el que he intentado mostrar con profunda nitidez el camino recorrido por estas **nueve personas**.

Me he preguntado por qué nueve y no siete o trece o veinticinco, o ¡qué se yo cuantos!, de los cientos y cientos de personas a las que he atendido en su final de la vida. Y la respuesta no me aparece clara, pero algo tendrá que ver con que es el último número de una cifra (y estamos hablando de la última etapa de la vida), tal vez tenga que ver con que nací en un año que acaba en nueve, o que mi abuela Brígida nació también en un año que terminaba en nueve o tal vez sea porque este libro es probable que se publique en un año que acabe también en nueve. Fuera lo que fuese me dejé llevar por esta intuición, y le pedí a un amigo que me consultara el Libro de las Mutaciones: I CHING, en esa milenaria sabiduría china el primer exagrama es ch'ien: Lo creativo; y cuando está formado totalmente por nueves, lo creativo entra en movimiento, y se transforma en lo receptivo; el cielo se transforma en la tierra. "La suavidad en el modo de actuar, unida a la fuerza de la resolución, trae ventura". "Cuando lo creativo y grande entra en mutación, se establece el orden del mundo y se percibe la ley del cielo". "Hay divergencia entre querer y poder, y como no se presenta ninguna posibilidad de salida, esto conduce al arrepentimiento".

1. La muerte de Idoia^[45]

He querido comenzar con la muerte de Idoia ya que ella fue la primera persona que atendí al empezar a trabajar en la Unidad de Cuidados Paliativos, y fue de ella de quien empecé a aprender. Hoy, después de casi siete años acompañando a enfermos terminales, creo comprenderla un poco mejor que entonces. Para ella mi recuerdo y emoción.

Idoia, 25 años. Soltera. Vivía con su madre. Su padre trasplantado de corazón, murió nueve meses antes de su ingreso. Con dos hermanos 14 y 10 años mayores que ella. Con su hermano diez años mayor que ella apenas tenía relación, en cambio con su hermana se sentía muy unida. Diagnosticada de tumor de mama dos años antes de su ingreso, siendo intervenida quirúrgicamente, apreciándosele al mismo tiempo unas adenopatías cervicolaterales, siendo diagnosticada de Neoplasia Medular de Tiroides y recibiendo tratamiento quirúrgico y poliquimioterapia intensiva.

Se evidenció en el momento del ingreso en nuestra Unidad de Cuidados Paliativos metástasis óseas y mediastínicas.

Duración de su estancia: 3 meses y 21 días.

He querido seleccionar a Idoia, ya que su recuerdo está grabado en mi memoria, su figura, su delgadez extrema, su sonrisa afilada, sus ojos, su mirada que tanto hablaba..., y gritaba... y suplicaba.

Fue una persona que deseó compartir su vida y me dejó huella. Idoia, tuvo el coraje de rabiar y gritar si era necesario, de interpelar a Dios en voz alta, de compartir su dolor y agonía, y realmente impresionó mi vida.

Cuando ingresó a finales de enero, sabía de su enfermedad pero no de su evolución ni de su mal pronóstico. Ella creía que su enfermedad (cáncer) estaba paralizada y había ingresado para recuperarse y ganar un poco de peso.

Al principio se animó bastante, el dolor desapareció, comía bien y a gusto, dormía, incluso ganó algo de peso.

Esto le hizo alimentar más su esperanza de recuperación e incluso a plantear algún proyecto de cara al verano. Nosotros ya sabíamos que no llegaría al verano. Su cáncer seguía avanzando. Ya no era posible actuar de forma curativa sobre su enfermedad. El tratamiento médico iba a consistir en paliar de forma muy regular todas las complicaciones que se fueran presentando y si era posible, prevenirlas.^[46]^[47] (Kübler-Ross, E., 1989, 91).

Pronto comenzaron las primeras manifestaciones de cómo se iba a desarrollar su enfermedad. Al principio fue dificultad de tragar sólidos, luego en tragar líquidos

incluidos y ya al final dificultad en que circulara el aire por la laringe.

Al poco de ingresar, el capellán escribió en su informe el enorme choque que había supuesto a nivel religioso y de fe en la madre, la enfermedad de Idoia.

“El cinco de marzo de 1992 me llamaste, No querías nada especial, tan sólo estar. ¡Qué importante es a veces la mera presencia de otro ser humano a nuestro lado! Hablamos de tu enfermedad (lloraste) y sobre todo llorabas por todo lo que habías perdido y ya no volvería”. [\[48\]](#), [\[49\]](#), [\[50\]](#), [\[51\]](#), [\[52\]](#), [\[53\]](#), [\[54\]](#) (Rogers, C. 1967, 75, 80, 81; Carkhuff 1977, 85).

Ese mismo día en el informe del capellán podemos leer: *“Está inquieta, según se comenta en la reunión interdisciplinar. Está muy agresiva especialmente con su madre. Por lo demás está bastante amable con nosotros, pero sin mencionar para nada aspectos religiosos”.*

El 13 de marzo en el parte de enfermería se señala: *“21 h. Ha tosido fuerte y se ha quedado afónica. Está preocupada. Vista por el médico de guardia”.*

El 16 de marzo me llama para decirme que no puede hablar, que está afónica. Me llamó la atención lo paradójico de la situación, –me llama (me habla) para no hablar–. Resultó ser aquella una de las entrevistas más intensas. Habló de la falta de sentido, de sus miedos. Por primera vez habla de su propia muerte, *“tengo pánico a la muerte” (llora), “a veces he pensado en suicidarme, pero pienso en mi madre y me quito la idea”.* [\[55\]](#), [\[56\]](#), [\[57\]](#), [\[58\]](#) (Marroquín, M. 1989; Alemany, C. 1982).

Ese mismo día la enfermera escribía: *“21 h. No quiere la cena. Pide yoghurt. Está muy desanimada, llorando. Aviso al médico de guardia, pide información”.*

El 17 de marzo aparece en el informe de enfermería: *“7 h. Bien duerme y no la oigo toser; 14 h. Más disfónica que días atrás. Aconsejar que no hable demasiado. Tos no productiva, tiene abundantes secreciones para expulsar, pero no puede hacerlo. Pautada oxigenoterapia”.*

El 23 de marzo, en el informe de psicología leemos: *“No puede respirar. Está muy mal. Su madre y hermana están más a menudo. Le agarro la mano mientras su hermana le hace un masaje pulmonar con la ‘plancha’. Lloro. Se queda mirando el techo con los ojos ligeramente girados hacia la derecha. Me pregunto en silencio a mi mismo ‘¿qué hay ahí?’”.*

Hoy a través de la investigación sabemos que una persona diestra "organizada normalmente", cuando gira los ojos hacia la parte superior derecha, está produciendo imágenes visuales construidas mentalmente [\[59\]](#) (Castanedo, 1988).

En el parte de enfermería aparece: *“14 h. Muy deprimida y llorando. Continúa muy afónica. No ha comido nada. Aumentada medicación. 21h. Ha intentado cenar tortilla, pero no ha podido”.*

El capellán escribió en su informe: *“Se encuentra más nerviosa con motivo de que se*

ha agravado su enfermedad. Se ha quedado sin poder hablar. Su madre nos manifestaba días anteriores el deseo de que recibiera los sacramentos; le aconsejamos que sea ella misma quien le hablase de la conveniencia de hacerlo. Ella no menciona nada al respecto”.

El 26 de marzo en el informe de psicología se lee: *“Con expresión triste me dices:*

–Yo que venía para estar diez días. Las cosas se van complicando–. Asiento con la cabeza y le respondo que sí.

–Las cosas se van complicando”.

Unos días más tarde mejora su situación, en el informe de psicología leemos: *“Me llama para mostrarme unas fotografías del viaje a Lanzarote. Antes del viaje le habían ya operado de tiroides y sabía que le pondrían quimioterapia. Durante la entrevista se le ve bien, a gusto, recordando y mostrándome las fotografías. A veces tose, se apura al expectorar alguna flema. Otras veces sonríe al recordar algo”.*

Este periodo de mejoría en el que Idoia se siente tranquila, animada, come bien y duerme, duraría unos quince días. Durante este periodo aparece en los informes del capellán: *“Su estado parece estacionario pero bajando poco a poco (...) No entra en su problemática de salud. Tampoco menciona aspectos religiosos. Convendría insinuarle con motivo de Semana Santa la posibilidad de recibir la Eucaristía”.*

A mediados de abril la enfermera escribe: *“Con disnea, afonía frecuente. Ha pasado la mañana nerviosa y llorando a ratos. Modificado tratamiento. No come a penas. Puesto oxígeno”.*

En el informe psicológico se lee: *“Su hermana está muy afectada. –He querido tanto a mi hermana, para mí siempre de pequeña fue un juguete. Mi única hermana y que le pase esto. Es muy duro, muy duro–.*

Mañana es Jueves Santo e Idoia me dice que va a comulgar. Me señala que suele hablar con la Virgen, que con Dios está enfadada. Se emociona. No habla más de este tema”.

El capellán señala que Idoia ha aceptado muy gustosa la invitación de comulgar.

El día de Jueves Santo, el capellán le administra la comunión y escribió en su informe: *“La recibe con mucho fervor y emoción, al final le saltan las lágrimas. Le decimos si el día de Pascua quiere también recibirla, y dice que con mucho gusto. Su madre manifiesta su satisfacción de que haya recibido la comunión”.*

Pasados unos días, una mañana que entré en su habitación me habló de su vida en pareja, de sus relaciones sexuales, de lo feliz que fue durante los dos primeros años, hasta que se detectó la enfermedad, y fue minando su relación de pareja hasta sentirse rechazada.

–”Le pedía, por favor, el mantener relaciones y él no quería, no se atrevía y decía que me haría daño. Fue horroroso–”.

El 27 de abril se lee en el informe psicológico: *“Entro y llora, –no puedo hablar–. Al rato se calma y me llama. Me pregunta mirándome fijamente, –¿Qué tengo aquí?– (señala con el dedo índice el cuello). Le contesto que lo tiene mal, muy mal, que apenas pasa el aire. Precipitadamente me vuelve a interrogar, –¿y qué me van a hacer?, ¿me tienen que abrir?– Le respondo que no que a ella ya no le van a volver a operar. Se queda algo más tranquila”*.

A los dos días y después de casi un mes, sale de su habitación y pasea en silla de ruedas.

El 30 de abril la enfermera escribe: *“Con más angustia, expectoración y dolor general. Modificado todo el tratamiento”*.

Ese mismo día en el informe psicológico se puede leer: *“Presientes Idoia, y así es tu final. Estando a solas contigo pides la presencia del cura. Lloras continuamente. Me pides que le diga a tu madre que la quieres mucho. Te contesto que ya lo sabe, pero insistes en que se lo diga, y así lo hago. Es tu despedida. También me pides que hable con tu hermana, pero en este caso ves que es mejor que tú misma te despidas.*

Lloras, a veces te quedas en silencio, pareces tranquila y me vuelves a decir, –Iosu, me estoy muriendo–. También me preguntas si el Doctor Jauna sabe que te estás muriendo”.

A los pocos días en el equipo valoramos que con el tratamiento no se está consiguiendo el efecto deseado.

El cinco de mayo leemos en el informe de psicología: *“Me acerco a ella y me susurra, –cuando todo acabe, estaremos juntos–. Sin querer me puse a pensar que efectivamente cuando todo pase, estaremos juntos para siempre”*.

De nuevo se vuelve a cambiar el tratamiento. La enfermera escribe: *“Pasa la noche tranquila durmiendo, a las 6’45 le cambiamos el pañal y se despierta un poco, aumentamos el ritmo del gotero cinco minutos y volvemos a dejar 10 gotas por minuto, que es el ritmo con el que se mantiene dormida. Frecuencia cardíaca mantenida toda la noche 80, 76, 76 pulsaciones por minuto”*.

El 11 de mayo en el informe de psicología podemos leer: *“Hoy está más intranquila, inquieta. Está adormilada, pero no profundamente. Dice algo, pero resulta incomprensible. Su madre refiere que ayer a la noche cuando se iba, le notó que le salieron unas lágrimas”*.

En el parte de enfermería se puede leer: *“Inquieta, comienza con pausas de apnea. Muy mal. Aspiradas secreciones de la boca”*.

El 12 de mayo tu madre y hermana hablaban por primera vez dónde enterrarte, parece que han elegido el pueblecito donde también está enterrado tu padre.

El día trece al anochecer dejaste de respirar para siempre.

Al día siguiente de tu muerte hay un informe de psicología, del que extraigo algunas

palabras: “14 de mayo de 1992. Hoy, Idoia, cuando he llegado, al dejar el coche, tuve una sensación extraña. Al ver tu puerta cerrada me imaginé que habías fallecido. Miré las fichas y el casillero de tu habitación estaba vacío. Luego la enfermera Zuri me dijo que habías muerto ayer a las diez y media de la noche. (...)”

Sé que difícilmente te voy a olvidar (...)

Ahora se me agolpan un montón de situaciones que he vivido contigo. Las fotografías de tu viaje, tus deseos, tu miedo, o mejor dicho tus miedos. El día que te saqué en silla de ruedas y viniste a mi despacho. El mismo en el que estoy escribiendo estas líneas.

Y también recuerdo como en un pequeño despertar, me dijiste: –Cuando esto acabe, Iosu, estaremos juntos–. ¡Qué razón tenías, Idoia! Ahora y ya para siempre, sin saber de qué manera, estaremos juntos”.

2. Juan. Un hombre solidario^[60]

Se trataba de un hombre de 60 años, casado y con cuatro hijos que murió de leucemia, y que estuvo con nosotros los últimos 10 o 11 meses de su vida. Le llamaré Juan.

Juan ingresó con un pronóstico malo a corto plazo, sin embargo tuvo una mejoría y vivió más de lo que en un principio se esperaba.

Juan fue un hombre bueno, generoso, solidario.

Son muchas las ocasiones en las que me acuerdo de él. Y mi vida se entrecruza a veces con gente de su entorno, y que conocí mientras le atendía. En aquella habitación se respiraba un aire especial, me consta que a mucha gente le atraía el entrar ahí. No sabría definir con exactitud aquella atmósfera, era una especie de lugar de acogida, de serenidad, donde el tiempo no contaba, y podías mostrarte sin reparos tal cual eres.

Recordar a Juan es ver y sentir a un hombre honesto, comprometido hasta los tuétanos con los demás, solidario, dialogante.

Su honestidad y congruencia llegó al límite de perder su empleo, antes que traicionarse a sí mismo y a los suyos.

Estas líneas no son más que un pequeño homenaje, a un hombre que me impresionó y me dejó una huella imborrable.

Son muchos los momentos en los que sigue siendo una importante referencia.

Le conocí a fondo, y públicamente en la prensa local mostró su agradecimiento y valoración por los cuidados recibidos por todo el equipo que le atendía en la Unidad de Cuidados Paliativos. Quiero transcribir aquellas palabras tal y como él las escribió, apareciendo publicadas en la sección de "cartas al director" de los periódicos "Navarra Hoy", y "Diario de Navarra", creo que transmiten la forma de ser de este hombre, tanto su actitud de agradecimiento hacia los demás, como su deseo y solidaridad hacia los más desfavorecidos.

“Le agradecería tenga a bien publicar estas líneas porque me siento obligado en justicia a comunicar a la opinión pública lo que a pesar de todas las deficiencias que tenemos en la Sanidad en Navarra, me he encontrado en el Hospital San Juan de Dios de esta ciudad, donde he tenido que permanecer ingresado desde el mes de febrero.

A diferencia de otros Centros, me he encontrado con una atención especializada de cara al enfermo, con una unidad compuesta por un equipo de médicos, incluido psicólogo, que desde el primer momento han buscado el acercamiento personal para ayudarte a situarte ante la realidad de tu enfermedad, y hacerte comprender

que ellos están para luchar contigo hasta donde se pueda, dándote la suficiente confianza para exponerles tus preocupaciones, tus dudas, tus temores, tus ilusiones, y todo aquello que te pueda preocupar, esté o no en relación con la enfermedad, con objeto de hacerte la vida más agradable y la enfermedad más llevadera.

Para ello no escatiman nada, siendo normalmente las visitas largas. Quieren conocer todas tus reacciones porque para ellos el tiempo no pasa junto al enfermo. Están dedicados a eso, a escuchar, a atender todas tus demandas. Una labor fundamental la realiza el Psicólogo que te sirve de una ayuda inmensa a la hora de situarte ante las distintas situaciones que se presentan, ya que el estado psíquico del enfermo, como es lógico, varía constantemente y él te ayuda a superarte.

No puedo menos que demostrar mi agradecimiento a tan excelente trato, extensible al mismo tiempo al resto del personal, enfermeras y auxiliares.

Aunque ya se viene hablando últimamente de este tema, quisiera hacer una llamada de atención a los responsables de la Sanidad de Navarra, que tienen mucho que decir y hacer en este campo, porque son muchísimos los enfermos que no están atendidos debidamente y a los que les falta esta relación humana y cercana de los profesionales. Tendrían que apoyar con más entusiasmo estas unidades especializadas, porque nadie está libre cualquier día de necesitarlas.

Sabemos que todo depende de los medios económicos que se quieran invertir y por tanto de la mayor o menor importancia que se le dé al enfermo y del reconocimiento de la dignidad de esas personas en los momentos en que más lo necesitan.

Sería bueno poder decir de verdad que Navarra está a la cabeza de todas las Comunidades y ser un espejo donde puedan ver y aprender otros a hacer las cosas bien”.

Juan viviría todavía seis meses más a la publicación de este escrito. Hoy, pasados ya varios años, sigo queriendo descifrar un lenguaje encubierto entre líneas, que junto a vivencias del tú a tú, de existencia a existencia me hablan de un gran hombre que expandía un extraño y profundo conocimiento. Siempre tenía una palabra generosa hacia los demás.

Las necesidades que presenta la persona que vivencia cercano el final de su existencia, surgen de lo más hondo, de lo más verdadero de su ser.

Por esto es por lo que las relaciones que se crean encierran una gran riqueza mucho más allá del sentido superficial y aparente, repletas de significación, con muchos matices formados por las vivencias personales del Yo profundo y existencial de la persona enferma y el Tú, cada Tú de la persona que interacciona con el enfermo y, que no siempre sabe captar todos esos matices, a veces disfrazados, de forma simbólica o de

lenguaje no verbal. Un Tú también con sus vivencias y su manera peculiar de ser en el mundo.

Esta relación "Yo-Tu", de existencia a existencia, se caracteriza en que es enriquecedora y potencialmente realizadora para ambos.

Tengo claro que, en mi profesión de psicoterapeuta, a veces debemos mantener cierta distancia con la persona a la que atendemos. Sin esa distancia la eficacia puede quedar mermada, e incluso nos podría llevar al fracaso del proceso terapéutico, e incluso vernos involucrados en un torbellino de emociones propias, que los psicoanalistas llaman contratransferencias, que nos impedirían poder entrar en contacto con sentimientos profundos del propio paciente. Nunca debemos olvidar que el objetivo siempre debe ser la otra persona, debemos estar centrados en el otro. Pero en las fases finales de la vida, cuando la muerte está ya irreversiblemente próxima tras una enfermedad no curable, y en una buena relación terapéutica creo, como ya he señalado, que es enriquecedor y potencialmente realizador para los dos el expresar algunos sentimientos genuinos que ocurren en ese "encuentro" humano.

Lo cierto, y con la distancia del tiempo transcurrido, es que por prejuicios o ciertos escrúpulos, no me enriquecí todo lo que podía haberlo hecho con aquél hombre. Y hoy, cuando a veces me faltan referentes en la vida ante alguna dificultad que me surge en este laborioso camino que es la vida, suelo imaginarme que voy a visitarle y le pido consejo.

Hablar de Juan, es hablar de un Trabajador, de un sindicalista al servicio de los más necesitados, de un hombre que apostaba por la igualdad, capaz de grandes sacrificios. Un hombre humilde que no necesitó grandes cosas materiales para ser feliz.

El recuerdo de cómo enfrentó sus últimos meses de vida, de su enfrentamiento al dolor físico, a la paulatina degradación de su cuerpo, a cómo entabló sus relaciones con las personas más cercanas, empezando por su esposa, al conocimiento de la irreversibilidad de la enfermedad, a la tristeza y pena de dejar esta vida, y sus profundas convicciones religiosas, todavía me estremece.

El miércoles cinco de enero, noche de Reyes, fui a visitarle a su casa. Fue un encuentro denso, profundo, íntimo. Ni él ni yo supimos en ese momento que iba a ser nuestra última entrevista. Tres días después entraba en coma para morir plácidamente el día 11.

Recuerdo que ese último día estuvimos trabajando el "darse permiso", solamente mi torpeza me hizo no darme cuenta que ese permiso tenía que ver con su final. Previamente a esa cita mostró mucho interés en vernos, y no quiso posponer el que fuera a su casa. Tampoco entonces me di cuenta de su urgencia.

Estuvimos los dos a solas por espacio de algo más de una hora. Primero me mostró un gran puzzle que estaba haciendo. Previamente su esposa me había dado la bienvenida y

enseñado la casa. Después nos sentamos en un sofá uno junto al otro, y fue desgranando, o mejor dicho aflojando las mil raíces que nos unen a esta vida. De esto, como de otras muchas cosas me di cuenta mucho más tarde.

Siempre, incluso en los peores momentos, tenía unas palabras hacia los demás, unas palabras de interés auténtico por el otro.

Su camino hacia "Ítaca" fue un camino de lucha, de solidaridad con los más oprimidos de la sociedad, fue un hombre con gran conciencia de clase. Luchador incansable, aceptaba con gran tranquilidad posturas absolutamente enfrentadas a la suya, incluso se preocupaba de no herir a quien sabía que no pensaba como él.

Fue en uno de los primeros días que le conocí cuando me prestó varias revistas de la HOAC (Hermandad Obrera de Acción Católica), recuerdo que las leí con interés. Para mí, leer estas revistas, fue introducirme en el mundo referencial de Juan.

En mi trabajo me gusta impregnarme de quién es el otro, de cuales son sus vivencias y de cual es su mundo. De esta manera me aproximo más a lo que puede sentir o necesitar la persona en un momento determinado.

Todo asunto social que llevaba implícitas situaciones de injusticia eran asumidas por él. Recuerdo largas charlas sobre el Tratado de Maastrich, o la insumisión, la tortura, o la situación de los presos vascos.

Muchas veces durante mis visitas, me solía pedir que me quedara un rato con él. A veces trabajábamos asuntos psicológicos de su vida, y otras veces hablábamos como "buenos amigos" intercambiando pareceres.

Nuestra relación fue muy especial, de hecho ha sido de los pocos enfermos al que le llevé un regalo. Un día le traje unas setas que había cogido en el monte. Sé que disfrutaba mucho con esos pequeños detalles. Como el día en que su esposa le trajo unos caracoles.

Sé que me agradeció lo de las setas y además no le sentaron mal. Recuerdo que nos reímos mucho con la posibilidad de que me hubiera equivocado con las setas, y que en vez de la Ilarraka (*Cliptocibe nebularis*), se tratara de un *Entoloma Lividum*, seta venenosa y que se parece bastante a la Ilarraka (seta muy apreciada en nuestra tierra).

Sería inacabable el plasmar todo lo que pude aprender de Juan en el tiempo que le conocí.

El duendecillo, que quiso ser sorgiña (bruja), regalo de Juan y de su esposa, pocos meses antes de que muriera, colocado encima del arcón en el hall de mi casa, me recuerda con sus manos extendidas a un hombre desprendido que me toco el corazón y murió sanamente.

3. La Mujer del Midi d'Ossau^[61]

Ahora quisiera contarles como murió una mujer joven, de 34 años, a la que llamaré la Mujer del Midi d'Ossau.

El Midi d'Ossau es un monte de los Pirineos centrales, cabecera del valle de Ossau en territorio Francés muy cerquita de la frontera, que con sus 2.884 m de altitud, y sus murallones verticales, resulta inconfundible. Montaña de horizontes amplios, con sus silencios, con el misterio de sus soledades, con el deleite secreto de poder seguir desdibujados caminos escasamente hollados. En ella todo está más cerca y más cercano: la tierra, el cielo, la roca, el sol, el viento, el frío, la nieve, el silencio, la soledad, la paz... el aliento del corazón.

La montaña, lugar de encuentro entre la persona, y lo inombrable. Y es que acaso a lo largo de la historia, desde el Olimpo hasta el Sinaí, ¿no ha sido desde siempre en la montaña donde se manifiestan los dioses? Universo simbólico.

La Mujer del Midi d'Ossau era, como ya he dicho, joven, de pelo oscuro, de tez blanca, de grandes ojos de color verde que recordaban los valles pirenaicos. Se moría de SIDA, virus que había contraído hacía unos 10 o 12 años, en alguna "noche loca" según sus propias palabras.

Mantuvo el secreto, su secreto, durante años, preservando y cuidando de no infectar a otros. Sólo cuando se sintió empeorar, reveló su secreto, primero a su pareja, de la que acabó separándose, después a su familia que tras la primera reacción de sorpresa e indignación acabaron aceptándola y volcándose en ella y en su cuidado.

Ingresada primero en una unidad de infecciosos, y tras informarle que el SIDA estaba muy avanzado y sugerirle el traslado a nuestra unidad de cuidados paliativos, tuvo una reacción autodestructiva, y se negaba a comer.

–*"Quiero morir cuanto antes"*, solía responder a los requerimientos para que comiera.

Algunos días más tarde, aceptó el hecho de que la muerte ocurriría cuando tuviera que ocurrir, y que con su actitud apenas iba a modificar ese momento.

Disfrutó de unos enormes bocadillos que, cargados de mimo y de afecto le preparaba su madre.

Esta fase del proceso, también como otras, fue breve pero intensa, el que fuera su horizonte se aproximaba demasiado deprisa.

Una mañana que se encontraba con dificultad para respirar, llamamos al médico que le atendía. Estando los tres, el médico le explico que la única posibilidad de mejorar su respiración era sedándola. Ella con tono solemne y sereno aceptó la sugerencia posponiéndola para el día siguiente. Quería despedirse de todos los suyos.

Después estando los dos ya solos hicimos una breve relajación y una visualización. La visualización es una potente técnica psicológica, que puede modificar el estado psicoemocional y dado que el organismo humano funciona como un todo interrelacionado, y que los estados de tensión y relajación neuromuscular no afectan sólo al sistema muscular, sino que también influyen en las funciones vitales del organismo (presión sanguínea, ritmo respiratorio y cardiaco, consumo de oxígeno en el metabolismo celular, temperatura corporal, resistencia eléctrica de la piel, actividad eléctrica cerebral...). Podemos a través de la visualización conseguir que todas estas constantes disminuyan sensiblemente. A grandes rasgos la visualización consiste en crear una imagen mental, como si contempláramos una fotografía imaginaria. Se imaginó un día radiante de invierno, esquiando (había sido una de sus pasiones), formando estelas en las ondas del mar de nieve, y mirando el Midi d'Ossau, con unos ojos diferentes, con una mirada sensible que capta como al mediodía, la vibración del aire arranca tenues llamaradas transparentes a las rocas. Una mirada que detiene el tiempo y encierra en su memoria el color del sol que colorea las paredes de la montaña y, la pendiente que parece huir debajo de sus esquís.

Aquella, sin yo saberlo, fue la última vez que pude hablar con esa mujer. Todo se precipitó aun más de prisa. Me consta que pudo despedirse de su familia, y quedó dormida para siempre. Se fundió en esas cumbres, en esas mismas montañas pirenaicas, que pocas horas antes había visualizado, y que sirvieron de referencia, de símbolo a las miradas inquietas de quienes se han perdido, de los desterrados, de los que bajan hacia el sur o huyen hacia el norte. Silueta recortada, clara, inconfundible, sinónimo de esperanza y de libertad. Más allá, todo es posible, es el otro lado, la otra cara del Pirineo.

El tiempo ya remoto y olvidado de estrecha relación entre la persona y la montaña, se enraízan en el drama, en el devenir de la vida, la muerte y el renacer a la luz, de esta Mujer.

Desaparecieron esos grandes ojos de color verde, pero aquí ante nosotros siguen estando imágenes que habían grabado. Sin duda, esas pendientes fueron de las últimas visiones que pasaron por el aliento de su memoria, antes de que esta se apagase.

Querido lector o lectora, cuando mires el Midi d'Ossau, acuérdate que unos ojos de Mujer se buscaron en él, y que esa Mujer tuvo como escenario de su final, como telón de fondo esa misma montaña idéntica e inmutable, en ella está gravada para siempre su tragedia, su drama.

Fueron muchos los momentos que compartí con la Mujer del Midi d'Ossau, algunos llenos de amargura como cuando revivió el sentirse rechazada y abandonada por su marido al enterarse de que era sero positiva. Fueron muchas miradas silenciosas que se cruzaban en el océano del espacio, pero eso pertenece a esa zona de "lo vivenciado", difícil de transcribir en palabras.

4. La muerte de Guillermina

Voy a hablarles ahora de una mujer de 66 años a la que creo haber conocido muy profundamente, durante los últimos cuatro años en que acudió semanalmente a entrevista psicoterapéutica. Se llamaba Guillermina. No quiero ocultar su identidad en un nombre ficticio, porque tengo la certeza de que a ella le hubiera gustado así. Siempre estuvo dispuesta a darse, a mostrar su verdad sin tapujos. Primero como familiar de su hija a la que atendimos hasta su muerte, después como familiar en proceso de duelo, y por último como enferma de cáncer, enfermedad que jamás ocultó.

