



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Proyecto de Investigación de Campo sobre Ayuda
Psicoterapéutica al Moribundo

ESTE LIBRO FUE DONADO A LA
BIBLIOTECA POR:

Dr. Juan MacGregor

FECHA: mayo 2006

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A

Eva Elena López Castañeda

México, D. F.

1973



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESINA DIRIGIDA POR EL
LIC. EN PSIC. JORGE MARGOLIS SCHWEBER

A mis padres

A mis maestros

A mis amigos

Con cariño

Agradezco con emoción, el estímulo y la ayuda que me brindaron mis padres, el Dr. Marco Antonio Dupont Muñoz y tantos amigos que directamente cooperaron en la realización de esta tesina.

I N D I C E

Introducción.....	1
Historia del Caso.....	5
Comentarios del Caso.....	15
Problemática.....	17
Investigación.....	20
Conclusiones.....	31
Bibliografía.....	34

"¿Tan miserable es el morir?"

Virgilio

"La muerte causa menos dolor
que la espera de la muerte"

Ovidio

"Más triste que la muerte
es la manera de morir"

Marcial

TESINA

PROYECTO DE INVESTIGACION DE CAMPO SOBRE AYUDA PSICOTERAPEUTICA AL MORIBUNDO

INTRODUCCION.

En las instituciones hospitalarias ocurren día a día decesos de enfermos que han estado hospitalizados un largo período de tiempo. Estos pacientes estuvieron bien atendidos mientras su estado no fue muy grave, pero sucede a veces que al empeorar, o cuando ya están en su última fase, suscitan en el personal una serie de sentimientos negativos, como angustia, compasión, rechazo, hostilidad y culpa, que hacen que los abandonen parcialmente. Esto sucede porque cuando el enfermo "comienza" a morir, resulta muy difícil atenderlo como hasta entonces, pues los que lo rodean, por un proceso natural de protección, quieren liberar catexias libidinales de él, y, además, los pacientes moribundos se vuelven infantiles, egoístas, narcisistas y demandantes, y a eso se responde a menudo con un vago enojo culpable. También inconscientemente puede suceder que el enfermo que sabe que va a morir, desee "castigar" a los sobrevivientes, especialmente a su médico y enfermeras, por no haber logrado salvarlo. Esto hace que el personal lo perciba como alienado, separado y amenazante; de tal manera se explica su gradual abandono. Este abandono es parcial, por supuesto; el enfermo continúa recibiendo todos los cuidados médicos que necesita, pero sufre en cambio el aislamiento afectivo de todos los que le rodean. Es frecuente ver al moribundo solo, en una habitación al final del pasillo, con todas las sondas puestas, los aparatos médicos trabajando,

la máscara de oxígeno funcionando... y el personal bastante lejos. Así, en este duro trance, el más doloroso de la existencia humana, el hombre se ve totalmente aislado y abandonado a sus propios temores y fantasías.

No estamos preparados para afrontar estos problemas y por eso pensamos que se requiere de un trabajo de campo en que se investigue la forma más eficaz de solucionarlos. Generalmente, como antes señalamos, los moribundos provocan en el personal del hospital una gran ambivalencia, hostilidad-culpa, que hace muy difícil su manejo, gastándose mucho más tiempo y energías, además inútiles, de las que requieren los demás pacientes. Y, para colmo, éstos sufren de un "stress" extraordinario, que mengua su optimismo, tan necesario para su propia curación, al convivir con un enfermo en proceso de muerte y que muestra trastornos de conducta, como son resistirse a las curaciones o a comer, o que grita y exige constantemente ésto o aquéllo, que se niega a dormir por las noches, etc. Hay moribundos que sólo a base de psicofármacos, por lo general tranquilizantes en altas dosis, pueden ser manejados.

Al ocurrir el deceso, una atmósfera de alivio, - con culpa angustiosa, sobrecoge tanto al personal como a los demás hospitalizados; así reconocemos que éste no es el mejor ambiente que podría esperarse de una sala de hospital. Y si consideramos que casi a diario ocurren decesos, nos damos cuenta de lo urgente que resulta encontrar el medio - para facilitar al moribundo su inevitable muerte, y a los demás presenciarla. Hacerlo redundaría en un mejor clima emocional hospitalario, en beneficio sobre todo de los enfermos que aún esperan ser salvados.

El temor a la muerte es un fenómeno universal e inevitable, que requiere comprensión y ayuda para el que lo sufre pero que, por las razones ya mencionadas y por la ansie

dad del propio temor a la muerte de los familiares y personal hospitalario, les son negadas con frecuencia.

La familia escasamente podrá prestarle ayuda, pues por lo general está demasiado preocupada con su propio dolor, y el personal, por sus múltiples ocupaciones; y, como consecuencia, además del hipotético antinomio que creemos que generalmente forma su carácter, tampoco puede ayudarlos. Este antinomio, según Wahl, básicamente está formado por el "temprano temor a la muerte, manejado por medio de la negación, formación reactiva e identificación con el agresor, y sus subsecuentes sentimientos contrafóbicos, de una fuerza yoica extraordinaria". La omnipotencia infantil y mágica invulnerabilidad determinará una incapacidad para percibir el miedo a la muerte y a la enfermedad en sus pacientes y, sobre todo, los llevará a un manejo inadecuado de ellos. Su confort estará basado en permanecer distante cuando el enfermo necesita más su cuidado.

La muerte ha sido estudiada muy poco, y sólo desde el punto de vista biológico o filosófico; en la psicología se observa un casi desinterés por ella, a pesar de que vida y muerte es un dualismo inseparable. Tradicionalmente se ha considerado a la muerte como un suceso o evento, o como un proceso; ambas posiciones son antagónicas, aunque la más aceptada es la primera. La muerte es una parte natural de la vida, no fracaso del médico, por eso debemos asumir una actitud de mayor aceptación hacia ella y, como consecuencia, un cabal conocimiento de las humanas necesidades del moribundo. Debemos ayudarlo a enfrentarse al término natural de su vida con una actitud de serena aceptación.

Parece que los mecanismos de defensa están totalmente involucrados en el manejo del miedo a la muerte, y los psicólogos no nos diferenciamos de los demás seres humanos al

respecto. Las actitudes hacia la muerte son de un total rechazo, como si se quisiera negar su existencia. Preparando este material lo pudimos constatar, tanto en nosotros mismos, como en los demás. Para el proyecto que presentaremos más adelante, hemos tenido que solicitar la venia de médicos y autoridades del Hospital donde planeamos llevarlo a cabo, y su actitud ha sido muy semejante, en el sentido de considerar inútil cualquier ayuda psicológica al moribundo: algo así como un desperdicio, "puesto que ya se va a morir". En cambio, el personal de enfermería ha respondido con entusiasmo a este proyecto, - posiblemente porque es el más directamente involucrado en este problema, y el que más carece de preparación para afrontarlo.

