

La enfermera y la etapa de la muerte

*Ileana Sandoval Hernández, M. Ed.
Profesora Asociada, Escuela de Enfermería
Universidad de Costa Rica.*

Introducción

El presente artículo enfoca el problema de la muerte como una etapa dentro de los procesos de vida del individuo y no como el fin de la existencia humana.

Analiza las etapas de la agonía de acuerdo a la Dra. Elizabeth Kübler-Ross y da algunas pautas sobre cuál debe ser la intervención de enfermería en la atención del moribundo y su familia.

No da definiciones ni alternativas sobre cómo

tratar a estos individuos pues eso es imposible, ya que cada persona enfoca las etapas de la muerte de acuerdo a sus creencias, principios y concepto que tenga de este tema.

Si pretende hacer hincapié en que el profesional de enfermería debe tener su propia conceptualización de la muerte para que pueda ayudar al paciente, a la familia y así mismo a enfrentarse con este enigma.

La vida es bella; y más bella aún cuando se acepta su fin serenamente; y al igual que la noche va seguida de un nuevo amanecer, tenemos la esperanza de que la vida continuará, de otro modo ciertamente, después de la muerte.

Con el mismo optimismo con que se mira la vida, se debe mirar la muerte, el comienzo de un nuevo vivir, un vivir que nunca acabará.

Para el que tiene fe, la solución está en la esperanza teológica, la esperanza de un futuro eterno; gracias a ella, el moribundo conservará la alegría y el optimismo, y se sentirá tranquilo hasta el último momento de su vida.

El morir significa muchas cosas para las personas, puede representar un escape de sufrimientos intolerables o de otras dificultades, para otros la entrada en una nueva vida trascendental, sin embargo, cualquiera que sea su significado siempre se le teme; y ese temor en las personas que tienen una condición de salud especial pareciera que es mayor, lo que contribuye a aumentar la tensión sobre su adaptación emocional y social.

Algunos autores consideran que es un hecho infortunado que a los pacientes no se les permita, por lo general, expresar sus temores y creencias sobre la muerte, y menos aún que se les anime para que lo hagan cuando el hecho de experimentarlo produce gran alivio de su tensión emocional.

El proceso de la muerte no se identifica ni con la vida ni con la enfermedad. La salud es el silencio de los órganos; la enfermedad su revuelta. Pero el proceso de morir, frase cronológicamente terminal de la existencia del cuerpo y de la conciencia, constituye toda una serie de acontecimientos, no tiene nada que ver con la vida biofisiológica normal ni con las patologías que en cierto momento la pervierten.

Sociológica y psicológicamente, la muerte implica un cambio de identidad, el agonizante se vuelve lentamente otro hombre, diferente del que ha sido antes de comenzar el proceso de morir. Su percepción cambia, su conducta social cambia y sus relaciones con la realidad cambian.

El proceso de morir es un proceso sui géneris; puede ser largo o de un instante. Cuando es largo, los médi-

cos hablan de remisión, en término inexacto porque todavía hace referencia a la enfermedad, en tanto que, como lo muestra la Dra. Elizabeth Kübler-Ross,⁽¹⁾ la remisión con frecuencia inicia el proceso que conduce a la muerte. Para esta autora, el moribundo pasa sucesivamente por siete estados de conciencia diferentes, los cuales son: etapa o estado de shock, negación, cólera, depresión regateo, aceptación y decaetis.

Algunos de estos estadios no son continuos, es decir, que la realidad de conciencia que expresan es atravesada por fulguraciones que provienen de estadios precedentes, más raramente ulteriores a la agonía.

Dos grandes tiempos subtienden el conjunto del proceso; el primero es el tiempo del cuerpo, comienza en la delgada fisura que separa la enfermedad de la agonía; termina con la catástrofe fisiológica llamada muerte.

