



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS  
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

**Especialización en PsicoOncología**

**CONCIENCIA DE LA PROXIMIDAD DE LA MUERTE  
EN UNA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA  
CASO ANA**

**¿Qué características adquiere en la paciente la toma de conciencia de la proximidad de la muerte? ¿Qué significado tiene la muerte para ella?**

**Autor: Psic. BlancaLida Martínez**

**Tutor Disciplinar de Contenido: Lic. Graciela Cuello**

**Orientador Metodológico: Lic. Esp. Carina Ponce**

**Directora: Dra. María Bosnic**

**Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina**

**Junio, 2016**

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	Pág. 1
<b>CAPITULO 1: MARCO TEÓRICO</b>	
1. Algunos Conceptos sobre Cáncer y Cuidados Paliativos	Pág. 5
1.1 Distintas Perspectivas sobre La Muerte	Pág. 9
1.2 Modelos de Adaptación ante La Muerte	Pág. 14
1.3 Conciencia de la Proximidad de La Muerte	Pág. 17
<b>CAPITULO 2: Aspectos Metodológicos</b>	Pág. 21
<b>CAPITULO 3: Presentación del Caso Ana</b>	Pág. 24
<b>CAPITULO 4: Descripción y Análisis del Caso Ana</b>	Pág. 28
<b>CONCLUSIONES GENERALES</b>	Pág. 38
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	Pág. 42

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es requisito para la acreditación de la Especialización en PsicoOncología que se dicta en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, cuyo título es: *Conciencia de la Proximidad de la Muerte en una Paciente con Cáncer de Mama. Caso Ana.*

El propósito del escrito es destacar la profundidad que muchos pacientes logran darle al tema de la muerte, conocer el significado que tiene para ellos, y la forma en la cual aceptan, de manera positiva, la muerte como parte de sus vidas. Es una característica que no todos los pacientes poseen y, dependiendo de muchos factores (culturales, familiares y de personalidad), es probable que pueda ser facilitada.

El caso clínico a partir del cual se realiza el presente trabajo es el de una paciente de 49 años de edad llamada Ana, quien es diagnosticada de cáncer de mama. Ana recibe el diagnóstico, de parte del equipo médico en el Hospital Militar de Maracaibo- Edo. Zulia, en la ciudad de Venezuela. Luego de la primera intervención para extraer el tumor de la mama izquierda, es remitida al servicio de psicología del hospital, donde se establece el primer contacto con ella, a propósito de las pasantías realizadas en la carrera de Psicología.

En principio, la preocupación de la paciente está orientada a familiarizarse con las circunstancias que tendría que atravesar durante el tratamiento a realizar (quimioterapia), que se efectuaría en otro Hospital, y la forma en la cual abordaría a sus familiares. Sin embargo, al transcurrir los meses, su situación cambia radicalmente, así como también el pronóstico de la enfermedad.

Cabe aclarar que durante los estudios de Psicología cursados en Venezuela fue posible evidenciar la dificultad que ejerce la cultura de éste país, tan

“conservador”, con respecto a temas como la vida y la muerte, temas que deben abordarse con confianza y franqueza.

A propósito de la toma de conciencia de la proximidad de la muerte Benito, Barbero y Dones (2014) formulan los siguientes conceptos:

A pesar de la incapacidad que parece tener actualmente nuestra cultura para integrar la vivencia de la muerte en la propia biografía, Occidente, a lo largo de los siglos, ha reflexionado ampliamente sobre esta cuestión. La aproximación a la historia de nuestras ideas, que incluye de un modo central la reflexión sobre la muerte, puede ayudar muchísimo a los profesionales de la salud que acompañan a las personas en su etapa final de la vida.

El proceso de morir se inicia con la conciencia –más o menos velada- de proximidad de la muerte. Pocas son las personas que viven esta certeza sin rechazo, con aceptación y serenidad, y con la determinación de entrar con conciencia clara ante la muerte, apropiándose o consintiendo. Más frecuente es observar que la proximidad de la muerte despierta en muchas personas un cúmulo de estados anímicos, a veces alternantes y siempre intensos, movidos por el temor y el deseo de aferrarse a la vida. (p. 90)

Es por ello que, desde la PsicoOncología, es importante el estudio de la conciencia respecto a la propia muerte, que posee cada paciente que atraviesa etapas finales en la evolución de la enfermedad. Además, ésta toma de conciencia suele tener conexión con la forma como transitan cada una de las etapas del proceso oncológico.