Según la teoría de Freud, el moribundo está sujeto a la amenaza de energías autodestructivas, y dominarlas por sus propios recursos libidinosos transgrede sus limitaciones biológicas, y, por lo tanto, hay que acrecentar su influjo, - para compensar tal déficit. Para eso sería necesario que un psicoterapeuta lo reforzara y le proporcionase su propia energía. Sin embargo, esto es sólo un ejemplo, la situación clínica varía en cada caso. El que narramos a continuación ilustrará lo que hasta aquí hemos tratado.

"Morir solo es morir mil veces"

Anónimo

HISTORIA DEL CASO

La enferma era una mujer joven, de 22 años de edad, viuda, con tres hijos y perteneciente a la clase socioeconómica baja. Su aspecto era el de una adolescente de no más de 17 años, chiquita, morena, extremadamente delgada pero agraciada; sólo los dientes, en deplorable estado, eran desagradables. La vi un corto período como de 20 días, encamada en un hospital. Durante mis visitas, la paciente se mantuvo recargada o acostada, pues su estado no le permitía otra cosa. Su mal era la "Enfermedad de Crohn", que consiste en un proceso inflamatorio, por autoinmunidad de origen probablemente alérgico, que se sitúa en un segmento del intestino, por lo común en el íleon terminal. Para tratarla le habían practicado una colostomía y otras operaciones más. En la época en que la traté como psicoterapeuta, tenía más de un año con una fístula - mal oliente en el vientre, que secretaba materia fecaloide y que, por su constante humedad, no podía cerrar. Yo abordé su caso por estricta obligación y sin tener la menor idea de cómo manejarlo. La información que recibí al comenzar su tratamiento fue la siguiente: que era una señorita con una fístula en el vientre; que no asimilaba proteínas y que, como ya tenía mucho tiempo encamada, estaba tan deprimida que inclusive había intentado suicidarse dos veces. Este panorama me horrorizó, y más todavía cuando al preguntar su pronóstico, me dijeron que iba a morir. Me resistí, pidiendo que me permitieran ir hasta el día siguiente, mientras conseguía alguna supervisión, pero no me concedieron el plazo.

Temerosa, angustiada y deprimida me enfrenté al problema. Yo esperaba encontrarme casi un cadáver, pero un cadáver como se lo puede imaginar alguien que nunca ha visto uno, y un cadáver con actitud acusadora, exigente, deses

parada, emitiendo lamentos desgarradores...

Pero, para mi sorpresa, la chica, llamada Carmela, no era tan repulsiva como esperaba: si no hubiera estado tan desnutrida, habría sido bonita. Me senté a su lado, en la única silla, junto a un bote, depósito de algodón y apósitos usados que, naturalmente, no oían muy bien. Pude haber cambiado la silla de lugar, pero no lo hice por no herir la susceptibilidad de la enferma. Le pedí datos sobre su enfermedad y me los dió someramente, el parecer de buen grado, y, al final, se quejó de que los médicos nunca le daban razón de nada, y me pidió que le preguntara al suyo cómo seguía. Yo traté de que entendiera que lo importante era cómo se sentía, pues cualquier cosa que le dijeran la interpretaría según su sentir, como cuando había sabido que su enfermedad era la "de Crohn" y creyó que se llamaba así por ser crónica.

Para terminar la entrevista, le dije la hora a que iba a ir yo todos los días y la duración que tendrían las subsecuentes. (Sin embargo, ésto no lo pude cumplir con exactitud, pues estaba sometida a muchos cuidados, los cuales se realizaban la mayor parte por la mañana, así que fue imposible lograr que nos dejaran solas un tiempo determinado a la misma hora). Alegrándome de que ya tuviera que irme, salí con una sensación de alivio, al pensar que después de todo no había sido tan terrible la cosa.

Al día siguiente me entrevisté con su médico, que me informó que no era cierto que no asimilara proteínas. Le pregunté el pronóstico y me aseguró que podría vivir y que Carmela iba a vivir. Esto me alegró, me quitó un peso de encima, y en tan propicio estado de ánimo volví con la enferma, que me recibió amablemente. Ocupé el mismo lugar y a continuación ella habló mucho. Lo que me contó no podría alegrar a -

nadie. Enferma desde los 19 años, con varias hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, hacía meses que tenía esa fístula mal oliente... El tono que daba a su relato era de rabia, rebía contra el mundo, y que inclusive dirigió hacia mí, al descubrirme su raquítico cuerpecito y mostrarme el vientre con aquella herida. Todo esto provocó en mí sentimientos encontrados: por un lado me sentí agredida, y, por el otro, la compasión, que tanto pensaba que debía evitar, me invadía aún contra mi voluntad.

En las siguientes sesiones le pedí alguna información sobre su familia y su vida pasada y ella cooperó con amplitud. Así, en el curso de esas entrevistas, me pidió que mejor me sentara al lado izquierdo, para no estar cerca del bote de basura... (ésto me dió a entender que me aceptaba). Sin embargo, no me contó desde luego toda la verdad, sino después. Era madre y viuda con tres hijos (de los que ya tenía noticia por su enfermera), pero oficialmente estaba registrada como soltera, para tener derecho a los servicios del Hospital, aunque la realidad era conocida por casi todos. Durante estos relatos, lo que más enfatizó fue su pésima situación económica, ya que subsistían con una pensión irrisoria de su padre. Al preguntarle por qué no había trabajado nunca, me aseguró que le daba miedo, pues creía que los jefes siempre se aprovechaban sexualmente de las muchachas que trabajan.

