

## EL DUELO ANTICIPATORIO DEL ANCIANO COMO PACIENTE TERMINAL

**Ana María Ospina Velasco<sup>1</sup>**

*Profesora de la Escuela de Trabajo Social  
y Desarrollo Humano, Universidad del Valle*

**E**l presente artículo tiene como objetivo ilustrar, a partir de un caso observado, algunos elementos teóricos de la literatura tanatológica,<sup>2</sup> sobre el proceso de duelo del anciano enfermo, frente a la inminencia de su muerte.

La clínica relacionada con aspectos del proceso de muerte, ha permitido identificar elementos o variables comunes, inherentes a dicho proceso, que son vivenciados en forma específica por los individuos, de acuerdo precisamente con sus características particulares en relación con dichos elementos.

### Introducción

El temor a la muerte es un sentimiento universal, aunque vivenciado individualmente con diferente connotación e intensidad.

Aunque la muerte es el final del ciclo vital y por lo tanto tan natural como su inicio, la proximidad a la muerte constituye para la mayoría de

los humanos, la experiencia más aterradora de toda su existencia. Aparte del dolor de dejar a los seres queridos y a todo aquello a lo cual se está apegado, comúnmente surgen en quienes presienten o saben la cercanía de su muerte, un sinnúmero de reacciones, entre ellas el temor al dolor físico y a otros síntomas que puedan sobrevenir; temor a la consciencia de estar muriendo, o a lo contrario, a no darse cuenta de este hecho; temor a perder la integridad psíquica, al descontrol que lleve a la locura; temor al “más allá” y expectativa de otra vida y sus características; temor a las consecuencias de la muerte en el cuerpo, etc.

Desde luego muchas variables determinan el tipo y la intensidad de estas reacciones. Vale la pena mencionar entre éstas, elementos culturales como valores, normas, tradiciones, costumbres, creencias, sentimientos, actitudes y también las experiencias vividas por el enfermo terminal.

Esto nos remite entonces a distintos escenarios dentro de los cuales se ubica socialmente el paciente, tales como la época, el grupo étnico, el entorno rural o urbano, el estrato socioeconómico, la religión, la ocupación, la profesión y en general, los grupos dentro de los cuales interactúa, ya que en una u otra forma son ellos medio transmisor de ideología sobre la vida y la muerte.

La cultura occidental es especialmente negadora de la muerte. Podemos imaginar la muerte de otro, pero difícilmente pensamos sobre la nuestra propia, aunque vivamos en una sociedad violenta

---

<sup>1</sup> Ana María Ospina Velasco. Trabajadora social. Realizó estudios de postgrado en administración social en The London School of Economics and Political Science en Londres y de psicoanálisis en el Instituto Anna Freud, de la misma ciudad y en el Instituto de Psicoanálisis de Cleveland, Ohio.

<sup>2</sup> Tanatología es la disciplina que estudia aspectos relacionados con la muerte y los procesos del morir y del duelo.

en la cual el riesgo de morir es muy alto, como es el caso particular de Colombia.

Existe marcada diferencia entre las reacciones de los adultos y las de los ancianos ante la proximidad de la muerte. El anciano lleva en su cuerpo el efecto natural del desgaste orgánico y ello lo coloca en una expectativa diferente a la del adulto en relación a los plazos de su existencia, con mayor razón si se trata de una persona que ha cumplido muchas de sus metas satisfactoriamente y que esperaría por lo tanto la muerte con relativa satisfacción y tranquilidad. Mientras que comúnmente el adulto tiene un papel vital en la crianza de los hijos, por lo cual “no hay muerte en paz para padres de niños pequeños” (Furman, E. 1989), las personas de tercera edad generalmente ya han levantado su familia y ésta no los necesita para la subsistencia emocional ni material. Por otra parte, así como generalmente el adulto activo laboralmente tiene una vida agitada, múltiples relaciones sociales y laborales, en la tercera edad, la jubilación y otros factores que implican la pérdida de roles, limitan por su parte las oportunidades de interacción social y comúnmente propician condiciones de aislamiento, soledad, carencia de propósitos, aburrimiento y sentimientos de inutilidad. Estas circunstancias inducen a desórdenes depresivos en los ancianos (Lechter, R. 1984), con la consiguiente sensación de vacío y desapego por la vida.

No obstante las frecuentes diferencias entre cómo espera la muerte el anciano y el significado de la perspectiva de la muerte cercana para el adulto, en ocasiones tendemos a proyectar<sup>3</sup> en el anciano nuestros sentimientos de ansiedad, temor y rechazo ante la muerte y esperamos que

---

<sup>3</sup> Proyección: En el sentido psicoanalítico es un mecanismo de defensa “que consiste en atribuir a otro (persona o situación), características, pensamientos, sentimientos, deseos que la persona no reconoce en sí misma, ya que por su cualidad o intensidad le son displacenteros”. (Ospina, V. A. M. Glosario, en Furman, E. 1989).