Nuestra relación fue variando de una correcta comunicación profesional a otra forma en la que predominaba la amistad y la gratitud. Con ella me fui permitiendo algo que en muy contadas ocasiones me he dado permiso. Con Guillermina algo se fue trasformando, compartí ilusiones importantes de mi vida, como fue el nacimiento de mi hijo Asier en octubre de 1996, y percibí que su ilusión era casi tan grande como la mía, las chaquetitas que me regaló, auténticas joyas de artesanía son prueba de ello. Con Guillermina solía expresar algunos sentimientos que surgían en mi interior y poco a poco esos encuentros, esas entrevistas fueron tan enriquecedoras y realizadoras para mí como para ella. En estos más de cuatro años de relación superó un difícil duelo por una hija de 25 años que murió de cáncer en nuestra unidad de cuidados paliativos. Fue ahí donde la conocí como la madre de la paciente a la que atendía. Pasados varios meses del fallecimiento de su hija, me pidió consulta y desde entonces hasta su repentina muerte la fui viendo todas las semanas, excepto un periodo de aproximadamente ocho meses que nos vimos cada quince días dada su mejoría, aunque de nuevo desde septiembre del 96 volvimos a recuperar la frecuencia semanal, debido al diagnóstico de un cáncer de mama, hasta el 23 de abril de 1997, fecha de nuestra última entrevista.

Cinco días más tarde, el lunes 28 de abril moría repentinamente.

Fue en septiembre cuando le diagnosticaron el cáncer de mama, y le propusieron realizarse una mastectomía, que aceptó a regañadientes, pero lo que ya no quiso someterse fue a un tratamiento de quimioterapia, a pesar de las presiones del estamento médico. No obstante sí aceptó las sesiones de radioterapia.

Las complicaciones durante los últimos meses de vida fueron múltiples, y también fueron muy difíciles las circunstancias vitales de su entorno, entre ellas la muerte de su hermana también de cáncer y, la muerte por accidente de tráfico de una chica joven, amiga de la familia y que se hospedaba en su casa.

Pero Guillermina se iba preparando mucho antes de que sucedieran todos estos hechos, incluso antes de saber de su cáncer. Buscó y compró un piso en un pueblo de la zona atlántica navarra, donde vivía uno de sus dos hijos, con la intención de que nunca a

éste le faltara un techo. Fue arreglando todos los asuntos para cuando ella no estuviera. Todo esto lo hizo con serenidad, y sin perder el interés por lo que la vida le ofrecía.

Después de superado el duelo por su hija, se hizo voluntaria de Cáritas trabajando con mujeres en situaciones difíciles. Siempre me hablaba con gran afecto de "sus chicas", también trabajó como voluntaria, hasta que le detectaron su cáncer, en un piso de acogida para mujeres transeúntes.

El anuncio telefónico de su muerte por parte de su hija en la primavera de 1997 fue como una sacudida que hizo estremecerme. Aquellas palabras –"*Iosu, la ama ha muerto*"–, sesgaron el aire y como el frío y fino acero de un puñal se clavaron en mi memoria. Me sentí paralizado como el agua retenida en un estanque, los segundos me fueron golpeando y, ante mí, sólo se extendía el duro paisaje compuesto de mil imágenes hirientes de una mujer que se buscó con coraje hasta encontrar la paz interior. Me observé en silencio y sin prisas y solamente mucho después, mientras elaboraba mi propio duelo, me di cuenta en toda su extensión lo que había significado esta mujer en mi vida.

En la breve conversación con su hija me refirió que hacía pocos minutos que le estaba recordando de que me llamará para avisarme que el miércoles no podría acudir a la cita, y de pronto se sintió mal, y cayó desfallecida.

Si quiero ser sincero conmigo mismo, no puedo negar que durante muchos miércoles noté su falta. No en vano fueron muchas citas en las que nos encontrábamos, durante los cuatro años que duró nuestra relación.

En aquellos encuentros no había tiempo para el silencio, siempre estaban llenos o de rabia e impotencia, o de amargura, o de diálogos profundos sobre el sentido de la existencia, o de alegría y buen humor.

Sé que la muerte para ella había dejado de ser la gran temida, y estaba preparada.

Su humor fino y penetrante, era algo que ella misma valoraba, y solía repetirme con cierta frecuencia, incluso en los momentos más difíciles, –"*Yo, Iosu, lo que no quiero es perder el humor*"–.

Desde que le detectaron el tumor estuvo bien informada sobre su situación clínica. Y desde una postura consciente y madura fue tomando algunas decisiones sobre ella misma y sus seres queridos.

Mientras escribo estas líneas acude a mi memoria, sin yo llamarla, unas palabras de Guillermina en la que mostraba cierta queja de que en las conferencias de los profesionales sanitarios sobre temas relacionados con el enfermo terminal, o el cáncer, solía faltar el punto de vista de los auténticos protagonistas, es decir de los pacientes y de sus seres queridos. Hoy Guillermina quiero dejarte este hueco, que nunca te deberían arrebatar, prestarte mis palabras y voz escrita, porque efectivamente lo importante es la experiencia de cada ser humano. Me interesan las personas concretas como tú, con

nombre y apellidos, con una historia biográfica única e irrepetible.

Hoy, para mí, Guillermina es el recuerdo de una gran mujer que me permitió conocerla y me enseñó que la paz interior es posible, a pesar de las circunstancias.

Tengo la sensación de que Guillermina ha pasado a ser parte de ese reducido grupo de personas que estuvieron cerca de mí en su vida y que ahora son como ángeles de la guardia que cuidan de mí y de los míos.

5. Ion, un hombre previsor

Recuerdo ahora el caso de un hombre joven de treinta y pocos años que se moría de SIDA. Le llamaré Ion. Tengo grabada con clara nitidez aquella mañana en la que la situación de Ion requirió una rápida decisión tanto médica como psicológica.

Ion era un hombre soltero, educado y muy respetuoso en el trato con todos. Siempre se dirigía a los demás con cortesía y amabilidad, incluso en los momentos en los que su deterioro físico hubiera justificado una menor deferencia en el trato hacia los demás. Aunque de carácter más bien tímido, independiente e introvertido, no tenía dificultades en sus relaciones interpersonales. Mientras estuvo ingresado hasta su muerte intentaba no molestar, ni expresar en toda su extensión el malestar que sentía, para no preocupar a sus seres queridos.

Desde que supo que estaba contagiado de VIH, procuró llevarlo en secreto. Teniendo cuidado en su vida sexual de no contagiar a otros. De inclinaciones homosexuales, desde muy joven se alejó de su entorno de origen, y vivió de manera discreta junto al mar mediterráneo.

Al tener que regresar a casa dado el empeoramiento y complicaciones de su enfermedad, solamente su madre estaba al corriente de la situación de Ion en cuanto al VIH, aunque su padre y hermana conocían también la gravedad y mal pronóstico de Ion.

Mientras las fuerzas no le fallaron solía recorrer sólo en su coche los aproximadamente 70 Km. que separaban su domicilio, en una zona rural de Navarra, hasta el Hospital donde recibía diariamente el tratamiento de radioterapia necesario para intentar detener un tumor de pulmón que había desarrollado.

Cuando se agotaron todas las posibilidades de curación y finalmente fue considerado como un enfermo terminal, ingresó en nuestra Unidad de Cuidados Paliativos. Su estado era lamentable tanto física como psicológicamente.

El apoyo familiar era muy bueno, y en el mes que aproximadamente vivió con nosotros, jamás estuvo un momento solo.

La víspera antes de morir, tuvimos un encuentro denso, profundo y emotivo. En él, Ion mostró su angustia y temor abiertamente, sin tapujos, sin disimulos, mostrando la cruda y cruel realidad. Se estaba asfixiando y temía morir ahogado, sin poder respirar. Siempre había sido un hombre previsor, y quería tener todo bien controlado, incluso ahora quería también dirigir su propio final. Me encomendó una serie de mensajes a sus familiares más cercanos, y puso mucho interés en que no se los hiciera llegar hasta el día siguiente. Yo, en aquel momento, no entendí el sentido de esperar unas horas. Pero accedí, y así lo hice. Solamente al día siguiente pude comprender el sentido de que no les comunicara sus deseos inmediatamente a la familia.

En ese último encuentro, Ion quiso saber cómo podía ser su cercano final. Avisamos al médico, y estando los tres nos manifestó su deseo de que se le sedara, ya que su dificultad para respirar así lo aconsejaban. La decisión médica fue rápida y acertada. Ion pudo beneficiarse de la sensibilidad de un médico y de todo un equipo de profesionales que pretenden humanizar el final de la vida. Lo que Ion nos estaba reclamando con su mirada era que quería morir con dignidad.

Antes de abandonar su habitación, cuando ya me disponía a salir, y tenía agarrado el pomo de la puerta, sin saber por qué... me volví... él me estaba mirando. Nos cruzamos las miradas y en ese momento me hizo un gesto con la mano cerrada y el pulgar extendido hacia arriba, Yo asentí con la cabeza y me fui.

Esa fue la última vez que le vi a Ion con vida, a la mañana siguiente antes de llegar al Hospital Ion había muerto.

Me dirigí a sus familiares, allí estaban su madre, su padre y su hermana y les notifique los últimos deseos que Ion me había manifestado y que con tan clara previsión me había señalado el día anterior. Su padre, afectado pero sereno, me manifestó que a Ion siempre le había gustado tener todo previsto y que no se le escapara ningún detalle.

6. Irati, una mujer que quiso morir en paz^[62]

Conocí a una mujer de 44 años en los dos últimos meses de su existencia. La llamaré Irati.

Irati sabedora de su diagnóstico, un cáncer avanzado en fase terminal sin posibilidad de tratamiento, luchó y vivió hasta encontrar la paz interior.

Fueron dos meses muy intensos, en los que se fue descubriendo y reconciliando con ella misma.

Fui testigo del coraje de esta mujer por restablecer la comunicación con la parte más profunda de ella misma, y así liberar una parte de su personalidad secuestrada y relegada al subconsciente durante años.

Desde la psicología sabemos que nuestra personalidad posee vacíos que evitamos deliberadamente porque crean vulnerabilidad en nuestro interior, porque cuestionan la opinión que tenemos de nosotros mismos. En ese vacío residen sentimientos desagradables desconectados de la consciencia.

Dichos vacíos forman una "Gestalt" inacabada, un ciclo vital no completado que frena el desarrollo de la persona; esos impulsos desconectados siguen habitando en nosotros de forma inconsciente, puesto que no los hemos expresado. Sólo al integrarlos descargarán toda la tensión que encierran.

Irati ocupaba un puesto central en una familia de ocho hermanos. Este hecho en un medio rural, con pocos medios económicos, la marcó en lo que fue su vida. Necesitada de afecto, un día decidió ser rebelde, no necesitar a nadie. Se vistió de fuerte, de dura, de autosuficiente, aunque por dentro estuviera rota.

Tomó prestada toda una filosofía de la vida, a la que se aferró diciéndose continuamente que ella no necesitaba a nadie, que podía valerse por sí sola. Tuvo diferentes parejas, fue madre de dos hijos que ella misma iba criando. Viajó y recorrió sola las selvas del Sur de América.

Irati desde su parte más insana iba de fuerte y de independiente. Sin pareja estable, jamás mostró su deseo de tenerla, lo interpretaba como una flaqueza, como una debilidad que no se quería permitir. Trabajó duro para prepararse al momento final. Y ya poco antes de morir, pudo reconocerse como una mujer necesitada, que también tenía una parte débil, que jamás le había permitido expresarse. Fue capaz al final de su vida de pedir ayuda, cosa que no había hecho nunca. y me impresionó el apoyo que tuvo tanto de su familia como de sus amistades.

Encontrarse con la posibilidad inminente de morir hace que muchas personas se planteen el tipo de vida que han llevado hasta entonces y que deseen, en un último

esfuerzo cambiarla, este fue el caso de Irati.

Los encuentros con Irati eran densos, cargados de tensión emocional, que en muchas ocasiones tomaban la forma del llanto, y cuyas lágrimas se iban transformando en descubrimiento, reconciliación y paz interior.

Recuerdo la entrevista que tuve una tarde que fui a verla a casa de su hermana, donde era muy bien cuidada y atendida, me recibió como siempre, con una sonrisa amplia y limpia.

Después de un rato me dijo:

–No sé por donde empezar, hay muchas cosas que me gustaría trabajar.

–Veamos... ponte lo más cómoda posible... (ahuecó la almohada, puso otro cojín en la espalda, y permaneció acostada)... permítete un instante de silencio y mira dentro de ti, ¿qué es lo que más necesitas que trabajemos en este momento? No me respondas inmediatamente, deja que tu cuerpo responda.

Tras un rato de silencio, Irati dijo:

–Me gustaría trabajar la relación con mi madre.

El sol entraba por la ventana de aquella casa, en pleno campo, rodeada de viñedos y árboles frutales. Irati, siempre había estado muy ligada a la naturaleza, y también lo estaba al final de su vida.

Hacia unos tres años que había regresado a casa de su madre acompañada de sus dos hijos, poco antes de que le diagnosticaran el cáncer.

Irati continuó diciendo,

–Me cuesta mucho estar con ella, no la acepto y siento mucha rabia cuando se acerca y me pregunta amablemente que tal estoy.

–¿Qué es lo peor, lo que más te molesta de la relación con tu madre?, le interrogué.

Irati guardó silencio y comenzaron a brotar mansamente unas lágrimas de sus ojos que se deslizaban por sus mejillas hasta caer en las sábanas blancas.

–¿Qué es lo que más te duele de la relación con tu madre? Le animé a seguir con tono empático.

–Lo que más rabia me da es que cuando más la necesitaba de pequeña, ella no estaba.

Sus lágrimas, tenían sonido de amargura.

Irati continuó.

–No tengo ningún recuerdo de pequeña con ella en la que me esté acariciando o besando.

–Y tú la necesitabas, ¿no es así, Irati?

–Sí, la necesitaba entonces, y no ahora.

Llora con más fuerza.

–¿Y te parece que es exactamente rabia lo que sientes ahora hacia tu madre? (La

confronté).

Se detuvo, dejó de llorar y comprobó que no era exactamente rabia lo que encajaba con su sensación.

Algo se había movido, algo había cambiado dentro de ella, algo apretado y oculto se había tocado.

–Vuelve a tu sensación corporal, y busca algo que responda a esa sensación.

La animé a seguir.

Silencio. De pronto.

–Ya sé lo que es. Estoy enfadada conmigo misma por no saber pedir ayuda.

Su rostro reflejaba sorpresa y satisfacción.

Irati volvió a enfocar de nuevo, otro paso adelante.

–Estoy enfadada conmigo misma por no haberme atrevido a pedir ayuda a lo largo de mi vida. Por ir de fuerte cuando me sentía débil y necesitada. Por aparentar que no quería una pareja estable, cuando en realidad era lo que más hubiera deseado. ¡Me cuesta tanto pedir! pero tenía miedo de que me dejaran y me sentía insegura.

Silencio..., un suspiro hondo.

Un nuevo cambio se había producido.

Irati seguía atenta a sus sensaciones corporales. Se mantuvo en contacto con ella misma y continuó.

–Sí, tengo miedo de pedir ayuda y que no se me conceda.

Silencio. En tono sereno añadió.

–Ahora me siento mucho mejor. Gracias, Iosu, es como se me hubiera liberado de un gran peso.

Aquel día fue suficiente. En otro momento seguimos trabajando con todo aquello.^[63]

Recuerdo que ese temor era un "fantasma" (temía no ser correspondida, no recibir). Pero los fantasmas no existen más que en nuestra imaginación; conforme fuimos alumbrando, los fantasmas fueron desapareciendo. La realidad era que Irati estaba recibiendo un gran apoyo y ayuda de familiares y amigos.

Probablemente para un observador ajeno a Irati, nada había cambiado; sin embargo, ella estaba diferente, el cambio se había producido por dentro.

Dos días antes de morir, Irati presintió su final. Se despidió de todos. y pidió el ingreso en nuestra Unidad de Cuidados Paliativos. Antes de salir de casa, su hijo mayor de once años la interrogó:

–“Ama, ¿te morirás?”–

–“No lo sé, hijo, pero no te preocupes, somos parte del universo”–. Fue su respuesta.

Irati necesitó tomar cierta distancia de sus hijos, y como ya he dicho, solicitó el ingreso en nuestro hospital. Así mismo se reconcilió emotivamente con su madre.

Me consta que fue feliz el poco tiempo que estuvo con nosotros, de nuevo el contacto

con la naturaleza le lleno de gozo, la visión del cielo azul y de los grandes árboles desde su habitación la reconfortaron enormemente.

Murió apaciblemente, rodeada de los suyos, a su manera, como ella quiso que fuera, con música, y rodeada de las personas que ella amó. Poco antes del último aliento, le pusieron al teléfono desde Suiza con una mujer que fue guía en su vida, para que escuchara su voz, aunque ya no necesitara ninguna guía, ya que la noche-luz estaba cercana.

Hoy Irati es, para mí, el recuerdo vivo de una mujer que se buscó a sí misma, que amó la naturaleza y que quiso estar en paz.

Es otoño, llueve, hace viento, las hojas de las hayas del bosque del Irati comienzan a caer, y el susurro del río Irati me invita a mirarme por dentro.

7. Sara, una mujer que preparó su final^[64]

Quisiera presentarles ahora a una mujer a la que conocí a fondo. Y quiero presentársela porque cada encuentro con ella me resultaba impresionante. Se trataba de una mujer de 65 años, casada, con dos hijos, uno de los cuales vivía fuera del hogar. La llamaré Sara.

Sara fue operada (mastectomizada) hacía unos diez años de cáncer de mama. Durante ese tiempo vivió bien, y no tuvo ninguna complicación, hasta aproximadamente un año antes de entrar en contacto con nosotros, en el que una tos rebelde desveló una metástasis bronquial. Recibió radioterapia y quimioterapia, pero su evolución fue empeorando con la aparición de nuevas metástasis en el ojo, en el hígado, situación que hizo desaconsejable el continuar con el tratamiento. Ya no tenía sentido intentar detener, curar la enfermedad que avanzaba sin control.

Sara era una mujer muy activa. Aunque durante su juventud trabajó como emigrante, después fue ama de casa, corriendo a su cargo la administración del hogar y el cuidado y educación de sus hijos.

Fue poco antes de que le detectaran la metástasis bronquial, cuando ella empezó a no sentirse bien. Mujer muy previsora, e intuyendo lo que podía venirle (así me lo reveló en una entrevista) estimuló a su hija para que acelerara los preparativos de la boda y se casara. Y así fue como su hija contrajo matrimonio unos meses antes de su muerte.

Un día, estando en su casa donde había acudido a visitarla, mientras me enseñaba una foto de la boda de su hija, en la que estaban retratados los novios y a cada lado de ellos Sara y su esposo me dijo:

–“Yo aquí ya presentía que las cosas no iban bien”.

Fue admirable como Sara fue arreglando todos los asuntos pendientes, para verse "ligera de equipaje". Así solucionó tanto el trabajo como la vivienda de un sobrino al que había acogido durante los dos últimos años después de quedarse huérfano de padre y madre. Fue rompiendo y tirando cosas y papeles que se van almacenando a lo largo de la vida –“me ha tocado limpiar dos casas, y no quiero dejarle a los míos con esa labor”–, me señaló durante una entrevista.

Sara estuvo ingresada con nosotros, en la unidad de cuidados paliativos, durante cinco meses. Después, por voluntad propia, pasó un tiempo en su casa disfrutando de los últimos momentos de su vida, y donde acudí a visitarla. El encuentro con Sara era cálido, apacible, emotivo. Una de sus mayores preocupaciones era que su marido y su hijo funcionaran en el hogar sin ella.

–“Ves Iosu, yo no hago nada y todo está limpio y recogido”, (me enseñó la casa).

"Me preparan muy bien la comida. Estoy muy satisfecha de que se valen perfectamente sin mí"—.

Sara irradiaba serenidad, paz y un extraño conocimiento. Nos despedimos, me regaló un pequeño obsequio y me fui.

Mientras regresaba al Hospital San Juan de Dios, repasé en mi interior lo que se había registrado. La amabilidad, la serenidad, ese encanto tan entrañable por las cosas pequeñas. Fue una entrevista repleta de enseñanzas, que en un principio no fui consciente de todas ellas. Me vino la imagen de su marido regresando de hacer algunos recados y al llegar a casa la ilusión de mostrarle a Sara lo que había traído de sorpresa para merendar, ¡unos barquillos! La escena me pareció entrañable y me sentí como si estuviera siendo testigo de una gran enseñanza. En las cosas más pequeñas está la felicidad, me dije en silencio.

Desconozco si Sara pudo disfrutar aquella tarde con el barquillo, pero mientras yo iba en el coche me imaginé a los dos (Sara y su marido) comiendo el barquillo ante la mesa de camilla junto a la ventana del cuarto de estar. Esa imagen despertó en mí una sensación de ternura, de paz, de emoción. Me imaginé las luces encendidas, las tardes ya cortas, y el invierno pidiendo permiso para entrar y, pensé sobre los barquillos que torpemente me estoy perdiendo. Aquel día fui capaz de sentir agradecimiento por pequeñas cosas, y mi corazón se llenó de gozo.

Pero no todo fue así siempre en el caso de Sara. Fui también testigo de la angustia del tránsito, de la desesperación mientras tomaba conciencia de la proximidad de la muerte y elaboraba su final. De momentos de rabia, de dolor, de amargura y de impotencia de sentir que la vida se escapa.

Sara estaba ya preparada, había completado el ciclo de la vida, y no tenía nada pendiente. Volvió a ingresar en el Hospital y pocos días más tarde moría plácidamente rodeada por los suyos.

Han pasado ya algunos años de la muerte de Sara, y a su marido le suelo ver con cierta frecuencia, parece con buen aspecto. La última vez, pocos días antes de escribir estas líneas, le vi llevando una silleta con una niña en ella que me pareció preciosa.

Pensé lo contenta que hubiera estado Sara, y sin saber cómo, se me representó su cara redonda, su ojo medio cerrado, su figura más bien pequeña, y con una sonrisa entredientes, con su habitual franqueza, la escuché decir: —*"Lo estoy, lo estoy"*—.

8. La muerte de Ruth

En el caso de Ruth además de servir de ejemplo de asistencia interdisciplinaria en una Unidad de Cuidados Paliativos en la que no se tratan tumores, dolores, ni síntomas por separado, sino personas, totalidades que sufren, constituyó así mismo, una muestra de coraje y entereza al querer saber todo acerca de su enfermedad. En el caso de Ruth se pueden apreciar las fases psicológicas de negación, ira y depresión por las que atravesó, hasta aceptar la inevitabilidad de una muerte cercana.

Ruth, 64 años.

Ingreso: 20 de enero. Exitus: 21 abril.

Tiempo de estancia: tres meses y un día.

Diagnóstico: Carcinoma vías biliares con metástasis hepáticas, mediastínicas y pleurales

Paciente de 64 años de edad diagnosticada hace un año de probable tumor ampular con metástasis hepáticas, mediastínicas y pleurales. La citología del líquido pleural, fue compatible con adenocarcinoma.

Descartado tratamiento oncológico, es remitida para cuidados paliativos.

Viuda desde hace 18 años, tuvo 8 hijos de los que viven siete. En su domicilio convive con su hijo mayor de 40 años, soltero y con el pequeño de 30 años, toxicómano, seropositivo, con antecedentes penales, pareja inestable y dos niños, uno de tres años, al que ha criado Ruth, y otro de 2 meses. Al ingreso en el Hospital, el niño mayor es recogido por una hija de Ruth y el pequeño es acogido en una Institución Benéfica.

He elegido a Ruth, ya que me impresionó su valentía. Viuda desde los 45 años, luchó y trabajó duramente para sacar adelante a sus ocho hijos y hasta el final de su existencia siguió luchando.

Quiso saber toda la verdad sobre su enfermedad y viví muy de cerca sus reacciones de rabia y agresividad, de negación, de depresión y de tranquilidad y aceptación.

El ingreso en el Hospital le supuso un alivio y una mejoría, ya que en casa difícilmente podía valerse por sí misma. Las observaciones de enfermería así lo avalan.

Hasta el 26 de enero no aparecen las primeras molestias. Ese día leemos en el parte de enfermería: *“7 h. No pasa buena noche y dice haber tenido molestias, pero no ha llamado al timbre”*.

A los pocos días comenzó a interrogarse e interrogarnos a los miembros del equipo sobre su enfermedad (Bayés, R. y Barreto, P.; 1992).^[65]

En el equipo, tanto facultativos, como desde enfermería, psicólogo y capellán, íbamos apreciando y decidiendo como el desconocimiento de su enfermedad y de su pronóstico, le producían aún si cabe, mayor sufrimiento que la propia enfermedad. Este proceso

culminaría el miércoles 4 de marzo, en el que se le comunicó todo acerca de su enfermedad (Macrae, G. 1990; Cuyás, M. 1991).^[66] ^[67]

Así ya el 30 de enero la enfermera escribía: *"14 h. Algo deprimida y llorando porque ve que no mejora"*.

También el capellán hace constar en sus informes esta creciente preocupación de Ruth: *"10 de febrero. Hace un par de días que se encuentra con grandes molestias y demuestra que está más preocupada"*.

Tras esta crisis, viene una fase de aparente mejoría, en la que no da muestras de preocupación, ni interés por el curso de su enfermedad (negación) (Santo Domingo, J. 1976; Kübler-Ross, 1989).^[68] ^[69]

Durante este periodo de calma que duraría unos diez días, se pueden leer los siguientes partes de enfermería: *"Bien, pasa buena noche. No dolor"; "Bien, se levanta"; "Bien, se levanta y ha comido bien"; "Bien y muy animada"*.

El día 17 de febrero leemos en el parte de enfermería: *"21 h. Se levanta pero está desanimada e inapetente. No toma nada en la cena, solo una taza de leche"*.

El día 18 el médico escribió en su informe: *"Desanimada porque desconoce la causa de su disnea". A las 7'15: "Dolor en región lumbar intenso tras levantarse al baño. También presenta una muela que está a punto de caerse y no puede comer"*.

Ese mismo día la enfermera de tarde escribía: *"21 h. Pasa mala tarde, con dolor y triste. Come poco también debido a una muela que se le mueve y molesta"*.

Al día siguiente en el informe médico aparece: *"10 h. Llorando porque se encuentra impotente. Dolor en región lumbar por posible tirón muscular. No come mucho por dolor de muela. Duerme regular"*. *"11 h. Extracción dentaria por el médico de guardia con anestesia"*.

La enfermera también anotaba: *"Hecha extracción dental por el médico de guardia. Ha comido bien hoy; ahora falta el peluquero"*. *"21 h. Ha cenado a gusto"*.

Justamente el sentido de una Unidad de Cuidados Paliativos no es ya una imposible curación, sino conseguir el máximo bienestar y confort posibles para los enfermos y allegados. Y es en este contexto donde la extracción de una dolorosa muela, puede suponer una importante mejora en su calidad de vida (Bayés, R. 1991; Gómez-Batiste y otros 1989; Cordeiro, B. y otros 1991; Gómez-Batiste, X. 1991).^[70] ^[71] ^[72] ^[73]

Al día siguiente, 20 de febrero, en el informe del médico podemos leer: *"Más animada. No dolor. Duerme bien. Come bien"*.

Sin embargo su estado de ánimo iba a ser muy variable, dependiendo del dolor, o de verse incapaz para ciertas actividades, o de alguna visita como la de su hijo pequeño (toxicómano). Así del informe de psicología extraigo: *"... Habla de sus hijos, el pequeño es drogadicto, (-me ha hecho de todo, robarme, pegarme-). Lloro. (-Era el más cariñoso). Busca un culpable y lo encuentra en su nuera, (-ha sido ella la que lo ha*

metido en toda esa porquería—, —ya me lo dicen mis amigas, los que te están matando son tus hijos—). Lloro... ”.

Sobre este aspecto ya el capellán lo había señalado en su informe: *"20 de enero, la impresión de la primera visita es de persona abierta y comunicativa, con algún problema familiar que le preocupa. A raíz de estos problemas familiares cree que le han afectado a su propia salud"*.

Ruth fue una mujer muy activa, le costó mucho el ir asumiendo su incapacidad y su dependencia de otras personas para cuestiones simples y sencillas como levantarse, acostarse, asearse o coger un vaso de agua. Se ponía nerviosa, con rabia, cada vez que comprobaba que no podía valerse por sí misma, y prefería que no la vieran en esas circunstancias.

Muchas personas en el final de vida, buscan el alivio en otra persona a la que manifiestan sus deseos más íntimos. Pueden ser muy meticulosos a la hora de escoger a esas personas o persona con la que se descubren y hablan de su enfermedad o de su muerte cercana (Kübler-Ross, E. 1989; Cuyás, M. 1991; Torrabia, M.P. 1991; Astudillo, W. 1992).^[74], ^[75], ^[76], ^[77]

La persona que eligió Ruth fue una de sus nueras, a la que llamaré Yael.

Yael solía acudir al Hospital todas las mañanas. Ambas se encontraban a gusto y cómodas, y así aparece reflejado en los informes del psicólogo: *"26 de febrero. En entrevista con Yael refiere que le gusta venir a estar con Ruth, y no le supone demasiado sacrificio. Yael es la persona elegida por Ruth, y así se lo hago saber"*.