Poco a poco, el tema de nuestras conversaciones había ido cambiando, desde dar información con cierta displicencia, hasta confiarme realmente sus pensamientos más íntimos, y así pude darme cuenta de que su estado de ánimo era consecuencia directa de la mayor o menor incomodidad física que tuviera ese día. Hubo uno en que la encontré muy deprimida y me habló por primera vez de sus hijos y de su viudez, y creo que fue en ese momento cuando nos empezamos a acercar más y más. Aborda

ros en las siguientes sesiones el tema del suicidio; pero un día en que estaba ella enojada se fingió dormida cuando llegué. No caí en el engaño y la "desperté", diciéndole que de nada servía huir ni esconderse, que mejor era que viéramos - qué le estaba sucediendo. Me contó entonces una serie de ma_ lostratos que había sufrido de parte del personal de catego_ ría más baja, y, viendo que tenía razón, la animé a defender se, lo cual hizo en mi presencia y todo se arregló. Después de este incidente, le dije que lo que siempre hacía ante una desventura era enojarse y esconderse, en vez de luchar. Dañ_ dome la razón habló entonces del suicidio, como de un ejemplo de la conducta que le estaba señalando. Según me contó, en - esa época le daban ataques histéricos y, estando desesperada, cierta noche se había puesto "hartos apósitos" y se había es_ cabullido hasta el rellano de la escalera, donde contemplando el vacío la sorprendió un médico residente, que la regañó y - la llevó de vuelta a su cama. El segundo intento fue semejan_ te, sólo que esta vez en los baños, donde subida a un mueble iba a lanzarse por la ventana, cuando fue sorprendida por el mismo médico, que se ofreció a ayudarla a matarse si de veras quería morir, por lo que a ella le dió vergüenza y le pidió - perdón llorando. Hablamos posteriormente de su hijo, débil - mental, de su marido y su vida de casada y, por último, de su madre. Compasión era lo único que podía yo sentir ante el re_ lato de tantas desgracias, y creo que ella debió notar mi -- aflicción, pues a veces se dedicaba a negar todo, o aparentar alegría y agradecimiento a todos los que la cuidaban. Afirm_ ba entonces que todos eran muy buenos, su madre buenísima, los médicos, enfermeras y yo misma, todos buenísimos. La única per_ sona a la que directamente atacaba era a su suegra, y, por - omisión a su hijita. De la niña nunca me había hablado, y cuan_ do se lo hice notar, sin embages, llanamente, me dijo que no

la quería, que le había dicho a su madre que la cuidara, pues ella no lo iba a hacer. Según me explicó, la odiaba porque había sido causa de muchos pleitos con su suegra.

Por entonces cambió el horario de mis visitas y algunas coincidieron con las curaciones que tenían que practicarle. El espectáculo que yo había esperado desde el principio comenzó entonces. Lamentos, llantos desgarradores, quejas y más llanto. Yo permanecía en esos momentos al pie de la cama, manteniendo mi mirada en la de la paciente, queriéndole infundir ánimos y a veces se lo decía. Creo que en realidad, lo decía también para mi misma, pues la contemplación de tal martirio también lo era para mí.

En la Sala tenían mucha dificultad para que ingiriese todos los alimentos necesarios, sólo a base de ruegos lograban que comiera, y estas escenas también llegué a presenciarlas: en una ocasión, se quejó conmigo de lo desagradable que era la comida, igual que se había quejado antes de todos los servicios, por lo que, contagiándome tal vez de la actitud entre maternal y manipuladora de las enfermeras, la insté a que comiese, aunque la comida estuviera horrible, por su propio bien, pues nadie le iba a rogar que comiera, que tenía que ser responsable, que se portase como adulta y no como niña caprichosa, que ahí no podría esperar que le dieran el pecho. Con gran sorpresa mía, me contó entonces que dormía en la misma cama que su mamá, lugar predilecto tanto de sus hermanos como de sus hijos, pero que ella siempre les ganaba, y se le había hecho costumbre que ya en la obnubilación del sueño le viediera que le diese "chichita", y que la tocaba tratando de besarle los senos. Su madre le contestaba malhumorada que no le molestase, hasta que un día, ya fastidiada, le metió el seno en la boca, y a ella le dió unasco tremendo. Desde enton

ces no volvió a pedírselo. Luego, me dijo que levantara la ca ma, que le pasara ésto y lo otro... Al despedirme, me rogó - que volviera al día siguiente y, sin pensarlo, le contesté que claro, pero que yo no era su mamá, a lo que ella rió y me di jo que cómo creía que me fuera a pedir algo así (refiriéndose al pecho).

Poco después, la actitud de la paciente se tornó - muy cariñosa, me decía señorita Evita y me hablaba con una - voz muy dulce. Durante las curaciones me pedía que le tomara la mano y así lo hacía yo. Sentía que existía ya entre noso__ tras gran intimidad, y en ocasiones experimentaba verdaderos impulsos o deseos de hacer por ella lo que fuera, y, al ver que lo que yo hacía era realmente bien poca cosa, me angustiba mucho. Empecé a llevarle ropa, medicinas y revistas, pero, no queriendo estimular su dependencia hacia mí, se las daba a las enfermeras para que se las entregaran de su parte. Esta - joven, tan maltrecha en todos aspectos por la vida, había con seguido de mí, como de tantos otros, compasión, y así todos - los días le llevaban regalos, la iban a visitar y a platicar con ella, etc. En una ocasión, cuando yo la animaba, me su plicó que la acariciara, lo cual hice tocándole las mejillas, el pelo, la mano, con ternura, pero tímidamente.

Los rumores de que la iban a volver a operar se - acrecentaban día con día y encaminé todos mis argumentos ha__ cia la tesis de que era una esperanza de salud, pues de otro modo, si los médicos no confiaran en la operación, no se la harían. Toda la rabia y rebeldía que había manifestado hasta entonces, se trocó en una especie de resignación, como si - pensara que o moriría de una vez o sanaría. A veces se mostrba temerosa y yo procuraba infundirle confianza, que ni yo -

misma sentía; le aseguraba que había tanta gente interesada en su salud, que tenía que sanar si ponía todo de su parte, comiendo y pensando positivamente. Entonces conocí a su madre.

La imagen que tenía de ella por la paciente era - muy distinta de la mujer que conocí en la realidad. Era una señora bastante joven todavía, de rasgos duros y expresión agresiva. Al mismo tiempo, pude percibir en ella ese aspecto ambiguo de las mujeres de la calle. La paciente me la presentó y de pronto se echó a llorar casi a gritos, diciendo que tenía miedo de morir, pues ya había visto la muerte de cerquita, etc. La madre mientras tanto me contaba, o nos contaba, anécdotas de los anteriores períodos de gravedad... Yo, que me había quedado anonadado ante la escena, le dije esperamente a la madre, tratando de que la paciente no me escuchara, - que no la asustase ni le hablara de eso, que si no podía hacer otra cosa, que le leyera algo de una revista. Acto seguido, me acerqué a la pobre chica le tomé la mano, le sequé las lágrimas y la consolé diciéndole que no tuviera miedo, que todo iba a salir bien, que la muerte no se veía cerca, como - elle había dicho. La madre se quejó después de que no había - dormido nada por haberse quedado acompañando a la paciente, y agregó que sus otros hijos la necesitaban, por lo que pronto se iría. Al oír esto, sentí enojo contra ella, pero al mismo tiempo me tranquilizó que se fuera de una vez.

