



**LA INTERVENCIÓN CLÍNICA TANATOLOGÍA:
Enfoque Ético y Psicodinámico**

Por: Ana Gladys Vargas Espínola

Asociación Tech Palewi

LA INTERVENCIÓN CLÍNICA TANATOLOGÍCA: Enfoque Ético y Psicodinámico

Dra. Ana Gladys Vargas Espínola*
Maestra en Psicoterapia

Psicoanalítica

Yo Netzahualcóyotl pregunto:

*¿Acaso de veras se vive con raíz en la tierra?
No para siempre en la tierra: solo un poco aquí.
Aunque sea de Jade se Quiebra,
Aunque sea de Oro se Rompe,
Aunque sea Plumaje de Quetzal se Desgarra.
No para siempre en la tierra: solo un poco aquí.*

Netzahualcóyotl (1402-1472)
Poeta Náhuatl

Consideraciones Generales

La Tanatología es una disciplina que estudia la muerte y al que la está viviendo (persona por morir), pero también al que Vive, y como parte de su condición de vida, enfrenta una serie de pérdidas cotidianas, que en mayor o menor medida trastocan su esencia, su estructura interna, su yo; debilitándolo, vulnerándolo y colocándolo en una profunda condición de indefensión ante el mundo.

El envejecimiento, las renunciadas cotidianas, los cambios (por migración, laborales, económicos, sociopolíticos, familiares, etc.), la violencia social y las guerras, el despojo (por asalto), secuestros; los vínculos y los desvínculos, la enfermedad (propia o de una persona significativa) y la muerte de un otro, que no soy yo, pero que con su partida se lleva (con él) una parte de mí, dejándome así con el dolor de no tenerlo y con una angustiante sensación de vacío (vacío sélfico a decir de Kohut) y de desamparo. Éstas son algunas de las pérdidas que enfrenta un ser humano a lo largo de su existencia y que lo hacen sujeto de apoyo clínico de tipo tanatológico.

* Psicoterapeuta, Especialista en Tanatología e Intervención en Crisis, es Diplomada en Educación Sexual y en Orientación Sexual y VIH-SIDA; así como en Procuración de Fondos. Es Co-Fundadora y Directora de Vinculación y Desarrollo de la Asociación Tech Palewi.

Apoyo que puede resultar, en diferentes vertientes: un recurso fortalecedor para ese individuo, un recurso estéril, es decir, que no impacte en el individuo en cuestión de forma significativa (no deja huella, no logra su labor curativa -robustecedora del yo-) o tener como resultado un franco daño. Reflexiones que inspiran el presente capítulo ya que lo que garantiza ese **“no daño de un otro en condición de vulnerabilidad por la pérdida”**, no sólo es la técnica, no importando el marco teórico de referencia, sino la profunda comprensión del otro y de uno ante el dolor del otro, y la sólida convicción ética de llevar a cabo una labor terapéutica plenamente respetuosa y consciente de la dignidad del ser humano y de su carácter de inviolabilidad.

A pesar de haber trabajado desde hace más de 12 años con personas que enfrentan devastadores dolores -dolores psíquicos, dolores del alma- en relación a la muerte (propia o de un ser muy amado), para poder escribir este trabajo he tenido que vencer constantemente mis propias resistencias. Me resulta imposible escribir sobre el perder y más aún sobre el morir sin exponerme a vivir el dolor por la renuncia a aquello que tanto se ha amado y por ende, mucho se ha deseado.

Este capítulo lo dedico a mis compañeros(as) de la Asociación Tech Palewi A.C. (México), cómplices en la inagotable labor de fortalecer a personas cuya situación (el enfrentamiento con la enfermedad y muerte) las coloca en condición de vulnerabilidad.

El Dolor, las Pérdidas, la Muerte y la Íntima Relación Paciente-Terapeuta.

Nadie desea hablar de las pérdidas, sin embargo no podemos escapar a ellas. A donde quiera que miremos a nuestro alrededor y en cualquier momento de la vida que lo hagamos, vemos a seres humanos enfrentando pérdidas. Y la palabra pérdida no se refiere exclusivamente a la muerte, sino también a la sensación dolorosa que conlleva el dejar, ser dejados, separarnos, cambiar, renunciar. Y las pérdidas no sólo incluyen a aquellos seres queridos u objetos materiales psíquicamente significativos, sino también etapas de vida, expectativas, ilusiones, salud, fuerza, etc.

Se suele pensar que las pérdidas únicamente ocurren en las personas destinadas a perder, pero ¿quién puede permanecer al margen de las pérdidas?

Perder es una parte ineludible del estar vivo. Puede no ser justo, pero es real, y el enfrentarlo es necesario. En cada pérdida se experimenta dolor, angustia, enojo, tristeza, impotencia, indefensión, vacío, desamparo, etc., y tanto el grado de dolor como la dificultad para superarlo dependerá de la intensidad de la pérdida y las herramientas y capacidades de enfrentamiento que hayamos construido hasta ese momento.

En este sentido, la pérdida más profunda, dolorosa y difícil de superar es la muerte.