Como señala M. Cuyás (1991)^[78], es labor del personal sanitario facilitar a la persona de referencia los datos y consejos convenientes, para el desarrollo de su función.

Ruth, anterior al ingreso en nuestro hospital, no había sido informada de nada respecto a su enfermedad. Y como ya he señalado antes, comenzó a mostrar inquietud por el origen y desarrollo de su malestar.

El 26 de febrero del informe de psicología extraigo: *"Habla de sus dolores, de que no mejora (—voy como los cangrejos, para atrás—). Curiosamente habla por primera vez de la muerte, de su trabajo en un hospital de Bilbao y de la cantidad de personas que ha visto morir..."*.

A los pocos días el médico escribió en su informe: *"2 de marzo. Domingo por la noche llorando tras la visita del hijo. Con dolor. Ha dormido regular"*.

El día 4 a primera hora en el informe del médico leemos: *"Muy desanimada porque no mejora. Se queja de pirosis y de su incapacidad"*.

En el informe del psicólogo aparece: *"Hoy, junto con el Doctor Jauna, le hemos dicho a Ruth que su mal no tiene solución, pero que sus dolores sí. Su reacción inmediata ha sido agresiva y autoagresiva, (—si no valgo para nada, mejor me muero—)... Ahora una vez conocida su situación, es conveniente darle más soporte*

mediante nuestra presencia, aún a sabiendas de poder ser objeto de su ira" (Andreu, C. 1992; Cuyás, M. 1991).^[79] ^[80]

Su reacción tal y como nos la esperábamos fue rápida.

Al día siguiente el médico escribió: *"Tras conocer ayer la verdad en cuanto a su enfermedad se encuentra en fase de agresividad contra el personal sanitario e ira. Se niega a tomar medicación"*.

En el informe de psicología se puede leer: *"No quiere hablar, se le ve sin ganas de nada"*.

Este día la enfermera escribió: *"7 h. Ha dormido. Dice que tiene dolor y su actitud es de enfado. 14 h. A primera hora muy negativa. No quiere las pastillas ni la insulina, porque dice que no va a comer"*.

El capellán también apunta en su informe la necesidad de ayuda en estos momentos (Abel, F. 1983)^[81]: *"5 de marzo. En la reunión interdisciplinar el equipo médico y psicólogo, nos han dicho que le han comunicado la verdad de su enfermedad. Ha recibido de momento la noticia con disgusto, alegando que se le ha estado engañando y ensayando como un objeto. No ha querido recibir al psicólogo, ni tampoco al médico. Piensa que no le queda nada que hacer y todo se acaba. Ha aceptado bien la visita nuestra; es un momento propicio para plantearle espiritualmente un proceso de ayuda"*.

Una vez pasado este periodo de rabia y agresividad, atravesaría un estado de depresión que aparece señalado en los distintos informe del equipo interdisciplinar.

Es en la depresión de un paciente terminal, cuando personas inmaduras que se relacionan con él sienten que deben dar "soluciones", cuando su papel debe ser fundamentalmente estar al lado del enfermo y aceptarle también en su desesperación. Se trata de una depresión preparatoria y en cuanto tal, debe ser aceptada. El enfermo, fundamentalmente, debe ser escuchado, muy frecuentemente sin rebatir (Jomain, Ch. 1987; Barreto, P. ; Bayés, R. 1991).^[82] ^[83]

Así el 9 de marzo en el informe facultativo podemos leer: *"Con dolor. Muy deprimida"*.

También el capellán se hace eco de la situación de Ruth: *"Está en un estado de más depresión. Con pocas ganas de hablar"*.

Al día siguiente en el informe del médico sigue apareciendo *"Muy desanimada y deprimida..."*.

Los partes de enfermería de esos días también reflejan el estado de decaimiento y desánimo de Ruth.

Este mismo día el psicólogo había escrito: *"No quiere hablar. Permanece con los ojos cerrados y se queja de dolor; y de los ruidos del Hospital"*.

Del informe de psicología del día 10 extraigo lo siguiente: *"Habla poco, permanece*

casi todo el tiempo con los ojos cerrados. Sin embargo señala que está tranquila. Ha tenido una cita con un abogado (–yo ya he hecho lo que tenía que hacer–)... ”.

En los partes de enfermería de ese día, se puede leer: *"14 h. Durante la mañana va mejorando su estado de ánimo..., 21h. Un poco más animada"*.

Esta mejoría de su estado de ánimo fue creciente.

El 18 de marzo se puede leer en el informe de psicología: *"Se encuentra de buen humor y me dice: –Ya me acordaba de ti–. –Pero bien o mal–, le respondí. –Yo siempre me acuerdo bien–, me contestó ella. En la entrevista se interesa por mí, dónde vivo, si estoy casado, etc. Nos despedimos"*.

El día 25 en el informe de psicología aparece: *"Entro un momento en su habitación. De nuevo me recibe cordialmente y con ganas de que esté más con ella. Comentamos la posibilidad de salir en silla de ruedas y dar una vuelta hacia la rotonda (sala de estar con bonitas vistas). Ella acepta, pero añade que le tengo que llevar yo. Accedo gustoso"*.

El día 26 la enfermera escribe: *"21 h. Bien, pasea en su silla de ruedas. Merienda y cena bien; no hace deposición; no dolor; tiene más acusada la ictericia"*.

También el capellán en su informe recoge el estado de ánimo de Ruth, *"30 de marzo..., continua correcta y animosa. Da la impresión que se encuentra en fase de aceptación"*.

Una mañana que la saqué en la silla de ruedas a la rotonda, estuvimos charlando tranquilamente, incluso bromeamos, Y me habló por primera y única vez, de manera clara y explícita de la pena que le daba morir, que todavía era joven (Rogers, C. 1980; Spisanti, S. 1987; Marroquín, M. 1989; Bermejo, J.C.

1992). [\[84\]](#), [\[85\]](#), [\[86\]](#), [\[87\]](#)

Aquella fue la última conversación larga que pudimos mantener. El curso de su enfermedad se fue acelerando.

Así el 2 de abril, la enfermera escribió: *"14 h. Peor aspecto. Aumentado cloruro mórfico, a ratos con oxígeno"*.

El 8 de abril en el informe de psicología se puede leer: *"Se le ve muy mal, sin apenas poderse mover, esperando pacientemente la muerte. Está tranquila y le resulta gratificante la presencia de su hijo pequeño (toxicómano) a las noches cuidándola"*.

El mismo día el capellán escribió: *"Sigue decayendo su estado general... Parece que le anima la presencia de su hijo por la noche"*.

Al día siguiente seguimos leyendo en el informe del psicólogo: *"Ruth está mal, muy mal. (...) Yael (nuera) está muy nerviosa, ya que su cuñado (toxicómano) le pide dinero"*.

Es también función de las Unidades de Cuidados Paliativos, el asistir a los familiares. Para el superviviente, además de soportar en sí mismo la muerte parcial que representa la

separación de la persona amada, surge la exigencia de reorganizar la vida restante. La enfermedad grave, más o menos larga en su evolución, aparte de su significado afectivo, supone una prueba de esfuerzo para la familia en general y para alguno de sus miembros más específicamente. En efecto, con el telón de fondo de una tensión psicológica inevitable, la existencia de la familia cambia. Todo esto hace que la asistencia a los seres queridos del enfermo sea imprescindible (Rocamora, A. 1989; Die Trill, M. 1987).^[88],^[89]

La fase final de Ruth fue larga (Jomain, Ch. 1987; Gil, A.C. y otros 1988).^[90],^[91] El día 10 la enfermera escribe: *“21 h. Muy mal, si se pone peor avisar a la familia”*.

En el informe de psicología del día 15, podemos leer: *“Ruth está ya casi terminando (...). Yael también está cansada, y soporta tensiones que van surgiendo en el entorno familiar”*.

Ese día en el parte de enfermería podemos leer: *“12 h. Muy mal, pero muy tranquila”*.

El médico en su informe ratifica lo que hemos señalado y escuetamente indica: *“Empeoramiento de su estado general. Fase final”*.

Al día siguiente en el parte de enfermería aparece: *“7 h. Mal. Ha pasado la noche tranquila. 15 h. Muy mal. Tranquila. 21 h. Sigue igual. Tranquila. Duerme a ratos. 14. Igual, tranquila. Aumentado tratamiento”*.

El 19 de abril la enfermera escribe: *“21 h. mal, adormecida, con oxígeno continuo”*.

El 20 de abril. *“7 h. Pasa mala noche, muy inquieta, con desasosiego (...) Vista varias veces por el médico de guardia (...)”*.

En el informe del capellán se puede leer: *“Cada vez tienen que aumentarle más los calmantes, lo que hace que esté más adormilada. Paso a darle la comunión pero está profundamente dormida. Apenas come, ni habla, no obstante está consciente. Ya no puede recibir la comunión este día y así sucesivamente hasta hoy día 21 de abril que fallece”*.

En el informe de enfermería aparece con letras mayúsculas en tinta azul: *“8 h. EXITUS”*.

El proceso de Ruth en la aceptación del fin de su existencia, fue un ejemplo para todos nosotros, que pudimos vivir de cerca el final de su vida.

Su coraje, su valentía por afrontar el final, estará ya siempre grabado en mi memoria. Gracias Ruth.

9. La muerte de Don Vitorino, "el ciego de Metauten"

Efectivamente, Don Vitorino que así es como le llamaban sus amigos, de 76 años era ciego y natural de Metauten, un pueblecito agrícola, al pie de la sierra de Lóquiz en la Navarra profunda de la llamada "Tierra Estella-Lizarra aldea", que no llega a la centena de habitantes. Lugar tranquilo, laborioso, recoleto, de casas nobles que en otro tiempo fueron testigo de las luchas intestinas que acabaron por separar y dividir este pequeño país del Pirineo occidental.

Don Vitorino era un hombre muy conocido popularmente por su carácter bromista y extrovertido, su vida estaba repleta de anécdotas y curiosidades, muchas de ellas motivadas por su condición de invidente, y que solía recordar con gusto.

Para mí fue un privilegio el haber conocido y podido estar al lado de Don Vitorino en los últimos meses de su vida. Se trataba de un hombre jovial, campechano, de un fino y en cierto modo socarrón humor. Su ceguera y la manera de convivir con ella fueron una de las cosas que más me impresionó de Don Vitorino.

Casado, con cinco hijos y siete nietos, formaban una gran familia que él la percibía como un tesoro, con los que fue envejeciendo hasta su muerte. De hecho, su enfermedad no era algo exclusivamente suyo, sino que les concernía a todos, de alguna manera todos tenían su cáncer. Me consta que el apoyo recibido fue de gran ayuda.

Ciego desde los cuatro o cinco años, por algún tipo de complicación durante una enfermedad, supo adaptarse y convivir con esa circunstancia, sin que le impidiera desarrollarse en muchas facetas. De carácter fuerte pero amable, compartía su persona y su sabiduría con todo aquel que llegara a su puerta.

Muchas mañanas, mientras compartíamos lo que había sido su existencia, olvidábamos por momentos que se le estaba escapando la vida. Junto a él, a veces, tenía la certeza de que el tiempo se agotaba y también que el tiempo no existe.

A veces, al principio de ir tomando conciencia de su final próximo, tuvo reacciones de gran decaimiento, y también de rabia y agresividad. En esos momentos yo también me sentía fastidiado: quería que Don Vitorino aceptara la muerte, pero eso era un problema mío y no de él.

Poco a poco aceptó que se estaba muriendo, y de esa manera pudo vivir íntegramente el tiempo restante.

Además de su familia, y de algunos amigos, parte de su riqueza consistía en su vivencia de la religión, y de la fe en que la muerte es el umbral de otra forma de vida junto a Dios. Esa estructura de lo espiritual le sirvió a lo largo de su vida para apoyarse y encontrar la fuerza para adaptarse a sus pérdidas, la primera la de la vista siendo niño. Y también al final de la existencia le sirvió para que la última pérdida fuera menos dolorosa.

El final de Don Vitorino se presentó de forma plácida y tranquila, pudo despedirse de los suyos y, mientras la primavera se fundía y daba paso al verano, Don Vitorino, "el ciego de Metauten" comenzó de nuevo a ver el tiempo de la siega, los campos amarillos, la luz cálida y acogedora de la sierra de Lóquiz, el Santuario de Codés en los confines de Ioar, y esa luz... esos ojos... comenzaron a ver, esta vez para siempre.

8

ATENDER AL MORIBUNDO

*“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”.*
Tagore

En el moribundo surgen dos importantes necesidades. Por un lado, la necesidad de gozar de la cercanía tranquilizante de alguien en el momento de enfrentarse con el angustioso rompimiento de la existencia. En efecto, las personas próximas a morir, como todo el mundo en su mayoría, temen a la soledad, a verse abandonadas. Por otro lado, la necesidad de un espacio psicológico para elaborar la síntesis definitiva de su propia vida, para despedirse e ir arrancando, una tras otra, las mil raíces que nos ligan a la existencia terrena.

Cuidar a una persona que se está muriendo es una oportunidad para aumentar nuestra

capacidad de amar. Los seres queridos, familia y amigos pueden ser el apoyo más importante tanto para el moribundo como para los cuidadores principales, que deberán calcular sus fuerzas y tener momentos de distracción.

La última muestra de afecto hacia el moribundo es permitirle morir a su manera. Debemos dejar que el moribundo esté donde él quiera, debe morir a su propio modo y no al nuestro, por lo tanto sin obligarle a estar donde a nosotros nos gustaría que estuviera. La Doctora Kübler-Ross dice que *“morir con dignidad no es necesariamente morir en paz y aceptando la muerte, sino morir según el propio carácter”*.

Estar con el moribundo, compartir esos momentos, permitirle que se muestre como es, es lo mejor que podemos ofrecerle.

Acompañar con sensibilidad al moribundo supone estar atento a que él cuide de sí mismo y a que intente que sus últimos días de vida estén guiados por su propia espiritualidad. Como dice el Profesor Warren T. Reich^[92], atender al moribundo supone una compañía atenta y solícita, inspirada en una preocupación e interés por la situación de los moribundos.

Hemos visto, a lo largo de otros capítulos, como las personas reaccionamos de muy diferentes maneras ante el conocimiento de una muerte inminente^[93]. Podemos sentir una conmoción, mostrar incredulidad, miedo, rabia, tristeza o, como a menudo ocurre, un continuo cambio compuesto de éstas o de otras emociones fuertes.

La negación, como ya hemos visto, consiste en rehusar el aceptar la realidad y deriva de la conmoción que supone todo este proceso. Me viene a la consciencia un hombre soltero de cuarenta y pocos años, con un tumor cerebral, que murió manifestando que tenía una infección de una muela que se le había subido, pero que cada día estaba mejor.

Hay otros que no dejarán de luchar hasta el final. Sienten rabia. Es importante permitirles ventilar y exteriorizar su ira, su rabia. También están los que intentan negociar con Dios hasta el último instante. Jamás hemos de poner en duda sus promesas.

En otras ocasiones el buen soporte emocional consiste en actuar como catalizador para compartir, tal vez, unas lágrimas, una esperanza, pero sobre todo, para escuchar.

Con los moribundos los comentarios del tipo *“un día u otro todos tenemos que morirnos”*, parecen vanos intentos de minimizar o justificar su dolor emocional. Todo lo que se puede hacer cuando se airean esos sentimientos es escucharlos. A menudo no se necesita una respuesta, sólo el intento de comprender.

Intente no dar consejos ni buscar soluciones. Escuche. Acepte. Esto es lo difícil. Si realmente escucha, oirá el dolor, incluso lo sentirá.

A veces sabemos que los moribundos nos quieren hablar, y logramos esquivar la situación mediante una pequeña broma o una reconfortante evasiva poco eficaz. Hasta que el paciente siente piedad de nosotros y se guarda para sí mismo lo que hubiera querido compartir con otro ser humano. Y así puede morir sin molestarnos. El buen

soporte emocional consistirá en hablar de la muerte con el propio enfermo, si es que lo desea.

El Doctor George Walhl^[94] se expresaba de la siguiente manera: *“Sabía que quería hablarme pero yo siempre lograba esquivar la situación mediante una pequeña broma o una reconfortante evasiva poco eficaz. El paciente y yo lo sabíamos, pero ante mis desesperados intentos por evadirme, sintió piedad de mí y se guardó para sí mismo lo que hubiera querido compartir con otro ser humano. Y así murió, sin molestarme”*.

Si la persona está tratando de convencerse del diagnóstico, si desea aprender a vivir con la enfermedad y prepararse para la muerte, debemos llegar a la conclusión de que resultaría beneficioso enfocar el tema y tratarlo en profundidad.

No debemos forzar a nadie a tratar este tema, pero tampoco nos tenemos que mostrar tímidos al respecto. Para ello debemos estar atentos para comprender, por las pequeñas y sutiles pistas que proporciona el moribundo, su estado de ánimo para actuar en consecuencia.

Por lo general los moribundos toleran los errores que se cometen en un intento honesto de ayudar. Siempre se le debe proporcionar al enfermo serenidad. Hace unos días una mujer de 40 años que se está muriendo, me comentó que su médico de cabecera en una visita reciente le dijo que *“después de visitarle a ella tenía que ir a otra visita pero que estaba mucho peor que ella ya que le había cogido los pulmones y tenía dificultad de respirar”*. La mujer que yo atendía se quedó asustada, ya que comenzó a pensar que ella también se ahogaría, sin embargo en sus palabras no había ningún rescoldo negativo hacia el médico que torpemente había hecho ese comentario, y que ella lo había clasificado con serenidad como un error.

Pero no todo apoyo emocional tiene que ver con sutilezas psicológicas. También en el buen soporte hay que mantener conversaciones corrientes, sin eludir, como ya hemos dicho, los temas más delicados o difíciles cuando el enfermo quiere hablar de ellos. Con frecuencia se trata con demasiada seriedad al enfermo grave. Por el contrario, la conversación corriente, incluso con talante de buen humor, proporciona un alivio insospechado e infunde tranquilidad, esperanza y alegría.

Pero un buen apoyo también tiene que ver con una serie de necesidades básicas de tipo fisiológico y de cuidados respecto al confort del moribundo que están íntimamente relacionadas con el buen morir. Cito a continuación unas palabras de la doctora Sylvia A. Lack^[95]: *“En este país, en las reuniones sobre la muerte y el morir, se habla demasiado acerca de los problemas psicológicos y emocionales, pero casi nada sobre cómo atender al enfermo para que esté cómodo. Todo grupo interesado en la asistencia a los moribundos deberá hablar sobre sábanas más suaves, masajes a las posaderas, alivio a la constipación y atención al paciente durante la noche. La asesoría psicológica no surte efecto en un enfermo que está en una cama mojada... Si se le*

cuida con sentido común y con procedimientos profesionales básicos, con especial atención a sus problemas obvios y necesidades físicas, el paciente y sus familiares podrán afrontar muchas de sus crisis emocionales. Sin dolores, con una buena alimentación, controlados sus intestinos, la boca limpia y un amigo comedido a su lado, sus problemas psicológicos entran en una perspectiva manejable”.

Ejercicio de sensibilización. "Ser ayudado a comer un plato".

Para realizar este ejercicio es imprescindible la ayuda de otra persona. Aprovecha la hora de la comida del mediodía o la de la cena. Se trata de que otra persona te dé de comer, de beber, te limpie la boca. No uses para nada las manos, deja que el otro te atienda y te haga todo. A lo más le sugieres si el ritmo es lento o rápido, o si quieres beber, todo esto se lo puedes decir, pero no puedes ayudarte tú, te lo tiene que hacer la otra persona.

1. La comunicación con el moribundo

*“Quiero que mis palabras
digan lo que yo quiero que digan,
y que tú las oigas
como yo quiero que las oigas”.*

Pablo Neruda

Los enfermos en fase terminal se comunican, a veces, de manera muy sutil. Se necesita paciencia y perspicacia para captar y descifrar sus mensajes.

Una expresión corporal puede conducirnos más rápida y espontáneamente al mundo de nuestros sentimientos que la verbalización racional e intelectualizada a la que estamos acostumbrados.

Podemos emplear gran variedad de formas en la comunicación: así esta puede ser oral o verbal, escrita, a través de nuestras acciones, por medio de sonidos, por medio de símbolos visuales, a través del tacto, etc.

La comunicación conmigo misma/o a través de pensamientos, sentimientos o sensaciones corporales, es la comunicación intrapersonal. Sin embargo no voy a hablar de ella, sino que me voy a referir a la comunicación interpersonal.

Si un enfermo, al final de su vida, no responde a quien le habla, si quiere poner distancias entre los demás y él o ella, está ya enviando un mensaje, se está comunicando, aunque no hable. A este tipo de comunicación llamamos comunicación No-Verbal.

Nuestra postura corporal, los movimientos del cuerpo, de la cabeza, de las manos, la expresión de nuestra cara, la mirada, el ritmo y el tono de nuestra voz, nuestro aspecto personal, etc., están diciendo algo de nosotros mismos, de nosotras mismas; es nuestra comunicación no verbal.

Es tan fuerte el mensaje de la comunicación no verbal que podemos afirmar que es la manera de decir las cosas, cómo lo decimos, más que lo que decimos, lo que puede crear o destruir una relación. Este tipo de comunicación nos ayuda mucho a la hora de comunicar sentimientos, y se vuelve fundamental en el final de la vida.

Los que nos relacionamos con los moribundos, nos sentimos directamente afectados, y no en pocas ocasiones tendemos a cortar la expresión de emociones de aquellos. Quizá hemos interiorizado que es negativo sentir determinada clase de sentimientos, o que las personas sufren cuando exteriorizan sus sentimientos profundos, o que nos hacemos más vulnerables al expresarlos.

Sin embargo, mediante la vivencia y expresión de los sentimientos nos aliviamos y nos

liberamos.

Lo más probable es que nuestra actitud de cortar la emoción sea para protegernos de nuestras propias emociones.

Estos enfermos se comunican, a veces, de manera muy sutil, con ellos adquiere todo su vigor aquel dicho que dice "un gesto vale más que mil palabras".

La comunicación verbal está muy dotada para comunicar ideas, pensamientos, contenidos explicativos, pero muchas veces no resulta tan útil para comunicar sentimientos. No obstante estos dos tipos de comunicación están íntimamente relacionados, y se complementan.

2. El silencio

El silencio puede ser el regalo más cálido y afectuoso que podemos ofrecer a un ser querido, y se manifiesta en todo su esplendor precisamente en los instantes previos a la muerte.

El silencio es una energía vivificante que nos prepara para cualquier cambio interior.

Recuerdo que una de las cosas que más me relajaba y descansaba cuando llegaba de trabajar, después de un día cargado, era quedarme en silencio junto a mis hijas mientras se dormían. Sobre todo recuerdo a mi hija mayor, Ioar, y como solía tumbarme en otra cama a su lado y permanecer en silencio. Era como abrir mi corazón más ampliamente y poder captar la esencia de ella. Ese acto me energetizaba enormemente.

En tu atención al moribundo, habrá veces en que tu querrás simplemente sentarte en silencio a su lado.

La soledad y el silencio es una necesidad, es como el alimento o el sueño reparador.

Muchos moribundos necesitan ratos de silencio, de estar a solas con ellos mismos, son momentos de ponerse en orden, de buscar la paz interior. Estará en nosotros el permitirles que puedan tener esos espacios para ellos mismos. El buen acompañamiento buscará el equilibrio entre la presencia respetuosa y el saberse retirar.

3. El tacto

Uno de los sentidos que se desarrollan primeramente en el ser humano es el de la sensibilidad cutánea. En la vida fetal el niño o la niña comienza a responder a las vibraciones. En el momento mismo de nacer, el bebé percibe sensaciones de las manos que le ayudan a salir del vientre materno, de la enfermera que lo limpia, lo pesa, lo mide. De su madre que lo acuna y acaricia.

El contacto corporal es importante para los niños recién nacidos y básico para el desarrollo mental, emocional y físico. Y vuelve a ser fundamental en el final de la vida. La forma de ser tocados, cuando somos bebés, acariciados, rechazados, el tono de voz, los gestos de ternura, etc., van quedando registrados en nuestro interior. Los bebés que no experimentan el suficiente contacto físico, que son desatendidos o abandonados, sufren un deterioro mental y físico que puede llevarlos hasta la muerte.

En nuestra cultura, la separación física del bebé y su madre es temprana. Hay muchas cosas que se interponen entre ambos: biberones, cunas, cochecitos, parquecitos, etc., probablemente esto contribuye a la sensación de inseguridad y aislamiento del adulto.

Estoy con Lily Pincus y Christopher Dare^[96], cuando señalan que: *“La experiencia de ser sostenido con firmeza en la niñez más temprana –lo que nos da la confianza y seguridad como para poder desprendernos– será puesta a prueba una y otra vez, especialmente en periodos de cambio y riesgo y tal vez, más que nada, en el amor sexual; porque cuando el encuentro sexual es completo, constituye esencialmente una experiencia de desprendimiento, de entrega y de confianza.*

Podemos, por tanto, decir que el aprender a morir es la continuación del aprender a vivir y amar”.

La experiencia del contacto es vivificante. Semánticamente contacto lo definiríamos "con el tacto" y el medio más obvio de establecer contacto es tocar.

Los moribundos en muchas ocasiones tienen miedo de morir solos y buscan la presencia de los demás aferrándose con sus manos. El enfermo sabe reconocer el cariño, la brutalidad, el desprecio, a través de las manos.

Nuestra frontera es la piel (Cabodevilla, I.)^[97]. Ella nos separa y nos comunica con el exterior, con el mundo, con los demás. Por eso tocarse es una forma de percibirse a uno mismo y a quien nos rodea. La piel, frontera que separa nuestro interior, lo que somos, del mundo, de cada Tú, de la colectividad. Lugar de intercambios. La piel, límite de nosotros mismos. Qué vergüenza y que anhelo que alguien roce nuestros límites y nos aborde con su piel.

El tacto es una de las formas que mejor nos acercan al mundo de los demás. Con

nuestras manos captamos el mundo y la presencia nueva de otro ser.

Las manos que salen al encuentro del otro, que exploran con delicadeza, con respeto, los innumerables rincones de nuestra geografía. Manos masculinas y femeninas, que recorren una y otra vez nuestra piel, nuestro cuerpo, que piden permiso y se adentran en lo más profundo de nosotros, para estrecharnos en un acto de amor, de solidaridad y de respeto.

Todas las tensiones pasan por las manos, tanto nuestras angustias como nuestra paz interior. La manera de sostener las cosas, de estrechar la mano, de entrar en contacto, de palpar, de acariciar, son signos de relación con el mundo.

Es bien conocido para los que trabajamos con moribundos, la ansiedad con la que estos buscan las manos de otras personas. La caricia es una manera de compartir el amor. Es nuestra forma de expresar con el cuerpo nuestro afecto. Con las manos nos manifestamos al mundo. Ellas atestiguan nuestra actividad, equilibrante o desequilibrante, creadora o destructiva; son en suma el reflejo de nuestra propia actitud.

4. La esperanza

La esperanza es necesario respetar y comprender.

La esperanza es una confianza en el futuro que nos protege de un "ahora" demasiado angustiante y doloroso.

En el acto de esperar, señala el Profesor Laín Entralgo, hay una radical inconformidad, frente a la situación de cautividad y privación en que se encuentra el esperanzado.

La esperanza, en el proceso de morir, es importante y complejo. Casi todos los moribundos guardan algún grado de esperanza, aunque van cambiando su manera de enfocarla. Al principio esperan recobrar la salud, luego poder vivir un poco más, posteriormente tener una muerte tranquila.

5. La hora de la muerte

*“Padre mío,
si es posible,
que pase de mí este trago”.*

*Jesús en Getsemaní
Mt. 23-39*

En mi experiencia profesional he observado que las personas que están próximas a morir saben, de alguna manera, cuándo morirán.

Recuerdo que este hecho me empezó a llamar la atención cuando atendiendo a una mujer de 76 años, operada de laringe, y sin posibilidad de hablar (nos comunicábamos escribiendo en una pizarrita), el día anterior a su muerte me despedí de ella como otros muchos días con un *"hasta mañana"*. Nada nos hacía pensar que no fuera así. Sin embargo ella cuando me despedí me señaló con el dedo un crucifijo colocado en frente de su cama, al mismo tiempo que me hacía el signo de negación con el dedo índice extendido. Yo no entendí entonces su mensaje, pero cuando a la mañana siguiente me dijeron que había muerto, fue como si se me cayera un velo de los ojos, y entonces vi y comprendí. El día anterior me estaba diciendo que *–mañana no nos veríamos–*, tal y como yo me había despedido, sino que ella se iba, y para hacérmelo comprender me señalaba el crucifijo.

No mucho después, en esta ocasión una mujer joven, con la que hice una buena relación, me comentó en una entrevista a lo largo del mes de octubre que se moriría en Navidad. Aquel dato yo lo retuve en la memoria, cabía dentro de lo posible que viviera hasta entonces. Sin embargo, el tiempo fue pasando, llegó el mes de diciembre y nos íbamos aproximando a la Navidad. Su estado no era nada bueno, pero era difícil predecir cuando ocurriría su muerte, finalmente, la víspera de Nochebuena esta mujer dejó de respirar.