Llegó el día de la operación, pero no logré ver a la enferma antes, pues cuando subí ya la tenían en el quirófano; pero me informaron que había ido muy tranquila. Al día siguiente la encontré con sondas en la nariz, en la vejiga y en ambos brazos, y al ver ese espectáculo casi rompo a llorar. Pero -

ella estaba bastante tranquila, hablaba en voz baja, quejándose de que era la primera vez que le ponían sonda en la vejiga, que todo le dolía y que tenía hambre (sólo le suministraban alimento a través de las sondas y así continuaría hasta el fin). Traté de consolarla, diciéndole que los períodos postoperatorios siempre eran pesados, pero que estaba reaccionando muy bien, por lo que debía concentrar su pensamiento en la voluntad de sanar.

Por tres o cuatro días el estado de la paciente parecía que iba mejorando: todavía se quejaba de lo que no le parecía, gritaba o lloraba cuando le hacían las curaciones y aún pedía ésto a aquéllo. Pero yo estaba totalmente confusa, no acertaba más que a darle apoyo, hablarle dulcemente y mantenerme recargada en la cama muy cerca de ella, aún sacrificando mi melindrosa nariz.

Un día la encontré más abatida y me contó que se había puesto muy grave en la noche y que había creído que se iba a morir. Yo no sabía qué contestarle, pues su aspecto me había impresionado pésimamente. Desde entonces comenzó a decaer a ojos vistas. El fin se acercaba con lentitud. La voz era cada vez más débil, ya no podía pelear ni quejarse. Mi tarea se concretaba entonces a acompañarla, sonriendo y hablándole de cualquier cosa que alejara sus sombríos pensamientos, pero ella comenzó a tener alucinaciones visuales, a estar confusa, y desorientada en las tres esferas; sin embargo, cuando yo llegaba me reconocía y hasta manteníamos comunicación verbal normalmente. (Según supe después, las alucinaciones y la confusión mental se debieron a la hipotonía).

Su aspecto físico había cambiado: tenía las mejillas

llas de un encendido color rojo, los ojos inyectados de sangre y el hedor que despedía era atroz. Días antes de su muerte, una vecina de cama murió y en la Sala trataron de que ella no se diera cuenta, pero cuando llegó el marido de la desaparecida a recoger sus cosas, comprobé que lo sabía: volvió la cabeza hacia mí, me miró tristemente y lloró. Opté por leerle un artículo de Selecciones del Reader's Digest, como había - hecho en otras ocasiones, recargada en la cama junto a ella; a veces, dudando de que me escuchara, le preguntaba si quería que siguiese y ella me contestaba que sí, que siguiera, pues estaba muy bonito.

Los dos últimos días la comunicación fue casi en un solo sentido, de mí hacia ella. Bromeaba diciéndole que qué - lindas chapas tenía, haciéndola reír débilmente; o bien le - leía algo para distraerla. El penúltimo día, siguiendo un impulso, le pregunté si quería saber algo de mí, asintió y entonces le platicué algo que aparentemente escuchó con atención.

Al día siguiente subí muy temprano, antes de la hora acostumbrada. Al llegar al piso noté una atmósfera distinta. Los médicos, habitualmente amables, no contestaron mi saludo, y la jefa de enfermeras me hizo una seña negativa con - la cabeza, y dijo que ya no. Alarmada, le pregunté si Carmela había muerto. La jefa me señaló una camilla alta que venían - empujando y contestó que ahí iba. Cubierta con una sábana se llevaban a Carmela...

Mi primera reacción fue de rabia; creo que siempre esperé un milagro, que sanara. Regresé a mi Sección como congelada, fui al vestidor y, sin poder contenerme, lloré, lloré... (El duelo me duró mucho tiempo, y aun redactar ésto me

fue difícil, tardé mucho más que si se hubiera tratado de -
otra cosa). Por fin, pude volver a la Sala a preguntar cómo
había muerto y todos estuvieron de acuerdo en que su muerte
había sido muy tranquila. Una hora antes había platicado con
su enfermera. Murió calmadamente, sólo volvió la cabeza, al
cesar de respirar.

"Dormirás muchas horas todavía
sobre la orilla vieja,
y encontrarás una mañana pura
amarrada tu barca a otra ribera".

Antonio Machado

COMENTARIOS DEL CASO

En el relato del caso clínico anterior se enfatizaron los aspectos transferenciales y contrasferenciales, por considerarlos básicos en este tipo de problemas.

Respecto a mi intervención como psicoterapeuta y - sus logros, poco será lo que pueda afirmar; esta es una de - las dificultades inherentes al problema de la psicoterapia - en moribundos. ¿Cómo se puede evaluar si el resultado del - tratamiento fue bueno? Por supuesto que el difunto no podrá contestarnos, por lo que será nuestra observación, intuición y experiencia la que nos indique si estamos ayudando al paciente.

Si se parte del hecho de que esta intervención fue la primera que tuve con un moribundo, que la realicé sin ninguna clase de supervisión ni de conocimientos teóricos, se - comprenderá la desorientación y la ansiedad que experimenté. Busqué orientación con otros psicólogos, pero sucedió el fenómeno tan característico que ya hemos mencionado: se rechazó o soslayó el tema. Sin embargo, poseyendo ya algunos conocimientos teóricos y evaluando los hechos a distancia, creo que el resultado de mi intervención fue positivo. ¿De qué me valgo para suponer ésto?

Cuando me llamaron a atender el caso, la información que se me dió y que ya describí anteriormente, fue muy pobre. Con tan escasos datos, las metas que me tracé fueron: disminuir el nivel de ansiedad y depresión y, sobre todo, - evitar el suicidio. Tomando en cuenta que la chica causaba

muchos problemas al personal de enfermería con sus exigentes demandas y su constante rechazo de las curaciones y alimentos, y que esta condición fue mejorando, cabría suponer que fue mi tratamiento el que propició este cambio, aunque no podemos afirmarlo con seguridad, pues hay muchas variables de la conducta que no se tomaron en cuenta, ya que no fue una situación experimental, sino clínica, y clínica de emergencia.