Por cierto, la proximidad de la muerte, propia y ajena, genera diferentes emociones y reacciones. En relación a éste tema el filósofo griego Epicuro (s.f.) formula que:

El más terrible de los males, la muerte, nada es para nosotros, porque cuando nosotros somos, la muerte no está presente y, cuando la muerte está presente, entonces ya no somos nosotros. En nada afecta, pues, ni a los vivos ni a los muertos, porque para aquéllos no está y estos ya no son. (Bayes, 2006, p. 26).

La conciencia de la proximidad de la muerte es un término que describe la experiencia de las personas durante el proceso próximo a la muerte, y especialmente durante la agonía. La información surge de múltiples observaciones y descripciones puntuales. Al atravesar estas experiencias los pacientes suelen describir su representación de la muerte, y también es posible que expresen lo que necesitan para tener una muerte pacífica y tranquila. El lenguaje que habitualmente utilizan para describir estas experiencias suele ser un lenguaje simbólico. (Marchand, 2006, p.7)

Benito, Barbero y Dones (2014) explican que la muerte es un paso iniciático, quizás el más radical de todos en el que se abandona el terreno conocido para ingresar a otro desconocido. Y aclaran que más allá de lo traumático que pueda ser, si la persona se prepara debidamente, éste acontecimiento puede pasar a ser significativo y trascendente. (p.42).

Respecto al presente trabajo se compone de cuatro capítulos. El primer capítulo corresponde al Marco Teórico en el que se hace referencia a conceptos centrales relacionados con el tema sobre el cual está referido el estudio de caso, con éste fin se define cáncer y cuidados paliativos; también se describen distintas perspectivas sobre la muerte y los modelos de adaptación ante la muerte; para luego desarrollar el concepto de conciencia ante la proximidad de la muerte. Con éste fin se han consultado fuentes primarias y secundarias, entre los que se incluyen libros, tesis, revistas científicas, apuntes ofrecidos por los docentes de la Carrera, y diversos artículos de distintos sitios de la Web.

En el segundo capítulo se expone el problema, se describen los objetivos, y demás aspectos metodológicos. En el tercer capítulo se presenta el Caso Ana, para posteriormente describirlo a partir de la selección de fragmentos de entrevistas. Posteriormente, en el cuarto capítulo, se analiza el material clínico, y se finaliza el trabajo con el desarrollo de las Conclusiones y el detalle de las Referencias Bibliográficas.

# **CAPITULO I**

## **MARCO TEORICO**

## **1. ALGUNOS CONCEPTOS SOBRE CANCER Y CUIDADOS PALIATIVOS**

La palabra cáncer tiene su origen en el vocablo griego karkinos, que significa cangrejo. Desde la más remota antigüedad se ha relacionado esta enfermedad con el cangrejo, tal vez por la dureza de algunos tumores, o porque muchas veces en su evolución producen compresión y dolor en el sitio donde asientan. En el caso particular del cáncer no se trata de una única enfermedad, sino de un conjunto de entidades que pueden originarse en distintos tejidos, en diferentes órganos, diagnosticados en diversas etapas de su evolución, y que pueden seguir cursos de evolución muy variables. (Montesinos y Ferrandini, 2012, p. 11)

De acuerdo a los datos estadísticos sobre cáncer de mama, presentados por el Dr. Montesinos (2015), se trata del tumor maligno más frecuente en la mujer. En Argentina la incidencia es de 70 casos nuevos por año, por 100.000 habitantes, y representa la primera causa de muerte por cáncer en la mujer adulta. Por último, menciona que se calcula que 1 de cada 8 mujeres que alcancen la edad de 85 años podrá desarrollar esta neoplasia durante su vida. No obstante, debido al diagnóstico en estadios tempranos y a una mayor efectividad de los tratamientos actuales, se observa que ha disminuido el porcentaje de muertes por cáncer de mama en los últimos años.

El cáncer es una enfermedad que se inicia a partir del crecimiento descontrolado de células del organismo que terminan desplazando a células normales. Cada tipo de cáncer presenta características distintas respecto a su tratamiento, evolución y pronóstico. Se aclara que en el presente estudio sólo se caracteriza el cáncer de mama, en tanto es la patología del caso clínico que posteriormente se describe.