Recientemente, este otoño de 1998, unos hijos con sus parejas se mostraban angustiados alrededor de una señora que llevaba más de tres días en coma, sin acabar de morir. Ellos me pidieron consejo sobre qué podían hacer ya que sus labores les impedía mantenerse todos alrededor del lecho de ella durante más tiempo. Yo les señalé convencido de ello, que la muerte llegaría cuando su madre lo eligiera de alguna manera, y que tal vez ella preferiría no estar tan acompañada, que podíamos probar de nuevo, el ir haciendo turnos, como lo habían hecho a lo largo de la enfermedad.

Yo creo que a cierto nivel de nuestro ser, decidimos el momento de morir e incluso el

lugar y quienes deseamos que estén a nuestro alrededor, o si preferimos hacerlo a solas.

El moribundo conforme se acerca la hora de la muerte, comerá y beberá menos. Es inútil y no tiene sentido que les obliguemos a comer más cantidad de la que ellos mismos desean. Cada vez permanecerán más tiempo con los ojos cerrados, y llegará el momento en que la respiración se irá haciendo más lenta, con pausas.

Recuerda que aunque muestren escasos signos de vida, delante de ellos hay que hablar como lo harías si ellos te estuvieran escuchando.

Las preguntas son inútiles, ya que no te podrá responder verbalmente. No obstante si tienes cosas pendientes con un moribundo que está en coma o próximo a la muerte, habla con él con la seguridad de que te oirá.

En la hora final lo que podemos hacer es estar presentes, callados, en silencio, con cariño, cogiéndole la mano si procede.

Dos situaciones que llegan a aparecer al final del proceso de acompañamiento de un moribundo generan gran culpabilidad si las malinterpretamos. La primera es el sentimiento natural de irritación o ira que muchos seres queridos experimentan cuando el proceso se alarga. A mí me resulta semejante a lo que siente una madre o un padre que quiere a su hijo pequeño, pero que se cansa porque el pequeño reclama mucha atención. En esta situación lo mejor que podemos hacer es admitir nuestra ira o irritación y ser condescendientes con nosotros mismos.

Una segunda situación que puede crear gran culpabilidad es cuando la muerte de nuestro ser querido, a quien hemos estado cuidando denodadamente, acontece mientras nos ausentamos un momento. En vez de sentirnos mal por no haber estado allí, lo que podemos hacer es pensar que el no haber estado presente es también una hermosa expresión de amor. Es tal la ligazón de muchos moribundos con sus seres queridos, es tanto el dolor que experimentan de dejarlos, que les es más fácil morir mientras éstos no se encuentran presentes. La energía de las personas que amamos puede retenernos en un cuerpo que necesitamos dejar.

Antes hablábamos del silencio, tal vez su sonido puede ser el regalo más afectuoso precisamente en los instantes anteriores a la muerte.

Inmediatamente después de la muerte de tu ser querido, haz lo que sientas que necesites hacer.

Sé tu mismo, tu misma.

Sigue los dictados de tu corazón.

Si prefieres estar a solas un instante, hazlo.

Ora, si eso te sale, a tu manera.

Acepta tus lágrimas, si es que aparecen.

Tu tristeza.

Respira profundamente.

Abraza a alguien que necesite que lo abracen.

Pide que te abracen, si es lo que necesitas.

No tengas prisa en desprenderte del difunto.

Tienes todo el tiempo del mundo.

Tomate todo el tiempo que necesites.

Tu ser querido ya no está,

pero el que fue su cuerpo sigue ahí contigo.

Trata el cadáver con respeto.

De ser posible haz planes respecto a los funerales, entierro y demás ritos funerarios con anticipación suficiente, pues te será más difícil tomar decisiones después de la muerte de un ser querido. Si tiene alguna duda al respecto, pregunte, es todo mucho más sencillo de lo que parece.

Todos estos ritos es una especie de celebración de haber tenido la fortuna de compartir parte de nuestro tiempo con el difunto. También puede ser un momento para compartir amor y apoyo entre los que quedamos. La celebración también nos puede servir para expresar nuestra tristeza, nuestro duelo, y tal vez hasta la ira porque nos hemos quedado con toda la rutina cotidiana por delante.

6. Los seres queridos

Una enfermedad que pone en peligro la vida, causa una intensa impresión, no solamente en quien la padece, sino en muchas personas que rodean al enfermo, y fundamentalmente a sus seres queridos. Recuerdo como la hermana de una paciente que ya murió me dijo en una ocasión –“*el cáncer lo tenemos todos*”–.

He sido testigo de como las emociones de los seres queridos eran tan fuertes, que era el propio enfermo el que tenía que terminar echando una mano a alguna de aquellas personas que le querían ayudar. Como una señora de unos setenta años, viuda, con dos hijos, uno de los cuales residía en Australia y el otro era deficiente mental y se encontraba ingresado en una residencia especial para ese tipo de personas. Con escaso apoyo familiar, una de las visitas que recibía era la de una cuñada a la que le unía un gran afecto, pero que se emocionaba con tanta facilidad que era la propia enferma quien tenía que calmarla.

Estos seres queridos, dada su pena y dolor, están más bien en situación de recibir ayuda que de darla, puesto que les cuesta mucho estar cerca del moribundo.

A veces la enfermedad grave es, en sí un elemento que crea difíciles problemas entre los miembros de la familia. A algunos, esto puede resultarles tan difícil e impactante que durante algún tiempo los incapacita para desempeñar con eficacia su labor de apoyo. Estas personas necesitarán su tiempo, y les hará falta la comprensión de los otros miembros de la familia.

A veces entre las familias y seres queridos existe la tendencia de decirle al enfermo lo que debe hacer. Es importante que se den cuenta de que su esfuerzo será más útil cuando su apoyo se ajuste a las preferencias del enfermo.

7. El profesional sanitario

Cuando un ser humano se encuentra ante una enfermedad grave, un nuevo grupo de personas se vuelven fundamentales en su vida; son los profesionales sanitarios que le atienden. En ellos recaerá en muchas ocasiones la demanda de los enfermos y familiares para aliviar sus angustias y temores.

Esta confrontación se hace demasiado densa emocionalmente y se hace necesaria una formación continua.

El personal sanitario debe resolver sus propias ansiedades y temores acerca de la muerte y el proceso de morir. Debe revisar continuamente su visión de la enfermedad y de la muerte, su filosofía y su teología, si es que la hay, respecto al morir.

Las condiciones del "buen morir" dependen, por tanto, en parte, pero con toda seguridad, de los que rodean al moribundo, es decir, de los que están a su lado y de los que por una razón o por otra cuidan de él: sus familiares, sus amigos y los que le atienden por su profesión.

Los profesionales sanitarios debemos junto a la competencia científica y técnica, dar importancia a otros elementos como la capacidad de conectar con el enfermo y crear las condiciones para la comunicación y la confianza. Además, habrá situaciones como la de los enfermos sin curación en la que apremie todavía más la necesidad de un acompañamiento más allá de lo técnico. En esas situaciones es sumamente importante la ayuda en forma de acompañamiento que sólo puede provenir de la solidaridad. Acompañar al moribundo, corresponde al imperativo ético de no abandonar a quién sufre. Y no abandonar es escuchar, acompañar, mirar, tocar... es convertirse en compañeros de viaje hasta el último recodo del camino, hasta el límite más allá del cual sólo uno entra. En efecto se muere solo; nadie puede morir la muerte del otro.

No me cabe la menor duda de que el moribundo agradecerá la máxima eficacia en la aplicación del saber científico, pero tampoco tengo duda de que agradecerá un trato que solo puede venir del espíritu humanitario que puede expresarse con una palabra, con un gesto, con una mirada.

Se ha comentado que el sufrimiento contribuye a una maduración de la conciencia, que hay una relación entre sufrimiento y crecimiento interior. A menudo son las situaciones límite las que encaminan a los hombres a encontrarse consigo mismos, a vivir experiencias de recogimiento y de interioridad. A veces es precisamente esta intensificación de la vida interior la que ayuda a hacer frente a la situación de adversidad en que uno se encuentra. ¿Y qué es lo que puede experimentarse en esta interioridad? Pues la propia condición humana, el tiempo, la muerte, el valor de la relación con los demás, uno mismo.

Existen muchas formas de ayudar a un moribundo a enfrentarse con esta última etapa de su vida, y una de ellas es el apoyo de sus necesidades emocionales.

En nuestro entorno cultural suele ser frecuente la "conspiración de silencio" que guarda con su familia y sus seres queridos. Obviamente evitar la incomunicación de la familia con el enfermo constituye un objetivo terapéutico de primer orden. Debemos advertir e instruir a los familiares y amigos del moribundo, que para él puede ser bueno y enriquecedor hablar de la proximidad de la muerte.

La psicología esboza el camino que permite comprender el rico y complejo mundo de las emociones y de los sentimientos que emergen en momentos claves. Debemos ofrecer un espacio en el que recuerdos hirientes del pasado pueden aflorar y ser traídos a la luz. Es un proceso de pacificación consigo mismo.

Ayudar al moribundo a hacer las paces con el propio pasado, con la propia vida, es acompañarle a lo largo del proceso por los distintos momentos psicológicos, que tan claramente ha desarrollado la Dra. E. Kubler Ross.

Aunque le conozcas bien, nunca des por hecho que sabes los gustos de otra persona, pregúntale y respétale. No fuerces a nadie a comer ni a sonreír ni a ser sociable. Tal vez sean tus propias necesidades y no las del moribundo, estate atento y reconoce lo que es tuyo.

El moribundo puede pasar por periodos de hostilidad generalizada contra todos. Si tu eres objeto de este tipo de proyección, recuerda no darle importancia, no le tengas en cuenta. No tiene que ver tanto contigo sino con el malestar que experimenta el moribundo. El origen de ese malestar, como ya lo veíamos en otro apartado de este libro, puede ser diverso. Se puede deber al miedo ante lo desconocido, o a no poder seguir controlando su propia vida, y resultar una carga para los demás. Es importante que el moribundo se sienta con valor y estima, hay que dejarle que siga participando en los asuntos familiares.

No hace mucho me encantó como una familia compuesta de la pareja y tres hijos de entre 25 y 30 años, habían organizado el hábitat de su casa, colocando una cama articulada en el salón, para que su padre con un cáncer terminal pudiera compartir con los demás cualquier cosa, sin verse relegado a una habitación. Con la incomodidad del morir el enfermo llega a volverse exigente. Si está pidiéndote demasiado, declárate incapaz de manejarlo.

Si un enfermo moribundo está actuando irracionalmente, sin causa orgánica justificada (afectación cerebral, desequilibrio metabólico), no tengas miedo en mostrarte firme. Sin embargo, trata de ir más allá tratando de buscar la necesidad callada que puede estar tratando de expresar. En ese caso tendrás que valorar si se la puedes ofrecer.

Al acercarse el momento de la muerte, el enfermo querrá estar más tiempo en silencio, o durmiendo. Tenemos que darnos cuenta que el enfermo tiene cada vez menos energía,

y no debemos cansarlo ni con preguntas ni con comentarios, ni conversaciones que posiblemente ya no le interesan. Es el momento de una comunicación silenciosa pero de gran valor afectivo.

Tu intuición te dictará si tocar suavemente al enfermo le sirve de consuelo o si sólo es una intromisión.

Recuerdo una entrevista que tuve con una mujer de aproximadamente 65 años, a la que llamaré Berta.

Berta era una mujer culta, educada, amable. Había llegado a nuestra Unidad de Cuidados Paliativos hacía unos 20 días con un cáncer de vías biliares en fase terminal.

Aquella mañana entré en su habitación individual. Berta estaba acostada con los ojos cerrados. Parecía tranquila y sosegada. La saludé y me senté en una silla junto a su cama. Acerqué mi mano a la suya y sentí una ligera presión. Me pareció que deseaba que me quedase y que mantuviese estrechada su mano. Así lo hice.

Estuvimos más de media hora juntos. En aquel tiempo tan sólo en una ocasión abrió los ojos, me miró y en un hilo de voz me dijo:

– *“Estoy muy mal”. Yo, asentí con la cabeza.*

En aquella conversación silenciosa sentí que el encuentro se había producido. Murió cuatro días después.

8. Cuidar a los que cuidan

Al vivir de cerca la agonía de alguien, sé amable contigo mismo, contigo misma. No tienes por qué juzgarte o sentirte culpable. Nuestra vida es un proceso de aprendizaje durante el cual superamos algunas ideas y actitudes que van perdiendo vigencia al aumentar nuestra sabiduría.

Cada quien debe decidir el papel que puede desempeñar cuando alguien se está muriendo; no todos pueden o tienen que estar presentes.

Acompañar y dar apoyo a una persona que se está muriendo es siempre una labor agotadora y estresante, pero es una de las cosas, más valiosas que un ser humano puede hacer por otro.

Cuando estés cansada o cansado, cuando creas que ya no puedes más, que has llegado al límite, cuando ya no te quede a nadie a quien recurrir, acuérdate que te tienes a ti misma. Permítete sentir la tristeza o el temor, si es eso lo que escuchas en tu interior, pero recuerda que tu eres mucho más que eso.

Tal vez te pueda servir lo que dice un antiguo proverbio indio, *“cuando te encuentres en un apuro, piensa que siempre habrá una mano que pueda ayudarte, pero no olvides que esa mano está al final de tu brazo”*.

Tranquilízate. Relájate. Sé tan natural como te sea posible. Ahora quizás tienes un tiempo que jamás tuviste. Ahora cada instante es eterno para lo que sea. Comparte tus sentimientos y escucha a tu ser querido, sin censurarlo, permitiéndole que exprese lo que quiera (emoción, tristeza, arrepentimiento...). Si tienes cosas que has querido decirle o comentarle, hazlo. Con ello se aligerará tu carga y tu duelo será menos pesado.

Solamente podremos ser de ayuda cuando aceptemos y reconozcamos que la muerte es algo natural. El morir no es algo ni bueno ni malo, simplemente es.

Solamente en la medida en que el propio sujeto que ofrece sus cuidados haya asumido el contenido del sufrimiento, de la enfermedad y de la muerte, es decir, la propia posibilidad de enfermar, sufrir, y morir, va a ser posible ofrecer estos conceptos al moribundo.

Si aceptamos nuestro dolor podremos empezar a aceptar el dolor ajeno. Echarse encima el dolor ajeno, es decir, hacer tuyo lo que no es, perder tus límites, donde terminas y donde empieza el otro, es una manera de rehuir, de sentir el propio dolor. Sólo cuando sacamos el propio dolor acumulado podemos apoyar a otro que está sufriendo sin por ello perder nuestra energía, sin extenuarnos.

Ante el moribundo, las personas que se relacionan con él se sienten directamente afectadas. Hablar de los moribundos es como hablar de uno mismo.

Será imposible que cuidemos de los demás, si en primer lugar no nos cuidamos a

nosotros mismos. Para cuidar hay que cuidarse. *“Para darse hay que poseerse”*.

Cuidador, acompañante, tal vez algunas de las siguientes sugerencias te puedan venir bien en este penoso camino de estar junto al moribundo, sino es así, recházalas, y escucha lo que hay dentro de ti.

- Calcula bien tus fuerzas, a veces la muerte se alarga y si te agotas ya no servirás de ayuda.
- Dedica tiempo para ti. Cuidamos a los demás según somos. Lo que invertimos en ser lúcidos, equilibrados, saludables, directamente beneficia a quien recibe algo de mí. El estado de tu persona condiciona la calidad de tus prestaciones
- Pide ayuda siempre que la necesites, ya sea para salir y distraerte un rato, o estar sólo, o lo que fuera. No te autocensures, es probable que te sorprendas de que hay mucha gente a tu alrededor (amigos, vecinos, compañeros...) que les gustaría echarte una mano y no saben cómo. Hay pequeños trabajos cotidianos que si te los pueden aliviar será de gran ayuda, como bajar la basura, hacer la compra, limpiar los baños, hacer la cena para los niños caso de que haya niños en casa, etc. Expresa tus necesidades, de cualquier tipo, clara y abiertamente.
- Haz algún tipo de relajación o meditación, bastan unos pocos minutos al día, o por lo menos realiza unas respiraciones. La meditación no es una práctica misteriosa hindú o budista sino un vivir consciente. Todo en la vida puede ser una meditación. Siéntate y escucha tu propio interior. Parar, sentarse, sentirse, dedicarse un tiempo de calma es lo más difícil de hacer. A muchos les da terror
- No te distraigas con las comidas, come lo mejor que puedas, cuídalas y que estén bien preparadas, que sean de buena calidad, ricas y variadas.
- Duerme o descansa el tiempo necesario.
- Admite tus sentimientos sean los que fueran, no te autocrítes por ellos, y exprésalos a las personas más cercanas, no los guardes para ti. Deja que los demás se acerquen.
- Evita el distanciamiento y la falta de comunicación.
- No evites hablar de las cosas que te preocupan o angustian.
- Procura identificar tus carencias afectivas.
- No te automediques, ni utilices el alcohol o el tabaco para afrontar la tensión.

9

DERECHOS DE LA PERSONA EN SITUACIÓN TERMINAL [\[98\]](#)

Es posible, señalan los Hermanos de San Juan de Dios, que morir resulte siempre un momento especialmente denso. Más también es posible morir con dignidad. Y con dignidad se muere cuando al ser humano que vive semejante proceso, se le respetan escrupulosamente los derechos que cómo a tal ser humano le pertenecen.

El enfermo próximo a la muerte tiene derecho a:

1. Ser tratado como persona humana hasta el final de su vida.

La atención a las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de la persona enferma en situación terminal reclaman de los profesionales de la salud una atención en la que la calidad asistencial sea el resultado de la competencia técnica y la sensibilidad humana.

El profesional de la salud ha de facilitar a la persona con enfermedad terminal todo cuanto contribuya a su bienestar físico y moral, y debe promover la humanización de la asistencia en este doble aspecto técnico-científico y relacional.

2. Recibir una atención personalizada. Cada persona es irrepetible y única y responde con estilo propio a los avatares de la existencia y a las crisis de la vida.. El paciente tiene derecho a ser tratado en su singularidad de persona y no ser reducido a una cifra estadística.

3. Participar en las decisiones que afecten a los cuidados que se le han de aplicar.

Este derecho incluye una información suficiente y veraz y un consentimiento lúcido

del paciente o de sus tutores legales.

4. Que se le apliquen los medios necesarios para combatir el dolor.

Es preciso prestar atención a los factores no farmacológicos que modulan el umbral del dolor. La estrategia más adecuada para el tratamiento del dolor es aquella que contempla un enfoque integral del enfermo en todos los aspectos: físico, psíquico, social y espiritual.

El tratamiento farmacológico del dolor se ajustará individualmente, en función de sus causas, intensidad y duración, con evaluaciones periódicas, de forma que el enfermo disfrute del mayor grado de bienestar posible.

El profesional de la salud evitará, en la medida de lo posible, que la terapéutica analgésica provoque innecesariamente la pérdida de conciencia del enfermo.

5. Recibir respuesta adecuada y honesta a sus preguntas, dándole toda la información que él pueda asumir e integrar.

Hay que subrayar que el hecho de morir es un hecho personal e íntimo, que pertenece al enfermo, al igual que su propia vida. Estar enfermo no es un problema separable de su persona, de su biografía y de su entorno. Es todo él quien necesita ayuda y reclama una relación interpersonal individualizada a alguien científicamente formado pero que también se haga cargo de su problemática global.

6. Mantener su jerarquía de valores y no ser discriminado por el hecho de que sus decisiones puedan ser distintas a las de quienes le atiendan.

La persona como agente moral tiene una conciencia que es el punto de referencia último en las decisiones sobre valores morales.

Si la dimensión técnica, diagnóstico y pronóstico pertenecen al ámbito médico, la percepción de lo que es bueno o malo para la persona, y en última instancia la calidad de vida, es atributo del paciente.

Nadie tiene derecho a imponer su criterio sobre la vida de otro, en contra de su voluntad, tampoco tiene nadie el derecho de discriminar a un paciente por haber éste escogido una opción terapéutica que no es del agrado del médico o del equipo asistencial.

7. Mantener y expresar su fe. Desde la libertad religiosa y de conciencia y con la voluntad de ofrecer a cada persona enferma una atención integral, hay que atender las necesidades espirituales.

La percepción y el hacerse cargo de estas necesidades facilita la comprensión de la persona y le ayuda a que pueda encontrar la serenidad y la paz que le ofrecen las creencias o las convicciones filosóficas que dan sentido a su vida.

8. Ser tratado por profesionales competentes, capacitados para la comunicación y que puedan ayudarle a enfrentarse con su muerte.

El equipo asistencial del enfermo en situación terminal debe tener ante todo sensibilidad humana. Capacidad de escuchar y hablar abiertamente sin temor a comentar

situaciones límite, con gran carga afectiva.

9. Recibir el consuelo de la familia y amigos que desee le acompañen a lo largo del proceso de su enfermedad y en el momento de la muerte.

10. Morir en paz y con dignidad. La muerte en paz resulta más digna cuando el enfermo vive la muerte con lucidez, sin angustias reprimidas, sino vencidas a través del diálogo y de la comunicación sincera que le produce reconciliación, paz y armonía interna.

- Después de la muerte el cadáver ha de ser tratado con respeto.
- La familia ha de ser informada correctamente de las circunstancias del fallecimiento y recibir ayuda administrativa, psicológica y espiritual, para poder hacer frente con serenidad a la etapa inmediata después de la muerte.

10

EL DUELO

“Los hermanos de Lázaro le enviaron este recado:

–Señor, tu amigo está enfermo (...)

Él dijo: “–Nuestro amigo Lázaro está dormido; voy a despertarlo (...).”

Al ver a María llorando y a los judíos que lo acompañaban llorando, Jesús se estremeció por dentro y dijo muy agitado:

–¿Dónde lo habéis puesto?

Le dicen: –Señor, ven a ver. Jesús se echó a llorar.

Los judíos comentaban: –¡Cuánto lo quería...!”

Jn 11,3.11.35

1. ¿Qué entendemos por duelo?

El duelo, del latín *dolus* (dolor), es la respuesta emotiva a la pérdida de alguien o de algo. Cada pérdida significativa, cada desapego de una posición, objeto o ser querido provoca una serie de reacciones o sentimientos, que nos hace pasar por un periodo que llamamos duelo.

El luto, del latín *lugere* (llorar), es el duelo por la muerte de una persona querida: se manifiesta con signos visibles externos, comportamientos sociales y ritos religiosos.

Como señala R. Martín^[99], la biografía de toda persona, hombre o mujer, joven o madura, está sembrada de una sucesión de pérdidas y separaciones que le recuerdan, consciente o inconscientemente, la precariedad y provisionalidad de todo vínculo y de toda realidad.

En efecto las pequeñas o grandes separaciones que vamos viviendo a lo largo de la vida, no solamente nos recuerdan la provisionalidad de todo vínculo, sino que nos va preparando para el gran y definitivo adiós. Esta constatación nos puede angustiar y deprimir, pero no se puede eludir. La muerte es el único hecho al cual estamos seguros que deberemos responder en algún momento.

Freud en 1917 define el término duelo como un "pesar normal", frente a reacciones anormales a la pérdida (melancolía). Afirmaba que el papel del duelo consiste en recuperar la energía emotiva invertida en el objeto perdido para reinvertirla en otros apegos. Así mismo, destacaba como rasgos del duelo, un profundo abatimiento, falta de interés por el mundo exterior, menor capacidad de amar y una inhibición de la actividad. Y aunque incluía reacciones no sólo ante la muerte de un ser querido, sino ante cualquier pérdida, yo me referiré a lo largo de este capítulo a las pérdidas de seres queridos.

Soy consciente de que siempre que hay una pérdida de algo valioso para una persona, se producirá un dolor. Me resulta útil considerar la muerte de una persona querida como un tipo de pérdida más bien que verla como algo único y totalmente diferente. Esto nos va a permitir integrarla en un modelo más amplio de las reacciones humanas.

A. Pangrazzi^[100] enumera una gran variedad de pérdidas que he condensado en cinco tipos.

1. Pérdidas de personas significativas.
2. Pérdidas de aspectos de si mismo.
3. Pérdidas de objetos externos.
4. Pérdidas ligadas con el desarrollo.
5. Pérdidas de objetivos, de ideales, de ilusiones. Podemos señalar que cada pérdida acarreará un duelo, y que la intensidad del duelo no dependerá de la naturaleza del objeto

perdido, sino del valor que se le atribuye, es decir, de la inversión afectiva invertida en la pérdida.

J. Bowlby, probablemente uno de los investigadores más conocidos en el campo del duelo, lo define como *“todos aquellos procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquiera que sea su resultado”*^[101]. Por lo tanto podemos afirmar que el duelo es un proceso normal, una experiencia humana por la que pasa toda persona que sufre la pérdida de un ser querido. Así es que no se trata de ningún suceso patológico.

Ejercicio de sensibilización:

Ponte cómodo, y en una postura que te resulte buena haz una relajación. Imagínate que una persona muy querida tiene una enfermedad. Imagínate que tú eres un profesional sanitario, ¿qué haces?, ¿cómo te sientes? La ayudas en todo lo que puedes, la llevas a los mejores especialistas del mundo, te gastas todo el dinero en esa persona querida pero, su enfermedad no tiene remedio. Hablas con ella de la muerte. ¿Qué le dices?, ¿cómo son esos diálogos?

2. El proceso del duelo

Durante el proceso de duelo, el doliente debe enfrentarse a la crisis de la pérdida y a la nueva estructuración, en la que el ser querido ya nunca más estará.

El duelo es un largo viaje, con evolución fluctuante, y que requiere muchos reajustes vitales. Hay muchas ocasiones durante el proceso en que se puede volver a entrar en crisis.

Estoy con Oskar Mittag^[102], cuando señala que en la mayoría de las culturas la expresión de dolor individual tiene un sitio en el marco del ritual del duelo público, y sin embargo en nuestra manera actual de proceder durante el periodo de duelo aparece relativamente controlada y poco expresiva. Al menos en el denominado mundo occidental apenas se viven ya aquellas explosiones y gestos apasionados de dolor, rabia y desesperación, propio de las sociedades rurales antiguas. En este final de milenio, en nuestro medio social y cultural, por hondo que sea el dolor de los sobrevivientes, no está bien visto manifestarlo de una manera pública, y en la práctica no se hace.

De la misma forma que hablábamos de las fases o etapas que puede atravesar una persona que se enfrenta a su propia muerte, también en el duelo podemos hablar de una serie de "etapas", aunque como señala M. Bender y colaboradores^[103] sería más preciso hablar de "modelo". Esto se debe a que las etapas descritas no son fijas. Las personas pueden saltarse etapas, volver a una anterior y así sucesivamente. Pero antes debemos señalar que el duelo es individual, hay un duelo distinto por cada persona y está mediatizado por múltiples determinantes. Algunos de estos determinantes son:

1. Relación con la persona fallecida

Cuanto mayor y más intensa sea la relación con la persona fallecida mayor será la respuesta emocional a la pérdida.

No debemos olvidarnos de la existencia de duelos ocultos, como en ocasiones se dan entre homosexuales y en el caso de relaciones clandestinas fuera de la pareja.

2. La forma de morir

En general una muerte brusca, inesperada supondrá una elaboración más difícil. Así como si la muerte es por suicidio, situación que abordaremos más adelante, o si las pérdidas son múltiples, o cuando no se ha podido rescatar o encontrar el cadáver. Todo ello son condicionantes que van a influir en la intensidad y duración del duelo.

Recuerdo a un hombre joven de 42 años, que cuando contaba diez años perdió en un accidente de tráfico a los padres, dos hermanos y una tía. Aquella pérdida múltiple, en una edad tan temprana le marcó sobremanera en la forma de relacionarse con los demás, haciéndole ser dependiente.

3. *Personalidad*

En general las personas independientes, autónomas y con buena salud mental elaboran mejor los duelos que los dependientes.

4. *Factores sociales*

Tanto de apoyo en otras relaciones significativas, como laborales o económicas.

Vollman ha observado que las familias que utilizan sistemas de comunicación abiertos y eficaces y facilitan la coparticipación de los sentimientos, tienen mayor probabilidad de llegar a una mayor adaptación respecto a otras que aplican en cambio un modelo de negación o de supresión de los sentimientos. [\[104\]](#)

5. *La edad del doliente*

En general parece que las personas mayores están mejor preparadas para afrontar un duelo que los jóvenes.

Sin ignorar estos determinantes que acabo de señalar, ni la enorme importancia de las diferencias individuales, podemos distinguir una serie de **etapas** que no tienen por qué ser consecutivas y que lo más probable es que sean un continuo ir y venir de una a otra, hasta que la persona va consiguiendo un nuevo equilibrio y una aceptación de su nueva realidad.

1. Etapa de Shock (Conmoción)

Es como un sentimiento de incredulidad (reflejado por expresiones como por ejemplo "*esto no es verdad*", "*no me lo creo*"), hay un gran desconcierto, se cree que no es real. La persona puede funcionar como si nada hubiera sucedido. Incluso puede aparecer ante los demás como si aceptara plenamente la situación. Continúan con su trabajo y ocupaciones domésticas como si el acontecimiento no hubiera ocurrido. Otros se paralizan, permanecen inmóviles e inaccesibles.

Esta fase es un mecanismo de defensa que nos protege ante la amenaza de un dolor psíquico insoportable, y como tal habrá que aceptarlo y respetarlo.

El shock es un mecanismo protector, da a la gente tiempo y oportunidad de absorber la información.

Durante este periodo la realidad de la muerte no ha penetrado totalmente en la conciencia de la persona.