él viva su muerte como algo trágico antinatural y desestabilizador, lo cual sucede en algunos casos, pero afortunadamente, no siempre.

## **El señor A. y su enfermedad terminal**

El Sr. A., había nacido en una familia numerosa, de escasos recursos económicos. La valoración que el medio familiar le daba al estudio, asociada a las capacidades de esta persona y a su tenacidad, le permitieron iniciar muy joven la carrera musical en el país y concluirla en el extranjero, inducido claramente por el ambiente musical creado por su ancestro cercano. Se destacó profesionalmente a través de una variada producción no sólo en los géneros popular y folclórico sino especialmente a nivel de música sinfónica. Fue cofundador y dirigió importantes instituciones musicales en las que además ejerció la docencia. También actuó como columnista en crítica musical periodística, en relación con eventos regionales. A. fue un hombre especialmente optimista, positivo, enérgico, exigente; no aceptaba la mediocridad, característica que le causó dificultades en su medio profesional. Tenía un acentuado sentido de la responsabilidad y gran sentido del humor hasta el punto de poder reírse incluso de sus propios problemas. Por su nivel de actividad, su estado de ánimo predominante y su figura física, proyectaba la imagen de un adulto mayor y no la de un anciano mayor de 80 años, como lo era.

El Sr. A. murió a los 81 años, rodeado de su familia. Durante sus tres últimos meses de vida se le había recrudecido una enfermedad que estaba latente desde hacía 26 años, cuando lo tuvo al borde de la muerte. En esa época la enfermedad había sido controlada hasta el estado asintomático, de tal forma que él y su familia creían que había sido superada completamente.

## El duelo anticipatorio. Variables determinantes

El duelo anticipatorio es “un fenómeno multidimensional que abarca diferentes procesos: interactuar, afrontar, planear, elaborar el duelo y organizarse psicosocialmente, acciones que se estimulan y se dan a raíz de tomar consciencia de la pérdida inminente (muerte) de un ser querido y del reconocimiento de otras pérdidas en el pasado, el presente y el futuro. Este proceso se observa a través de dos perspectivas distintas: la del paciente y la de la familia; en tres dimensiones temporales (pasado, presente y futuro) y con tres clases de variables determinantes: fisiológicas, psicológicas y sociales”. (Bejarano, P. F. y de Jaramillo, I. 1992)

Factores relativos a la identidad del enfermo terminal, su personalidad, la forma de muerte, las características preexistentes de las relaciones familiares, los recursos económicos y otros recursos externos, son considerados en tanatología, variables determinantes del duelo anticipatorio de la familia al conocer el diagnóstico de enfermedad irreversible de un ser querido (Worden, W. 1984).

Estas variables están estrechamente entrelazadas y hacen del impacto del duelo anticipatorio

de cada miembro de la familia, una experiencia individual única, aunque haya vivencias comunes al grupo familiar.

En este trabajo, se hará énfasis en el proceso de duelo anticipatorio en términos de la vivencia particular del señor A.

### 1. La identidad<sup>4</sup>

Factores relativos a la identidad del enfermo, su rol, las responsabilidades, las tareas y las funciones cumplidas o pendientes y la posibilidad de continuar sintiéndose útil, influyen en que el



<sup>4</sup> Destacamos en el concepto de identidad, al menos tres elementos básicos: *Unicidad* (particularidad), *Semejanza* y *Continuidad* (mismidad).

paciente terminal acepte o no, la inminencia de la muerte.

A su muerte el Sr. A. había logrado una serie de metas que generalmente se suelen fijar los seres humanos. Sus hijos eran adultos, habían completado su educación y eran económicamente independientes. En varias ocasiones le dijo a su esposa: “Yo ya me puedo morir... usted no tendrá problemas económicos. Mis hijos son profesionales... saben defenderse en la vida...”.

Su producción artística le había granjeado el respeto profesional en su país y en el exterior. Repetidas veces se hizo acreedor a condecoraciones y menciones de honor y figura como compositor en varios diccionarios de la música.

Además de las gratificaciones anotadas, el tipo de ocupación al que se había dedicado le permitió ser activo y productivo hasta sus últimos días, factor clave en la adecuada calidad de vida<sup>5</sup> de un enfermo terminal. Tres semanas antes de su muerte, recibió en la sala de su casa, vestido con traje

---

E. H. Erikson (1956) define la identidad como “un conjunto de elementos biológicos, psicológicos y sociales, que hacen al individuo un ser *único* dentro de una *especie*”(...) “La identidad implica *continuidad*, lo cual no excluye la posibilidad de cambio.”