El cáncer de mama es hoy, a diferencia de hace 15 años atrás, una de las enfermedades con mayor incidencia en la mujer adulta de América Latina y el Caribe. En México el cáncer de mama es la primera causa de mortalidad por

tumores malignos entre las mujeres, y constituye la segunda causa de muerte en la población femenina de 30 a 54 años. (Knaul, Arreola- Ornelas, Lozano y Gómez Dantés, 2013, pag. 1).

En el artículo publicado por *The University of Maryland Medical Center* (2012) se describe la existencia de dos tipos histológicos principales: el carcinoma ductal, que se origina en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón. La mayoría de los tumores corresponde a este tipo histológico. Y también describe el carcinoma lobulillar con origen en los lobulillos (que producen leche).

Allí también se explica que éste tipo de cáncer puede ser invasivo, o no serlo. Es decir que puede propagarse a otros tejidos en la mama; o ser no invasivo y no haber invadido otros tejidos mamarios. Este último se denomina *in situ*.

Por último, entre los factores de riesgo que el artículo enumera se describen: edad y sexo, antecedentes familiares de cáncer de mama, mutaciones genéticas, edad de inicio del ciclo menstrual o menarca, consumo de alcohol, hormonoterapia previa, obesidad y radiaciones.

Respecto a los tratamientos indicados para este tipo de cáncer se incluyen cirugía, quimioterapia, terapia hormonal, terapia biológica y radioterapia. E incluso a menudo se indican más de un tipo de tratamiento. (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2015).

En diferentes países que promueven la lucha contra el cáncer se han impulsado investigaciones referidas a las reacciones emocionales de las pacientes ante el diagnóstico y los tratamientos oncológicos, y también se ha estudiado la influencia de las intervenciones psicológicas en la calidad de vida. Por ejemplo en el trabajo realizado por Torrico Linares, Santín Vilariño, López López y Villas (2003) el cáncer se describe como un evento que rompe la dinámica de la vida del individuo que lo padece, en el que además de los efectos inmediatos que se

inician a partir del diagnóstico, también se deben considerar los efectos colaterales de los tratamientos, y las secuelas psicológicas y físicas de intervenciones quirúrgicas, cuando son indicadas; siendo frecuentes las reacciones emocionales de ansiedad y/o depresión.

Otro ejemplo es el artículo de Mesquita Melo, Magalhães da Silva, De Almeida, Carvalho Fernández y Mota Rego (2007) en el que se señala que el cáncer de mama tiende a generar sentimientos de miedo, tristeza y negación en la mujer, y también en los familiares. Estos autores llevaron a cabo un estudio descriptivo con 15 familiares de mujeres mastectomizadas, en los que el miedo estuvo muy presente, tanto a partir del diagnóstico como frente a la noticia de la cirugía, concluyendo que ambos eventos producen un impacto significativo en la familia.

A propósito de los estados emocionales de las pacientes con cáncer suelen manifestarse períodos ansiosos-depresivos, con sensación de muerte inminente, llanto frecuente, insomnio, irritabilidad, temor por los efectos de los tratamientos oncológicos, por los cambios en la imagen corporal, percepción dolorosa por falta de control, inactividad, debilitamiento general, además de otros síntomas. (Peña Guerra, Fonseca Peña y Meireles Aldana, 2012, párr.5).

En definitiva, a partir de estos estudios y de muchos otros, se puede inferir que los espacios de atención psicológica deben ofrecerse desde el momento de la consulta oncológica, durante las hospitalizaciones, tratamientos y demás circunstancias relacionadas con la enfermedad, para facilitar el afrontamiento y el acompañamiento de las pacientes en las distintas etapas del proceso.

Para el desarrollo y la atención psicooncológica se proponen diversas modalidades terapéuticas según distintos enfoques teóricos: apoyo emocional; terapia de entrenamiento en afrontamiento cognitivo-conductual, con el propósito de modificar esquemas disfuncionales de afrontamiento con respecto a la enfermedad; terapia psicodinámica; terapia familiar sistémica; terapias de enfoque

cognitivo-conductual, para cambiar las creencias irracionales ante la enfermedad, trabajando en el aquí y el ahora; y relajación, para controlar la ansiedad que muchas veces es causada por el dolor físico o anímico según el tipo de cáncer.