Recuerdo a una mujer que me pedía consejo de como actuar con su padre, que ante la pérdida de su madre actuaba como si nada hubiera sucedido. Se trataba de un hombre de unos 80 años de edad, que había vivido más de 50 años junto a su esposa, en un medio rural. Una vez que los hijos se habían independizado, durante los últimos 15 años o tal vez más, habían vivido los dos solos, recibiendo la visita de los hijos durante los fines de semana. Parecía evidente que la perdida de su esposa le acarrearba tal dolor, que de momento no podía asumirlo y, se mostraba con una aparente entereza, desarrollando gran actividad cuidando la huerta, paseos, etc.

2. Etapa de rabia, agresividad

Es frecuente una fase de cierta rabia, muchas veces dirigida hacia aquellos a quienes se considera responsables de la pérdida. Esa agresividad, a veces se puede volver hacia uno mismo en forma de autorreproches, pérdida de la seguridad y autoestima.

Es relativamente frecuente que el deudo tenga ilusiones o pseudoalucinaciones en las que le parezca haber oído o visto al difunto. Son experiencias que pueden asustar mucho por temor a "volverse loco". Es importante tranquilizarle y hacerle ver que es común este tipo de experiencias, que no hay nada que temer.

Es un periodo de cierta desorganización. La persona angustiada puede llegar a la confusión, perder la memoria y sentirse muy aislada y desconectada de un mundo donde otras personas siguen actuando como si nada hubiera sucedido

3. Etapa de desesperanza

El deudo va tomando conciencia de que el difunto no volverá. Se experimenta una tristeza profunda, que puede ir acompañada de accesos de llanto incontrolado. Quien lleva un duelo experimenta un vacío y desamparo interno sin límites. El sentimiento predominante es el de soledad. Muchos se aíslan socialmente. Estos pueden llegar a su punto máximo justamente cuando la familia y amigos quizá disminuyan su apoyo para evitar atosigarles. La persona va entendiendo la ausencia como permanente y le hace reconocer la necesidad de adaptarse y modificar los patrones de conducta.

4. Etapa de reorganización

Se van adoptando nuevos patrones de vida sin el fallecido, y se van poniendo en funcionamiento todos los recursos de la persona. La persona afligida empieza a sentirse aligerada. Se intenta reanudar la vida social.

El doliente, va siendo capaz de recordar al difunto sin la tristeza de antes. Los aniversarios son cada vez menos dolorosos.

Cuando la persona que vive el duelo recorre una y otra vez las fases señaladas, progresivamente va perdiendo intensidad los sentimientos de dolor, miedo y cólera, y va desarrollando una creciente aceptación interna de la pérdida.

La capacidad de recuperarse a sí mismo después de la muerte de un ser querido puede disminuir si las pérdidas se producen de forma demasiado rápida y repetida.

No existe un punto final del duelo, pero podremos deducir que ha concluido cuando el dolor intenso es sustituido por el recuerdo afectuoso y tranquilo del pasado, cuando el pesar se transforma en un recuerdo entrañable.

La duración del proceso de duelo, en nuestro medio, suele ser de uno a dos años, y se ve influido por la relevancia afectiva que tenía el fallecido para el deudo, así como por otros aspectos como la situación social, económica, laboral, etc.

3. Reacciones más habituales en el duelo

El duelo es una experiencia global que ejerce su influencia en todos los niveles de la persona. Por lo tanto habrá una reacción a nivel físico, a nivel emocional, cognitivo o mental, social y espiritual. Brevemente voy a señalar algunas de las reacciones más comunes en los distintos niveles.

1. Reacciones a nivel físico

Las más frecuentes son:

- Opresión gástrica, torácica y de garganta
- Sensación de falta de aire
- Boca seca
- Dolor de cabeza
- Insomnio
- Pérdida del apetito
- Astenia, es decir falta de fuerzas

Investigaciones empíricas han demostrado como las situaciones de estrés, están íntimamente relacionadas con la inmunodepresión, y por lo tanto el organismo humano es más vulnerable a enfermar. No debemos olvidar que la muerte de un ser querido es una de las mayores fuentes de estrés.

2. Reacciones a nivel emocional

Según las circunstancias y el momento, los estados de ánimo pueden variar y manifestarse unos más intensos y otros más latentes. Los más comunes son:

- Tristeza
- Ansiedad
- Miedo
- Rabia
- Soledad
- Abatimiento
- Sentimientos de culpa

3. Reacciones a nivel cognitivo

Las más frecuentes son las siguientes:

- Dificultad para concentrarse
- Falta de interés por las cosas
- Ideas repetitivas, generalmente tienen que ver con el difunto

4. Reacciones a nivel social

- Resentimientos hacia los demás
- Aislamiento social

5. Reacciones a nivel conductual

- Trastornos del sueño y del apetito
- Aislamiento social
- Hiperactividad

6. Reacciones a nivel espiritual

- Idea de transcendencia

Ejercicio de sensibilización:

Todos a lo largo de nuestra vida hemos vivido pérdidas de seres queridos. Piensa alguna de las primeras experiencias de pérdida que tuviste. Una vez que las tienes en tu conciencia, vete escribiendo en un papel cómo reaccionaste en ellas (haz una lista de tus reacciones). Después haz otra lista de los mensajes que recibiste de las personas que te rodeaban en ese momento.

4. Sanar en el dolor

Según Bowlby, más pronto o más tarde, aquellos que evitan toda pena consciente hacen crisis, generalmente con alguna forma de depresión.

Hay que facilitar al doliente que experimente el dolor para evitar que lleven dicho dolor a lo largo de sus vidas.

Vivir sanamente el duelo consiste en dar un espacio y un tiempo a los sentimientos que se desencadenan.

El duelo es necesario, es la reacción natural de un ser humano a la muerte de una persona querida; una reacción que nos ayuda a soportar anímicamente la pérdida y a proseguir nuestra vida sin la presencia del difunto. El objetivo del proceso de duelo es la definitiva despedida interior del difunto, la aceptación de la pérdida y la disposición a incorporarse de nuevo a la vida. Sólo con la aceptación del carácter definitivo de la pérdida, podrá la persona volver a enfocar la energía y su amor a otras personas.

El duelo representa la reacción normal a la pérdida de una persona querida, y aunque vaya asociado con múltiples sentimientos dolorosos, angustiosos y a menudo desconcertantes, ayuda a reincorporarse de nuevo a la vida. El proceso luctuoso es, de hecho, un proceso necesario que también el entorno social debería estimular y sostener.

Otra tarea de los deudos será la de adaptarse al mundo que le rodea sin la presencia del ser querido fallecido. Esto probablemente implicará un cambio de roles. El doliente tendrá que aprender a hacer cosas que antes no hacía, a relacionarse socialmente de otra manera.

Alicia era una mujer de 32 años que siempre había vivido en casa de sus padres sin ocuparse, ni preocuparse por ninguna labor doméstica. Ella tenía su trabajo, sus relaciones y nunca se había preocupado por ningún asunto de la casa, ya que de ello se encargaban sus padres que tenían buena salud. En el lapsus de pocos meses, murió repentinamente primero su madre de una trombosis cerebral, y al poco tiempo y tras un deterioro cognitivo progresivo y galopante moría su padre. Conocí a Alicia en consulta psicoterapéutica, cuando todavía vivía su padre, elaborando un duelo difícil por la muerte inesperada de su madre. Tuvo que aprender un montón de cosas que ignoraba, como cambiar la bombona del gas, o saber manejarse en recibos bancarios. Todo aquello supuso un cambio importante en los roles desempeñados.

Si tu relación con el difunto no fue central en tu vida, es natural que no sientas mucha tristeza, y el duelo será ligero. Sin embargo, si tu tristeza es muy honda necesitarás expresarla para que más tarde no sufras.

Acepta tu duelo, tu dolor, dale cauce de la manera que sientas que es más apropiada para ti. Debes saber que el duelo es un proceso natural y saludable, es la manera como

curamos la pérdida que sentimos de un ser amado.

Si el proceso de morir de tu ser querido fue largo, es probable que te asalten sentimientos similares a los que tuvo él o ella: negación, rabia, regateo, depresión...

Como señala Duda Deborha^[105], llora o grita si lo necesitas. Enfurécete si eso te alivia, interpélale a Dios por tu desdicha, sin miedo, nada hay que temer, Él puede comprenderte. Deja que todo tu dolor salga por los poros de tu ser. Lloro todo aquello que es posible que acumularas desde tiempo atrás y que no has podido sacar. Límpiame a través del llanto, si intuyes que ese es el camino, de tus tristezas pasadas.

Traeré ahora a un hombre que había aprisionado sus lágrimas hasta no poder aguantar más. Durante años estuvo reteniendo el llanto por su hija que había muerto de leucemia, y no terminaba de superar el duelo por ella.

Las lágrimas prisioneras de Miguel.^[106]

Se trataba de un hombre de cuarenta y pocos años, emprendedor, con importante éxito en el mundo laboral, aunque de origen rural y de clase social baja, se había aupado a ese reducido grupo con grandes medios económicos, adaptándose a los modales de la alta sociedad, tanto en su forma de vestir como en su lenguaje refinado. Le llamaré Miguel.

Miguel acudió a consulta psicoterapéutica aquejado de unas lágrimas que había tenido que ocultar y reprimir, y que no podía mantenerlas durante más tiempo dentro de él. Casado y con tres hijas, una de ellas, la mayor, estuvo enferma de leucemia durante los últimos años de su vida. La niña murió con doce años. Miguel vivió intensamente todo el proceso de la enfermedad de su hija, ocultando y simulando su desesperación ante el desenlace de la enfermedad. Al principio fue un enorme shock, que se convirtió en esperanza ante la buena respuesta a los tratamientos médicos, pero poco después la enfermedad fue avanzando, y los tratamientos dejaron de hacer el efecto esperado. Cada nuevo tratamiento era vivido con angustia, y un hilo de esperanza que se truncaba a los pocos días a la vista de los resultados. Recuerdo la última sesión que tuve con Miguel, fue tremendamente emotiva. En ella Miguel relató a veces derrumbado y otras ahogado por la rabia y por las lágrimas, que muchas veces había deseado la muerte accidental de su hija para acabar con el sufrimiento que le producía el verla que se iba apagando.

Aquella tarde, su voz aparecía quebrada en un gemido incontinente. Sentado frente a mí, Miguel no pudo aguantar más. No pudo soportar por más tiempo la angustia del eco lejano del aullido de dolor de su corazón. El recuerdo de su hija estalló en su memoria deshecha en mil imágenes hirientes, corrompidas por el dolor oculto que no pudo borrar el agujero sin fondo del olvido. Habló con lágrimas en los ojos, de una conversación mantenida con su hija en la que ella le preguntaba sobre qué era el amor;

o estar enamorada. Aquella voz de niña que despuntaba a ser mujer, le producían más dolor si cabe, y mayor esfuerzo en reprimir el llanto. A su hija le ocultaron la irreversibilidad de su enfermedad. Este compromiso también le estaba ahogando.

Bruscamente, en un momento de la entrevista, cesó su llanto, y como una ráfaga del frío cierzo de enero que te deja helado, me miró con los ojos abrasados por las lágrimas.

Difícilmente podré olvidar esa mirada, en la que el miedo atravesó sus ojos y se clavaron en los míos y con voz quejumbrosa fue narrando como ese engaño continuo llegó a su fin una noche en la que no pudo más y ante la gravedad de su hija con la que ya no era posible comunicarse verbalmente, estando los dos a solas, él le reveló la verdad y le pidió perdón por el engaño mantenido.

Como un remanso en la corriente de un río, el curso de la vida de este hombre se había detenido en ese instante, y ahora, ante mí, sólo se extendía el inmenso paisaje de un hombre desolado, en el que el tiempo no había podido borrar las heridas.

Con la memoria y el corazón deshechos por el llanto, escondió la cabeza de nuevo entre sus manos y rompió a llorar. Observe en silencio y de cerca el temblor ardiente de su pecho, la caricia salobre y amarga de sus lágrimas sobre la piel de sus mejillas. Mientras, Miguel continuó entrecortadamente su relato.

—En el momento que terminé de decirle su situación, la pequeña abrió los ojos, tuvo unas convulsiones... y murió en mis brazos (pausa). Mi mujer no sabe nada de esto, ignora que yo le comuniqué la verdad.

En sus palabras pude apreciar cierto tono de culpabilidad.

—Hiciste lo que creías que tenías que hacer, ¿no es así, Miguel?

Él, mucho más sereno, asintió con la cabeza.

Sin embargo, su serenidad duró poco. Estaba quieto, casi inmóvil, con los ojos clavados en el suelo cuando... de pronto, Miguel sacó un pañuelo blanco, hundió la cara en su pañuelo y empezó nuevamente a llorar.

Su llanto sonó distinto.

Le interrogué. —¿Estas llorando por el vacío que te ha dejado tu hija?

Con la cara oculta en el pañuelo, Miguel se sonó la nariz y negó con la cabeza.

—¿Porque no sabes si actuaste bien?

Miguel volvió a negar con la cabeza.

—¿Con qué tienen que ver tus lágrimas ahora?

—No estoy muy seguro.

—Miguel, te voy a pedir un pequeño esfuerzo de imaginación. Quiero que te imagines que tus lágrimas tienen voz..., quiero que les prestes tu voz..., si tus lágrimas pudieran hablar ¿qué dirían?

Al principio su cara expresaba sorpresa, al poco tiempo su silencio se rompió y

dijo:

–Habrían de liberación, (...) de haber podido por fin salir al exterior (...). Habrían de haberse sentido presas durante mucho tiempo.

Aquella fue una de las sesiones más emotivas que he vivido. Ya no volví a verle nunca más a Miguel. Probablemente para él fue suficiente el poder derramar con libertad y sin sentirse juzgado aquellas lágrimas reprimidas y que le estaban atormentando.

Muchas veces el tiempo es paciente, y poco a poco va borrando de nuestra memoria el dolor de fuegos que ocurrieron en nuestra vida. Pero hay brasas que arden en el corazón mismo de la tierra, grietas humeantes en la memoria tan profundas y escabrosas que ni tan siquiera el manto de nieve de la muerte bastará tal vez para borrarlas.

Tanto el dolor como el llanto habitualmente es mal tolerado por el doliente y por los que le rodean, y se realizan grandes esfuerzos en frustrar y controlar este proceso.

Si no permitimos sentir el dolor de la pérdida, ese dolor se puede instalar en nosotros con alguna forma de comportamiento poco saludable, o alguna psicopatología, o aparecer más tarde de manera irracional y descontrolada.

Poco a poco durante el duelo, tarde o temprano, el vacío se irá adueñando de ti. Es una sensación dura, difícil, donde nadie puede entrar más que uno mismo. Es un diálogo con la verdad, con tu verdad. Empezarás a ver, a distinguir los distintos espacios, las distintas estancias que hay en tu interior. Se trata de aceptar lo que va apareciendo, sin hacer juicios. Permanecer en silencio es algo más que no hablar. Y aunque es cierto que la compañía hace que el vacío sea menos doloroso, lo que uno ha de hacer en ese lugar, en ese espacio, lo ha de hacer solo.

No tengas prisa, conoce bien este espacio, esta estancia de tu interior, tal vez puede ser uno de los más importantes de tu vida. No te pierdas esta oportunidad de saber más de ti. Es posible que en esa quietud durante el duelo, donde las semillas de tu nueva vida puedan empezar a germinar.

Se requiere gran coraje para vivir ese vacío y no todos están dispuestos a ello.

Cuanto mayor sea la pérdida, y por lo tanto más intenso el duelo, nos pone más directamente en contacto con nuestro yo más oculto y evitado, con nuestra parte oscura, de la que siempre estamos queriendo protegernos. Se paciente contigo mismo, no tengas prisa, escucha el silencio. Uno no puede ver realmente hasta que comprende también su parte oscura, a la que hemos llamado en otro apartado la sombra.

Pon atención a lo que está tratando de nacer, de crecer en tu interior. Cuando nuestro corazón se rompe se abre también y da lugar a que pueda ser ocupado tal vez por nuevas cualidades, tal vez diferentes actitudes de las que venías manteniendo, tal vez nuevas

ideas... déjate, simplemente déjate, date permiso.

El tiempo transcurre con rapidez cuando uno se escucha a si mismo, no te preocupes por ello. Mientras que se hace eterno cuando esperamos que otras personas lo llenen.

Al completar el duelo por la persona perdida, el sobreviviente le dará la bienvenida a una fase nueva en su vida, como un desafío fresco del crecimiento psíquico, a pesar del dolor de la pérdida. Incluso la muerte puede entonces ser el estado final del crecimiento.

El dolor y la pena son inseparables de la pérdida.

El sobrevivir a un ser amado puede convertirse, al menos durante un tiempo, en una época de crecimiento, en tornarse más plenamente humano. El sobreviviente puede llegar a incorporar algunas de las cualidades del fallecido en su propio ser y desde ahí seguir madurando.

5. Formas peculiares de duelo

El proceso del duelo constituye un conjunto de reacciones de tal intensidad y complejidad que muchas veces es difícil distinguir entre un duelo normal y otro patológico. Ahora bien, la frontera la podríamos poner en que en el duelo patológico, la persona se ve superada por el dolor de la pérdida, rompiéndose el equilibrio psico-físico. En cualquier caso habría que valorar el tiempo que duran los procesos defensivos (sobre todo la negación) y en que medida influyen en el funcionamiento psicológico de la persona para poder hablar de duelo patológico.

Ahora señalaré algunos tipos de duelo.

1. Duelo Crónico

El Deudo se detiene en el dolor, pudiéndolo arrastrar durante años, unido muchas veces a un fuerte sentimiento de desesperación. La persona es incapaz de rehacer su vida, y toda ella gira alrededor de la pérdida. Suelen ser continuadas las visitas al cementerio, incluso años después del fallecimiento, y no es raro encontrar una especie de casa— museo con objetos, fotografías, cuadros, incluso, conocí a una mujer que había mandado hacer una estatua, en bronce, de gran tamaño, que durante el día y la noche estaba iluminada. Se trata por tanto de un duelo en la que el Deudo no termina nunca de despegarse y continua las manifestaciones de dolor producido por la pérdida de una manera crónica.

2. Duelo Congelado

También llamado inhibido, ausente, enmascarado, evitado, reprimido. Este duelo constituye una especie de prolongación del embotamiento afectivo, con dificultad para la expresión de emociones. Predominan las reacciones de inhibición.

3. Duelo exagerado

Caracterizado por una intensa reacción de duelo. Hay que excluir claramente las manifestaciones de tipo cultural.

4. Duelo Retardado

También llamado aplazado, diferido. Consiste fundamentalmente en la inhibición inicial, apareciendo más tarde, muchas veces con motivo de otra pérdida de menor entidad, a la que se responde de manera exagerada. Este tipo de duelo suele ser más frecuente ante una pérdida inesperada, y consiste, como ya he señalado en un bloqueo que anula la capacidad de reacción o que lleva a la persona a defenderse mediante la negación. En las fases iniciales del duelo, el Deudo parece mantener el control de la situación sin dar signos aparentes de sufrimiento. En algunas ocasiones el Deudo se refugia en una gran actividad, después del suceso luctuoso, para no pensar en lo que ha sucedido, hasta que como ya he señalado aparece más tarde con ocasión de otra circunstancia, que no tiene porque ser otra muerte.

5. Duelo anticipatorio

Se trata de la elaboración anticipada del dolor por la pérdida que se prevé. El duelo comienza con anterioridad al fallecimiento, cuando éste se considera inevitable. Este duelo anticipatorio ayuda a preparar el duelo posterior. Este tipo de duelo facilita el desapego emotivo antes de que ocurra la muerte. Bien vivido es una oportunidad de toma de conciencia de la separación inminente, y de su significado, alivia el posible shock y puede ser una oportunidad para vivir las relaciones de una manera más auténtica y transparente. También puede ayudar a liberar los propios estados de ánimo y a programar el tiempo en vista de la inevitable muerte.

6. El duelo en los niños

En mi trabajo con moribundos he visto a muchos niños que han perdido a sus abuelos con quienes les unía una relación muy profunda y entrañable. Me ha tocado asistir, acompañar a hombres y mujeres jóvenes con hijos pequeños. Tal vez sea esta una de las circunstancias que más me afectan, y no tengo duda de que esto se debe a mi condición de padre con niños pequeños.

No puedo olvidar aquellas palabras con las que aquel niño de 11 años interrogó a su madre –“*Ama, ¿te morirás?*”–.

◆ El concepto de la muerte en los niños.

Cualquier padre, madre o adulto relacionado con el mundo infantil habrá asistido alguna vez con sorpresa al planteamiento repentino e inesperado de una duda de un niño acerca de la muerte.

Recuerdo a mi hija Ioar, cuando tenía 5 o 6 años de edad, una noche poco antes de acostarse, comenzó a decir “*que no se quería morir*”. Tuve la sensación de que aquella expresión era algo que había pensado durante mucho tiempo, así es que me aventuré con mucho cuidado a preguntarle si pensaba a menudo en esas cosas, su respuesta, ya esperada por mí, fue afirmativa y contundente con un “*¡claro!*”. Recuerdo que no mucho tiempo después mostró interés en visitar el cementerio, y ver el panteón de sus antepasados, y así lo hicimos.

Melanie Klein, basándose en sus experiencias clínicas con niños, llegó a la conclusión de que, desde muy pequeños, tienen una relación íntima con la muerte, relación que antecede con mucho al periodo que adquieren el conocimiento conceptual de la misma.

Anna Freud, después de trabajar con niños pequeños en los barrios de Londres, escribió: “*Se puede afirmar, sin temor a equivocarse, que todos los que tenían más de dos años en el momento de los bombardeos de Londres sabían que, cuando cae una bomba, la casa se derrumba y que, tras el hundimiento, hay muchos muertos y heridos*” [\[107\]](#).

El Dr. Irvin D. Yalom [\[108\]](#) ha llegado a las siguientes conclusiones respecto al concepto de muerte en los niños.

1. Cuando los científicos de la conducta investigan el asunto de cerca, descubren invariablemente que los niños están muy preocupados con la muerte. Esta preocupación es profunda y ejerce una gran influencia sobre el mundo de su experiencia. Para ellos se trata de un gran enigma, y una de las tareas más

importantes de su desarrollo es resolver los temores y el desamparo que experimentan con respecto a su propia destrucción.

2. Estas preocupaciones empiezan mucho antes de lo que generalmente se cree.
3. Los niños pasan por una sucesión ordenada de etapas en su conciencia de la muerte y en los métodos usados para enfrentarse con el miedo a ella.
4. Las estrategias que utilizan se basan siempre en mecanismos de negación.

Estoy con el Dr. Yalom cuando se inclina a pensar que los niños se ven envueltos en un proceso de "estira y afloja" en el cual sabe demasiado, demasiado pronto; entonces encuentra la manera de reprimirlo, de ignorarlo, hasta que, con el paso del tiempo, se encuentra más preparado para aceptar lo que originalmente sabía.

Desde el punto de vista cronológico o de sucesión, lo ideal sería que el niño se enfrentara a los acontecimientos a un ritmo compatible con sus recursos internos. Si aprende "demasiado y demasiado pronto", es probable que se desequilibre. El que se enfrenta bruscamente con la muerte antes de haber desarrollado defensas apropiadas, tal vez sufra alteraciones. Una situación aguda de estrés, y la muerte es una fuente importante de estrés, acarrea a veces en los niños trastornos temporales, que en un buen ambiente remitirán con el tiempo.

7. Diferencias y semejanzas entre el duelo adulto y el infantil

Siguiendo un claro y bonito trabajo sobre el duelo en atención primaria^[109], se señala que aunque existen ciertas diferencias acerca de como el niño y el adulto responden respectivamente a una pérdida, en general se puede decir, que las respuestas de los niños y adultos ante la pérdida de un ser querido siguen patrones bastante similares. Ahora bien, debemos recordar que es hacia el año y medio cuando el niño en desarrollo llega a ser capaz de representar simbólicamente el mundo exterior, siendo capaz de conservar ya sea por reconocimiento o por recuerdo la figura ausente. Anterior a este grado de evolución, ningún niño puede experimentar el anhelo o aflicción por la ausencia del ser querido.

Son rasgos comunes con el duelo adulto la esperanza del retorno del ser querido, o la ansiedad (por el temor a sufrir otra pérdida o a morir también él), o conductas agresivas o autoagresivas (culpabilidad).

Sin embargo, también podemos determinar algunas diferencias entre el duelo del adulto con el del niño. Así las manifestaciones externas tienden a ser más explosivas, incontroladas y llamativas en los niños. Otra diferencia estriba en la información que se le puede hacer llegar a los pequeños, y en consecuencia es más proclive a hacer falsas interpretaciones. Y para terminar este apartado señalar una mayor tendencia que tienen los niños a vivir el presente.

8. Acompañar a los niños en el duelo

En nuestro medio social los niños no suelen participar del acompañamiento a sus seres queridos, y por supuesto se les evita estar presentes en el momento de la muerte. Muchas veces, tal vez demasiado frecuentemente, los adultos tendemos a retirar a los niños para protegerlos, como si la muerte fuera solamente apta para mayores.

Muchas personas se preguntan si no serán muy pequeños o si no será una experiencia demasiado traumática. Así mismo es habitual la utilización de eufemismos como "se ha dormido", o "está en el cielo", o "se ha ido de viaje", para intentar explicar a los niños pequeños la muerte de su ser querido.

Este tipo de eufemismos, son susceptibles de crear bastante confusión en la mente infantil, que no es capaz todavía de abstraer y conceptualizar aspectos metafísicos, ni conoce el significado de las metáforas, con lo que puede interpretar el "se ha dormido" como que el acto de dormir es algo peligroso. Por lo tanto las explicaciones de se ha ido de viaje, o está en el cielo, o se ha dormido, son planteamientos potencialmente peligrosos que pueden favorecer reacciones poco saludables en los niños.

Probablemente es mejor decir que alguien murió, que demorar la explicación, haciéndola confusa y poco clara. Creemos que el niño debe conocer la verdad de manera sencilla y se debe responder a sus preguntas de manera franca y delicada, y tal vez haciéndoles ver que tampoco los adultos tenemos respuestas definitivas sobre la muerte.

Existe también el riesgo de que el adulto, que se encuentra en estado emocional de aflicción, se ausente y oculte su pesar al niño, en un intento de protegerle del dolor.

Deje que los niños vean sus sentimientos. Si se siente triste y necesita llorar, deje que le vean, no intente reprimir el llanto, ni ocultarse en su dormitorio o en el cuarto de baño, en un vano intento de fingir que no ha pasado nada, o que el fallecimiento no ha ocurrido, o que su vida no va a cambiar. Si le ven llorar, es probable que lloren también, pero eso no va a perjudicarles.

Para los pequeños es bueno en su proceso de maduración aprender que las emociones existen y que hay que asumirlas.

Es bueno y saludable compartir con los niños las emociones y expresar juntos sus sentimientos. Es importante hablarles de la pérdida común y del dolor que sienten todos, para que el niño sepa que no está solo en su dolor y que se le comprende. Se debe permitir que el niño o la niña recorra todas las fases del duelo. Es decir, que experimente sentimientos de pena, resentimiento, miedo, soledad, rencor, remordimientos.

Hable de la persona que ha muerto con la mayor naturalidad posible, es una manera sencilla de manifestar que sigue viva en nuestro corazón. Recuerdo la sensación tan agradable que me transmitía una viuda de 42 años, con dos hijas de 11 y 9 años cuando

me comentaba que solían hablar las tres de "papa", de lo que le gustaba, o lo que hubiera dicho o hecho en las distintas circunstancias que se les iban presentando en la vida.

Quizás una pista saludable para acompañar a los niños a elaborar el duelo sea la de darles participación en la verdad de la muerte y en los ritos funerarios, en aniversarios y demás conmemoraciones según las creencias familiares y sus sistemas de valores, e incluso las visitas al cementerio. Si el fallecimiento es reciente, es lógico que haya tristeza y lágrimas, pero la sepultura no tiene por qué ser un lugar de dolor, sino que bien podría tratarse de un lugar de recogimiento y de celebración del cariño que sentimos por la persona que murió.

Y aunque no debemos caer en la tentación de convertir la vivienda en un santuario de reliquias del difunto, no haga que el tema de la muerte se convierta en un tabú, hable de ella de forma general.

Todas estas sugerencias, no solamente pueden ayudar al niño a vivir sanamente la pérdida y acompañarle en su desarrollo del duelo, sino que también es un proceso educativo que les puede ayudar a tener una actitud más abierta e integradora de la muerte.

9. Duelos difíciles, cuando quedan asuntos pendientes

Cuando alguien ha muerto, o nos hemos separado de él, necesitamos dejarle ir y decirle adiós. Cuando arrastramos resentimientos hacia una persona, que ya no está con nosotros, también necesitamos dejarlos ir.

La vida está llena de despedidas, y toda despedida tiene una parte de amargura, de muerte, y otra de placer, de apertura hacia algo nuevo, de nacimiento.

Sin embargo, muchas personas nunca llegan al punto de renacer porque las despedidas no han sido plenamente realizadas, y esa parte de la energía no ha sido plenamente liberada. Mucha gente lleva dentro asuntos sin acabar y seguramente son una de las principales causas de desdicha emocional (este aspecto lo hemos tratado en el apartado "Asuntos inconclusos").