En cuanto a su condición de ser *único*, el ser humano es irrepetible, diferente al otro; pero sólo es humano en la medida en que se relacione con los otros a quienes se va pareciendo, con lo cual se construye la dimensión de *semejanza*, fruto del proceso de socialización.

R. Laing (1961) clarifica en el concepto de identidad el elemento *continuidad*, cuando se refiere a la identidad como a “aquello por lo que *uno siente que es el mismo*, en este lugar y en este tiempo, tal como en aquel tiempo y en aquel lugar pasados o futuros.”

<sup>5</sup>La calidad de vida es la objetivación del bienestar físico, psicológico, social y ocupacional del individuo (Schipper et al, 1984; Schipper, 1990), una medida indirecta de la satisfacción que un individuo tiene de su propia vida y de la dignidad con que ha vivido; medida indirecta porque la satisfacción de la vida comprende muchos elementos difícilmente mensurables u objetivables para terceros, pero no por ello menos útil (Villamizar, E., en Bejarano, P. y Jaramillo, de, I. 1992).

de calle, a unos familiares quienes iban afligidos a verle, mientras hacía los arreglos musicales para un himno de una empresa de la región. Lo acompañaba un pianista y muy complacido con la oportuna visita, enseñó rápido el himno a sus familiares, para que le sirvieran de coro y poder grabar inmediatamente la nueva versión. Así continuó trabajando algunos días más, al ritmo que se lo permitía la enfermedad.

## 2. La personalidad<sup>6</sup>

Aspectos referentes a la personalidad del paciente terminal como las defensas emocionales que lo han caracterizado para manejar las pérdidas y afrontar situaciones de crisis, la posibilidad de expresión y legitimación de sentimientos, la proporción entre gratificaciones y frustraciones en la vida, determinan en gran parte cómo se afronta la muerte.

Una de las características más notorias del Sr. A., fue su capacidad para extraer de lo trivial y lo importante, lo mejor de la vida y disfrutarla. Gozaba intensamente con los reconocimientos profesionales que le hacían; hasta el día de su

---

La calidad de vida evaluada a través de los indicadores de calidad de vida, genera el parámetro índice de calidad de vida (ICV), concepto divulgado por las naciones unidas (Dulcey, E. 1982).

En referencia al paciente terminal, son indicadores de calidad de vida “el estado de desempeño ocupacional (a nivel vocacional y de las actividades básicas cotidianas), el estado psicológico (grado de ansiedad, depresión y temores que perturban al paciente), el estado de interacción social (capacidad de establecer, desarrollar y mantener relaciones personales tendientes a satisfacer la necesidad de socialización del ser humano) y el estado de su ser físico (grado de bienestar físico alcanzado por el individuo y que se altera a causa del dolor y otros síntomas físicos)” (Villamizar, E., en Bejarano, P. y Jaramillo, de, I. 1992).

<sup>6</sup>Personalidad: “Es la organización integrada y dinámica de las cualidades físicas, mentales, morales y sociales del individuo como se manifiesta a los otros en la interacción social cotidiana” (Drever, J. 1952).

muerte estuvo pendiente de una condecoración que ese día le confería una institución de la región. Es claro que esta expectativa fue una meta que le animó sus últimos días. Al sentir que no la lograría, pocas horas antes de su muerte le solicitó a su esposa asistir al acto en su nombre. Así se hizo, horas más tarde después de su entierro, en medio de un concierto en el que entre otras, fueron interpretadas algunas de sus obras.

Para hacer frente a la adversidad también tenía el Sr. A. recursos internos. En una ocasión cuando narraba cómo le habían robado el carro, el sentimiento predominante en el relato era la serenidad y el contento porque no le habían causado daño en su integridad personal. La racionalización<sup>7</sup> era un mecanismo psíquico utilizado con mucha frecuencia por el Sr. A.

Hasta dos días antes de su muerte pedía pasar al teléfono cuando llamaban a preguntar por él y se acicalaba para recibir las visitas; éstas se convertían en tertulias en las que narraba anécdotas de su infancia y juventud, lo cual no había sido su costumbre. Este comportamiento sí es frecuente en los enfermos terminales, como necesidad de recordar, lo cual es parte de la evaluación franca o velada, que muchos hacen de su vida. Los visitantes del señor A., generalmente llegaban tristes y salían reconfortados al vivenciar la actitud del paciente hacia su muerte.