Por otra parte, la Medicina Paliativa participa en la atención activa y total de los pacientes y sus familias a través de una unidad multiprofesional, cuando la enfermedad ya no responde a tratamientos curativos, y cuando la expectativa de vida en el paciente es corta. Sin embargo, hay que aclarar que actualmente estos cuidados también pueden ser indicados en las primeras etapas de evolución de la enfermedad.

La palabra “paliativo” deriva del vocablo latino pallium, que significa manta o cubierta. Así, cuando la causa no puede ser curada, los síntomas son “tapados” o “cubiertos” con tratamientos específicos, como por ejemplo analgésicos y antieméticos. (Cía Ramos, Fernández, Boceta, Duarte, Camacho, Cabrera,...y Vinuesa, 2007)

Cía Ramos y otros (2007) explican que los cuidados paliativos (CP) pretenden dar una respuesta profesional, científica, humana y coordinada a las necesidades del paciente en situación terminal, a su familia y/o personas cuidadoras, desde una perspectiva de atención integral, y a pacientes con enfermedades oncológicas y no oncológicas, y de cualquier edad. El objetivo es favorecer a que el paciente viva con dignidad la última etapa de su vida, en lo posible sin dolor insoportable, aliviando el sufrimiento anímico, conservando la capacidad de comunicarse afectivamente con su entorno, propiciando la posibilidad de tomar decisiones respecto de su cuerpo y su propia vida, y respetando su convicciones y valores. (p. 11).

Respecto a los criterios para catalogar a una enfermedad como terminal la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (s.f.) considera los siguientes:

Diagnóstico seguro de una enfermedad avanzada, progresiva y sin posibilidades de curación. Habitualmente se relaciona a enfermedades oncológicas, pero comprende también la insuficiencia no trasplantable de órganos (Insuficiencia cardíaca, EPOC, daño hepático crónico, insuficiencia renal sin hemodiálisis, enfermedades neurológicas degenerativas Alzheimer, accidente vascular encefálico), enfermedades infecciosas en las que se desestima el tratamiento, etc. Falta de respuesta al tratamiento específico. Pronóstico de vida no mayor a 6 meses. Numerosos síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes. Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico. Se ha utilizado el pronóstico de vida no mayor a 6 meses no con el fin de restringir los beneficios a un período de tiempo, sino como método de establecer un pronóstico vital reservado. (López, Nervi y Taboada, s.f., p. 10-11).

En síntesis, hay pacientes en los que la enfermedad progresa hasta una fase avanzada, más allá de haber sido tratada (cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, etc.), para la cual, posteriormente, no se dispone de ningún otro tratamiento curativo. Sin embargo a éstos pacientes se les puede ofrecer cuidados paliativos que favorecen su calidad y también la de sus familias.

## 1.2 DISTINTAS PERSPECTIVAS SOBRE LA MUERTE

En tanto que el tema central del escrito es dar cuenta de la conciencia de la proximidad de la muerte a través del análisis de un caso clínico, es que uno de los temas a considerar es la definición que diversos autores han formulado sobre la muerte. A continuación se articulan y destacan algunos conceptos.

A lo largo de la historia se observa que la muerte es y ha sido un tema de curiosidad tanto en la antigüedad como en la actualidad. Así es que existen diversas ideas y reflexiones intelectuales, filosóficas, espirituales y psicológicas acerca de la muerte que intentan aportar sentido a este acontecimiento tan importante para la humanidad. Desde esta realidad histórico-cultural es que valores y creencias se transforman en actitudes personales ante la muerte.

La muerte es universal y nadie escapa de ella; sin embargo, cada cultura la ha vivido y la ha asumido de diferentes formas, de acuerdo con el concepto previo sobre el hecho, controlado por todas las creencias que una sociedad específica tenga del morir, del cuerpo y del más allá. A lo largo de los años, lo que se entiende como proceso de Buena o Mala Muerte ha variado, lo que hace que se busque acceder de alguna manera a la forma correcta. (Centeno Soriano, 2013, p. 34 -35).

En primer término existe un conocimiento nocional de la muerte, según lo explican Benito, Barbero y Dones (2014), pues nadie ha contado sobre su propia muerte. Aclaran que al experimentar la muerte de un ser querido se logra un acercamiento existencial al significado de ser mortal, y agregan que: “La muerte está impregnada de contenido social, cultural y relacional. Acompañar a morir requiere también dar soporte al entorno significativo de la persona que se muere, porque el que sobrevive también muere un poco”. (p. 73 - 75).