La muerte es dolorosa, a menos para la mayoría de nosotros y probablemente, siempre lo será. Consciente o inconscientemente rechazamos los pensamientos sobre muerte, preferimos negarla para no enfrentar la angustia que genera la visión de esa separación postrera.

Es difícil aceptar la finitud y limitada existencia humana. La idea de dejar de existir es temida, evitada, rechazada, negada.

Nuestros pensamientos automáticos sobre esto plantean que el morir es una realidad que está reservada para otro, que nunca es uno mismo o en el mejor de los casos, es uno mismo diferido inmensamente en el tiempo (Alizade, 1996).

La cercanía de la muerte es no sólo el anuncio de la pérdida del mundo externo como objeto, sino una amenaza fundamentalmente referida al narcisismo, en especial cuando el anuncio se percibe a través de la enfermedad, la incapacidad corporal y el dolor (Dupont, 1976).

Cuando su representación emerge, alertamos nuestros fusiles (mecanismos de defensa) frente a todas las ansiedades que surgen y se movilizan ante la amenaza de desintegración del yo.

Sigmund Freud (1917) afirmó que ante situaciones de máximo sufrimiento, inevitablemente se ponen en función determinados mecanismos protectores y, ¿qué situación hay de mayor sufrimiento que la espera de la propia muerte?

Cuando el cuerpo no nos permite engañarnos, cuando la muerte se aproxima los afectos se trastocan, la angustia se transforma en agresión, la indefensión en sentimientos paranoides, los afectos intolerables se suprimen o se alteran ante los pobres recursos internos y ante la ya mermada energía psíquica.

Es en este momento cuando el miedo ante el gran objeto fobogénico se hace presente, la castración del yo y del cuerpo en su totalidad es inevitable (Alizade, 1996). Y ante la pérdida del yo, todo muere con él, el ser y la angustia coexisten, todo en el cuerpo paulatinamente muere, hasta él.

Y en este sentido, se puede arribar a la muerte aceptando la realidad en un acto de madurez y de última integridad, bajo el efecto de algún eficaz mecanismo defensivo capaz de neutralizar la ansiedad, o tras una dolorosa e ineficaz lucha contra agudas ansiedades persecutorias (Dupont, 1976).

Pero mientras ese momento llega, gastamos gran parte de nuestra energía psíquica en evitar pensamientos de muerte; a pesar de que la vida nos ofrece gran cantidad de alternativas para elaborar la inevitable realidad, y por ende, fortalecer nuestro yo para enfrentar su llegada.

El envejecimiento, la pérdida de condiciones, circunstancias, vínculos, personas, etc., la enfermedad propia o de un ser querido y la muerte de seres cercanos o de personas muy significativas cuya presencia resulta esencial para el mantenimiento de nuestro equilibrio psíquico; representan oportunidades, para pasar de un saber superficial sobre la muerte a un saber más profundo y vivencial, mismo que pondrá a prueba nuestros recursos yoicos.

Ante la presencia de una pérdida significativa, se desencadena de forma inevitable (e impensable), lo que se denomina “Duelo”: proceso de adaptación psíquica y psicológica ante las pérdidas; cuya resolución no significa desprenderse del objeto perdido, ni siquiera olvidarlo, significa ir instalándolo intrapsíquicamente en un lugar inolvidable (Alizade, 1996).

Dicho Proceso de Duelo resulta una experiencia global que afecta al ser humano en todas sus esferas (Física, Psíquica, Psicosocial y Espiritual).

Particularmente en la esfera psíquica, elemento central del presente capítulo, en el sujeto en duelo se observan reacciones tales como: culpa, miedo, cansancio y alivio, incapacidad para conectarse con la vida y generar alternativas vitales (ante el colapso del yo y la avasalladora presencia de la pulsión de muerte), pobre concentración y atención, confusión, labilidad emocional, falta de sentido de pertenencia, sensación de vacío, sentimiento de incompreensión y aislamiento, así como una búsqueda de la persona amada, entre otras.

En este sentido, es fundamental mencionar que dichas reacciones varían de intensidad de acuerdo a una serie de condiciones que a continuación mencionaremos (citadas por autores tales como Pangrazzi (1993), Fonegra (1999), Alizade (1996), Abengonzar (1994), entre otros): el tipo y calidad del vínculo, la causa de la pérdida o de la muerte, las circunstancias asociadas a la pérdida, las experiencias de pérdidas previas y el manejo de éstas, las redes de apoyo con las que cuenta el sujeto y su etapa dentro del ciclo vital, los recursos yóicos en el momento de la pérdida, etc.

El Duelo pone a prueba la capacidad de resolver las ansiedades persecutorias que se movilizan ante la inmediatez de pérdidas narcisistas actuales, las cuales desentierran las pérdidas no resueltas o elaboradas a lo largo de la vida, generando un tornado de sentimientos, emociones, recuerdos, fantasías, que arrasan al individuo llevándolo a vivir un quantum de dolor, muchas veces imposible psíquicamente de enfrentar, momento en el cual el duelo se retarda o se torna crónico y hasta patológico.

Un duelo patológico es un proceso tanto crónico y doloroso, como protector de la integridad yóica; de tal manera que al aparato psíquico le resulta más soportable el displacer de este proceso doloroso que la consciencia de aquello que lo genera.