Aunque se adivinaba que por momentos hacía negación de la proximidad de su muerte, hacía sin embargo alusiones directas que mostraban su consciencia de la inminencia. “Sé que ya viene la pelona por mí”. Estas expresiones surgían en el contexto de la conversación, sin alegría ni tristeza notorias, con serenidad, lo que ofrece indicios relativamente claros de su aceptación

<sup>7</sup> Racionalización: En términos psicoanalíticos, “por medio de la racionalización la persona da explicaciones aparentemente lógicas, morales, aceptables en general, a pensamientos, sentimientos, deseos o acciones, con lo cual encubre los verdaderos motivos inconsciente de los mismos” (Ospina, V. A. M. Glosario, en Furman, E. 1989).

de la muerte, fase final a la que llegan muchas veces los enfermos terminales.<sup>8</sup>

Estas positivas condiciones emocionales del Sr. A., imprimían sello a su personalidad y marcaban su interacción social; quienes le rodeaban admiraban constantemente su optimismo. Este lo llevó, además con mucho éxito, a luchar contra difíciles enfermedades que sufrió siendo mayor de 50 años, entre ellas la mencionada anteriormente y dos cirugías de la columna vertebral.

El sentido del humor fue el otro recurso emocional del Sr. A. hasta en sus días finales. Siete días antes de su muerte cuando uno de sus visitantes se despidió de él con el popular decir: “Pórtate mal para que la pases bien”, le contestó: “Ay mijo, pero como... ya será con algunas de las once mil vírgenes...”

<sup>8</sup> Elizabeth Kubler Ross, Pionera mundial en tanatología, después de entrevistar a muchos pacientes terminales, planteó que la mayoría al conocer su diagnóstico pasa por ciertas fases en un duelo anticipatorio: “primera fase: **negación y aislamiento**: “No, yo no: no puede ser verdad.” Esta negación inicial era común en los pacientes a los que se les revelaba al principio su enfermedad y en aquellos a los que no se les decía explícitamente y llegaban a esa conclusión por sí mismos, un poco más tarde.

(...) Segunda fase: **ira**: cuando no se puede seguir sosteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Lógicamente surge la siguiente pregunta: ¿por qué yo?

(...) Tercera fase: **pacto**: es un intento de suspender los hechos; incluye un “premio a la buena conducta”, además fija un plazo de “vencimiento” impuesto por uno mismo (...) y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento.

(...) Cuarta fase: **depresión**: la cual es de dos tipos: depresión reactiva, por múltiples pérdidas que ha ido implicando la enfermedad y depresión anticipatoria o (...) dolor preparatorio por el que ha de pasar el paciente desahuciado para disponerse a salir de este mundo. (...) son de naturaleza diferente e implican por tanto, distinto manejo por parte de los profesionales.

### 3. La forma de muerte<sup>9</sup>

La muerte natural puede implicar una enfermedad corta o una de mayor duración, la cual, si bien permite una cierta preparación, puede sin embargo llegar a constituirse en un proceso agotador, no sólo para el paciente sino también para la familia. Como se mencionó anteriormente, el Sr. A. murió después de tres meses de haberse recrudecido una enfermedad latente que parecía curada totalmente.

Con respecto al desarrollo de la enfermedad en este paciente, es interesante ubicarlo en dos aspectos importantes: cómo se informó el diagnóstico y segundo, las características de la fase terminal.

---

(...) Quinta fase: **aceptación:** (...) Si un paciente ha tenido bastante tiempo (esto es, no una muerte repentina e inesperada) y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegará a una fase en la que su “destino” no le deprimirá ni enojará. Habrá podido expresar sus sentimientos anteriores, su envidia a los que gozan de buena salud, su ira a los que no tienen que enfrentarse con su fin tan pronto. Habrá llorado la pérdida inminente de tantas personas y de tantos lugares importantes para él y contemplará su próximo fin con relativa tranquilidad. Estará cansado y, en la mayoría de los casos, bastante débil. Además, sentirá la necesidad de dormir o dormir a menudo y en breves intervalos, lo cual es diferente a la necesidad de dormir en épocas de depresión. Esto no es un sueño evasivo o un período de descanso para aliviar el dolor, las molestias o la desazón. Es una necesidad cada vez mayor de aumentar las horas de sueño, muy similar a la del niño recién nacido pero a la inversa. No es “abandono” resignado o desesperanzado, una sensación de que “para qué sirve” o de “ya no puedo seguir luchando”, aunque también oímos afirmaciones como éstas (indican el principio del fin de la lucha, pero no son síntomas de aceptación).

No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Está casi desprovista de sentimientos. Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha terminada, y llegara el momento del “descanso” final antes del largo viaje” (Kübler-Ross, E. 1975).