Posiblemente resulte más fácil enfrentarse a la muerte cuando se tiene la convicción de que el tiempo previsto se ha agotado, cuando se siente que se han logrado propósitos en la vida, cuando se está satisfecho de lo vivido, y cuando se está listo para el cambio.

Como lo expresa la Dra. Bosnic en sus clases: “la muerte psicológica acontece mucho antes que la muerte física”, por lo cual las sensaciones que la preceden serán muchas y variadas, y dependerán de variables personales, espirituales, familiares, sociales y culturales. Como también advierte que: “cada persona muere según cómo ha vivido”.

Bravo Mariño (2006) refiere que el gran temor del mundo occidental se relaciona con la incertidumbre ante la muerte, y reflexiona que si hubiera una mayor comprensión de la vida sería más fácil entender que a todo fenómeno vital le sigue un declive, y luego un nuevo comienzo. Para él la muerte es un tránsito y un descanso, como un amanecer y un anochecer, o una despedida y un encuentro, o también una realización y una promesa, o una partida y una llegada; por lo cual concluye que la vida no comienza con el nacimiento ni termina con la muerte. (P. 3).

Por su parte, Avendaño (s.f.) define la muerte desde un criterio forense y también biológico. La primera definición refiere a: “la abolición definitiva, irreversible y permanente de las funciones vitales del organismo”. (p. 50). Y la segunda a: “conjunto de procesos con profundas manifestaciones ligadas al metabolismo y la bioquímica celular, procesos variables según los individuos y las circunstancias”. (p.50).

Además expresa que, “la muerte no se consume de un solo golpe, se propaga”. Quiriendo explicar que la interrupción de las funciones del cuerpo no se da en un solo momento ni completamente, pues se trata de un proceso progresivo y

paulatino; incluso afirma que los seres humanos presentan tejidos que siguen sus procesos de muerte luego del fallecimiento.

Y por último menciona que en un principio se conceptualizaba la muerte como la detención definitiva de la actividad cardiocirculatoria, más el cese del pulso y los latidos cardiacos; en tanto que en la actualidad también se hace referencia a la interrupción definitiva de la actividad cerebral. Es decir, que la definición de la vida y la muerte cambia y evoluciona.

Asimismo Gutiérrez Samperio (2001) define la muerte desde un enfoque médico como un evento ineludible con el que termina el ciclo vital de todo ser vivo, y como un fenómeno irreversible. Además, señala que los enfoques médicos sobre la muerte también presentan una evolución, pues observa que la medicina de otras épocas ponía el énfasis en mantener la vida del paciente, sin tener en cuenta otras cuestiones que no fueran físicas y biológicas, en tanto que en la actualidad es prioridad el bienestar físico y emocional.

Desde una perspectiva psicológica la muerte se considera como un proceso, y no como un estado puntual. Por ejemplo, en el caso del paciente que padece una enfermedad terminal va muriendo de a poco, va despidiéndose del amor, de sus ilusiones y de sus esperanzas; proceso en el que aumentan sus miedos por lo que vendrá y que no conoce, angustia por el sufrimiento de los últimos días, y pena por sus familiares; del que también participan sus seres queridos y allegados. (Blanco Picabia, 1993) (Colell Brunet, 2005, p. 13).

Bayes (2006) explica que la muerte psicológica afecta con menor o mayor intensidad, dependiendo de la circunstancia en las que se encuentre la persona, y según su contexto social, cultural y biográfico. Para éste autor la muerte psicológica supone la aceptación del final de la vida y de lo que está por ocurrir, por lo cual la persona es consciente y acepta plenamente lo que está viviendo, y además se prepara espiritualmente para ello. Y afirma que: “la muerte psicológica

plenamente aceptada es adaptadora. En la fase de aceptación, la persona es capaz de seguir viviendo el presente con una sensación de paz interior”. (P. 34,36).

Este autor menciona una investigación llevada a cabo en España (Barcelona y Valencia) a propósito del tema de la muerte en la que participaron 600 estudiantes universitarios, de los cuales el 95.6% tenían menos de 25 años, como resultado de la cual se obtiene que el 71% de los estudiantes encuestados consideran la muerte como algo irreal y lejano. En consecuencia, esto indica que para muchos la muerte es algo sin importancia en el presente. Ante éstos resultados expresa que mientras exista menos información y mas rechazo hacia la muerte, más difícil será lograr una muerte psicológica plenamente aceptada.