Cuando el aparato psíquico no está preparado para enfrentar estos devastadores sentimientos, cuando el objeto perdido resulta indispensable para el mantenimiento del equilibrio psíquico del sujeto y su desaparición hace emerger angustias ante la incapacidad de completar el déficit por sí mismo; a dicho aparato psíquico le es preferible protegerse ¿durante cuánto tiempo?, a lo mejor durante toda la vida del sujeto o hasta que otra pérdida rompa con ese equilibrio (equilibrio patológico) y desborde en él una imperiosa necesidad de ayuda (Bleichmar, 1997).

La Incapacidad de completar el déficit lleva a la persona, compulsiva y desesperadamente, a buscar recuperar el objeto deseado y perdido con su consecuente fijación a éste, logrando así cumplir su deseo primitivo de fusión de las propiedades del objeto y las insuficiencias del sujeto [ambas reales o fantaseadas]. El objeto perdido en este sentido, representa para la persona el complemento indispensable de su psiquismo.

El sujeto, como respuesta a un mandato interno no puede dejar de pensar en el objeto o intenta reemplazarlo, está obligado a tenerle eterna fidelidad al ser que falleció, a no dejar de extrañarle, a penar por su ausencia (Bleichmar, 1997).

En estos momentos el objeto perdido y él son uno mismo, el sujeto siente una inevitable atracción por la muerte e identificación con el objeto en estado de muerte. Está atrapado en una dimensión siniestra, indefenso ante la pulsión de muerte que lo aproxima al reencuentro con el objeto perdido tan intensamente deseado.

Un duelo Patológico en este sentido, deviene de un tipo de pérdida que por sus características o por lo que desentierra del subsuelo psíquico, hace que emerja la pulsión de muerte, pero con gran intensidad. En este punto resulta importante comentar que todas las pérdidas significativas accionan, en mayor o menor medida, la pulsión de muerte; pero en el caso de las pérdidas que por su magnitud desencadenan un duelo patológico, la intensidad de la fuerza pulsional arrasa al individuo inevitablemente.

Este tipo de pérdidas que irrumpen en el terreno de lo siniestro (violentas, repentinas, asociadas a eventos inexplicables o a una historia de pérdidas traumáticas, simultáneas o sucesivas, cargadas de sentimientos de dependencia o ambivalencia hacia la persona fallecida o asociadas a actos u omisiones del sujeto (reales o fantaseados) que lo colocan ante sus propios ojos como responsable de la muerte del otro, como el propio homicida del ser amado), sitúan a la pulsión de vida y de muerte en una posición que parece irreconciliable, la pulsión de vida en ocasiones es casi imperceptible o aparece enmascarando a la pulsión de muerte en una suerte de complicidad o de sometimiento de la pulsión de vida sobre la de muerte.

La desmezcla o incipiente mezcla de pulsiones determina el actuar irracional del individuo, haciéndose presente la pulsión de vida en el mantenimiento de conductas saludables psíquicamente hablando o a lo mejor solo de sobrevivencia, tales como: continuar con su actividad laboral, comer, intentar dormir, socializar (aunque sea mínimamente), etc. Pero estas conductas son tan débiles y están tan expuestas a los designios de la pulsión de muerte que en cualquier momento pueden claudicar y con ello llevar al sujeto a la aniquilación de su ser y del dolor concomitante.

Tal es el caso de Beatriz y Ángel, pareja que pierde a su hijo de año y medio en un accidente automovilístico en donde Ángel iba al volante. Lo siniestro de este caso, del que más adelante hablaremos con detalle, no fue sólo el que el hijo muriera y los dos padres resultaran ilesos, sino la forma de su muerte (sale por la ventana del carro al desbarrancarse el automóvil y el vehículo le pasa por encima), y el hecho de que el accidente ocurriera de madrugada, en carretera y con poca visibilidad debido a la decisión del padre de salir a esa hora de viaje (según narra la pareja). Este puede ser un caso que por sus desgarradoras características podría fácilmente conducir a la instalación de un duelo patológico en ambos progenitores si no se les acompaña en el transitar de sus procesos psíquicos emergentes propios de la situación, más aquellos generados por su historia de vida.

En este sentido, la labor terapéutica del tanatólogo clínicamente formado, es promover el fortalecimiento del yo y por ende la estructura psíquica del sujeto en cuestión, con el fin de que pueda lograrse la aparentemente irreconciliable mezcla de pulsiones, situación que en muchos de los casos es alcanzable.

Es importante señalar que algunas pérdidas significativas (de cualquier orden), la enfermedad propia o de un ser amado y la muerte misma, sirven a las finalidades de la vida misma, ya que llevan a un proceso de regresión implícito que conduce a la progresión que afirma la vida. Las pérdidas, constituyen un episodio crítico de apariencia catastrófica pero con la inherente posibilidad de síntesis y progreso.

Acceder y dejarse arrastrar por la pulsión de muerte, sin resistirse al dolor por la pérdida, todo dentro de un ámbito de contención y con los recursos terapéuticos adecuados, le otorga al paciente la posibilidad de conocer sus más recónditos sentimientos, fantasías, necesidades, temores, etc., pero también sus más

escondidos recursos. Al respecto Alizade (1996) afirma “Si la persona se permite aprender de la experiencia, logrará un enriquecimiento fértil que colabora con el proceso de transformación de su narcisismo”.