La autora aclara que no todos los pacientes pasan por todas las fases, que no siempre son fases sucesivas y que el superarlas no significa pasar de una a otra totalmente,

### El diagnóstico

No todas las personas de edad avanzada abocadas a la muerte natural llegan a padecer una enfermedad que los lleve a fase terminal; por lo tanto no hay motivo para comunicarles un diagnóstico que propicie un duelo anticipatorio, sino que mueren por involución,<sup>10</sup> lo que implica que las barreras entre la vida normal del anciano y la época terminal son difusas; no es claro cuándo entra en fase terminal.

En el caso del Sr. A., sí se explicitó el diagnóstico a raíz de la pérdida de apetito, con la consiguiente baja de peso y de energías. Después de los respectivos exámenes clínicos el señor A. indagó al gerontólogo sobre la enfermedad. Se le informó que “era incurable y que en consecuencia no había tratamiento, sino un régimen

---

sino estar en la siguiente prioritariamente, aunque pudiendo conservar en alguna medida (transitoria o duradera) elementos de fases anteriores o de las siguientes.

<sup>9</sup> Hay cuatro tipos generales de muerte: **La muerte natural, la accidental, el suicidio y el homicidio.** El tipo de muerte implica tensiones especiales tanto para quien muere como para la familia.

La **muerte accidental** puede evitar sufrimiento emocional y físico para el paciente, pero no le permite prepararse arreglando lo pendiente ni despedirse de quienes ama, los cuales tampoco pueden hacer un duelo anticipatorio.

**El suicidio** es una muerte premeditada que proviene de condiciones de vida insoportables a nivel emocional, por lo cual implica mucho sufrimiento para quien se quita la vida y para los sobrevivientes en los cuales además generalmente se acrecienta la culpa.

**El homicidio** como la muerte accidental, generalmente puede o no liberar de sufrimiento físico y emocional a quien muere; de todas formas deja sumidos a los familiares no sólo en el dolor, sino en la rabia, con sentimientos de impotencia e injusticia, agravados por el de impunidad, la mayoría de las veces en nuestro medio.

<sup>10</sup> Involución, es un proceso “morfológico y funcional que afecta la mayor parte de los órganos corporales e implica una disminución gradual de las actividades de los diversos sistemas y por consiguiente de la totalidad del organismo de los individuos” (Medellín G. y Muñoz T., en Medellín G y Tascón E.C, 1995).

alimenticio y cuidadoso que permitieran buena calidad de vida”.

La manera considerada, oportuna (cuando el enfermo lo desee y pueda afrontarlo) como se informa un diagnóstico, incide entre otros factores, en el impacto que éste tenga en el paciente. Propicia la aceptación de la enfermedad y la actitud cooperativa del enfermo en cuanto al tratamiento o cuidados. Por el contrario, cuando a la persona se le niega el diagnóstico al solicitarlo y debe deducirlo por sí misma (ve caras tristes, ojos llorosos, evasivas a sus preguntas, etc.), se llena de desconfianza hacia quienes le rodean y generalmente no coopera con los tratamientos porque no entiende en qué medida pueden ser útiles.

La actitud de no cooperación también es común cuando al enfermo se le dice inoportunamente el diagnóstico, sin que esté preparado para recibirlo, lo cual hace que vuelque la agresividad que pueda producirle el sentirse enfermo, en quien dio la información y con frecuencia en los más allegados y el equipo médico.

El paciente cuando lo solicitó, conoció el diagnóstico en forma veraz y cauta, por parte del médico tratante. A raíz de ello no mostró negación de su enfermedad, ni posteriormente en el desarrollo de la fase terminal. Reaccionó racionalizando la situación (como era frecuente), con una exclamación que denotaba sorpresa y casi contento: “Qué tan de buenas yo, haber tenido oculta esta enfermedad por veintiséis años sin que me molestara...!”.

## **Evolución de la fase terminal**

El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la muerte permitió un movimiento familiar y de amistad en torno al paciente para rodearlo con consideraciones y expresiones de afecto, situación que desde sus positivas características de personalidad, A. pudo valorar, al tiempo que se iba desapegando de la vida movido por el cansan-

cio físico y el agotamiento, síntoma permanente durante su enfermedad. Esta situación se agudizaba cuando bajaba excesivamente su presión arterial (que a veces llegaba a 40-25 ml. Hg.), por lo cual sudaba copiosamente y sentía que la vida se le escapaba. Comentaba estoicamente sin enojo estos episodios. Estas bajas de presión inicialmente se presentaban más o menos cada dos días y luego dos o tres veces diarias. De esta situación se recuperó muchas veces, para recobrar las fuerzas y continuar en el proceso que se ha descrito, hasta su último día. El paciente fue perdiendo progresivamente el apetito y sentía su vientre distendido, pero no sufrió dolores, situación que suele aquejar a muchos enfermos terminales. Tampoco manifestó sentimientos propios de la fase de ira, pero sí vivió estados de depresión reactiva por la pérdida de sus fuerzas y por la ausencia de su hija residente en el exterior.