Pero también aparece un segundo tiempo, es el tiempo de la conciencia, se articula en cada estado de la agonía

(1). Kübler-Ross, Elizabeth. "On death and dying". Tavistock Publications, New York, 1969. page. 132.

a través de las formulaciones siempre nuevas, como la esperanza permanente de una supervivencia autónoma de la conciencia después de la muerte. En ciertos momentos de la agonía, la conciencia es doble, un segmento de la conciencia es atacado por depresión, indiferencia muda, mientras que el otro se prepara a través de gestos prácticos para la separación del moribundo de su medio ambiente.

El primer estadio de la agonía es el estado de shock; el anuncio de una enfermedad que supuestamente conduce a la agonía, a la muerte, casi siempre produce un shock. Este es de variable duración y provoca efectos psicológicos según la formación, la edad, la fe religiosa o la estructura del carácter del sujeto. Frente a su desgracia, el mundo muestra una dolorosa indiferencia; durante cierto tiempo, el hombre traumatizado tratará de hacer como si no se diera cuenta de nada, ya que el mundo no parece conmoverse en lo absoluto por lo que le pasa a él, hombre destinado a la muerte.

Pero lentamente, la nueva realidad que habita su conciencia, aparece, impone su ley y transforma gradualmente su personalidad. Se percibe diferente de los hombres a su alrededor, un nuevo distanciamiento se desarrolla entre su conciencia y los objetos que ésta percibe. Comienza su agonía. Rápidamente comienza la racionalización del suceso que toma siempre la forma inicial de la negación, pero poco a poco la evidencia se apodera de él, el hombre empieza a aceptar parcialmente la modificación de su situación.

La cólera es el tercer estadio de la agonía en donde la aceptación anterior está acompañada de una sublevarción con frecuencia intensa; al separarse gradualmente del mundo, el moribundo percibe ese mundo, por momentos al menos, gradualmente del mundo enemigo, algunas veces su comportamiento se vuelve agresivo, desesperado, el moribundo se separa de un mundo real, se rompen lazos estimables, con frecuencia hermosos, en realidad tiene mil razones para rechazar esa partida, para negar su necesidad y para sublevarse contra su evidencia.

El rechazo inicial total, la cólera acompañada del rechazo parcial, provocan en él un estadio ulterior que parece ser en la mayoría de los moribundos la fase más larga, la depre-



sión; toma las formas más variadas agravada con frecuencia por preocupaciones exteriores. Decece el interés por el tratamiento, no cree ya en las demostraciones de afecto del personal y de los suyos elaboradas como una estrategia por los vivos para engañarlo y ocultar su situación real. Desconfianza, apatía, soledad, son las consecuencias de esto.

El regateo es el quinto estadio donde bruscamente se rompe la depresión, el hombre comprometido en el proceso de morir comienza otra vez a razonar, se ve como sujeto combatiente frente a la muerte personificada, a la muerte amenazante. Concluye pactos con él, con Dios y con la muerte, hace promesas y juramentos y este regateo, este comercio con la muerte es a veces compartido por toda la familia.

La aceptación se caracteriza por un cese en la insurrección, el agonizante entra en una zona de paz, se despide de los suyos, arregla sus asuntos, sigue las instrucciones del médico y de cualquier otra persona ligada a su enfermedad. Esta aceptación marca un doble paso: se aleja del mundo de los vivos, al hablar, pensar, razonar, ahora con relación a una vida, la suya, que en parte importante, pertenece al pasado y al mismo tiempo, espera la muerte.

Esta aceptación no significa rendición de su voluntad de vivir, sino que, es franquear el umbral de la percepción nueva y hasta entonces desconocida.

La decatexis; el agonizante está todavía presente, según los parámetros de la biología, su cuerpo vive todavía, pero su conciencia parece invadida por la percepción de una realidad que ningún vivo puede ya compartir.