Las personas cuyos seres queridos han desaparecido sin dar explicaciones o sin despedirse, o que han muerto en desastres sin que nunca se haya recuperado su cuerpo, se encuentran con una increíble dificultad para realizar un proceso normal de duelo y despedida.

Obviamente el mejor momento para decir adiós es, si es posible, antes de separarse definitivamente, pero muchas veces esto no es posible.

No siempre se trata de decir adiós a personas. A veces necesitamos decir adiós a una casa, a una relación, a una experiencia, o a una etapa de nuestra vida.

Este verano recibí una postal de una mujer a la que llevo atendiendo hace algún tiempo en psicoterapia por unos abusos sexuales que padeció en su infancia, la postal en letras mayúsculas decía *"NUNCA LOS PIRINEOS ME PARECIERON TAN BONITOS. HEMOS HECHO UN BUEN TRABAJO. UN ABRAZO"*.

Decíamos en el apartado "asuntos inconclusos" que una forma habitual de bloquearnos es la represión, pero este tipo de aparente olvido no es liberador. Parece que nos aleja de lo que nos hace sufrir, pero no lo consigue del todo, porque el recuerdo permanece enterrado en nosotros con un enorme gasto de energía para que no emerja a nuestra conciencia, y sigue influyendo en cada instante de nuestra vida. El liberar la energía emocional atascada y no descargada, hace que nos sintamos más ligeros y podamos relacionarnos con los demás, con el mundo de manera más plena y satisfactoria.

Hay que elaborar los resentimientos para liberar la energía aprisionada. Es un proceso de limpieza, un camino de purificación. Cuanto está acumulado, bloqueado, se le hace consciente para que se vaya.

Revivir lo vivido con la misma intensidad emocional, es una estrategia terapéutica que ayuda al cierre de situaciones inconclusas. Recordar algo profundamente significa

olvidarlo.

El duelo exige a menudo terminar lo que está incompleto, tener que expresar lo no dicho y en ocasiones despedirse realmente del difunto.

La pérdida de un hijo.

La pérdida de un hijo es difícilmente elaborable por la herida narcisista que supone, [110] y porque mueren a la vez expectativas y proyecciones de los padres, además de todo lo que implica cualquier pérdida de un ser querido. Shiff (1977) y Videka-Sherman y Lieberman (1985) llaman la atención sobre el deterioro de la relación de pareja y el aumento de divorcios en los padres que han perdido a un hijo pequeño.

La pérdida por aborto.

Todo el mundo suele comprender que es una gran pérdida la muerte de un hijo, incluso el nacimiento de una criatura muerta, en cambio a muchos les cuesta creer que un aborto (sobre todo si es voluntario) puede constituir también la pérdida de un ser querido. Aún en el caso en que la madre no haya albergado esa nueva vida en su seno más que unas pocas semanas, no deja de ser una pérdida que puede causarle una pena inmensa. Además la situación se vuelve más difícil y dolorosa si esa pena la debe simular (duelo clandestino) por las circunstancias vitales particulares.

Recuerdo a una mujer joven de 28 años, a la que llamaré María, y que había tenido un aborto voluntario hacía unos dos o tres años.

María era madre (soltera) de una preciosa niña de 9 años. Acudió a mi consulta, cuando aparentemente mejor le estaban saliendo las cosas. Tenía una pareja estable de quien se sentía muy querida y, un buen trabajo. La convivencia entre los tres era estupenda. Vino aquejada por unas tristezas y ganas de llorar que ella no encontraba explicación, unidas a una sensación de vacío en el estómago, como de “*mala gana*” (según sus propias palabras).

Pronto se dio cuenta que nunca se había despedido del aborto. Cuando le animé a imaginarse el feto y hablar con él, habló del dolor de perderlo, revivió con gran minuciosidad, su experiencia de la interrupción del embarazo, el trato impersonal y frío que recibió; la soledad sentida; la necesidad de una mano que le acompañara en ese momento y que nunca llegó; la sensación de culpabilidad que jamás quiso reconocer.

Cuando hubo acabado, le sugerí que dijera adiós a todo eso, asunto por asunto, empezando por el feto, la sensación de soledad, el trato técnico y frío, le estimulé a que se fuera despidiendo. Poco a poco se fue sintiendo más libre y más ligera, las tristezas fueron desapareciendo y las ganas de llorar también. María estaba libre y preparada para una nueva vida que prometía llena de felicidad.

Esa situación inconclusa estaba presionando una y otra vez en su afán de quedar completada, y en tanto no se completara, María no podía estar disponible para vivir a fondo otro tipo de experiencia.

Recuerdo que, durante algún tiempo, me preguntaba a mí mismo el por qué de que apareciera, justo en este momento y no en otro, este duelo oculto y evitado. Encontré una respuesta que me dejó lo suficientemente satisfecho, y era que precisamente ahora cuando su vida se volvía más estable, confortable y con mejores perspectivas de futuro, necesitaba liberarse de aquella situación, y que probablemente con los condicionantes actuales no hubiera elegido realizar aquel aborto.

Remordimientos.

Una de las sensaciones más corrientes después de la desaparición de un ser querido, es el remordimiento por si la comunicación entre ambos no hubiese sido tan completa como era de desear: *“Ojalá le hubiese expresado cuánto le quería”, “ojalá hubiese evitado esa discusión”, “ojalá hubiera ido esa tarde a visitarle o llamarle”, “ojalá...”*. Todos esos "ojalá" y otros muchos^[111] pueden permanecer como asuntos inconclusos en forma de culpabilidad o remordimiento.

Por eso es importante y suelo, en mi trabajo con moribundos, insistir para que los seres queridos expresen todo lo que necesiten hacerlo con quien no tardará mucho en dejar de estar a nuestro lado. De que todo adquiere la urgencia de un final definitivo, de que nada debe posponerse. Incluso yo mismo he padecido en mi trabajo asuntos que se me quedaron sin decir o hacer, que requirieron una elaboración en mí propio interior. Como con aquel hombre de sesenta años, que después de estar trabajando durante algunos días el deseo de ver a una hija con la que había roto las relaciones hacía algunos años, pospusimos un viernes hasta el lunes la toma de decisión, y ese fin de semana murió.

En mi experiencia, frecuentemente me he encontrado con personas que arrastraban algún asunto pendiente, que dentro de ellas mismas les parecía enorme, pero que después hemos llegado a comprender que era mucho menos importante de lo que les parecía. Suele ocurrir que a veces hemos ido distorsionando y enardeciendo aquella situación hasta hacerla un mundo en nuestro interior. Así que el primer paso que deberemos dar para liberarnos de ese asunto inconcluso será contemplar la realidad de la situación, ponerla de nuevo en sus justos términos.

Ursula Markhan señala cuatro tipos o formas diferentes de asuntos que han podido quedar pendientes, y una serie de sugerencias para liberarnos de ellos y recuperar el flujo de la vida.

- Asuntos que tienen que ver con cosas que se hicieron.
- Asuntos que tienen que ver con cosas que se omitieron.
- Asuntos que tienen que ver con cosas que se dijeron.
- Asuntos que tienen que ver con cosas que se callaron.

Con cierta frecuencia me he encontrado en las personas en duelo la sensación de no haberle expresado al difunto todo el amor que sentían por él, pero esta sensación suele estar distorsionada y, lo que solemos descubrir es que se lo han expresado de otra manera, como cuidándolo, o perdiendo noches por él o por ella, o visitándolo, o preparando sus comidas favoritas, o mil formas diferentes y sutiles. Por lo tanto, es importante, de cara a la elaboración del duelo intentar contemplar la realidad lo más ajustada posible.

Relacionado con este punto, también es importante para liberarnos de un asunto pendiente, diferenciar y subrayar lo esencial de la relación. Procure no quedarse en una frase o en un acto, intente contemplar la relación con su ser querido difunto en general.

Así mismo es más que probable que si intenta ponerse por un instante en el lugar de la persona fallecida, sería mucho más condescendiente con Vd., y sabría entender y disculparle omisiones o conductas realizadas con ella mientras vivía.

Otro aspecto que le podría ayudar a elaborar el duelo es ser indulgente consigo misma. Todos tenemos malos momentos, y más cuando nos sentimos agotados tanto física como emocionalmente. Acompañar y dar apoyo a una persona que está muriendo es siempre una labor agotadora y estresante, y en esa situación reaccionamos a veces con menos paciencia. Por lo tanto, indúltese de esos momentos en que no pudo tener la paciencia que le hubiera gustado.

Por último pida perdón, si cree que se equivocó, o que no fue justo con el ser querido. No importa que esa persona ya no esté a nuestro lado, que ya no la podamos ver. Busque un lugar tranquilo, donde sepa que no le molestarán, e imagínese que tiene en frente de Vd. a su ser querido, y dígame, sintiéndolo de corazón que lamenta haberse comportado así, y pídale perdón.

En general, mi experiencia me dice que no son los sentimientos de amor los que más nos atan a las relaciones pasadas, sino que son los más negativos y que nos cuesta incluso admitirlos como parte de nuestro experimentar, y más si van dirigidos hacia un difunto.

En efecto, suele ser relativamente frecuente que personas que han sufrido ofensas en el pasado por parte de otra persona, y esta muere, sin que hayamos podido expresarle nuestro malestar, que algo se nos quede como un asunto inconcluso que nos puede condicionar otras relaciones y nuestro propio bienestar.

Esta circunstancia es todavía más cruenta si la persona hacia la que nos sentimos ofendidos, fue alguien cercano, como nuestros padres, o un hermano, o un hijo.

Pérdida por suicidio.

Aunque en la mayoría de las pérdidas de seres queridos he podido comprobar que se produce un sentimiento de culpa, dicho sentimiento se agudiza enormemente si la pérdida ha sido por suicidio.

Han sido varias las personas que por distintas referencias he sabido que se quitaron la vida de forma voluntaria, pero solamente una la conocía de manera personal. Se trataba de una amiga, de 33 años, que aunque por las circunstancias vitales de cada uno no solíamos coincidir, sí que nos teníamos un gran cariño y aprecio mutuo desde hacia muchos años.

Recuerdo perfectamente mis propios remordimientos en aquel entonces, y de esto pronto hará cuatro años.

Cuando sucedió su muerte estaba escribiendo una breve entrevista para una revista especializada sobre el sufrimiento en los profesionales sanitarios, transcribo mis palabras de entonces:

“(...) Sufro cuando un paciente en su proceso de psicoterapia no acaba de encontrar sentido a su vida, y la continuidad de su existencia pende de una última decisión.

¿Qué es lo que te hace sufrir a ti en cuanto profesional de la salud? Se me pregunta, y qué difícil se me hace distinguir a veces entre mi Yo personal y mi Yo profesional.

Qué difícil y qué duro se me hace hablar, escribir, sobre mi sufrimiento en este día de Navidad. Este sabor nauseabundo, este vacío ante una muerte inesperada y violenta (...), es como enfrentarme a un abismo, en el que intentar reconstruir sus últimos momentos me hace sufrir. Recordarla también me duele, y el preguntarme el por qué sin obtener respuesta me deja mal. Pensar que no la volveré a ver me resulta insoportable.

¿Qué es lo que te hace sufrir a ti en cuanto profesional de la salud? Se me pregunta. La impotencia, cuando no encuentro sentido, cuando no logro comprender, cuando me pregunto si yo no podía haber hecho algo más, cuando te imagino en ese agujero negro de nuestra existencia, aterida por el miedo y por el frío donde no llega la calidez de otro ser, donde no hay tiempo, ni un mañana que me permita la esperanza de que todo pasa, que hoy también pasará, ni tan siquiera eso ¡Dios mío!, ni tan siquiera eso.

Imaginate en ese agujero me hace sufrir, y pienso ahora que tal vez sea... porque yo... también lo siento en mi interior”. [\[112\]](#)

Me costó un tiempo liberarme de cierta pesadumbre que se apoderó de mí, y son muchos los momentos en que recuerdo a mi amiga, de ojos pequeños de un azul intenso, de pelo corto y rubio. Este suicidio no fue, como ocurre a veces, un grito en demanda de ayuda, verdaderamente quiso terminar con su vida. De profesión enfermera, supo cogerse una vena del tobillo e inyectarse una sustancia que había sustraído del Hospital donde trabajaba, y que sabía que le produciría inmediatamente una parada cardiorespiratoria. Eligió el día de Navidad, se vino de su pueblo, un pueblecito pequeño y tranquilo del Pirineo navarro, donde había acudido a pasar la Noche buena con su familia (padres y hermano), y regresó a Pamplona (donde residía habitualmente). Sabiendo que nadie le molestaría, se quitó la vida. Unos días antes estuve con ella, me

regaló dos mascararas, que coloqué en la pared donde tengo mi colección de máscaras, y refirió que no se encontraba bien.

Cuando me enteré de lo sucedido, a través de un amigo común también profesional sanitario y que había acudido a reconocer el cadáver, pasé revista mentalmente a ese último encuentro muchas veces seguidas, como queriendo encontrar alguna pista en la que me estuviera anunciando el fatal desenlace, algún signo que debería haberme advertido de lo que iba a ocurrir. También me preguntaba que de si haber sospechado algo, habría encontrado el procedimiento para disuadirle. Me costó bastante tiempo aceptar la conclusión de que no estaba en mi mano. Por más que les queramos a las personas que han decidido poner fin a sus vidas, no podemos asumir la responsabilidad por las acciones de otros adultos.

Otra emoción que acompaña en el duelo por un suicidio, es el resentimiento.

Debemos admitir que tanto el remordimiento (culpabilidad) como el resentimiento, son parte del proceso normal de duelo.

Señalábamos anteriormente que cuando nos hemos sentido ofendidos por alguien que ya no está en este mundo, todavía tenemos oportunidad de liberarnos de ese malestar, pero antes de señalar algunas sugerencias para ello, quisiera que reflexionáramos sobre el hecho de que porque alguien esté muerto no le hace necesariamente bueno. Efectivamente, y aunque en nuestra cultura tendemos a sobrevalorar al difunto, quien en vida fue un déspota, lo fue, o un avaricioso, o soberbio, etc., y el reconocerlo así nos puede ayudar en la elaboración del duelo.

Ejercicios para cerrar asuntos inconclusos

A continuación voy a proponerle algunas técnicas que nos pueden ayudar a cerrar ese malestar provocado por algún asunto inconcluso con la persona fallecida. Desde luego señalar primeramente que no existe una técnica que nos haga olvidar el pasado, ni que pueda cambiar lo que ocurrió, pero tal vez si nos puede ayudar a cambiar la actitud de cómo nos enfrentamos a esos hechos inevitables y que por suerte o por desgracia son parte de nuestro bagaje en la vida.

1. Escribir dos cartas

A veces resulta de gran ayuda escribir estas dos cartas a la persona desaparecida. Lo fundamental es la total sinceridad. Hay que dar salida a todo lo que está dentro de nosotros por muy cruel o irracional que nos parezca. El ver lo que está en nuestro interior plasmado en un papel puede ser de gran valor terapéutico. Una vez escritas las cartas, lo mejor es destruirlas rompiéndolas en mil pedazos o quemándolas.

Las cartas son muy sencillas, van dirigidas al difunto y simplemente es el encabezamiento el que va a hacer variar el contenido. En la primera de ellas una vez puesto el nombre de la persona a quien va dirigida se pone en el encabezamiento *"Te guardo rencor por..."*, y dejas que la mano vaya expresando todas las circunstancias, hechos, etc., por las que le guardas rencor a esa persona.

Vete creando un espacio interior de quietud y silencio, y vete dejando que tu mano plasme lo que va surgiendo, espontáneamente, sin juicios ni análisis, con gran libertad interior, sin sentirse cohibido por prejuicios, ni condenas. Recuerdos, experiencias de tu pasado que van apareciendo en la pantalla de tu conciencia en relación con el difunto y que te hicieron daño.

Después, en una actitud de silencio y recogimiento, leemos todos los rencores que hemos acumulado sobre el difunto. El encabezamiento de la segunda carta es, después de haber colocado el nombre del difunto, *"Te quiero por..."*, y de nuevo dejamos que la mano vaya plasmando todo lo que hay en nuestro interior.

2. Visualizar

Puede resultar una técnica muy eficaz, sobre todo cuando queda algo por decir. Voy a señalar brevemente algunos pasos para poder realizar una visualización. En definitiva se trata de imaginar, de ver (visualizar) una situación determinada y darle un enfoque que nos pueda ayudar.

- En primer lugar busque un lugar tranquilo, donde sepa que no le van a interrumpir, ni sonará un teléfono, ni un timbre que le pueda molestar. Siéntese cómodamente, o échese de espalda boca arriba y cierre los ojos. Relájese utilizando cualquier técnica que le sea conocida, o si lo desea simplemente prestando atención durante unos minutos a su cuerpo recorriéndolo lentamente, y después llevando la atención a la respiración. Observe como entra el aire a sus pulmones, como se detiene un instante dentro de Vd., antes de salir de nuevo, y esa inapreciable pausa que se produce antes de que el aire entre otra vez. Sea consciente del hecho de que aspira... y expira.
- Ahora imagínese con el mayor número de detalles la persona fallecida, no importa si es del pasado remoto o del pasado más reciente, es igual que la vea ya enferma, o desbordante de salud. Imagínese su cara, sus ojos, su pelo, la ropa que lleva, imagínese la con la mayor precisión que pueda.

- Seguidamente inicie un diálogo con esa persona. Algunos prefieren hacerlo en la imaginación, y a otros les resulta más fácil hablar en voz alta. Actúe como Vd. se sienta más natural.

Este es el momento de expresarle a esa persona lo que se le quedó pendiente. Hágalo.

- Por último permanezca inmóvil y en silencio durante unos minutos, y espere si la persona visualizada le responde algo. No tenga prisa.

3. Escriba listas

Haga una lista, con los momentos compartidos con el fallecido, de las emociones, vivencias comunes, etc.

Evite toda reflexión, todo juicio. Tome conciencia de lo que sentía, de como vivía esas situaciones. No haga juicios, simplemente recuerde la escena y vaya completando la lista.

Guarde la lista, y léala siempre que quiera estar cerca de su ser querido.

4. Hable en voz alta

Expresé sus pensamientos y emociones en voz alta. Busque un lugar o un momento apropiado para hablar sólo en voz alta ("*no le vayan a tomar por loco*"). En mi caso suelo hacerlo habitualmente cuando tengo que viajar sólo en coche, me paso gran parte del viaje hablando en voz alta, con la seguridad de saber que nadie me está viendo, ni oyendo. Aunque a Vd. le cueste creerlo suele ser muy útil desahogarse verbalmente de esta manera.

5. Suelta de amarras

Imáginese que el espíritu de la persona fallecida es una barca que está amarrada a un puerto, o es un globo de gas cuyo hilo lo está teniendo Vd.

Imáginese que ya sea la barca o el globo necesitan ir libremente donde ellos quieran.

Imáginese que suelta el hilo del globo y este comienza a alejarse en el cielo, o que suelta la amarra de la barca y esta se empieza a ir por el mar.

Déjese sentir la profundidad de ese adiós. Es el momento de cortar ataduras.

6. Agradecer y mirar al futuro

Tranquilamente reconstruya la esencia de la relación con la persona que ha muerto. No tenga prisa. Se trata de que se de cuenta "del sabor de boca que le ha dejado esa relación". Pausadamente deje que esa sensación se vaya abriendo, y penetre y se expanda por todo su ser.

Ahora es el momento de dar las gracias por lo que le ha podido aportar esa persona en su vida. No podemos olvidar que a lo largo de los cruces del

camino nos encontramos con otras vidas, que no son sino compañeros y que dependerá de nuestras elecciones para que hagan un trecho del viaje con nosotros. Dele las gracias por lo que le aportó, y siga atento a su viaje.

Me viene ahora a la memoria un encuentro que tuve este verano mientras recorría en solitario una tarde un tramo del camino de Santiago entre Los Arcos y el Monasterio de Iratxe (Navarra). Yo iba en bicicleta disfrutando del camino, del paisaje y de mis sensaciones, de frente se iba acercando con paso cansino un caminante, al llegar a su altura algo me hizo detenerme, empezamos a charlar, no había querido detenerse en Estella-Lizarra donde en un principio tenía previsto hacer etapa, y había calculado mal sus fuerzas, y sobre todo su provisión de agua. Hacia calor, y le quedaban algo más de dos horas caminando para llegar a su nuevo destino. Le ofrecí agua del botellín de mi bicicleta, que no pudo rehusar, pero fue muy comedido en lo que bebió, a pesar de mi insistencia, después nos despedimos y él siguió su camino y yo el mío.

7. Una carta de despedida

Se trata de que escribas una carta en la que expreses libremente todo lo que te ha supuesto esa relación. Yo lo hice con mi abuela Brígida, que siempre había vivido en nuestra casa y que murió con 93 años mientras yo me encontraba en Madrid estudiando la carrera de Psicología.

8. Exagerando

Se trata de exagerar una percepción algo difusa, o una emoción que no acaba de hacerse nítida. Puede ser muy útil en los duelos retardados o inhibidos.

10. Cómo ayudar en el duelo

Antes hemos visto cómo podemos acompañar a un niño en proceso de duelo. Algunas de las sugerencias allí señaladas, también pueden ser aplicadas al mundo de los adultos. Así, por ejemplo, creemos que una forma que puede ayudar a ir aceptando la pérdida y su irreversibilidad es preparar el entierro, y participar activamente en los ritos funerarios, etc.

A veces los deudos temen olvidar al fallecido o abrirse a vivir una nueva relación (en el caso de que fueran pareja). Tampoco se permiten tener momentos de alegría, pues lo consideran como una traición a la memoria del fallecido. En efecto, muchas personas que llevan el duelo aguardan su resolución con la angustia de que ya no les quedará nada, ni siquiera el recuerdo de la persona desaparecida. Pero realmente no es así. Al contrario, la despedida del difunto elimina simplemente el tormento y el dolor paralizante de la tristeza, mientras que el recuerdo permanece y es ahora cuando realmente tiene libre cauce. Debemos recordarles una y otra vez que siempre tendremos en nuestro corazón al ser querido que nos ha dejado. También podemos utilizar algunas de las técnicas que hemos señalado en el apartado anterior.

A continuación voy a enumerar algunos aspectos que nos pueden ayudar a **elaborar el duelo**, no sin antes señalar de que no existe ninguna fórmula mágica que nos permita restablecernos en un "abrir y cerrar de ojos", todo tiene su tiempo, y el cerrar y curar la herida de la pérdida también lo requiere.

1. Reconocer la pérdida, dejando sentir el dolor en el interior de uno mismo

La plena experiencia de la pérdida y el dolor emocional, es el único camino por el que se puede poner fin a esa experiencia.

La teoría paradójica del cambio argumenta que únicamente puede ocurrir el cambio, con la aceptación total de lo que hay en uno mismo, y en este caso reconociendo el dolor por la pérdida.

2. Ofrecer al doliente un espacio y un tiempo para la expresión de las emociones, y del dolor de manera íntima y personal

En nuestro medio cultural en no pocas ocasiones tendemos a cortar la expresión de emociones, intentando por todos los medios a nuestro alcance que se calme aquel que se muestra emocionado. Quizás hemos interiorizado que las personas sufren cuando

exteriorizan los sentimientos de dolor, o que nos hacemos más vulnerables al expresarlos. Algo así como no querer agregar más dolor al dolor. En general nos sentimos mal ante la expresión del dolor de los demás. En nuestra sociedad tendemos a pensar que quien expresa emoción ante la pérdida de un ser querido es débil o está muy afectado, mientras quien responde de manera rígida, es fuerte y se le valora.

Sin embargo mediante la vivencia y expresión de los sentimientos nos aliviarnos y nos liberamos.

Lo más probable es que nuestra actitud de cortar la emoción sea para protegernos de nuestras propias emociones.

3. Ayudar a identificar sentimientos

Muchos sentimientos son dolorosos y desagradables, otras veces no se sienten con suficiente nitidez, sobre todo si nos avergüenza sentirlos, o nos parece poco honestos hacia un difunto, sobre todo sentimientos de rabia o agresividad.

4. Respetar el ritmo de cada persona, y respetarse cada uno su tiempo

Ya hemos señalado que cada duelo es distinto para cada persona, y por lo tanto debemos adecuarnos a nuestro propio ritmo sin autoexigencias, no hay que tener prisa. Hay que estar preparado a que nuestro malestar durará un tiempo. Por lo tanto debemos darnos permiso a estar en duelo, con la confianza de que se trata de algo normal.

5. Aclarar temores

Es relativamente corriente que las pseudoalucinaciones que aparecen en muchos duelos (oír al difunto, o parecer que le hemos visto, etc.), nos asusten sobremanera por temor a "volverse loco" y procuremos ocultar lo que nos ocurre. Debemos aclarar a los deudos que es normal este tipo de experiencias.

6. Recomendar no tomar decisiones importantes durante el periodo de duelo

Como por ejemplo cambiar de domicilio, de ciudad, o de empleo. Mientras uno está en duelo, las decisiones que tome pueden no ser las más acertadas y convenientes, por lo tanto deberíamos evitar tomar decisiones que nos puedan condicionar nuestra vida futura.

7. No rehuir el apoyo de los otros

Dale la oportunidad a tus amigos y seres queridos de estar a tu lado. Recuerda que muchos amigos quieren compartir su cariño pero no saben la manera de hacerlo. Diles lo que necesitas.

8. Tiempo para estar contigo misma

No huyas de ti misma, de ti mismo, necesitas un tiempo de soledad, un espacio vital en el que interiorizar y recomponer tu mundo interior tras la pérdida. Es tan importante saber acompañar, como saber retirarse.

9. Acéptate a ti mismo

Date amor a ti mismo, a ti misma, y cuando puedas, dalo a los que te rodean.

10. Sobran las frases hechas. Si no sabes qué decir, no digas nada

11. No te automediques

Si hay que usar algún fármaco (hipnóticos, ansiolíticos o antidepresivos) se hará siempre por criterio médico y nunca por los consejos de familiares, amigos y vecinos bien intencionados.

12. Si ves que pasado un tiempo prudencial, te sigues sintiendo atrapado en el sufrimiento, busca la ayuda de un profesional (Psicólogo). Alguien que trabaje con técnicas abocadas a sacar los sentimientos no expresados podría ser el indicado

Por último, antes de terminar, recuerda que una vez que has dicho adiós a alguien, no necesitas sentir que se ha ido para siempre, sino simplemente que ya no estáis atados el uno al otro.

Aún puedes volver a hablar con el difunto en cualquier momento desde el corazón, y sentirlo como una presencia útil en tu vida.

Los caminos se han separado, y ellos ya no están ahí contigo en tu vida cotidiana, pero su afecto mutuo puede durar para siempre y el que lleva el duelo podrá de nuevo aplicar sus energías y su amor a la vida.

11

DESIDERATA

Anda plácidamente entre el ruido y la prisa, y recuerda que paz puede haber en el silencio. Vive en buenos términos con todas las personas, todo lo que puedas sin rendirte.

Di tu verdad tranquila y claramente; escucha a los demás, incluso al aburrido y al ignorante; ellos también tienen su historia. Evita las personas ruidosas y agresivas, sin vejaciones al espíritu. Si te comparas con otros, puedes volverte vanidoso y amargo; porque siempre habrá personas más grandes y más pequeñas que tú. Disfruta de tus logros así como de tus planes. Mantén el interés en tu propia carrera, aunque sea humilde; es una verdadera posesión en las cambiantes fortunas del tiempo. Usa la precaución en tus negocios; porque el mundo está lleno de trampas. Pero no por eso te ciegues a la virtud que pueda existir; mucha gente lucha por altos ideales; y en todas partes la vida está llena de heroísmo. Sé tú mismo.

Especialmente no finjas afectos. Tampoco seas cínico respecto al amor; porque frente a toda aridez y desencanto el amor es perenne como la hierba. Recoge mansamente el consejo de los años, renunciando graciosamente a las cosas de juventud. Nutre tu fuerza espiritual para que te proteja en la desgracia repentina. Pero no te angusties con fantasías. Muchos temores nacen de la fatiga y la soledad.

Junto con una sana disciplina, sé amable contigo mismo. Tú eres una criatura del Universo, no menos que los árboles y las estrellas; tú tienes derecho a estar aquí. Y te resulte evidente o no, sin duda el universo se desenvuelve como debe. Por lo tanto, mantén en paz con Dios, de cualquier modo que lo concibas y cualesquiera sean tus

trabajos y aspiraciones, mantén en la ruidosa confusión, paz con tu alma.

*Con todas tus fuerzas, trabajos y sueños rotos, éste sigue siendo un mundo hermoso.
Ten cuidado, esfuérzate en ser feliz.*

Encontrado en la vieja Iglesia de Saint Paul, Baltimore, 1693.

EPÍLOGO

por José Luis Fonseca

Llegar al final de este libro es llegar al final de una gran reflexión sobre la existencia de cada uno de nosotros. No se puede leer ajeno a lo que nos narra y acontece. Ni son los pensamientos lo que más queda resonando en el interior, son las experiencias vivida y transmitidas con el delicado encanto que rompe la barrera del tabú de leer un libro que habla de la muerte.

Nos viene a decir que la vida es algo maravilloso que tenemos en las manos y de la que muchas veces no nos hacemos suficientemente conscientes hasta que parece que se nos va entre los dedos por causa de una enfermedad. Aquí se nos invita a que eso no siga pasando en nuestras existencias.