El trabajo de elaboración de una pérdida, por mas dolorosa que sea, tendrá como primer objetivo el prevenir la muerte del otro, a corto o mediano plazo (provocada, por accidente o por enfermedad), producto de su gran vulnerabilidad y profunda indefensión ante la pulsión de muerte.

Finalizaré este apartado citando al Psicoanalista Marco A. Dupont (1976), quien afirma que: “Cada momento evolutivo del yo en el proceso del desarrollo significa un momento de amenaza de disociación, pero también la posibilidad de síntesis. Incluye asimismo la alternativa de regresión temporal o definitiva, y de progresión. En otras palabras: Cada momento evolutivo del yo es un momento esquizoparanóide que entraña en si la posibilidad progresiva en la depresión reparadora y creativa.”

El Carácter Ético de la Intervención Terapéutica ante un “Otro” en Condición de Vulnerabilidad.

La Bioética es un campo multidisciplinario con una historia de cuatro décadas y que aún se encuentra en proceso de construcción (Santoyo, 2006). Surge como consecuencia de la necesidad de dar respuesta a los abusos fomentados por la ciencia cuando ésta es secuestrada o tiene riesgo de serlo, por el poder político y profesional (Martínez, 2002).

La Bioética se ocupa de estudiar los grandes dilemas que enfrenta la vida en nuestro planeta (Santoyo, 2006), particularmente los que atañen a la vida humana; y en este sentido, deben ser un asunto de su especial interés y competencia los problemas que enfrentan las personas enfermas, los pacientes por morir (Alizade,1996) o en situación existencial límite (Santoyo, 2006), los que experimentan un profundo dolor o sufrimiento y los que por su condición de salud física o anímica los coloca en situación de vulnerabilidad.

Gracia (1989) afirma que la Bioética debe tener como norma suprema el binomio salud-bienestar y como principios normativos, los de buscar el bien del enfermo,

respetar sus derechos y también respetar los derechos de terceros; siendo importante puntualizar que, tanto el enfermo como dichos terceros -dígame familiares y profesionales de la salud a cargo (siempre y cuando se permitan reconocer el sufrimiento del paciente y comprometerse con él)-, se encuentran en una condición de gran vulnerabilidad que no se circunscribe únicamente a lo corporal (dolor físico, proceso de deterioro, incapacidad, enfermedad grave o terminal, etc.) y que tiene que ver con el dolor emocional (psíquico) es decir, con el dolor del alma; el cual generalmente se vive en silencio e irremediamente trastoca, quebranta y rompe con la homeostasis interna, necesaria para la sobrevivencia, colocando a dicho ser humano en una condición de fragilidad interna a veces extrema, que debiera obligar a la Bioética y a los Bioeticistas a poner su mirada en esta dimensión del dolor humano que no es posible de ser detectada mediante estudios de laboratorio, como tampoco a través del interrogatorio clínico, si el profesional de la salud no está sensibilizado ni preparado para escucharlo.

Para continuar con esta línea de reflexión, la Bioética, dentro del campo de la Tanatología, analiza el modo como los principios básicos (no maleficencia -es decir, no hacer daño a otro-, beneficencia -procurar el bien de otros-, autonomía y justicia) y los principios complementarios (los cuales han ido incrementándose y enriqueciendo el análisis ético con el paso de los años), pueden aplicarse en dicho ámbito profesional. Ambos tipos de principios, a decir de Santoyo (2005), son válidos pero insuficientes, además de que tienen el inconveniente de que fueron planteados desde teorías anglosajonas (pragmatismo y utilitarismo), por lo que no necesariamente responden a las necesidades de los pueblos latinoamericanos, por lo menos no en su forma y sentido original.

Sin embargo, es una obligación profesional del Tanatólogo, estudiar cómo dichos principios de la Bioética se aplican de manera real a su ámbito profesional, situación que contribuirá a lograr una atención a la salud de calidad y un vínculo profesional de la salud-paciente humanizado.

Para realizar dicho análisis, propongo partir de los siguientes cuestionamientos:

Primero, **¿Qué significa Ser Persona?** El ser persona es el bien más estimable que posee el hombre y el que le confiere la máxima dignidad (Forment, 1990). Ser persona significa mucho más que ser individuo perteneciente al género humano. Al

respecto, Santoyo (2005) afirma que el ser persona le otorga al ser humano cualidades tales como: “irrepetibilidad, mismidad (sentido del yo), autodirección, intimidad, racionalidad, reflexión, relacionalidad; crecimiento, sentido y proyecto de vida; autoestima, creatividad, potencialidad (eticidad, acción y felicidad), integralidad, fueros y trascendencia. Los fueros incluyen derechos generales y particulares, destacándose entre ellos la libertad y la autonomía”.

No obstante, según el Personalismo Contemporáneo (Centeno-Cortez et al, 1992), lo que constituye formalmente a la persona es su libertad de elección; todos los seres humanos tenemos una idéntica y permanente dignidad que se deriva del hecho natural de que somos personas verdaderamente, podamos o no ejercer nuestra libertad de elección.