Otro hecho que podría apoyar mi aserto es que no se suicidó. Probablemente de todas maneras no lo hubiera hecho, pero tener al personal bajo la tensión provocada por las constantes amenazas del suicidio era ya por sí mismo algo de urgente solución. Y dejó de amenazar. Finalmente, murió tranquila. Por sus antecedentes conductuales, de no haber seguido un tratamiento podría haber muerto presa de emociones violentas, provocando así en el personal y en los demás pacientes el conjunto de reacciones negativas que ya hemos descrito.

En cualquier forma, juzgando retrospectivamente, me doy cuenta de que esta relación significó mucho para mí: el sentirme el apoyo o el sostén de Carmela verdaderamente era una nueva experiencia; sin embargo, reconozco que el control de la situación nunca estuvo en mis manos, por las razones que expuse anteriormente; y, además, siempre negué lo que era evidente, que Carmela no podría sobrevivir, aun cuando ella sí lo supo y, finalmente, lo aceptó con resignación. De tal manera, mis ínfulas de omnipotencia se vieron frustradas de golpe al ocurrir su deceso.

Si hubiera tenido supervisión clínica, todo hubiera sido para mí más fácil y no habría sufrido tanto. Hay que

reconocer, sin embargo, que un tratamiento como el que recibió Carrera es muy poco práctico. El monto de energías que se utilizaron fue exagerado, tanto durante el tratamiento como posteriormente, en la elaboración del duelo. Sería imposible para un solo psicoterapeuta tratar en un año a varios desahuciados en la misma forma. Por eso estimamos necesario realizar una investigación que involucre el estudio de distintos casos, a fin de establecer una técnica más accesible y práctica, que no comprometa tanto el caudal emocional del psicoterapeuta y pueda ser aplicada a mayor número de pacientes mediante su debida divulgación. Al efecto, se instruirá al resto del personal hospitalario acerca de cómo debe atenderse a los desahuciados, para que no agraven las cosas. Antes de referirme a la investigación que proyecto, abordaré varios de los problemas que plantea el caso clínico que narré.

PROBLEMATICA

Es conveniente recordar que la muerte es impredecible, pero hasta cierto punto dependerá de la propia voluntad anticipar o retardar su llegada. Según Freud hay dos instintos básicos: el de eros y el de tánatos. El impulso destructivo encuentra su fundamento en éste. Toda nuestra vida será el resultado de una constante lucha entre ambos instintos.

El caso es que las enfermedades, en grados que fluctúan según el dolor que provocan, a manera de reactivos hacen aflorar la sensación de peligro; hacen que el hombre perciba su vida biológica como algo en cierta forma ajeno, en cuanto

que no esté sujeta del todo al control de su voluntad; le recuerda su carácter transitorio, lo cual exacerba por lo regular el apego á esa incierta, problemática vida, pero en ocasiones su despego, si el dolor que le hace sufrir rebasa los límites de lo tolerable y no ve otra manera de extinguirlo - que la muerte.

Amor a la vida, temor a la muerte, despego a la vida, deseo de morir, solos o entremezclados contradictoria, - conflictivamente, pueden llegar a ser tan intensos que, de meros comparsas, pasen a constituirse en protagonistas de la obra que, teniendo como tinglado a las instituciones hospitalarias, escenifica la enfermedad, facilitando a veces la tarea del médico, dificultándola otras, complicándola casi - siempre. Nadie ignora hoy que fluctuante, mutable, el estado anímico de los enfermos influye mucho en su tratamiento, no sólo en lo que respecta a la pasiva, sumisa cooperación que le toque prestar al médico, sino también directamente.

Lo normal es que, estimulado por la enfermedad, el instinto de la vida haga que el enfermo coopere a su tratamiento. Sin embargo, conforme se prolonga éste infructuosamente, natural es que el enfermo se impaciente o desmoralice, mermando en uno u otro caso su cooperación. Esta explicable actitud de los enfermos puede llegar a alcanzar un grado crítico cuando se agravan hasta el punto de que ellos, o el personal que los atiende, pierden toda esperanza. Por lo que - respecta al personal hospitalario, en la introducción anticipamos cuál suele ser su reacción en tales casos. Por su parte, los enfermos que se saben o creen desahuciados reaccionan en

distintas formas. Cualesquiera que éstas sean, tanto sus reacciones como las del personal complican la tarea del médico, - sobre todo cuando en el enfermo no son unívocas, sino que se entreveran contradictoriamente, al manifestarse a la vez el - instinto de eros y el impulso autodestructivo, el amor a la vida y el temor a ella que, pugnando por predominar, lo colocan en una situación conflictiva, de carácter neurótico en la medida en que no es conciente de ella.

Todo esto suscita interrogantes teóricos en cuanto al manejo que se debe hacer de tales pacientes.

Algunos de dichos problemas son los siguientes:

PRIMERO.- ¿Se debe informar al paciente de que va a morir?

SEGUNDO.- ¿Qué aspectos se deben tocar en su manejo psicoterapéutico?

TERCERO.- Si, como en nuestro caso, los familiares no ayudan al paciente ¿se les debe pedir que sigan tal o cual conducta? ¿y, se puede hacer lo mismo con el personal médico y paramédico que rodean al moribundo, o debe uno circunscribirse a la relación psicoterapeuta-paciente?

CUARTO.- ¿Con qué frecuencia se deben planear las - sesiones?

QUINTO.- ¿El personal no especializado en psicología podría realizar labor psicoterapéutica eficazmente?

I N V E S T I G A C I O N

De las doctrinas psicológicas hasta hoy concebidas cabe deducir aceptables soluciones para los problemas que antes mencionamos. Pero sólo a manera de hipótesis, de instrumentos de trabajo, de verificables puntos de partida para efectuar una investigación que, sobre el terreno experimental, las confirme o refute. Puesto que la teoría no se ha ocupado suficientemente de esos problemas, las soluciones que de ella deducimos tendrán que ser demasiado teóricas y, por ende, sujetas a rigurosa comprobación. Una vez que se haga, podremos establecer una adecuada técnica para que el personal hospitalario ayude a los enfermos desahuciados a encerrar su fin.