La depresión preparatoria se hizo visible sólo una vez, tres días antes de morir, cuando almorzaba con su familia; en un momento dado paseó lentamente la mirada por cada uno de los presentes (parecía movido por el deseo de grabar para siempre esos rostros tan amados) y al terminar la ronda, se cogió la cabeza con las manos y se puso a llorar unos minutos que para todos fueron siglos, hasta que una de sus hijas lo abrazó en silencio...

“Esto está muy largo... Yo no sabía que era tan difícil morir...” era la única protesta que a veces se le escuchaba. Esto sugiere que el Sr. A. había ingresado a la fase de aceptación de su muerte al sentirse muy cansado antes de que el gerontólogo le diera el diagnóstico. Ya para el momento de esta queja, el estar en fase de aceptación implicaba ver la muerte como un alivio. Preguntarle qué era lo más difícil del morir, para él, probablemente le hubiera ayudado a expresar temores o sentimientos, oportunamente.

Durante todo el proceso, el Sr. A. recibía respuestas claras y veraces por parte de sus familiares ante sus preguntas relativas a la evolución de la enfermedad.

En su última semana el Sr. A. no quiso volver a escuchar música. El cortar ese vínculo que lo había nutrido toda su vida, fue otra señal de aceptación de la muerte.

Con frecuencia los pacientes terminales tienen alucinaciones o delirios inducidos por el tipo de enfermedad y a veces por los medicamentos. El contenido de esos procesos psíquicos depende, sin embargo, de la historia y personalidad de cada paciente. (Freud, S. 1906) Por ejemplo, enfermos muy llenos de culpa pueden alucinar con el diablo. Estar en una fiesta familiar en la que se celebraba su cumpleaños, fue uno de los episodios delirantes de este paciente.

Ya en levantadora, pero aún en la sala de su casa, el paciente recibió hasta la 6:30 del domingo anterior a su muerte las visitas de sus familiares. Por ratos se involucraba en la conversación y por momentos se le veía ausente a lo cual, contribuían además de su estado, algunas dificultades auditivas.

A las 6:30 de la tarde de ese día, hubo de ser internado en la clínica para facilitar el manejo de los síntomas finales. Las visitas se restringieron a sus más íntimos allegados. Estuvo lúcido el lunes y por ratos el martes, añorando la presencia de su hija ausente y rememorando con explicaciones, las transcripciones que había hecho de algunas composiciones de J. S. Bach. Desde las primeras horas de la noche durmió profundamente hasta la madrugada, para ya no despertar.

Se le respetó claramente su proceso de morir; no se le aceleró la muerte pero tampoco se le aplicó suero u otras medidas heroicas<sup>11</sup> que retar-

<sup>11</sup> En tanatología se llaman medidas heroicas a aquellos procedimientos extremos que se aplican, por deseo de prolongar la vida, para sostener las funciones vitales (cirugías, sondas nasogástricas, sueros, transfusiones, entre otras), cuando ya no es posible curar ni tener una adecuada

calidad de vida. Como resultado, se prolonga el sufrimiento y la agonía del paciente y se le atropella en su derecho a morir dignamente.

#### **4. Relaciones familiares preexistentes**

Las características preexistentes y predominantes de las relaciones familiares tales como el amor o la hostilidad, la dependencia o la autonomía dentro de la sensibilidad y el compromiso de ayuda mutua, las posibilidades de comunicación entre los miembros y la comprensión y tolerancia por los sentimientos, actitudes y comportamientos de los otros, son unas variables que determina la intensidad y complejidad de la crisis que sobreviene en una familia cuando hay un enfermo terminal, cómo maneja ella tal crisis y cómo le ayuda al enfermo a vivir su proceso hacia la muerte.

Hace más de veinte años que los hijos del Sr. A. viven independientes con sus familias de procreación, pero el vínculo con su familia de origen sigue siendo fuerte y cálido y ésta continúa siendo una familia estable emocionalmente e integrada, que vivió el dolor psíquico producido por el deterioro de la salud del padre, sin sumirse en la amargura ni la desesperación. Por lo contrario, cada cual encontró su sitio respecto a la distribución de tareas para aportar con sus fortalezas sin desconocer sus limitaciones.