Segundo **¿Qué entendemos por Calidad de Vida?** Concepto muy personal y subjetivo que incluye una amalgama de funcionamientos satisfactorios (Fonnegra de Jaramillo, 1999).

Para Santoyo (2006) la calidad de vida está relacionada con la brecha existente entre su proyecto de vida y sus condiciones existenciales. Señala que en particular, un declive irremediable en los elementos esenciales del concepto de persona, un proyecto personal no realizable y un sufrimiento refractario, implican una mala calidad de vida.

Fonnegra de Jaramillo (1999) lista cuatro áreas en las cuales la calidad de vida de un enfermo (dígase paciente crónico, terminal o persona en situación de crisis por la ausencia del ser querido -duelo) se expresa y se puede alterar, por lo cual deben ser debidamente evaluadas y respetadas:

- Área Psicológica. Comprende el sufrimiento, angustia, culpa, impotencia, incertidumbre, sensación de indefensión, desamparo, abandono, despojo, etc., así como todos aquellos sentimientos y emociones que invaden al ser humano en una situación de pérdida.
- Área Ocupacional. Comprende la posibilidad o no de realizar las actividades y trabajos que deseamos y que nos hacen sentir plenos, productivos, autosuficientes y autónomos. Renunciar a éstos, nos llevaría a enfrentar una vida vacía, si retos ni exigencias.

- Área Social. Está relacionada con la posibilidad de tener acceso a redes de apoyo fortalecedoras y óicamente es decir, que nos sumen a nuestra estructura interna a través de una empática respuesta a nuestras necesidades de apoyo, compañía, contención, seguridad, protección, sentido de pertenencia, afecto, etc. En este sentido, el abandono, la incomprensión y la respuesta social poco empática a las necesidades de la persona, impacta en su bienestar integral y calidad de vida.
- Área Física. Abarca el estado de salud o enfermedad de la persona a nivel objetivo y subjetivo (¿cómo está? y ¿cómo se siente?), la presencia de dolor y otros síntomas como náuseas, alteraciones en el aparato circulatorio, respiratorio, digestivo, así como en el sueño, etc. Pero también abarca el nivel de capacidad o discapacidad física, de autonomía y la posibilidad de adaptarse a dicha condición por la presencia o ausencia de recursos diversos que favorezcan su adaptación, tales como: económicos, personales, familiares, sociales y hasta políticos (políticas públicas).

Tercero, **¿Qué significa Dignidad?** Digno es aquello por lo que algo destaca entre otros seres, en razón del valor que le es propio (González-Barón et al, 1996). La dignidad es la esencia de lo humano, no un mero adjetivo (Santoyo, 2006); sólo a partir de este fundamento es posible construir una Bioética que no únicamente sea plenamente respetuosa de la dignidad de la persona, sino que además ejerza una efectiva tutela de este máximo respeto a la dignidad humana (Muñoz-Sánchez y González-Barón, et al, 1996).

Diferentes situaciones en el ser humano pueden llegar a colocarlo en una posición poco digna, como pueden ser, la enfermedad, el dolor y el sufrimiento. La condición poco dignificante ante la que una persona puede encontrarse, lo vulnerabiliza, lo debilita internamente y lo hace fácil receptor de un trato poco dignificante por parte del profesional de la salud; o bien, este hecho le otorga a dicho profesional la oportunidad de velar por la dignidad de ese ser humano, acto que impactará en el bienestar integral del paciente (físico, psíquico, social y espiritual).

Se respeta la dignidad del paciente cuando se le presta debida atención a sus necesidades y se actúa con congruencia (técnicamente hablando) a decir, cuando se respetan sus decisiones, sus silencios, la forma en la que puede enfrentar la situación y verbalizar su conflicto interno.

Es importante señalar que el sujeto inmerso en una crisis psíquica (ante un colapso emocional por una condición propia de desequilibrio o la pérdida de un ser querido), física (por enfermedad, discapacidad, etc), social (por aislamiento, no contar con redes de apoyo, por ejemplo) o espiritual (en condición de desesperanza, con la fe quebrantada y sin un sentido de vida), difícilmente reconoce estar en situación de indignidad o no se encuentra en posibilidad de evaluarla (Santoyo, 2006).

Cuarto **¿Qué significa Sufrimiento?** El sufrimiento puede aparecer asociado a la presencia de dolor o a su ausencia (Tomás-Garrido, 2001). El sufrimiento tiene tres dimensiones (física, psíquica y social), cuando los dolores únicamente nos alcanzan en una dirección (física), son más fácilmente superables y se olvidan con mayor prontitud, en cambio, el sufrimiento impacta en forma integral en todas las dimensiones de la persona.

Para Fonnegra de Jaramillo (2006) el sufrimiento se define como “una herida manifestada en forma de desdicha o sentimientos de minusvalía, que compromete la integridad de la persona, tanto en el grado de afectación del marco existencial y proyecto de vida, como en su temporalidad (estacionario, decreciente y progresivo) y grado de soportabilidad”.