Acerca de si se debe informar al paciente de que va a morir, no hay regla general, la información deberá depender más bien de una apreciación serena y objetiva del estado mental del paciente, de sus defensas y de la dinámica de su conducta. Todos tenemos un estilo de vida, igualmente tenemos que desarrollar un estilo de morir. Habrá pacientes que no tolerarían ser engañados, y otros que no resistirían la verdad; por eso, igual que la manera de vivir de cada quien, debe regirse la de morir. Según Wahl, en la mayoría de los casos será mejor decirle que tiene un grave problema, pero que ninguna enfermedad es sin esperanza y que eso debe recordarlo. Así se le brinda la oportunidad de utilizar las defensas de negación y omnipotencia infantil, que le ayudarán a mantener la esperanza y a conservar a resguardo el resto de su persona

lidad, si no tiene los recursos voicos suficientes para aceptar la verdad. Pero ante todo hay que ser sinceros con él y admitir la gravedad del caso para que no sienta incongruente nuestra conducta. De cualquier manera, como dice María Langer, decir la verdad al paciente no significa negarle toda esperanza, ya que es una característica del ser humano mantenerla hasta el final. Pero no hay que sostener la esperanza a base de mentiras o inventos, sino con tacto e intuición, acompañando al enfermo en sus deseos y fantasías.

Por lo que respecta a qué aspectos se deben manejar en un psicoterapia, es precisamente lo que tendremos que dilucidar en nuestra investigación, a pesar de que ya se sepa que una verdadera psicología de la muerte debe estar basada en la suposición axiomática de que la muerte del hombre es siempre el producto final de la historia de su vida, que, en consecuencia, no puede ocurrir fuera de la constelación dinámica de su personalidad, como lo señaló Wilder. Por eso, sólo se puede morir en la misma forma en que se ha vivido: si una persona es inmadura y siempre ha recurrido a la dependencia, no se debe pretender corregir esta personalidad; si otra persona más madura ha enfrentado problemas graves sin desorganizarse, otro tanto podrá hacer ahora. En algunos casos no se podrá más que apoyar al paciente, y en otros se podrán examinar los hechos psicológicos y reales con sinceridad y entereza: la forma de morir depende en última instancia de toda la historia del que muere.

En general, podemos decir que el psicoterapeuta tratará de deshacer aquellas defensas que puedan perjudicar en ese momento el tratamiento, y reforzar aquéllas que puedan -

dar cohesión a su personalidad, y que le permitan enfrentarse con sus ansiedades depresivas y entrever con serenidad el problema de la muerte.

Sin embargo, existen pacientes que nunca enfrentaron conflictos de pérdida sino que, por el contrario, han utilizado sistemáticamente actitudes defensivas de negación o proyección o una intensa actitud paranoide, y el momento terapéutico será el menos indicado para modificar su actitud, por errónea que sea.

Brevemente quiero referirme a la situación transferencial. Tanto Eissler como Joseph aducen que el terapeuta tiene que transformarse en objeto incondicional del paciente, la transferencia positiva debe mantenerse a toda costa, aun por medio de regalitos o acercamientos físicos. En esto estriba básicamente la diferencia de esta psicoterapia, que provee al moribundo de cierto tipo de sentimientos que podríamos llamar afecto intenso, pero de una clase especial, por ser afecto sublimado, que involucra una relación sin culpa, pues según Félix Deutsch "en la regresión que casi siempre se produce en el que va a morir, añora el placer de la seguridad al máximo, y esta relación de afecto entre psicoterapeuta y enfermo fortalece la fantasía de esa seguridad". Por otra parte, la fantasía infantil del padre que amorosamente cuida y protege, fantasía que nunca se satisface del todo en la infancia, se gratificará con el afecto sublimado que le brinda el psicoterapeuta-padre- por lo que se permitirá tener esa fantasía sin culpa. Las manifestaciones clave de ese amor sublimado son: afán de ayudar y anticiparse a las necesidades del paciente . pena-piedad. Estas dos emociones tienen que envolver

gradualmente al psicoterapeuta, pero sin llegar a convertirse en desesperación, que es la emoción que generalmente abrumba a los familiares. El moribundo casi siempre carece de la asistencia psíquica que tanto necesita y que podrían proporcionarle sus familiares, ya que por el contrario, el dolor desesperado que muestran agobia al paciente, minando su resistencia psíquica.

Eissler cita a Heidegger, quien dice que "una psicología del morir da luz más bien sobre la vida del muriente, - que sobre la muerte en sí misma", lo cual es uno de los escollos para una investigación empírica en este campo. Por lo tanto, la nuestra se concretará a preparar psicológicamente - el personal de enfermería para que pueda ayudar al paciente - en los últimos momentos de su vida. Será una técnica en que - el psicólogo rehabilitador propiamente habilitará para la -- muerte, muerte con decoro y dignidad, o bien para levantarse y sobrevivir, pues todos sabemos que un enfermo menos ansioso o deprimido gracias a la ayuda psicológica que recibe, se alientará mejor, es decir, que estará en mejores condiciones - físicas. Simultáneamente estará más dispuesto a obedecer las indicaciones y los tratamientos médicos prescritos, lo cual - puede ayudarlo a sobrevivir.

También ayudando psicológicamente al enfermo grave, desempeñamos una función social: si logramos que el enfermo - muera en paz, damos a sus deudos la posibilidad de elaborar - mejor el duelo y la pérdida del ser querido.

Por la falta de tiempo y las condiciones tan distintas que involucra un tratamiento para el moribundo, el modelo

será totalmente distinto a una psicoterapia de tipo clásico. Ya mencionamos las dificultades (dolor desesperado) para que la familia ayude al enfermo. Por eso, en este caso, creemos justificado orientarla acerca del manejo que se debe hacer - del paciente, inclusive en algunos casos se deberá hacer psicoterapia de grupo con la familia, y tal vez de este modo no sea necesario tratar psicológicamente al enfermo; en otros - casos se deberá tratar a ambos.

En el grupo familiar del moribundo se habrán de generar ansiedades y las defensas correspondientes, ocasionando una redistribución de papeles entre sus miembros. Informar la verdad sobre el estado del enfermo puede suscitar en sus - familiares, desde los niveles más regresivos de comportamiento, hasta los más integrados. Por eso es necesario ponerse en contacto con el miembro de la familia (padre, madre, esposo, hermanos, etc.) que conserve más de su personalidad intacta, porque será necesario tomar decisiones que comprometan la dinámica grupal en su funcionamiento cotidiano, y lo lleven rápidamente a modificar sus habituales pautas de comportamiento. Algunos de sus miembros pueden significar una influencia dañina para el enfermo, otros al contrario; en tal caso, a los primeros se les deberá pedir que espacien sus visitas, y a los - segundos que sean más frecuentes.

Es obvio que no debemos elaborar reglas demasiado - rígidas ni simplificar demasiado, pues hasta cierto punto cada paciente requerirá distintas condiciones en su tratamiento; lo mismo cabe decir acerca del número de sesiones y sus intervalos. Lo que se puede recomendar en todo caso, es prometer - siempre una siguiente sesión, no hablar nunca como si el enfer

no ya no tuviera futuro: ésto le servirá para mantener la es
peranza, si no de aliviar, si de prolongar su existencia -
hasta la siguiente sesión.