La hija del señor A. que vive en el exterior pudo también acompañarlo por una semana en su

---

calidad de vida. Como resultado, se prolonga el sufrimiento y la agonía del paciente y se le atropella en su derecho a morir dignamente.

Uno de los derechos del paciente terminal (que no difieren tanto de los del enfermo general), plantea que “el enfermo terminal tiene derecho a que no se le prolongue el sufrimiento indefinidamente, ni se apliquen medidas extremas y heroicas para sostener sus funciones vitales.” (Villamizar, E., en Bejarano, P. y Jaramillo, I. 1992).



último mes de vida y saludarlo a diario telefónicamente. Esto aminoraba un poco la intensa necesidad emocional que tenía el señor A., como casi todos los seres humanos, de ser mimado y morir rodeado de sus seres más queridos.

La modalidad preexistente de las relaciones familiares permitió que esta familia supiera y pudiera apoyar al padre en la satisfacción de sus diferentes necesidades físicas y emocionales en forma tal que propició una buena calidad de vida.

## **5. Recursos económicos, red social de apoyo<sup>12</sup> y otros recursos externos**

Los recursos económicos de que disponga un paciente y su familia determinan en gran parte la posibilidad de un tratamiento adecuado y los cuidados de que se rodee al paciente.

---

<sup>12</sup> Red social de apoyo: “Puede ser entendida como aquel tejido de relaciones que construye el individuo a lo largo de toda su vida, en la medida de su interacción con quienes le rodean; tiene efecto de apoyo social sobre el individuo” (Speack, R. y Atteneave, C. 1973).

El Sr. A. había trabajado con ahínco y manejado muy bien sus ingresos; disfrutaba de comodidades; no era despilfarrador, pero tampoco un ahorrador compulsivo. Había logrado una situación económica estable que le permitió un adecuado nivel de satisfacción de necesidades y morir libre de preocupaciones económicas.

La familia que tiene una buena red social de apoyo alcanza mayor estabilidad emocional que una familia aislada. En el mismo sentido, el paciente que percibe solidez emocional en su familia y buen anclaje de ésta respecto de su grupo social, muere con menos aprensiones sobre el futuro de su familia, y por tanto, más apaciblemente.

Este paciente provenía de una familia extensa muy unida y solidaria en la que él era un miembro muy importante. La familia extensa compartió el dolor por su enfermedad, rodeándolo a él y a sus más allegados en la medida de lo necesario, hasta sus últimos días.

El reconocimiento profesional de que gozaba el Sr. A. fue otra fuente de apoyo para éste en su acercamiento hacia la muerte y más aún para su familia en el duelo posterior. La concurrencia y solemnidad de su entierro, los discursos y conciertos en su honor y las diversas publicaciones sobre el Sr. A., se constituyeron en gratificante reconocimiento para sus familiares, por parte del Gobierno y de la ciudadanía.

## Algunas reflexiones

El presente caso ofrece a nuestro juicio las siguientes reflexiones:

- Como plantea Kübler Ross, no todos los enfermos terminales pasan por todas las fases esbozadas por ella en sus observaciones a personas desahuciadas. En el caso del Sr. A. no se apreciaron elementos de la fase de negación; tampoco de la de ira. Podría interpretarse que trató de aplazar su muerte hasta después de la última condecoración (lo cual casi logra) y esto seguramente como una expresión de la fase de pacto. Vivía por momentos estados de depresión reactiva y en una oportunidad se le notó abatido en clara manifestación de depresión preparatoria. La fase de aceptación de la muerte, en cambio fue muy visible. Su edad y el haber logrado gran parte de sus metas, fueron sin duda, factores importantes en esta forma de acercamiento a la muerte.

- Informarle el diagnóstico, explicarle la evolución de la enfermedad de manera oportuna y considerada, permitieron al Sr. A. continuar confiando en sus allegados, soslayar la incertidumbre respecto de la enfermedad y visualizar la muerte como un alivio.

- La enfermedad que aquejó a este paciente dio tiempo suficiente para que tanto él como su familia hicieran un duelo anticipatorio que les

permitió despedirse; parte de este proceso para la familia, fue también el prefigurar la vida sin el Sr. A. lo cual la ayudó a prepararse para el duelo posterior. Al mismo tiempo, el duelo anticipatorio, aunque difícil y doloroso, no fue tan largo para agotar a la célula familiar.

- La calidad de las relaciones familiares, el contar con adecuada red de apoyo social y otros recursos, permitieron que este duelo anticipatorio fuera muy positivo para la familia y que hasta sus últimos días y dentro de las limitaciones de las circunstancias, el Sr. A. tuviera una buena calidad de vida como enfermo terminal, hasta llegar a una **muerte sana**, oportuna, sin que se prolongara el sufrimiento.