Al respecto Kübler-Ross dice: "Llega un momento en la vida del enfermo, en que los dolores cesan, en el que el enfermo zozobra en un estado de conciencia lejana, en que ya casi no come, en que todo lo que le rodea se vuelve vago. Durante los últimos instantes de la agonía, el moribundo vive enteramente según su nueva percepción. No tiene ya lugar, ninguna comunicación con los que le rodean, la mano no responde más a la presión amistosa, la mirada está en otra parte, una expresión nueva y desconocida para los vivos aparece en su rostro".⁽²⁾

Y continúa diciendo la Dra. Kübler-Ross, "los que tienen el coraje y el amor necesarios para sentarse al lado de un moribundo en un silencio que supera las palabras, saben que ese instante no es ni terrorífico ni doloroso, sino que es la apacible detención de las funciones del cuerpo".⁽³⁾

La muerte tiene lugar en la calma, probable paso hacia un mundo, que el agonizante ha entrevisto ya.

(2) Op. cit., page. 246.

(3) Op. cit., page. 248.

Por eso, al atender a un enfermo moribundo se siente una atmósfera general cerrada con respecto a la muerte que prevalece entre el individuo y el personal que lo atiende, y esto sugiere a menudo la inquietud y el insomnio presentado por el paciente que puede encontrar su origen en el temor a la muerte.

Estos argumentos son difíciles de negar, sin embargo es difícil decidir cuán perturbadores son los temores a la muerte, pero por las evidencias debe considerarse este temor como una fuente potencial de tensión para cualquier individuo.

Al respecto la enfermera tiene una difícil labor en este campo, porque necesita conocer y manejar muy bien su concepto de muerte para luego brindar ayuda al paciente y la familia; y aún conociéndolo, siempre tendrá dificultad de enfrentar el tema porque la muerte es la angustia básica de todo ser humano y se le hará difícil enfocar la muerte de otro como si fuera la suya.

Dentro de este contexto ¿cuál es la función del profesional de enfermería?

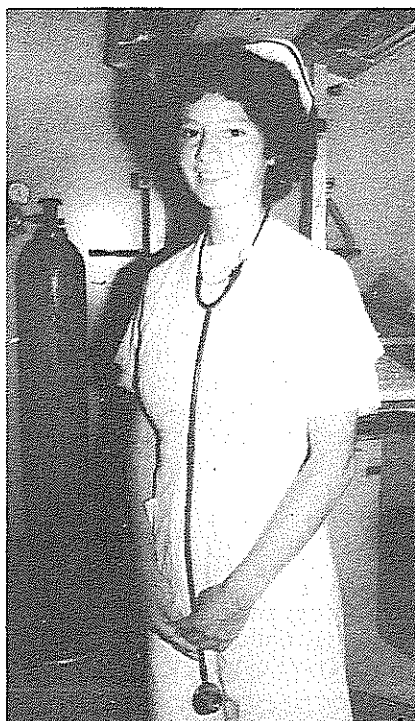
Debemos tomar en cuenta que la autonomía de la enfermera es reducida, debe indicar al médico cuando una reacción del paciente no le parece que corresponda al diagnóstico, sin embargo no hace diagnóstico médico, a simple vista es una ejecutora de órdenes médicas, sin embargo la enfermera se encuentra en una encrucijada esencial, vital, ahí donde el enfermo, el accidentado, el anciano, el moribundo encuentra un acto médico.

Se le presenta sin embargo el problema de ignorar el diagnóstico en la conversación con el paciente si el médico no se lo ha comunicado, pero ante tal situación el profesional de enfermería puede hablar con el enfermo para ayudarlo a clarificar su espíritu, para tratar de comprender sus inquietudes y no necesariamente revelarle su estado de enfermedad. Porque conservar al enfermo aislado, dejándole al médico toda la responsabilidad equivale a privar al paciente de conocer sus deseos y participar en las decisiones finales concernientes a su vida. Y es que este tema de la muerte no está contemplado en la mayoría de las instituciones hospitalarias y las conversaciones entre sus miembros, especialmente de los mé-

dicos, versan sobre la vida y se asustan o inhiben cuando se habla de la muerte.