Otros factores, como el de continuar el tratamiento
médico igual que antes, sin intensificarlo o disminuirlo; el
de persistir con ciertas prácticas de frívola vanidad, como, -
según el sexo, maquillar o rasurar a los moribundos, o pres
tar mucha atención a problemas orgánicos adyacentes al princi
pal, serán útiles para mantener viva la esperanza y una imagen
no tan devaluada de sí mismo. Por ejemplo, si al que padece -
un avanzado cáncer pulmonar le duele una muela, será convenien
te que lo atienda el dentista.

Evidentemente, muchas otras cuestiones se presenta
rán en el curso de nuestro estudio y tendrán que irse investi
gando. Las interrogantes que señalamos con anterioridad, sólo
son puntos de partida.

No hay que olvidar que el psicoterapeuta es colabora
dor del médico, que el fin que ambos persiguen es el mismo, -
aunque por el dualismo cartesiano, mente-cuerpo, en que se di
vidió al hombre para facilitar el estudio científico de los -
fenómenos físicos ajenos a los espirituales, que por su comple
jidad escapaban a la investigación científica, a veces se pier
da de vista que los fenómenos biológicos y psicológicos van es
trechamente unidos y que tanto los unos como los otros son par
tes del mismo objeto de investigación: el hombre. En todos los
casos que se dé psicoterapia a un enfermo, se debe trabajar en
estrecha colaboración con el galeno; es necesario mantener co
municación constante con él, ya que es el único indicado para
informar del estado real de la salud del paciente, de los tras

tornos de conducta que se deben a la enfermedad o a efectos de los medicamentos; y, además, porque cuando el psicoterapeuta crea necesario que se administre un psicofármaco, deberá solicitarlo al médico encargado del caso.

La investigación consistirá en ampliar nuestro panorama de la psicología del moribundo; y encontrar el modo más eficaz para que el personal de enfermería pueda hacer un manejo psicoterapéutico de este tipo de pacientes; y hacer una recopilación de actitudes hacia la muerte. Todo ello para efectos de divulgación, con fines preventivos.

Un tratamiento psicoterapéutico para el moribundo involucra muchas dificultades, sobre todo si se trata de un manejo hospitalario, ya que tanto psicólogos como otros especialistas de la conducta tienen demasiado ocupado su tiempo para poder dedicarle la atención que requiere; por eso planteamos la necesidad, y en esto consiste lo más importante de la investigación, de habilitar al personal de enfermería para que dé psicoterapia a los moribundos que lo requieren, además de que estén preparados para hacer un manejo psicoterapéutico con todos los enfermos graves en general.

Preparación tan especializada en personal lego en la materia, es difícil de conseguir. De ahí que para posibilitar su ayuda sea necesario que obviemos sus deficiencias preparándoles, con carácter provisional mientras llevamos a cabo la investigación, un número controlable de fórmulas de prescripciones genéricas, conforme a las cuales deban aplicar su ayuda a los desahuciados, aunque creemos que básicamente no son las fórmulas las que ayudarán, sino la intuición y el interés en satisfacer las necesidades específicas del moribun

do.

Tal preparación sería accesible para cualquier hospital, pues no se requieren instalaciones ni presupuestos especiales.

Para empezar, proyectamos que se convoque al cuerpo de enfermeras y se seleccione, según el criterio que nos fijemos, tras su estudio psicológico y una entrevista. El estudio psicológico consistirá en la aplicación de la prueba - Raven de inteligencia, Machover e Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnessota. Las características que sería preferible que tuvieran las candidatas son:

1o.- Tener la voluntad de ayudar al moribundo y la capacidad de ver en él profundamente, no como un mero escrutinio de sus actitudes hacia la vida o la muerte, sino en toda su inteeridad.

2o.- Cierta grado de madurez emocional: esta cualidad se refleja en la flexibilidad, facilidad para el acercamiento afectivo, sensibilidad, etc.

Ya seleccionadas, el psicólogo las instruirá teóricamente y supervisará sus casos clínicos. Ambas cosas serán colectivas, para que se enriquezca la experiencia de cada una con la de las demás, y para que se aproveche mejor el tiempo. En los casos que presenten francos trastornos de tipo psiquiátrico, se requerirá que les supervise el psiquiatra. Mismo que nunca estará de más que asista a las sesiones para brindar su valiosa experiencia, dando sus puntos de vista acerca de los casos que se están tratando.

Sería conveniente que las enfermeras seleccionadas

se turnaran, para evitar el desgaste emocional exagerado.

Dentro de los primeros temas que se abordarán en el adiestramiento de las enfermeras figuraría la tesis de que la muerte es un proceso natural al que se va uno acercando - desde el momento mismo de la concepción, que la medicina tiene como meta final no el evitarla sino el retrasar su llegada, procurando en el ser humano un grado óptimo de salud, pero que inevitablemente la muerte llegará a toda materia viviente. Cuando la muerte llegue hay que aceptarla, puesto que forma parte del proceso biológico y es la culminación de toda existencia, no la derrota de la medicina, que se situaría en el campo del fracaso constante si pretendiera abolirla.

Se elegirá a los desahuciados según su conducta; es decir: se aplicará psicoterapia a los enfermos graves que se resistan a las medidas prescritas por los médicos, o que presenten francos trastornos mentales.

Las metas del tratamiento serán: Mitigar el terror a la muerte y al proceso de morir, para que no afecten negativamente a la enfermedad; y capacitar a los desahuciados para que mueran serenos, dignamente y en la máxima posesión de sus facultades que su estado permita.

Con las notas que las enfermeras tomen durante las sesiones, se hará una recopilación a fin de tener una visión global de los fenómenos más comunes que se presentan en este trance, y ver las soluciones que se han dado a los problemas que se presentan. La referida recopilación y subsecuente análisis harán que las enfermeras adquieran una preparación adecuada para ayudar psicoterapéuticamente a todo los demás hospitalizados y encaminar a sus compañeras en casos similares. De -

tal modo, tanto las enfermeras seleccionadas como sus compañeras se irán capacitando para determinar cuándo necesitan ayuda del psicoterapeuta los enfermos y podrán hacerlo saber al médico que los atiende para que, si lo estima conveniente, la prescriba.