Aliviar tanto el dolor como el sufrimiento es un deber ético de todo profesional, para lo cual se requiere de un sólido entrenamiento en el manejo de los diversos niveles de analgesia a nivel físico y emocional, siendo importante comentar que el dolor emocional necesita antes de paliarse, verbalizarse. El consuelo y la aceptación sólo llegan al paciente después de elaborar la situación dolorosa.

Elaborar implica no sólo hablar, sino trabajar con aquello que duele, comprender el impacto de la situación vivida en el presente y futuro del paciente, y la relación que guarda (consciente o inconscientemente) con sus experiencias pasadas. No elaborar significa vivir atrapado indeterminadamente en el dolor o posponer la emergencia de afectos dolorosos que tarde o temprano se harán manifiestos.

El Quinto y último cuestionamiento está relacionado con la Tanatología y su aterrizaje dentro del campo clínico: **¿Cuál es el ámbito de competencia de la intervención clínica tanatológica?** y **¿Cuáles son los límites, riesgos y responsabilidades de nuestra labor en este campo?**

La intervención clínica de tipo tanatológico impacta en el bienestar integral del individuo, partiendo del concepto humanista de integralidad bio-psico-socio-espiritual del ser humano, que nos permite comprender como el fortalecimiento de cualquiera de estas dimensiones impacta en todas las demás. Dicho bienestar integral en términos psicodinámicos nos habla de un aparato psíquico robustecido, en el que figuren: a) un yo fuerte, nutrido de recursos propios que se potencian a lo largo del proceso terapéutico, a los cuales se les suma las estrategias de enfrentamiento incorporadas como resultado del trabajo analítico; y, b) un súper yo maduro, que no acorrале al yo con persecuciones culposas que lo desgastan y agotan, dejándolo indefenso y a merced de los impulsos que, como buenos verdugos, castigarán sin piedad al culpable, no dejándole otra salida que la propia autodestrucción.

Dicha intervención clínica se lleva a cabo a través de la implementación de una serie de técnicas de intervención procedentes de la psicología clínica (desde diferentes corrientes o marcos teóricos de referencia), previa comprensión profunda (cognitivo-afectiva, teórico-vivencial) de las pérdidas, el dolor y la muerte, y el impacto que el enfrentamiento con dichas circunstancias genere en el individuo.

Particularmente, hablando de la corriente teórica del psicoanálisis con relación a su pertinencia para el trabajo con pacientes dentro del campo tanatológico, Dupont (1976) afirma que “si bien el marco formal del psicoanálisis le es inaplicable, la esencia clínica y doctrinal del mismo es lo suficientemente versátil como para sustentar psicoanalíticamente un marco terapéutico apropiado y eficaz”.

Retomando el tema de la Bioética, y en un intento por señalar la importancia de la reflexión bioética dentro del campo tanatológico, es importante tomar en cuenta las siguientes consideraciones respecto a la labor del profesional de la Tanatología:

1. En la intervención clínica tanatológica, la relación del profesional de la salud-paciente no es una herramienta de trabajo, es la herramienta suprema y base de la intervención terapéutica. Así mismo, la entrevista es el medio para obtener un conocimiento profundo sobre las circunstancias estructurales de la necesidad ajena; situación indispensable para poner al servicio del paciente las alternativas terapéuticas pertinentes para su recuperación y fortalecimiento de sus recursos yóicos.

Dicho conocimiento es el producto de la confianza que voluntaria y conscientemente hace el paciente como respuesta a la relación de interés, confianza y respeto, establecida por el profesional y aceptada por el paciente. Esto es, el paciente conforme el principio de autonomía plantea, debe estar en posibilidad de tomar decisiones libres de influencias y coacciones externas en todo momento, con relación a su salud (física y emocional). Y estas decisiones, no sólo tienen que ver con el tratamiento, sino hasta con el hecho de aceptar o no la relación con el profesional.

2. Es una relación mucho más asimétrica que la habitual relación médico-paciente, porque éste último no puede distanciarse de su dolencia (Martínez, 2002), debido a que ésta no se localiza en un órgano concreto, más aún, la dolencia está en todo su cuerpo y hace presa a su conducta, sus emociones, pensamientos, recursos, etc.
3. El Profesional trabaja con la parte más personal e íntima del paciente: su historia. A partir de ésta se seleccionan las partes más dolorosas para ser exploradas a mayor profundidad (relacionadas en el ámbito de la tanatología, con las experiencias de pérdida, despojo o abandono, con la enfermedad, la muerte o el temor a ésta, etc.).
4. Los pacientes se encuentran en una situación de doble o triple vulnerabilidad: La vulnerabilidad propia de su condición (por sexo, edad, religión, nivel socioeconómico, actividad laboral, orientación sexual, etc), y la vulnerabilidad generada por la propia pérdida. Y si a ésta le sumamos la vulnerabilidad histórica (aquella que es inherente a nuestra trayectoria de vida y a nuestro pasado de pérdidas), dicha situación coloca al paciente inevitablemente frente a su pasado (regresión mediante), ante a esa primera pérdida significativa (o cadena de pérdidas) en momentos en que la inmadurez emocional y yóica no dejaba otra posibilidad de reacción que quedar sometido pasivamente ante la misma (Bleichmar, 1997).
5. Tomando en cuenta que los pacientes van a estar en estados vitales y existenciales extremos, sus necesidades deben ser escuchadas con respeto

diligente, en búsqueda de una comprensión que permita dar respuesta a sus dilemas y sufrimientos (Santoyo, 2006).