- Encontrarse al final de su ciclo vital, la forma de muerte, la calidad de las relaciones familiares y los otros recursos con que contó el Sr. A. contribuyeron muy positivamente a que se acercara como se ha observado a la muerte. Su personalidad con sus positivas defensas fue un factor determinante. Su actitud positiva ante la muerte no fue otra cosa que la proyección de su actitud ante la vida. Así, el Sr. A. mostró magistralmente a sus allegados que la muerte no siempre es una enemiga.

- El texto proporciona elementos sobre la diferencia que de hecho existe entre el duelo anticipatorio del adulto y el del anciano y alerta sobre los prejuicios proyectivos del adulto, que se fundamentan en la dificultad que él tiene para diferenciarse del anciano en relación con la muerte y que lo llevan a atribuirle a éste sus propios temores, expectativas y rechazo hacia ese evento. Esto por supuesto limita el apoyo que pueda el adulto brindarle en este proceso.

Con el caso del Sr. A. se ha tratado de ilustrar cómo pueden influir en el acercamiento de un anciano a la muerte, algunos factores relativos a la identidad (edad, rol en la familia, profesión,

ocupación), la personalidad, la forma de muerte, las relaciones familiares preexistentes, los recursos económicos y otros recursos, teniendo en cuenta el contexto histórico y socioeconómico en que vivió el Sr. A.

Dado que las variables mencionadas son categorías generales, se considera importante continuar el análisis de otros casos que permita profundizar sobre esta problemática (acercamiento del anciano terminal a la muerte y acercamiento del ser humano a la muerte), ya que en la realidad de cada persona como ser único, las categorías de análisis se concretan con múltiples especificidades que modifican los procesos.

## Bibliografía

- BEJARANO, Pedro F. y Jaramillo de, Isa. *Morir con Dignidad*. Fundación Omega. Bogotá. 1992.
- DREVER, James. (1952). *A Dictionary of Psychology*. Penguin Reference Books, Middlesex. 1973.
- DULCEY, Elisa. “La Gerontología. Un Análisis Psicológico y Social” en *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 14 N.º 3. 1982.
- ERIKSON, Erik. H. *The Problem of Ego Identity*. *J. Am. Psychoanal. Assn*, 1956.
- FREUD, Sigmund. El Delirio y los Sueños en la “Gradiva” de W. Jensen. 1906. En *Obras completas*. Tomo II. Biblioteca Nueva Madrid. Madrid, 1973.
- FURMAN, Erna. *Cuando Muere uno de los Padres del Niño*. (1974). Universidad del Valle. Cali, 1989.
- KÜBLER-Ross, Elizabeth. *Sobre la Muerte y los Moribundos*. (1969). Ediciones Grijalbo, Barcelona, 1975.
- LAING, Ronald. D. *El Yo y los Otros*. Fondo de Cultura Económica. Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis. México, 1961.
- LECHTER, Rubén. “Aspectos Psicológicos de la Persona de Edad Avanzada”. En *Cuadernos de Psicología*. Vol.6, Cali, 1984.
- MEDELLÍN, Gladys Y MUÑOZ, Teodora. “El Adulto Mayor”. En Medellín Gladys y Tascón, Ester Celia. *Atención Primaria en Salud. Crecimiento y Desarrollo del Ser Humano*. Tomo 5. *Edad Escolar a Adulto Mayor*. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Editorial Guadalupe. Bogotá 1995.
- OSPINA, V. Ana María. Glosario. En Furman, Erna. *Cuando Muere uno de los Padres del Niño*. Universidad del Valle. Cali. 1989.
- SCHIPPER, H., CLINCHJ., McMURRAY, A., LEVITT, M., (1984). *Measuring the Quality of Life of Cancer Patient: The Functional Living Index*. *Cancer Development and Validation*. Journal of Clinical Oncology. Vol. 2.
- SCHIPPER, H. (1990). “Quality of Life: Meaning and Measurement”. En *Advances in Pain Research and Therapy*. Vol. 16. New York, Raven Press.
- SPECK, R y ATTENEAVE, C. *Barriers to Regimen Adherence Among Persons with Insulin Dependent Diabetes*. Journal of Behavioral Medicine, USA. Vol. 9, N.º 1. 1973.
- VILLAMIZAR, Enrique. “Sufrimiento o Calidad de Vida: Los Derechos del Enfermo terminal”. En Bejarano, Pedro F. y Jaramillo de, Isa. *Morir con Dignidad*. Omega. Bogotá 1992.
- WORDEN, William. *Grief Counseling and Grief Therapy*. Tavistok Publication Ltd, 1984.