Abstracción hecha de que la investigación en proyecto loare o no los resultados específicos que se propone, al procurarlo divulgaremos lo necesario que en los centros hospitalarios es el tratamiento psicológico, como complemento del que recuiera la enfermedad en su aspecto somático, combatiendo así la deshumanización a que propende la medicina al socializarse; deshumanización que no sólo no incrementa su eficacia, sino que suscita problemas como el que nos ocupa.

Es explicable que los centros hospitalarios procuren pasar por alto los aspectos personales de los enfermos en su afán de aplicar masivamente la medicina, pero al hacerlo así la desvirtúan, le restan eficacia; la aplican a mayor cantidad de enfermos pero en perjuicio de la calidad, perjuicio que está abocado a subsanar el psicólogo.

Como consecuencia de esa utilitaria, pragmatista pero deshumanizante propensión, los centros hospitalarios tienden a tratar a los pacientes como a pasivas cosas, como meras cifras, y los miembros del personal que los maneja tiende a robotizarse. Sin embargo, la cercanía de la muerte hace que en éstos afloren sentimientos muy personales, pero en vez de encauzarlos positivamente, optan por reprimirlos, por rehuir al moribundo en lugar de incrementar la atención que entonces, más que nunca, requiere. En esta forma ponen a salvo su robotismo, pero desvirtúan su actuación en perjuicio del enfermo; olvi



den que a ellos se confía el enfermo al internarse, prescindiendo de sus allegados, sin que por eso deje de necesitarlos, y que suplirlos hasta donde sea posible es función de quienes los atienden, sobre todo en trances como el que nos ocupa. Es de advertir, sin embargo, que no son ganas ni buenos sentimientos lo que les falta, sino sólo adecuada orientación. De ahí que sea tan necesaria la que proyectamos impartirles. De conseguirlo, coadyuvaríamos a mejorar el ambiente hospitalario, a humanizarlo en beneficio de los enfermos y del personal que los atiende.

CONCLUSIONES

I.- Puesto que la medicina tiene por misión, no sólo curar, sino también mitigar los sufrimientos que la enfermedad causa, las instituciones hospitalarias únicamente - la cumplirán del todo si son capaces de disminuir el mayor de esos sufrimientos, el que ocasione la inminencia de la muerte.

II.- Que cuando el médico que lo atiende no tenga ya nada que hacer con el enfermo, pueda el psicólogo continuar ayudándolo hasta el final, pone de relieve la importancia de su intervención, no sólo como ayudante del médico o supliendo a los familiares y auxiliares espirituales del enfermo, sino por sí mismo.

III.- Además de somáticas, la enfermedad tiene por lo general manifestaciones psicológicas, pero, en cuanto que las causa a todos, es sólo una, y como tal debe ser tratada. Médico y psicoterapeuta tienen pues la misma meta, no obstante que para alcanzarla sigan distintos caminos. En consecuencia, deben coordinar su acción cuanto sea posible, para no estorbarse y perturbar al enfermo innecesariamente.

IV.- Mientras vive, el hombre se prepara siempre para continuar viviendo, nunca para morir, y si ya morir es doloroso, morir entre extraños, tiene que provocarle reacciones inusitadas, pero que sin embargo se pueden tipificar, esto es: predecir y, por consiguiente, remediar, atemperar e, inclusive, prevenir en considerable medida.

V.- Tales reacciones las provoca la cercanía de la

muerte no sólo en el abocado a ella, sino también a sus allegados y al personal hospitalario que lo atiende, de modo que para tratarlas cabalmente hay que preparar al respecto a cuantos lo rodean.

VI.- La preparación psicológica del personal hospitalario debe consistir ante todo en inducirlo a que admita la muerte, es decir: a que la considere como algo natural y, tarde o temprano, inevitable, no como fracaso del hospital, que cumple plenamente su misión si ayuda al enfermo cuanto sea posible hasta que expire. Mientras el personal no se prepare así, sus negativas reacciones incrementarán las del moribundo.

VII.- Sólo cuando el mismo personal hospitalario esté emocionalmente preparado, podrá instruirse acerca de cómo tratar a los desahuciados para que no se trastornen ante la inminencia de su muerte. Si el personal no está capacitado para afrontarla, menos lo estará para conseguir que el moribundo lo haga serena, equilibradamente.

VIII.- La capacitación emocional y técnica del resto del personal hospitalario, prevendrá no sólo sus propias reacciones negativas, sino también las de los desahuciados, disminuyendo así el número de los que deba atender el psicoterapeuta, que de otro modo no podrá atender a todos.

IX.- Es necesario que el psicólogo imparta desde luego instrucciones generales, mientras las especiales que requieran los distintos casos que puedan presentarse sean puntualizadas por la vía experimental, mediante una investigación que tenga por finalidad redondear una técnica que habilite para afrontar la muerte en forma serena, equilibrada y sin excesivos sufrimientos.

X.- Aisler, cuando no abandonar de plano a los enfer

mos sin remedio, como a cualquier objeto sin compostura, no -
es sino una de tantas manifestaciones del sentido excesivamen_
te pragmático, utilitario de la medicina contemporánea, de la
deshumanización a que tiende al socializarse. Rehumanizarla es
tarea del psicólogo; un reto que no puede eludir.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Deutsch Félix
Euthanasia
A Clinical Study, Psychoanalytic Quarterly, 1936.
- 2.- Dupont Marco Antonio
El Paciente que va a Morir
Trabajo presentado en la Asociación Psicoanalítica
Mexicana A.C. en julio de 1972.
- 3.- Eissler K. R.
The Psychiatrist and the dying Patient.
Int. University Press, N. York, 1955.
- 4.- Fenichel Otto
Teoría Psicoanalítica de las Neurosis
Editorial Paidós, Argentina 1966.
- 5.- Freud Anna
El Yo y los Mecanismos de Defensa
Editorial Paidós, Argentina 1965.
- 6.- Joseph Florence
Transference and contratransference in the case of
a dying patient
Psychoanalysis and the Psychoanalytic Review, 1962.
- 7.- Kass Leon R.
Death as an Event: A Comentary on Robert Morrison
Science Review, E.U.A. 1971.
- 8.- Langer Marie
El Miedo a la Muerte. Psicología y Cáncer
Ediciones Hormé, Argentina 1965.

- 9.- Lifton M. Walter
Trabajando con Grupos
Libreros Mexicanos Unidos, México 1965.
- 10.- Segal Hanna
Introducción a la Obra de Melanie Klein
Editorial Paidós, Argentina 1970.
- 11.- Wahl William Charles
Management of Death and the Dying Patient
Little Brown and Company, Boston 1964.