Por el contrario, el profesional de enfermería que ha aceptado la muerte y que está tan cerca del paciente hace que en cierto momento combata y luche por obtener una agonía digna y libremente vivida para la persona, porque este problema debe ser abordado con honestidad y aceptar la idea de que el moribundo ha vivido la vida que ha elegido. Si la enfermera es capaz de hacerlo, hay muchas oportunidades para que todo su comportamiento sea honesto, auténtico; y para lograrlo existen diversas maneras:

- 1.— Permaneciendo con el moribundo, saber descubrir sus necesidades de contacto humano.
- 2.— Permitir a las personas que tienen un lugar importante en su vida, estar con él, especialmente los niños, quienes a menudo no están presentes, pero que podrían aportar un gran consuelo al enfermo.
- 3.— Satisfacer todas sus necesidades.
- 4.— Darle oportunidad de poner en orden sus asuntos económicos y espirituales.
- 5.— Darse cuenta de su necesidad de hablar de su muerte, saber callar cuando es preciso, saber hablar de "otra cosa" en esos momentos.
- 6.— La enfermera creyente debería estar abierta a los problemas, pre-



guntas, dudas del enfermo en materia espiritual. Su papel no es convertirlo, sino estar disponible para responder a sus preguntas con respecto a Dios y al más allá.

Es verdad que, para las personas jóvenes que mueren, este último punto no tiene gran significación, y es que verdaderamente hay pocas cosas que decir en cuanto al porqué de la muerte.

Analizando este aspecto del profesional de enfermería frente a los demás profesionales vemos que tiene una verdadera conciencia crítica, experimenta en su formación profesional un proceso de socialización diferente a la del médico, lo que le ayuda a enfrentar en mejor forma la situación de la muerte y del paciente moribundo.

Porque el profesional de enfermería tiene el privilegio de estar presente cuando otros profesionales no están, tiene esa oportunidad inusual de compartir la experiencia humana de la muerte y de interactuar con el moribundo en término de sus necesidades en ese momento.

Así, el profesional de enfermería está presente para ofrecer la ayuda de escuchar cuando el paciente quiere hablar acerca de su pasado o futuro, compartir el efímero momento de alegría cuando pequeños eventos de la vida del individuo empiezan a ser terriblemente importantes; y permanecer a su lado cuando el dolor y la tristeza pasan a través de la existencia del paciente.

Sucesos como éstos no son parte normal del expediente clínico y no son necesariamente compartidos por la enfermera (o) con otros profesionales, pero ellos hacen del proceso de morir una experiencia de vida, y son tan importantes para las personas moribundas como cualquier procedimiento para salvar una vida.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Abbadi, M. y otros. "La Fascinación de la Muerte". 1a. edición, Editorial Paidós. Buenos Aires, 1973.
- 2.— Díaz, Diego. "La Última Edad". Talleres Gráficos de Ediciones Castillas. Madrid, 1976.
- 3.— Kübler-Ross, Elizabeth. "On Death and Dying". Tavistock Publications, New York, 1969.
- 4.— Marias, Julián. "Historia de la Filosofía". 28a. ed., Biblioteca de la Revista de Occidente. Madrid, 1976.
- 5.— Sánchez, Efraim y Lydia. "La Psicología de la Vejez". 2a. Ed., Editorial Universitaria. Puerto Rico, 1975.
- 6.— Lascari, Andre. "Patient Care: How well prepared are you for death in the young". May. 1970. page: 91-103.
- 7.— Assel, R. "An existencial approach to death". Nursing Forum. Vol. III. Nº2. 1969.
- 8.— Lepp, Ignace. "Psicoanálisis de la Muerte". Editorial Amorrortu. Argentina, 1976.