6. La objetividad, imparcialidad y la ausencia de juicios de valor debe ser una característica inherente a todo proceso terapéutico, pero cuando este se lleva a cabo con seres humanos vulnerables (frágiles yoicamente), existe la obligación ética de ser más cuidadoso en la intervención y velar para que ésta no esté matizada por pensamientos o creencias moralistas que nos alejen de la comprensión de las necesidades del paciente. Dichos pensamientos lamentablemente están presentes en algunas corrientes bioéticas impulsadas por grupos e instituciones religiosas. Ejemplo de este pensamiento radical y moralista es el rechazo tajante al aborto, a la eutanasia, o el imperativo de tener que otorgar el perdón a aquel familiar (padre, madre, hijo, etc.) antes de que la muerte ocurra, no importando el grado de daño recibido o la incapacidad del sujeto para otorgarlo, producto del sufrimiento lacerante que aún los hechos acontecidos generan.

7. La beneficencia, como acción realizada en beneficio de otros (Martínez, 2002), resulta difícil de llevarla a cabo sin la formación profesional necesaria, es decir, sin la competencia suficiente del profesional de la salud.

La incompetencia es el resultado de una escasa formación profesional en el campo, así como de la ausencia de un profundo y comprometido trabajo terapéutico, que a nivel personal le permita al profesional de la salud elaborar las pérdidas y temores con relación a la muerte.

La incompetencia puede llevar al profesional a ejercer un paternalismo innecesario que responda al temor de escuchar el dolor del otro y al deseo de que el paciente se recupere rápidamente para dejar de sufrir -el profesional-, pues la misma condición dolorosa del paciente provoca que contratransferencialmente el profesional reviva y haga presente en el aquí y ahora su propia historia dolorosa.

Asimismo, la falta de recursos también puede llevar al profesional a cometer actos de iatrogenia que lastimen tanto a la relación terapéutica como al paciente.

Un caso de vulnerabilidad ante una pérdida que compromete al profesional ética, humana y profesionalmente.

Beatriz (B) y Ángel(A), me fueron referidos por un Médico General con algún conocimiento en el área de la Tanatología a quien le pidieron apoyo. Dicho profesional hace un ético y empático reconocimiento de la necesidad de la pareja y sus limitaciones dentro del ejercicio de esta disciplina, por lo que opta por una canalización adecuada y oportuna.

Como se comento anteriormente, B y Á pierden a su hijo de año y medio en un accidente automovilístico en donde Á iba manejando el automóvil. El accidente, del cual la pareja resulta ilesa, ocurre de madrugada al encontrarse una llanta de un trailer en la carretera y no poder esquivarla a tiempo debido a la poca visibilidad.

Su único hijo, Pedro(P), quien venía recostado en el asiento trasero con un poco de fiebre y sin cinturón de seguridad, sale disparado por la ventana del carro al desbarrancarse el automóvil, muriendo instantáneamente. El vehículo fuera de control pasa por encima del cuerpo de P, y producto del impacto éste queda con contusiones y fracturas importantes. Situación que es necesario comentar, porque esté hecho impacta mucho a los padres, quienes permanecen más de 30 minutos en la orilla de la carretera, abrazando al cuerpo, en espera de algún tipo de ayuda.

Conozco a B y A al mes y medio de haber muerto P. En mi primer contacto con la pareja veo a dos seres humano devastados y con un inmenso sufrimiento, pero distantes uno del otro.

B, quien es una mujer cariñosa, con gran necesidad de ser protegida por A y muy vulnerable al rechazo y abandono; cursaba por un cuadro depresivo muy severo acompañado de una clara ideación suicida. Su pensamiento giraba en torno al deseo de estar con P, y la culpa por no haberlo cuidado lo suficiente, pero sobre todo en el hecho de haberlo abandonado en “ese lugar tan frío y tan solo” (el panteón). Intensos temores la acompañaban todo el tiempo (a la oscuridad, al silencio, a estar

sola en la casa, etc.), situación que obligaba a su esposo a buscarle compañía mientras él salía a trabajar.

A es un hombre que desde niño presenta una gran dificultad para expresar sus afectos, además de ser tímido, introvertido y hasta hostil en sus relaciones interpersonales (como forma de protegerse, rechaza antes de ser rechazado). Las características antes mencionadas se agudizan a partir del accidente, situación que lo aísla aún más y le impide recibir cualquier tipo de ayuda.

Cabe señalar que A manifestó enfáticamente su renuencia a recibir cualquier tipo de apoyo y que acudía sólo por petición de B, advirtiendo que no hablaría de su vida y sentimientos respecto a la pérdida de su hijo; ante lo cual éticamente se respetó su autonomía y por ende, su derecho a tomar libres decisiones respecto al hecho involucrarse o no en un tratamiento terapéutico. De la misma forma respetuosa se le propuso estar presente en las sesiones acompañando a B para su fortalecimiento, entendiendo psicodinamicamente que el Yo de A se encontraba en una condición de fragilidad extrema y que su rechazo a hablar representaba la instalación de mecanismos de defensa que intentaban proteger a ese Yo amenazado. Después de varias sesiones, de manera natural A se fue involucrando y comprometiendo con el proceso al grado de que en la actualidad acude puntualmente y participa de forma significativa.