Recuerda permanentemente que nuestras vidas son singulares obras de arte, irrepetibles y que nosotros somos los pintores de ella, es decir, quienes le damos los matices en cada una de las circunstancias incluido ese momento tan trascendental como es el momento de morir.

Morir no es un instante, es un proceso de nuestro existir, muy importante, pero como tantos momentos que consideramos esenciales en la evolución de nuestro ser, de nuestra personalidad, de nuestra existencia.

Este libro nos muestra muchos modos de afrontar este proceso, singulares todos ellos, pero al mismo tiempo integrados en la propia personalidad y elaborados como crecimiento y conciencia del sí mismo.

“Vivir y morir conscientemente” es una llamada a lo grande de lo pequeño en los momentos trascendentes, a que todo es grande cuando está detrás la existencia de una

persona. A saber vivir y manifestar esos gestos llenos de afecto de ternura que hablan de amor, a encontrar la trascendencia de lo intranscendente en quien vive intensamente sus momentos pues es consciente que son los últimos de estar con las personas que quiere.

Y es un canto a la esperanza, a vivir e intensificar las profundas creencias que dan sentido a nuestras vidas pues detrás de esta singular vivencia y encuentro humano no puede continuar la nada, el sin sentido. Además las personas que viven la experiencia del Dios bueno que les espera poseen energías e iluminación especial para vivir y entender desde la fe este momento singular del ENCUENTRO definitivo, durante la vida buscado pero imposible de realizar dado la materia de la que como humanos estamos hechos.

Ayudar y acompañar a las personas en el momento de morir es de una riqueza y calado que invita a quien lo hace, a vivir con plenitud y consciencia todos los momentos de nuestras vidas y a sentir el regalo que supone nuestro existir y el regalo de nuestra salud, inteligencia, bondad. A apreciar lo que nos rodea, sobre todo las personas, pero también las cosas que nos ayudan a vivir con intensidad nuestro propio existir y ayudar a que los otros también lo puedan hacer.

Desde la perspectiva de los Hermanos de San Juan de Dios este libro es un precioso canto a la vida y a enriquecer el carisma de la misericordia con el cuidado esmerado y delicado de la persona en todos sus aspectos, es decir en llevar de verdad a la vida de los enfermos la calidad de la atención integral.

Gracias Iosu, porque ahora tenemos una fuente más para iluminar los acompañamientos de las personas en necesidad y no solo y si me apuran ni fundamentalmente, desde la inteligencia, la racionalidad y la tecnología, sino sobre todo desde el corazón, poniendo todo nuestro cariño en servir a las personas que nos necesitan con la inteligencia del corazón.

Que el buen Dios de todos, el de cada uno, nos haga más humanos y con ello más trascendentes, pues con ello preparamos una vida y una muerte mejor para las generaciones que nos van a suceder. En ello consiste ir haciendo un mundo mejor para aquí y para el más allá.

José Luis Fonseca Hermano de San Juan de Dios

Notas

- [1] Cabodevilla describe, en el Cap. 8, este proceso, retomando las cinco fases de Kübler-Ross: 1) negación de la muerte; 2) ira; 3) negociación; 4) depresión y 5) aceptación.
- [2] Benito, C.; Duarte, S.; Albiach, M.; González, J.; Hernández, J.L. y Voltas, J.; "Perforación intestinal por salmonelosis", en *Rev. Cirugía Española*, volumen XLVIII, julio 1990.
- [3] Cabodevilla, I. (1996); "En el umbral del morir todavía hay tiempo para crecer", en C. Alemany (Ed.), *Relatos para el crecimiento personal*, 4ª ed., Desclée De Brouwer, Bilbao, 1998.
- [4] De Lezea, M.; *Leyendas Vascas, Navarra*, Ed. Erein, San Sebastián 1987.
- [5] *Es un buen día para morir. El guerrero indio*. José J. De Olañeta Editor, Palma de Mallorca, 1995.
- [6] Cabodevilla, I.; "Sobre la vida y la muerte, acercamiento psicológico", en *Rev. Sal Terrae*, nº: 998, febrero 1997.
- [7] Ruíz de la Peña, J.L.; "La muerte, fracaso y plenitud", en *Rev Sal Terrae*, nº: 998, febrero 1997.
- [8] Wilber, Ken; *La conciencia sin fronteras*, Kairos, Barcelona, 1984.
- [9] Rogers, Carl; "Comunicación ante la AHP", en *Journal of Humanistic Psychology*, 1973, 13, pp. 13-23.
- [10] Polster E. y M.; *Terapia Gestáltica*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1974.
- [11] Pangrazi, A.; *La pérdida de un ser querido*, Ediciones Paulinas, Madrid, 1993.
- [12] Simonton, C.; *Sanar es un viaje*, Urano, Barcelona, 1993.
- [13] Simonton, C.; *Sanar es un viaje*, Urano, Barcelona, 1993.
- [14] Citado por José Vicente Bonet; "Diario intensivo de Proggoff", en Carlos Alemany y

José A. García-Monge (Eds.), *Psicología y Ejercicios Ignacianos*, Mensajero-Sal Terrae, Bilbao, 1997.

[15] Ruíz de la Peña, J. L.; "La muerte, fracaso y plenitud", en *Rev Sal Terrae*, nº: 998, febrero 1997.

[16] Abadi, M.; Garma, A.; Garma, E.; Gazzano, A.J.A.; Rolla, E.H. y Yampey, N.; *La fascinación de la muerte*, Ed. Paidós, Madrid, 1973.

[17] Duda, Deborah; *Guía para cuidar en casa un enfermo terminal*; Ed. Pax, México, 1987; p. 58.

[18] Hinton, John; *Experiencias sobre el morir*, Seix Barral, Barcelona, 1996.

[19] Bayés, R.; Barreto, P. ; Comas y Limonero; "Estudio multicéntrico sobre la valoración de síntomas y preocupaciones percibidas por enfermos en situación terminal"; *IV Congreso de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos*; Barcelona, 1995.

[20] Thompson, Lori Anne; Tesis Doctoral, Universidad de Deusto, Bilbao, 1996.

[21] García-Monge, J.A.; "El manejo del dolor en psicoterapia", en Alemany C. y García, V. (Eds.) *El cuerpo vivenciado y analizado*, Desclée De Brouwer, Bilbao, 1996.

[22] Hinton, John; *Experiencias sobre el morir*, Seix Barral, Barcelona, 1996.

[23] Citado por Marcos Gómez Sancho en *Cómo dar las malas noticias en medicina*, Asta Médica 1996.

[24] González Nuñez A.; "Aportación Bíblica", en *Rev. Labor Hospitalaria*, nº: 225-226, 1992.

[25] Elizondo, F.; "Aportación Antropológica", en *Rev. Labor Hospitalaria*, nº: 225-226, pp. 194-198, Barcelona, 1992.

[26] Ruíz Peña, Juan Luis; "La muerte fracaso y plenitud", en *Rev Sal Terrae*, nº: 998, febrero 1997.

[27] Fernández Martos, J.M.; "La muerte como ingrediente de la vida" en Gafo, J.; Vidal, M.; Urraca, S.; Higuera, G.; Fernández Martos J.M.; Pílon, A. y Tornos A. (Eds.); *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*, Madrid. Ediciones Paulinas, Publicaciones de la Univ. Pontificia Comillas, 1984, pp. 143-161.

[28] Die Trill, María; "Abordaje de los problemas psicológicos durante la enfermedad terminal", en López Imedio, E. *Enfermería en Cuidados paliativos*, Editorial Panamericana, 1998, pp. 211-219.

[29] Pincus, L. y Topher, Ch.; *Secretos en la familia*, Ed. Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 1982.

[30] Sandrin; Brusco y Policante; *Comprender y ayudar al enfermo*, Ed. Paulinas, Madrid, 1992.

[31] Citado por Marcos Gómez Sancho en *Cómo dar las malas noticias en medicina*,

Asta Médica, 1996.

[32] De Mello, Anthony; *Sadhana. Un camino de oración*, Ed. Sal Terrae, Santander.

[33] Naranjo, Claudio; *La vieja y novísima gestalt*, Ed. Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 1995, p. 46.

[34] Gimeno-Bayón, A.; "Aprender a despedirse", en Alemany, C. (Ed.), *14 aprendizajes vitales*, 3ª ed., Desclee De Brouwer, Bilbao, 1998.

[35] Adaptado de Simonton, O.C. y Henson, R.; *Sanar es un viaje*, Ed. Urano, 1993, p. 63.

[36] Perls, F.; *Dentro y fuera del cubo de la basura*, Cuatro Vientos, Santiago de Chile, p. 63.

[37] Kübler-Ross, E.; *Sobre la muerte y los moribundos*, Ed. Grijalbo, Barcelona, 1993.

[38] Bender, M.; Lloyd, Ch. y Cooper, A.; *Calidad de muerte*, TEA ediciones, Madrid, 1996.

[39] Sandrin Brusco; *Comprender y ayudar al enfermo*, Ed. Paulinas, Madrid, 1992.

[40] Hinton, John; *Experiencias sobre el morir*, Seix Barral, Barcelona, 1996.

[41] Astudillo, W.; Mendinueta, C. y Astudillo, E.; "Necesidades del enfermo en sus últimos días", en *Rev. Dolor*, 1992, 7: 15-21.

[42] Astudillo, W.; Mendinueta, C. y Astudillo, E.; "Necesidades del enfermo en sus últimos días", en *Rev. Dolor*, 1992, 7: 15-21.

[43] Callanan, M. y Kelley, P. ; *Atenciones finales*, Plaza y Janés, Barcelona, 1993.

[44] Cabodevilla, I.; "El dolor: Aspectos psicológicos, sociales y espirituales", en *Cuadernos gerontológicos 96*, Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología, pp. 34-38.

[45] Corregido y ampliado "Un caso de asistencia interdisciplinar en una Unidad de Cuidados Paliativos", en *Rev. Labor Hospitalaria*, nº: 231, pp. 18-20, 1994.

[46] Kübler-Ross, E. (1989); *Sobre la muerte y los moribundos*; Grijalbo, Barcelona, 1993, pp. 41-68.

[47] Kübler-Ross, E. (1991); *Vivir hasta despedirnos*; Ed. Luciérnaga, Barcelona.

[48] Rogers, C. y Kinget, M. (1967); *Psicoterapia y relaciones humanas*; Alfaguara, Madrid.

[49] Rogers, C. (1975); *Psicoterapia centrada en el cliente*; Paidós, Buenos Aires.

[50] Rogers, C. (1980); *Empathic: An un appreciated way of being. A way of being*; Houghton Co. Boston, 137-161.

[51] Rogers, C. y Rosemberg, R. L. (1981); *La persona como centro*; Herder, Barcelona.

[52] Sebastián, J. (1986); "Últimas manifestaciones de Carl Rogers"; en *Rev. Psiquiatría y Psicología Humanista*, nº: 17, pp. 20-21, Barcelona.

[53] Sebastián, V. (1989); "Experimentación sobre empatia y resultados"; en *Rev.*

Psiquiatría y Psicología Humanista, nº: 27/28, pp. 98-105, Barcelona.

[54] Villegas, M. (1989); "La empatía como condición necesaria", en *Rev. Psiquiatría y Psicología Humanista*, nº: 27/28, pp. 65-73, Barcelona.

[55] Marroquín, M. (1982); *La relación de ayuda en R. Carkhuff*; Ed. Mensajero, Bilbao.

[56] Marroquín, M. (1989); "La escucha activa como instrumento terapéutico en la relación de ayuda psicológica"; en *Rev. Psiquiatría y Psicología Humanista*, nº: 27/28, pp. 74-82, Barcelona. 26.

[57] Bermejo, J.C. (1992); "La empatía", en *Rev. Humanizar*, nº: 2, mayo, Madrid.

[58] Alemany, C. (1982); "Evaluación del entrenamiento en destrezas interpersonales del modelo de Carkhuff", Tesis Doctoral; Universidad Complutense, Madrid.

[59] Castanedo, C. (1988); "Programación neurolingüística: Enfoque de psicoterapia centrado en la transformación del significado"; en *Rev. Psiquiatría y Psicología Humanista*, nº: 23/24, pp. 83-95; Barcelona.

[60] Cabodevilla, I.; corregido y ampliado *Rev. Humanizar*, nº: 15, agosto 94, "A morir también se aprende", pp. 32-33.

[61] Cabodevilla, I. (1998); corregido y ampliado "Sobre la vida y la muerte. Acercamiento psicológico", en *Rev. Sal Terrae*, nº: 998, febrero 1998, pp. 131-143.

[62] Cabodevilla, I. (1994); corregida y ampliada, "Como encontrar la paz interior antes de morir", en *Rev. Humanizar*, nº: 12, febrero 1994, pp. 32-33.

[63] Gendlin, E.T., *Focusing. Proceso y técnica del enfoque corporal*, Ed. Mensajero, Bilbao, 1983.

[64] Cabodevilla, I. (1996); corregida y ampliada en "En el umbral del morir todavía hay tiempo para crecer" en Alemany, C. (Ed.) *Relatos para el crecimiento personal*, 4ª ed.; Desclée De Brouwer, Bilbao.

[65] Bayés, R. y Barreto, P. (1992); "Las unidades de cuidados paliativos como ejemplo de interdisciplinariedad"; en *Rev. Clínica y Salud*, año 3, volumen 3, nº: 1; Colegio oficial de Psicólogos, delegación de Madrid, pp. 11-19.

[66] Macrae, G. (1990); "When the good is not so good"; en *Rev. Palliative Medicine*, nº: 4, pp. 143-145.

[67] Cuyás, M. (1991); "Encarnizamiento terapéutico y eutanasia", en *Rev. Labor Hospitalaria*, nº: 222; Barcelona, pp. 321-327.

[68] Santo Domingo, J. (1976); *Psicosociología de la muerte*; Castellote, Editor; Madrid.

[69] Kübler-Ross, E. (1989); "Sobre la muerte y los moribundos"; Ed. Grijalbo, Barcelona.

[70] Bayés, R. (1991), *"Psicología Oncológica"*, 2ª edición, Martínez Roca, Barcelona, pp. 181-206.

- [71] Gómez-Batiste, X.; Roca, J.; Gorchs, N.; Pladevall, C. y Guinovart, C. (1989); "Atención de enfermos terminales", en *Rev. Rol de enfermería*, nº: 136; Barcelona, pp. 25-28.
- [72] Cordeiro, B.; Echeverría, J. y Viguria J.; "Unidad de Cuidados Paliativos" (1991). Mecanografiado; Hospital San Juan de Dios, Pamplona.
- [73] Gómez-Batiste, X. (1991); "Atención a los enfermos terminales"; en *Rev. Labor Hospitalaria*, nº: 222; Barcelona, p. 308.
- [74] KÜBLER-ROSS, E. (1998); *"Sobre la muerte y los moribundos"*; Ed. Grijalbo, Barcelona.
- [75] CUYÁS, M. (1991), "Encarnizamiento terapéutico y eutanasio", en *Rev. Labor Hospitalaria*, nº 222; Barcelona, pp. 321-327.
- [76] Torrubia, M. P. (1991); "Curso de medicina paliativa: Atención al enfermo en situación terminal". Centro de Salud Lucia; Zaragoza.
- [77] Astudillo, W.; Mendiñeta, C. y Astudillo, E. (1992); "Cómo ayudar al paciente en sus últimos días", en *Rev. Medicina*, Universidad de Navarra, nº: 1, Pamplona, pp. 33-40.
- [78] CUYÁS, M. (1991), "Encarnizamiento terapéutico y eutanasio", en *Rev. Labor Hospitalaria*, nº 222; Barcelona, pp. 321-327.
- [79] Andreu, C. (1992). "Información clínica al paciente" en *Rev. Clínica y salud*. Año 3, volumen 3, nº: 1. Colegio Oficial de Psicólogos. Delegación de Madrid, pp. 35-42.
- [80] CUYÁS, M. (1991), "Encarnizamiento terapéutico y eutanasio", en *Rev. Labor Hospitalaria*, nº 222; Barcelona, pp. 321-327.
- [81] Abel, F. (1983); "El morir cristiano", en *Iglesia viva*, nº: 108, pp. 543-569.
- [82] Jomain, Ch. (1987); *Morir en la ternura*; Ed. Paulinas, Madrid, pp. 42-51.
- [83] Barreto, P. y Bayés, R. (1991); "Perfil psicológico del personal que asiste a estos pacientes"; entrevista en *Rev. Juan Ciudad*, febrero.
- [84] Rogers, C. (1980); "Empathic: An un appreciated way of being"; *A way of being*, Houthton Co. Boston; pp. 137-161.
- [85] Spisanti, S. (1987); en Ch. Jomain, *"Morir en la ternura"*; Ed. Paulinas, Madrid, pp. 5-11.
- [86] Marroquín, M. (1989); "La escucha activa como instrumento terapéutico en la relación de ayuda psicológica"; en *Rev. Psiquiatría y Psicología Humanista*, nº: 27/28; Barcelona, pp. 74-82.
- [87] Bermejo, J. C. (1992); "La empatía", en *Rev. Humanizar*, nº: 2, mayo; Madrid, p. 30.
- [88] Rocamora, A. (1989); "La familia del enfermo: Lectura Psicológica"; en *Rev. Labor Hospitalaria*, nº: 211; Barcelona; pp. 16-28.

- [89] Die Trill, M. (1987); "Dimensiones psicosociales del cáncer en adultos", en *Rev. Jano*, Julio-septiembre, vol. XXXIII, nº: 784; pp. 43-48.
- [90] JOMAIN, Ch. (1987); *Morir en la ternura*; Ed. Paulinas, Madrid PP. 42-51.
- [91] Gil, A.C.; Herranz, P. ; Calvo, F.A.; Fernández Hidalgo, G.; Santos, M.; Sierraseúмага, L.; Antón Aparicio, L.M. y Brugarolas, A. (1988); "Síndrome terminal de enfermedad: Criterios y actitudes"; en *Rev. Medicina y Persona*, Vol. XXXII, nº: 2, Pamplona, pp. 111-118.
- [92] Reich, Warren T.; "El arte de cuidar a los moribundos", en *Morir con dignidad: Dilemas éticos en el final de vida*, Ediciones Doce Calles, 1996.
- [93] Cabodevilla, I.; "El buen morir depende de quien rodea al enfermo" en *Rev. Humanizar*, nº: 13, abril 1994, pp. 28-29.
- [94] "Atención al enfermo terminal", Curso de formación para Equipos de Atención Primaria", Gobierno de Navarra, 1998.
- [95] Citado por Duda, Deborah; *Guía para cuidar en casa a un enfermo terminal*, Ed. Pax. México 1987, p. 111.
- [96] Pincus, L. y Topher, Ch.; *Secretos en la familia*, Ed. Cuatro Vientos, 1982.
- [97] Cabodevilla, I.; "¡Tóqueme, por favor, me estoy muriendo!", en *Rev. Humanizar*, nº: 11, diciembre 1993, pp. 28-29.
- [98] Edita Hermanos de San Juan de Dios. Barcelona, 1993.
- [99] Martín, R.; "La capacidad sanante del duelo", en *Rev. Sal Terrae*, nº 998, febrero 1997.
- [100] Pangrazzi, A.; *La pérdida de un ser querido. Un viaje dentro de la vida*, Ed. Paulinas, Madrid, 1993.
- [101] Bowlby, J.; *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*, Ed Paidós, Barcelona, 1993.
- [102] Mittag, Oskar; *Asistencia práctica para enfermos terminales*, Ed Herder, Barcelona, 1996.
- [103] Bender, M.; Lloyd, Ch. y Cooper, A.; *Calidad de muerte*, Ed. Tea, Madrid, 1996.
- [104] Vollman et alii, The reactions of family system to sudden and unexpected death, *Omega* (1971) 67-106. Citado por A. Pancrazzi; *La pérdida de un ser querido*; Ed. Paulinas, Madrid 1993, p. 35.
- [105] Duda, Deborah; *Guía para cuidar en casa un enfermo terminal*; Ed. Pax, México, 1987.
- [106] Cabodevilla, I.; "Aprender a llorar", en Alemany, Carlos, (Ed.) *14 aprendizajes vitales*, 3ª ed., , Desclee De Brower, Bilbao, 1998.
- [107] Citado por Irvin Yalom; *Psicoterapia Existencial*; Herder, Barcelona, 1984, p. 115.
- [108] Yalom, I. (1984); *Psicoterapia Existencial*; Herder, Barcelona, pp. 101-139.

- [109] Sada F.J.; Martínez, M.D.; Parra, A.; Ochoa de Olza, B. y Pascual, P. ; *Tratamiento del duelo en atención primaria*, Ed. Dupont Pharma, 1997.
- [110] Espina, Alberto; "Asistencia a la familia y el proceso de duelo", en *El voluntariado en la enfermedad terminal* (188-206), Sociedad Vasca de cuidados paliativos, 1995.
- [111] Markhan, Ursula; *Cómo afrontar la muerte de un ser querido*, Martínez Roca 1997, Barcelona.
- [112] *Rev. Labor Hospitalaria*, nº: 235, 1995, p. 38 y 39.

Acerca del autor



OTROS LIBROS

[LA ESPIRITUALIDAD EN EL FINAL DE LA VIDA. Una inmersión en las fronteras de la Ciencia](#)

[EN VÍSPERAS DEL MORIR. Psicología, espiritualidad y crecimiento personal.](#)

BIOGRAFÍA

Iosu Cabodevilla Eraso (Pamplona - Iruña, 1959). Psicólogo Clínico, especialista en Cuidados Paliativos. Compagina su labor de psicólogo de la Unidad de Cuidados Paliativos en el Hospital San Juan de Dios (Pamplona) con la de psicoterapeuta en el Centro de Crecimiento Personal Sendabide.

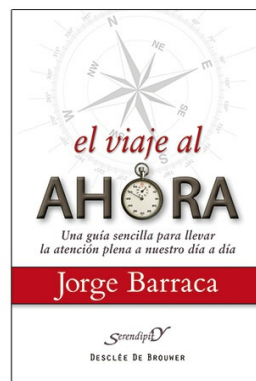
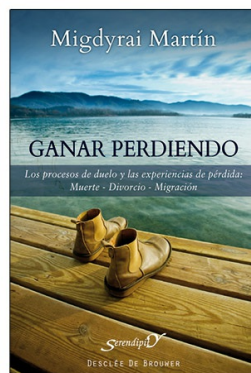
Es miembro de la Asociación de Psicoterapeutas Laureano Cuesta, de la Asociación Vasca de Terapia Gestalt y de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

Autor de los libros Vivir y morir conscientemente (4ª ed.) y En vísperas del morir y coautor de los libros Relatos para el crecimiento personal (6ª ed.) y 14 aprendizajes vitales (11ª ed.). Todos ellos en esta misma editorial.

Imparte numerosos cursos, talleres y conferencias sobre el tema de la muerte y el crecimiento personal

desde una orientación humanista-existencial.

Otros libros



Adquiera todos nuestros ebooks en
www.ebooks.edesclée.com



La espiritualidad en el final de la vida

Una inmersión en las fronteras de la Ciencia

Iosu Cabodevilla Eraso

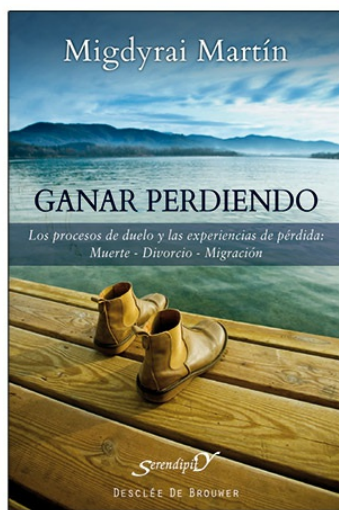
ISBN: 978-84-330-3329-1

www.ebooks.edesclée.com

La Ciencia ha hecho descubrimientos asombrosos y nos ha proporcionado avances inimaginables, pero todavía quedan cosas que no se “han descubierto” o no se han podido demostrar, y quizás debamos emplear otras formas de sabiduría para acercarnos a ellas.

El psicólogo Iosu Cabodevilla hace una incursión en esa fina frontera de la Ciencia, para adentrarnos de nuevo en el mundo de la espiritualidad; la dimensión del ser humano que, como explica a lo largo de estas páginas, es justamente la que le hace más humano, y que frecuentemente ha sido confundida e identificada con la religión. Cabodevilla explora la espiritualidad con unos ojos limpios y sin prejuicios, compartiendo sus observaciones de un momento importante de la vida, como es la proximidad de la muerte. Se adentra sin tapujos en el lenguaje de los símbolos, de los sueños, de las sincronicidades, abriendo espacios para una nueva y sin embargo ancestral interpretación de lo sutil, invitándonos a bucear en lo que entiende como signos del Espíritu.

Este libro está escrito para todas las personas que quieren seguir creciendo en su desarrollo personal y especialmente para quienes sienten que la muerte, la suya o la de algún ser querido, se está acercando y la quieren vivir de manera serena y confiada. A lo largo de sus páginas nos ofrece una visión cargada de esperanza y, con un lenguaje cálido y amoroso, nos muestra la muerte como una bella oportunidad, como el último regalo.



Ganar perdiendo

Los procesos de duelo y las experiencias de pérdida: muerte - divorcio - migración

Migdyrai Martín Reyes

ISBN: 978-84-330-2518-0

www.edeslee.com

Es este un libro práctico en el que la autora propone aumentar nuestro conocimiento sobre las **experiencias de pérdida** y las formas en que los seres humanos hacemos frente a las mismas o reaccionamos ante ellas, partiendo de la idea de que las experiencias de duelo son las más universales y frecuentes en la existencia humana, pero paradójicamente de las más desatendidas y desinformadas. Afirma su autora que tarde o temprano todos tendremos que enfrentarnos a las pérdidas, pero nos pregunta: ¿estamos preparados para crecer a través de ellas?

Este libro ofrece información útil para entender algunas de las complejidades de los **procesos de duelo** más frecuentes que afronta el ser humano. Se divide en tres capítulos: el primero destinado al duelo por la muerte de un ser querido, el segundo dedicado al duelo por divorcio o ruptura de la pareja y el tercero al duelo migratorio. A modo de manual se ofrece un resumen conciso con información útil sobre estos tres procesos de duelo; con un lenguaje sencillo destinado a todos los lectores. Es un libro que apuesta por la salud mental: elemento indispensable para una vida con ilusión, proyectos y deseos de ser vivida. La autora es médica y especialista en psiquiatría con más de 20 años de experiencia clínica.



Cicatrices del corazón

Tras una pérdida significativa

Rosa Mª Martínez González

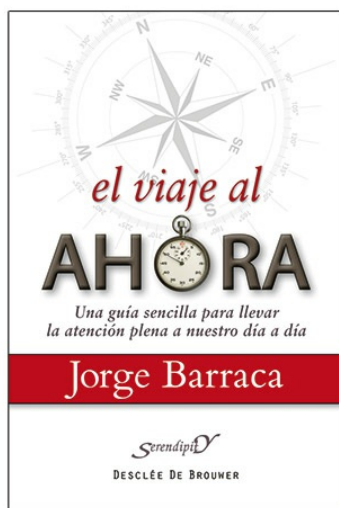
ISBN: 978-84-330-2457-2

www.edeslee.com

Perder a alguien de quien recibíamos afecto, cuidados, atención, apoyo, complicidad, protección, compañía, amor, etc. y a quien posiblemente dábamos lo mismo es una experiencia terriblemente dolorosa e invalidante. Es como si experimentáramos una gran sacudida que nos afectará a todos los niveles de nuestra existencia, pudiendo aparecer síntomas y desajustes a nivel físico, emocional, cognitivo, conductual, social y/o espiritual.

Es el **proceso de elaboración de duelo** la consecuencia inevitable que se pone en funcionamiento tras sufrir la pérdida de un ser querido. Un proceso que puede ser más o menos doloroso, más o menos intenso, más o menos largo dependiendo de varios factores como son la relación que manteníamos con la persona perdida, el cómo sucede la pérdida, los apoyos sociales con los que contamos, el modelo familiar que hayamos heredado a la hora de afrontar estos acontecimientos y las experiencias previas de otras pérdidas que hayamos vivido en primera persona a lo largo de nuestra vida. Pero no todas las pérdidas impactan de igual modo porque no es lo mismo perder a una madre anciana que a un hijo, ni es igual morir tras una larga enfermedad que en un accidente inesperado; por ello en la segunda parte de este libro se hace **un recorrido por las diferentes pérdidas y sus manifestaciones emocionales**.

Este libro pretende ser un compañero de viaje en el personal proceso de elaboración del duelo para aquellos que en este momento estén inmersos en el dolor de haber perdido a una persona amada. Aquellos que busquen conocimientos, quisiera que encontraran algunas respuestas pero sobre todo que les genere dudas, preguntas y reflexiones que les impulsen a continuar profundizando y ampliando sus conocimientos sobre este tema. Me gustaría que cualquier lector captara la posibilidad real de que se puede transitar por el camino del proceso de duelo con la **esperanza de seguir viviendo y con la mirada puesta en la vida y en los vivos**.