Mi deber ético y terapéutico era, en primera instancia, evitar que corriera riesgo la vida de cualquiera de los dos (particularmente la de B por su clara ideación suicida), mitigar el sufrimiento intenso y desgarrador que vivían, fortalecer sus recursos internos para que puedan enfrentar este largo camino hacia la recuperación (considerando un período mínimo de entre 1 año y medio y dos años), anclarlos a la vida (ayudándoles a generar un sentido de vida), trabajar con sentimientos, pensamientos y fantasías que hacen más doloroso este duelo (como la culpa), fortalecer sus redes de apoyo social así como sus recursos (como individuos y como pareja) para protegerse de las amenazas externas (dígase presiones sociales, comentarios nada robustecedores, etc).

Pero ¿por dónde empezar ante tan grave y doloroso caso? Por evitar que B se quite la vidas como medio para aliviar su dolor y reencontrarse con su amado hijo, para lo cual necesitaba del apoyo de su compañero, quien estaba aterrado y paralizado por

el solo hecho de pensar en la posibilidad de perder a B. Si bien es cierto que A había expresado su deseo de no hablar de lo sucedido ni recibir ayuda, si estaba interesado y era suficientemente capaz de llevar a cabo acciones para salvaguardar la vida de su pareja, hecho que más adelante se capitalizó cuando se reforzó su gran capacidad de proteger aquello que ama, incluyendo a su hijo, quien gozo de su amoroso cuidado durante su vida.

Por lo anterior, trabaje con B su gran vulnerabilidad psíquica y riesgo de muerte para que aceptara asistir a un apoyo psiquiátrico, y a A se le involucró en el cuidado y protección de la vida de B, mientras disminuían en ella sus ideas de muerte y aumentaba su deseo de vida.

Una vez fortalecida B con el apoyo de A, ésta se encontraba ahora en posibilidad de apoyar a A, y éste con la fuerza para empezar elaborar el duelo con el apoyo de B.

El camino es largo, apenas llevamos 2 meses y medio de trabajo y 4 meses desde que sucedió el accidente. Hay mucho aún por elaborar y fechas significativas por enfrentar como el cumpleaños de P, el de B y el día de la madre, entre otras. Sin embargo, se que mi labor terapéutica tiene que estar regida en todo momento por la búsqueda de un bienestar integral que impacte en su calidad de vida, por un profundo respeto a ellos (como individuos y pareja) y a su sufrimiento, así como por el compromiso con el fortalecimiento de aquellas acciones o condiciones que los dignifiquen, como lo es, el poder volver a tomar decisiones sobre su vida futura.

Para finalizar sólo resta comentar que para escribir este artículo se solicitó la autorización por escrito de B y A, a los cuales les agradezco inmensamente el que me permitan acompañarlos en un proceso tan íntimo y doloroso, y aprender del mismo.

BIBLIOGRAFIA.

Abengonzar, M.C. (1994) Como Vivir la Muerte y el Duelo. España: Facultad de Psicología, Universidad de Valencia.

Alizade, A. (1996). Clínica con la muerte. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

Bleichmar, H. (1997). Avances en Psicoterapia Psicoanalítica. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.

Centeno, C., Vega, J., Martínez, P. (1992). Bioética en Situación Terminal de Enfermedad. Cuadernos de Bioética 4;38-52.

Dupont, V.(1999). Manual Clínico de Psicoterapia. México: Ed. Ciencia y Cultura Latinoamericana.

Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorroutu.

Fonnegra de Jaramillo, I. (1989) El Duelo Anticipatorio. Memorias del IV Congreso Colombiano de Psicología Clínica.

Fonnegra de Jaramillo, I. (1999) De cara a la Muerte. Colombia: Intermedio Editores. Primera Edición.

Fonnegra de Jaramillo, I. (2006). Morir bien. Colombia: Ed. Planeta Colombiana. Primera Edición.

Forment, M. (1990). Principios Básicos de la Bioética. España: EPALSA.

Fundación Omega(1996). El Proceso de Morir y la Muerte. Colombia: Editorial Primera Edición.

Gómez Sancho, M (2003). Avances en cuidados Paliativos. España. Gafos. Primera Edición.

González Barón, A., Ordoñez, A., y Zamora, P. (1996). Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de Soporte en el Enfermo con Cáncer. España: Ed. Ed. Médica Panamericana.

Gracia, D., (1989). Fundamentos de Bioética. España: Ed. De la Universidad Complutense de Madrid.

Martínez, M.C.(2002). Ética Psiquiátrica. España: Ed. Desclée de Brouwer.

Pangrazzi, A. (1993). El Duelo. Arnaldo Pangrazzi. Colombia:Ed. CENCAPAS-SELARE. Segunda edición. Colombia 1993.

Tomás Garrido, G. (2001) Manual de Bioética. España: Editorial Ariel. Primera Edición.