El viaje al ahora

Una guía sencilla para llevar la atención plena a nuestro día a día

Jorge Barraca

ISBN: 978-84-330-3615-5

www.edeslee.com

Vivir con atención plena consiste en mantener la actitud de estar en contacto con el mundo, abierto a lo que se experimenta en cada instante, dirigiendo la atención de forma consciente a lo que se hace en cada momento, y llevarlo a cabo de forma similar a la de un niño que contempla por primera vez un espectáculo sorprendente, sin juzgarlo, valorarlo, cuestionarlo, criticarlo... sin compararlo con vivencias del pasado, sin preocuparse por lo que sucederá, sin envidias. Se trata, en suma, de dejar que sean las cosas, el mundo, las experiencias, los sentidos, el cuerpo los que hablen por sí mismos, directamente, sin que la mente se inmiscuya u opine. Empezar a vivir con atención plena significa vivir realmente. Es despertarse, y descubrir el mundo, que resulta entonces mucho más interesante, mucho más intenso, mucho más atractivo, mucho más vivificante y mucho más placentero.

La clave para contrarrestar los pensamientos negativos, los estados de ánimo bajos, la ansiedad por problemas futuros, está en no ensimismarse, sino en estar ahora -ya- en conexión con el exterior y francos a lo que llegue en cada momento. Frente al pensar y pensar, invito a vivir y vivir, pero para eso se tendrá que volver al presente. Esta es la idea básica que quiero transmitir en este libro.

Tome su billete para el viaje al lugar más extraordinario del mundo, el único real. Quizás nunca ha estado de verdad en él o lleva años sin frecuentarlo, aunque le aseguro que está muy, muy cerca. Su billete es para el viaje al ahora.

DIRECTORA: OLGA CASTANYER

1. *Relatos para el crecimiento personal*. CARLOS ALEMANY (ED.). (6ª ed.)
2. *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. OLGA CANSTANYER. (30ª ed.)
3. *Comprendiendo cómo somos. Dimensiones de la personalidad*. A. GIMENO-BAYÓN. (5ª ed.)
4. *Aprendiendo a vivir. Manual contra el aburrimiento y la prisa*. ESPERANZA BORÚS. (5ª ed.)
5. *¿Qué es el narcisismo?* JOSÉ LUIS TREOHERA. (2ª ed.)
6. *Manual práctico de P.N.L. Programación neurolingüística*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. (5ª ed.)
7. *El cuerpo vivenciado y analizado*. CARLOS ALEMANY Y VÍCTOR GARCÍA (EDS.)
8. *Manual de Terapia Infantil Gestáltica*. LORETTA ZAIRA CORNEJO PAROLINI (5ª ed.)
9. *Viajes hacia uno mismo. Diario de un psicoterapeuta en la postmodernidad*. FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN (2ª ed.)
10. *Cuerpo y Psicoanálisis. Por un psicoanálisis más activo*. JEAN SARKISSOFF. (2ª ed.)
11. *Dinámica de grupos. Cincuenta años después*. LUIS LÓPEZ-YARTO ELIZALDE. (7ª ed.)
12. *El eneagrama de nuestras relaciones*. MARÍA-ANNE GALLÉN - HANS NEIDHARDT. (5ª ed.)
13. *¿Por qué me culpabilizo tanto? Un análisis psicológico de los sentimientos de culpa*. LUIS ZABALEGUI. (3ª ed.)
14. *La relación de ayuda: De Rogers a Carkhuff*. BRUNO GIORDANI. (3ª ed.)
15. *La fantasía como terapia de la personalidad*. F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
16. *La homosexualidad: un debate abierto*. JAVIER GAFO (ED.). (3ª ed.)
17. *Diario de un asombro*. ANTONIO GARCÍA RUBIO. (3ª ed.)
18. *Descubre tu perfil de personalidad en el eneagrama*. DON RICHARD RISO. (6ª ed.)
19. *El manantial escondido. La dimensión espiritual de la terapia*. THOMAS HART.
20. *Treinta palabras para la madurez*. JOSÉ ANTONIO GARCÍA-MONGE. (12ª ed.)

21. *Terapia Zen*. DAVID BRAZIER. (2ª ed.)
22. *Sencillamente cuerdo. La espiritualidad de la salud mental*. GERALD MAY.
23. *Aprender de Oriente: Lo cotidiano, lo lento y lo callado*. JUAN MASÍA CLAVEL.
24. *Pensamientos del caminante*. M. SCOTT PECK.
25. *Cuando el problema es la solución. Aproximación al enfoque estratégico*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. (2ª ed.)
26. *Cómo llegar a ser un adulto. Manual sobre la integración psicológica y espiritual*. DAVID RICHÓ. (3ª ed.)
27. *El acompañante desconocido. De cómo lo masculino y lo femenino que hay en cada uno de nosotros afecta a nuestras relaciones*. JOHN A. SANFORD.
28. *Vivir la propia muerte*. STANLEY KELEMAN.
29. *El ciclo de la vida: Una visión sistémica de la familia*. ASCENSIÓN BELART - MARÍA FERRER. (3ª ed.)
30. *Yo, limitado. Pistas para descubrir y comprender nuestras minusvalías*. MIGUEL ÁNGEL CONESA FERRER.
31. *Lograr buenas notas con apenas ansiedad. Guía básica para sobrevivir a los exámenes*. KEVIN FLANAGAN.
32. *Alí Babá y los cuarenta ladrones. Cómo volverse verdaderamente rico*. VERENA KAST.
33. *Cuando el amor se encuentra con el miedo*. DAVID RICHÓ. (3ª ed.)
34. *Anhelos del corazón. Integración psicológica y espiritualidad*. WILKIE AU - NOREEN CANNON. (2ª ed.)
35. *Vivir y morir conscientemente*. IOSU CABODEVILLA. (4ª ed.)
36. *Para comprender la adicción al juego*. MARÍA PRIETO URSÚA.
37. *Psicoterapia psicodramática individual*. TEODORO HERRANZ CASTILLO.
38. *El comer emocional*. EDWARD ABRAMSON. (2ª ed.)
39. *Creer en intimidad. Guía para mejorar las relaciones interpersonales*. JOHN AMODEO - KRIS WENTWORTH. (2ª ed.)
40. *Diario de una maestra y de sus cuarenta alumnos*. ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDR.
41. *Valórate por la felicidad que alcances*. XAVIER MORENO LARA..
42. *Pensándolo bien... Guía práctica para asomarse a la realidad*. RAMIRO J. ÁLVAREZ.
43. *Límites, fronteras y relaciones. Cómo conocerse, protegerse y disfrutar de uno mismo*. CHARLES L. WHITFIELD.

44. *Humanizar el encuentro con el sufrimiento*. JOSÉ CARLOS BERMEJO.
45. *Para que la vida te sorprenda*. MATILDE DE TORRES. (2ª ed.)
46. *El Buda que siente y padece. Psicología budista sobre el carácter, la adversidad y la pasión*. DAVID BRAZIER.
47. *Hijos que no se van. La dificultad de abandonar el hogar*. JORGE BARRACA.
48. *Palabras para una vida con sentido*. Mª. ÁNGELES NOBLEJAS. (2ª ed.)
49. *Cómo llevarnos bien con nuestros deseos*. PHILIP SHELDRAKE.
50. *Cómo no hacer el tonto por la vida. Puesta a punto práctica del altruismo*. LUIS CENCILLO. (2ª ed.)
51. *Emociones: Una guía interna. Cuáles sigo y cuáles no*. LESLIE S. GREENBERG. (3ª ed.)
52. *Éxito y fracaso. Cómo vivirlos con acierto*. AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ.
53. *Desarrollo de la armonía interior. La construcción de una personalidad positiva*. JUAN ANTONIO BERNAD.
54. *Introducción al Role-Playing pedagógico*. PABLO POBLACIÓN KNAPPE Y ELISA LÓPEZ BARBERA Y COLS.
55. *Cartas a Pedro. Guía para un psicoterapeuta que empieza*. LORETTA CORNEJO.
56. *El guión de vida*. JOSÉ LUIS MARTORELL.
57. *Somos lo mejor que tenemos*. ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.
58. *El niño que seguía la barca. Intervenciones sistémicas sobre los juegos familiares*. GIULIANA PRATA; MARÍA VIGNATO Y SUSANA BULLRICH.
59. *Amor y traición*. JOHN AMODEO.
60. *El amor. Una visión somática*. STANLEY KELEMAN.
61. *A la búsqueda de nuestro genio interior: Cómo cultivarlo y a dónde nos guía*. KEVIN FLANAGAN.
62. *A corazón abierto. Confesiones de un psicoterapeuta*. F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
63. *En vísperas de morir. Psicología, espiritualidad y crecimiento personal*. IOSU CABODEVILLA ERASO.
64. *¿Por qué no logro ser asertivo?* OLGA CASTANYER Y ESTELA, ORTEGA. (6ª ed.)
65. *El diario íntimo: buceando hacia el yo profundo*. JOSÉ-VICENTE BONET, S.J. (2ª ed.)
66. *Caminos sapienciales de Oriente*. JUAN MASÍA.

67. *Superar la ansiedad y el miedo. Un programa paso a paso.* PEDRO MORENO. (8ª ed.)
68. *El matrimonio como desafío. Destrezas para vivirlo en plenitud.* KATHLEEN R. FISHOER Y THOMAS N. HART.
69. *La posada de los peregrinos. Una aproximación al Arte de Vivir.* ESPERANZA BORÚS.
70. *Realizarse mediante la magia de las coincidencias. Práctica de la sincronicidad mediante los cuentos.* JEAN-PASCAL DEBAILLEUL Y CATHERINE FOURGEAU.
71. *Psicoanálisis para educar mejor.* FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
72. *Desde mi ventana. Pensamientos de autoliberación.* PEDRO MIGUEL LAMET.
73. *En busca de la sonrisa perdida. La psicoterapia y la revelación del ser* JEAN SARKISSOFF.
74. *La pareja y la comunicación. La importancia del diálogo para la plenitud y la longevidad de la pareja. Casos y reflexiones.* PATRICE CUDICIO Y CATHERINE CUDICIO.
75. *Ante la enfermedad de Alzheimer. Pistas para cuidadores y familiares.* MARGA NIETO CARRERO. (2ª ed.)
76. *Me comunico... Luego existo. Una historia de encuentros y desencuentros.* JESÚS DE LA GÁNDARA MARTÍN.
77. *La nueva sofrología. Guía práctica para todos.* CLAUDE IMBERT.
78. *Cuando el silencio habla.* MATILDE DE TORRES VILLAGRÁ. (2ª ed.)
79. *Atajos de sabiduría.* CARLOS DÍAZ.
80. *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza? Ensayo de una ética desde la psicología.* RAMÓN ROSAL CORTÉS.
81. *Más allá del individualismo.* RAFAEL REDONDO.
82. *La terapia centrada en la persona hoy. Nuevos avances en la teoría y en la práctica.* DAVE MEARNES Y BRIAN THORNE.
83. *La técnica de los movimientos oculares. La promesa potencial de un nuevo avance psicoterapéutico.* FRED FRIEDBERG. Introducción a la edición española por RAMIRO J. ÁLVAREZ.
84. *No seas tu peor enemigo... ¡...Cuando puedes ser tu mejor amigo!* ANN-M. MCMAHON.
85. *La memoria corporal. Bases teóricas de la diafreoterapia.* LUZ CASASNOVAS SUSANNA.
86. *Atrapando la felicidad con redes pequeñas.* IGNACIO BERCIANO PÉREZ.

- Con la colaboración de ITZIAR BARRENENGOA. (2ª ed.)
87. *C.G. Jung. Vida, obra y psicoterapia.* M. PILAR QUIROGA MÉNDEZ.
 88. *Crece en grupo. Una aproximación desde el enfoque centrado en la persona.* BARTOMEU BARCELÓ.
 89. *Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos.* ALEJANDRO BELLO GÓMEZ, ANTONIO CREGO DÍAZ.
 90. *La magia de la metáfora. 77 relatos breves para educadores, formadores y pensadores.* NICK OEWN.
 91. *Cómo volverse enfermo mental.* JOSÉ LUÍS PÍO ABREU.
 92. *Psicoterapia y espiritualidad. La integración de la dimensión espiritual en la práctica terapéutica.* AGNETA SCHREURS.
 93. *Fluir en la adversidad.* AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ.
 94. *La psicología del soltero: Entre el mito y la realidad.* JUAN ANTONIO BERNAD.
 95. *Un corazón auténtico. Un camino de ocho tramos hacia un amor en la madurez.* JOHN AMODEO
 96. *Luz, más luz. Lecciones de filosofía vital de un psiquiatra.* BENITO PERAL.
 97. *Tratado de la insoportabilidad, la envidia y otras "virtudes" humanas.* LUIS RAIMUNDO GUERRA. (2ª ed.)
 98. *Crecimiento personal: Aportaciones de Oriente y Occidente.* MÓNICA RODRÍGUEZ-ZAFRA (ED.)
 99. *El futuro se decide antes de nacer. La terapia de la vida intrauterina.* CLAUDE IMBERT. (2ª ed.)
 100. *Cuando lo perfecto no es suficiente. Estrategias para hacer frente al perfeccionismo.* MARTÍN M. ANTONI-RICHARD P. SWINSON. (2 ed.)
 101. *Los personajes en tu interior. Amigándote con tus emociones más profundas.* JOY CLOUG.
 102. *La conquista del propio respeto. Manual de responsabilidad personal.* THOM RUTLEDGE.
 103. *El pico del Quetzal. Sencillas conversaciones para restablecer la esperanza en el futuro.* MARGARET J. WHEATLEY.
 104. *Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes.* PEDRO MORENO, JULIO C. MARTÍN. (7ª ed.)
 105. *El tiempo regalado. La madurez como desafío.* IRENE ESTRADA ENA.
 106. *Enseñar a convivir no es tan difícil. Para quienes no saben qué hacer con sus hijos, o con sus alumnos.* MANUEL SEGURA MORALES. (10 ed.)
 107. *Encrucijada emocional. Miedo (ansiedad), tristeza (depresión), rabia*

- (violencia), alegría (euforia). KARMELO BIZKARRA. (4ª ed.)
108. *Vencer la depresión. Técnicas psicológicas que te ayudarán.* MARISA BOSQUED.
 109. *Cuando me encuentro con el capitán Garfio... (no) me engancho. La práctica en psicoterapia gestalt.* ANGELES MARTÍN Y CARMEN VÁZQUEZ.
 110. *La mente o la vida. Una aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso.* JORGE BARRACA MAIRAL. (2ª ed.)
 111. *¡Deja de controlarme! Qué hacer cuando la persona a la que queremos ejerce un dominio excesivo sobre nosotros.* RICHARD J. STENACK.
 112. *Responde a tu llamada. Una guía para la realización de nuestro objetivo vital más profundo.* JOHN P. SCHUSTER.
 113. *Terapia meditativa. Un proceso de curación desde nuestro interior.* MICHAEL L. EMMONS, PH.D Y JANET EMMONS, M.S.
 114. *El espíritu de organizarse. Destrezas para encontrar el significado a sus tareas.* PAMELA KRISTAN.
 115. *Adelgazar: el esfuerzo posible. Un sistema gradual para superar la obesidad.* AGUSTÍN CÓZAR.
 116. *Creer en la crisis. Cómo recuperar el equilibrio perdido.* ALEJANDRO ROCAMORA (2ª ed.)
 117. *Rabia sana. Cómo ayudar a niños y adolescentes a manejar su rabia.* BERNARD GOLDEN, PH. D.
 118. *Manipuladores cotidianos. Manual de supervivencia.* JUAN CARLOS VICENTE CASADO.
 119. *Manejar y superar el estrés. Cómo alcanzar una vida más equilibrada.* ANN WILLIAMSON.
 120. *La integración de la terapia experiencial y la terapia breve. Un manual para terapeutas y consejeros.* BALAJAISON.
 121. *Este no es un libro de autoayuda. Tratado de la suerte, el amor y la felicidad.* LUIS RAIMUNDO GUERRA.
 122. *Psiquiatría para el no iniciado.* RAFA EUBA.
 123. *El poder curativo del ayuno. Recuperando un camino olvidado hacia la salud.* KARMELO BIZKARRA. (2ª ed.)
 124. *Vivir lo que somos. Cuatro actitudes y un camino.* ENRIQUE MARTÍNEZ LOZANO. (4ª ed.)
 125. *La espiritualidad en el final de la vida. Una inmersión en las fronteras de la ciencia.* IOSU CABODEVILLA ERASO.
 126. *Regreso a la conciencia.* AMADO RAMÍREZ.

127. *Las constelaciones familiares. En resonancia con la vida.* PETER BOURQUIN. (5ª ed.)
128. *El libro del éxito para vagos. Descubra lo que realmente quiere y cómo conseguirlo sin estrés.* THOMAS HOHENSSE.
129. *Yo no valgo menos. Sugerencias cognitivo-humanistas para afrontar la culpa y la vergüenza.* OLGA CASTANYER. (2 ed.)
130. *Manual de Terapia Gestáltica aplicada a los adolescentes.* LORETTA CORNEJO. (3ª ed.)
131. *¿Para qué sirve el cerebro? Manual para principiantes.* JAVIER TIRAPU.
132. *Esos seres inquietos. Claves para combatir la ansiedad y las obsesiones.* AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ.
133. *Dominar las obsesiones. Una guía para pacientes.* PEDRO MORENO, JULIO C. MARTÍN, JUAN GARCÍA Y ROSA VIÑAS. (2ª ed.)
134. *Cuidados musicales para cuidadores. Musicoterapia Autorrealizadora para el estrés asistencial.* CONXA TRALLERO FLIX Y JORDI OLLER VALLEJO.
135. *Entre personas. Una mirada cuántica a nuestras relaciones humanas.* TOMEU BARCELÓ.
136. *Superar las heridas. Alternativas sanas a lo que los demás nos hacen o dejan de hacer.* WINDY DRYDEN.
137. *Manual de formación en trance profundo. Habilidades de hipnotización.* IGOR LEDOCHOWSKI.
138. *Todo lo que aprendí de la paranoia.* CAMILLE.
139. *Migraña. Una pesadilla cerebral.* ARTURO GOICOECHEA.
140. *Aprendiendo a morir.* IGNACIO BERCIANO PÉREZ.
141. *La estrategia del oso polar. Como llevar adelante tu vida pese a las adversidades.* HUBERT MORITZ.
142. *Mi salud mental: Un camino práctico.* EMILIO GARRIDO LANDÍVAR.
143. *Camino de liberación en los cuentos. En compañía de los animales.* ANA M: SCHLÜTER.
144. *¡Estoy furioso! Aproveche la energía positiva de su ira.* ANITA TIMPE.
145. *Herramientas de Coaching personal.* FRANCISCO YUSTE (2ª ed.).
146. *Este libro es cosa de hombres. Una guía psicológica para el hombre de hoy.* RAFA EUBA.
147. *Afronta tu depresión con psicoterapia interpersonal. Guía de autoayuda.* JUAN GARCÍA SÁNCHEZ y PEPA PALAZÓN RODRÍGUEZ.
148. *El consejero pastoral. Manual de "relación de ayuda" para sacerdotes y agentes de pastoral.* ENRIQUE MONTALT ALCAYDE.

149. *Tristeza, miedo, cólera. Actuar sobre nuestras emociones.* DRA. STÉPHANIE HAHUSSEAU.
150. *Vida emocionalmente inteligente. Estrategias para incrementar el coeficiente emocional.* GEETU BHARWANEEY.
151. *Cicatrices del corazón. Tras una pérdida significativa.* ROSA M^a MARTINEZ GONZÁLEZ.
152. *Ojos que sí ven. "Soy bipolar" (Diez entrevistas).* ANA GONZÁLEZ ISASI - ANÍBAL C. MALVAR.
153. *Reconcíliate con tu infancia. Cómo curar antiguas heridas.* ULRIKE DAHN.
154. *Los trastornos de la alimentación. Guía práctica para cuidar de un ser querido.* JANET TREASURE - GRÁINNE SMITH - ANNA CRANE.
155. *Bullying entre adultos. Agresores y víctimas.* PETER RANDALL.
156. *Cómo ganarse a las personas. El arte de hacer contactos.* BERND GÖRNER.
157. *Vencer a los enemigos del sueño. Guía práctica para conseguir dormir como siempre habíamos soñado.* CHARLES MORIN.
158. *Ganar perdiendo. Los procesos de duelo y las experiencias de pérdida: Muerte - Divorcio - Migración.* MIGDYRAI MARTÍN REYES.
159. *El arte de la terapia. Reflexiones sobre la sanación para terapeutas principiantes y veteranos.* PETER BOURQUIN.
160. *El viaje al ahora. Una guía sencilla para llevar la atención plena a nuestro día a día.* JORGE BARRACA MAIRAL.
161. *Cómo envejecer con dignidad y aprovechamiento.* IGNACIO BERCIANO.
162. *Cuando un ser querido es bipolar. Ayuda y apoyo para usted y su pareja.* CYNTHIA G. LAST.
163. *Todo lo que sucede importa. Cómo orientar en el laberinto de los sentimientos.* FERNANDO ALBERCA DE CASTRO (2^a ed.).
164. *De cuentos y aliados. El cuento terapéutico.* MARIANA FIKSLER.
165. *Soluciones para una vida sexual sana. Maneras sencillas de abordar y resolver los problemas sexuales cotidianos.* Dra. JANET HALL.
166. *Encontrar las mejores soluciones mediante Focusing. A la escucha de lo sentido en el cuerpo.* BERNADETTER LARNADETTE LAMBOY.
167. *Cómo superar el tabaco, el alcohol y las drogas.* MIGUEL DEL NOGAL TOMÉ

Serie MAIOR

1. *Anatomía Emocional. La estructura de la experiencia somática.* STANELY

- KELEMAN.. (7ª ed.)
2. *La experiencia somática. Formación de un yo personal.* STANLEY KELEMAN. (2ª ed.)
 3. *Psicoanálisis y análisis corporal de la relación.* ANDRÉ LAPIERRE.
 4. *Psicodrama. Teoría y práctica.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ. (3ª ed.)
 5. *14 Aprendizajes vitales.* CARLOS ALEMANY (ED.). (11ª ed.)
 6. *Psique y Soma. Terapia bioenergética.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ.
 7. *Crece bebiendo del propio pozo. Taller de crecimiento personal.* CARLOS RAFAEL CABARRÚS, S.J. (11ª ed.)
 8. *Las voces del cuerpo. Respiración, sonido y movimiento en el proceso terapéutico.* CAROLYN J. BRADDOCK.
 9. *Para ser uno mismo. De la opacidad a la transparencia.* JUAN MASÍA CLAVEL.
 10. *Vivencias desde el Enneagrama.* MAITE MELENDO. (3ª ed.)
 11. *Codependencia. La dependencia controladora. La dependencia sumisa.* DOROTHY MAY.
 12. *Cuaderno de Bitácora, para acompañar caminantes. Guía psico-histórico-espiritual.* CARLOS RAFAEL CABARRÚS. (4ª ed.)
 13. *Del ¡viva los novios! al ¡ya no te aguanto! Para el comienzo de una relación en pareja y una convivencia más inteligente.* EUSEBIO LÓPEZ. (2ª ed.)
 14. *La vida maestra. El cotidiano como proceso de realización personal.* JOSÉ MARÍA TORO.
 15. *Los registros del deseo. Del afecto, el amor y otras pasiones.* CARLOS DOMÍNGUEZ MORANO. (2ª ed.)
 16. *Psicoterapia integradora humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensores, cognitivos y emocionales.* ANA GIMENO-BAYÓN Y RAMÓN ROSAL.
 17. *Deja que tu cuerpo interprete tus sueños.* EUGENE T. GENDLIN.
 18. *Cómo afrontar los desafíos de la vida.* CHRIS L. KLEINKE.
 19. *El valor terapéutico del humor.* ÁNGEL RZ. IDÍGORAS (ED.) (3ª ed.)
 20. *Aumenta tu creatividad mental en ocho días.* RON DALRYMPLE, PH.D., F.R.C.
 21. *El hombre, la razón y el instinto.* JOSÉ Mª PORTA TOVAR.
 22. *Guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Pistas para su liberación.* BRUCE M. HYMAN Y CHERRY PEDRICK.
 23. *La comunidad terapéutica y las adicciones Teoría, Modelo y Método.* GEORGE DE LEÓN.

24. *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas.* WALEED A. SALAMEH Y WILLIAM F. FRY.
25. *El manejo de la agresividad. Manual de tratamiento completo para profesionales.* HOWARD KASSINOVE Y RAYMOND CHIP TRAFATE.
26. *Agujeros negros de la mente. Claves de salud psíquica.* JOSÉ L. TREOHERA.
27. *Cuerpo, cultura y educación.* JORDI PLANELLA RIBERA.
28. *Reír y aprender. 95 técnicas para emplear el humor en la formación.* DONI TAMBLYN.
29. *Manual práctico de psicoterapia gestalt.* ÁNGELES MARTÍN. (5ª ed.)
30. *Más magia de la metáfora. Relatos de sabiduría para aquellas personas que tengan a su cargo la tarea de Liderar, Influcidar y Motivar.* NICK OWEN.
31. *Pensar bien - Sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes.* PAÚL STALLARD.
32. *Ansiedad y sobreactivación. Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio.* PABLO RODRÍGUEZ CORREA.
33. *Amor y violencia. La dimensión afectiva del maltrato.* PEPA HORNO GOICOECHEA (2ª ed.)
34. *El pretendido Síndrome de Alienación Parental. Un instrumento que perpetúa el maltrato y la violencia.* SONIA VACCARO - CONSUELO BAREA PAYUETA.
35. *La víctima no es culpable. Las estrategias de la violencia.* OLGA CASTANYER (COORD.); PEPA HORNO, ANTONIO ESCUDERO E INÉS MONJAS.
36. *El tratamiento de los problemas de drogas. Una guía para el terapeuta.* MIGUEL DEL NOGAL TOMÉ.
37. *Los sueños en psicoterapia gestalt Teoría y práctica.* ÁNGELES MARTÍN.
38. *Medicina y terapia de la risa. Manual.* RAMÓN MORA RIPOLL.
39. *La dependencia del alcohol. Un camino de crecimiento.* THOMAS WALLENHORST.
40. *El arte de saber alimentarte. Desde la ciencia de la nutrición al arte de la alimentación.* KARMELO BIZKARRA.
41. *Vivir con plena atención. De la aceptación a la presencia.* VICENTE SIMÓN.
42. *Empatía terapéutica. La compasión del sanador herido.* JOSÉ CARLOS BERMEJO.
43. *Más allá de la Empatía. Una Terapia de Contacto-en-la-Relación.*

RICHARD G. ERSKIN- JANET P. MOURSUND- REBECCA L.
TRAUTMANN.

44. *El oficio que habitamos. Testimonios y reflexiones de terapeutas gestálticas.* ÁNGELES MARTÍN (Ed.)
45. *El amor vanidoso. Cómo fracasan las relaciones narcisistas.* BÄRBEL
WARDETZKI

Índice

Portada interior	5
Créditos	7
PRÓLOGO por Celedonio Castanedo	9
INTRODUCCIÓN	14
1. LA MUERTE IGNORADA, EL ÚLTIMO TABÚ	22
2. LA DIFÍCIL TAREA DE LLEGAR A SER QUIEN SE ES	27
1. La vida, un camino de crecimiento	32
2. La autoconciencia	34
3. La espiritualidad, el sentido de trascendencia	38
4. El miedo	40
5. La soledad	42
6. La ansiedad	43
7. El sufrimiento	45
3. TIEMPO DE PREPARAR LA MUERTE	48
1. Cómo informar al enfermo de su gravedad	52
4. LA MUERTE INTEGRADA	56
1. Morir con dignidad	60
5. ASUNTOS INCONCLUSOS	62
6. EL MODELO FÁSICO DEL MORIR SEGÚN LA DOCTORA ELISABETH KÜBLER-ROSS Y LA RELACIÓN DE AYUDA	68
1. Negación	71
2. Rabia	73
3. Negociación	76
4. Depresión	76
5. Aceptación	78
6. El enfermo inconsciente o en pre-coma	81
7. HAY UN TIEMPO PARA MORIR. NUEVE EXPERIENCIAS DE MUERTE	83
1. La muerte de Idoia[45]	86
2. Juan. Un hombre solidario[60]	91
3. La Mujer del Midi d'Ossau[61]	96

4. La muerte de Guillermina	97
5. Ion, un hombre previsor	100
6. Irati, una mujer que quiso morir en paz[62]	102
7. Sara, una mujer que preparó su final[64]	106
8. La muerte de Ruth	108
9. La muerte de Don Vitorino, "el ciego de Metauten"	115
8. ATENDER AL MORIBUNDO	117
1. La comunicación con el moribundo	121
2. El silencio	123
3. El tacto	124
4. La esperanza	126
5. La hora de la muerte	127
6. Los seres queridos	130
7. El profesional sanitario	131
8. Cuidar a los que cuidan	134
9. DERECHOS DE LA PERSONA EN SITUACIÓN TERMINAL[98]	137
10. EL DUELO	141
1. ¿Qué entendemos por duelo?	142
2. El proceso del duelo	144
3. Reacciones más habituales en el duelo	148
4. Sanar en el dolor	150
5. Formas peculiares de duelo	155
6. El duelo en los niños	157
7. Diferencias y semejanzas entre el duelo adulto y el infantil	159
8. Acompañar a los niños en el duelo	160
9. Duelos difíciles, cuando quedan asuntos pendientes	162
10. Cómo ayudar en el duelo	171
11. DESIDERATA	176
EPÍLOGO por José Luis Fonseca	179
NOTAS	183
Acerca del autor	192
Otros libros	194
La espiritualidad en el final de la vida	195

Ganar perdiendo	196
Cicatrices del corazón	197
El viaje al ahora	199
Serendipity	200