Otra perspectiva a considerar es la que aporta la Tanatología, disciplina cuyo nombre proviene de Thanatos (Dios griego de la muerte), hijo de la Noche y de Hipnos; es decir que la Tanatología es la ciencia de la muerte y sus manifestaciones; o también, la ciencia de la muerte y del morir”. (Martínez Bouquet, 1995, p. 25).

Martínez Bouquet (1995) explica que la nueva Tanatología se basa en el principio de “cuidar más allá de curar”, siendo algunos de sus principales propósitos el disminuir el sufrimiento del paciente a través de los cuidados paliativos, mejorar su calidad de vida, preparar para la muerte, promover a un aprendizaje de esta experiencia trascendente, y motivar a la reconciliación con la vida. Incluso aclara que también se ocupa de la familia del enfermo durante el proceso de la enfermedad y luego de la muerte, en los duelos, y en la reestructuración necesaria que sufre el sistema familiar luego del deceso. (p. 25).

Bravo Mariño (2006) señala que las variantes tradicionales de la Tanatología se ocuparon de cadáveres, en cambio la nueva Tanatología se ocupa de las

personas, de la atención a los pacientes con enfermedad terminal, de sus familias, y también de sus allegados. (P. 8).

En este sentido es que Ávila Funes (2013) da prioridad al principio de autonomía, que le permite a la persona tomar sus propias decisiones en relación, por ejemplo, al proceso de morir, constituyéndose su dignidad como persona a través del respecto a su libertad. En consecuencia, la autonomía se expresa en diferentes acciones como la realización de testamentos (como testamento vital o jurídico), legados, responsabilidades, o voluntades anticipadas (la posibilidad, que legalmente se ha establecido en algunos países en cuanto a solicitar el rechazo a la prolongación de la vida por medios extraordinarios en circunstancias específicas).

En definitiva, la muerte es la compañera inevitable de la vida en su etapa final. Puede ocurrir a cualquier edad, repentinamente, o después de padecer una larga enfermedad. Sin embargo, a pesar de saber que algún día todos hemos de morir, el fallecimiento de un ser querido resulta ser un hecho terrible y difícil de aceptar.

### 1.3 MODELOS DE ADAPTACIÓN ANTE LA MUERTE

Es interesante comenzar el presente capítulo con la expresión que utiliza Fonnegra de Jaramillo (2001), *vivir muriendo*, para referirse a ese momento de la vida en el que la medicina ya no puede dar respuestas curativas a la enfermedad. Circunstancias en las que observa distintas formas de afrontamiento. En palabras de la autora:

Me admiro con frecuencia de la capacidad de lucha y enriquecimiento interior de algunos enfermos, de la posibilidad de encontrarle un sentido personal a esa, “su” muerte, del temple y el valor con que, ya al final de su vida, replantean lo espiritual, se reencuentran con un Dios olvidado o le abren un espacio a la reflexión y a la revisión interior de muchas de sus creencias. (p. 135).

De ésta manera, a partir de su trabajo clínico con pacientes moribundos, distingue cuatro estilos de afrontamiento ante la muerte. En el primer grupo identifica aquellas personas que no quieren vivir una penosa espera, por lo cual deciden y piden, en forma lúcida y autónoma, que su médico les facilite la muerte. Son personas que quieren tener el control hasta el final, y que a pesar de disponer de todos los cuidados necesarios, no quieren vivir éste proceso, no quieren la dependencia, ni el deterioro, ni tampoco ser una carga para los demás.

Otro tipo de personas que observa son aquellas que, conociendo su diagnóstico y pronóstico, comunican con anticipación a su médico que no quieren padecer dolores y que desean ser asistidas hasta el final; no obstante, llegado determinado momento en que los esfuerzos médicos son insuficientes para el alivio de distintos síntomas, piden que se suspendan todo tipo de procedimientos, incluso los paliativos.

Un tercer tipo de personas que reconoce son aquellas que están dispuestas a todo lo que se les sugiera para lograr la extensión de la vida, sin importar la calidad, aunque el precio a pagar sea el sufrimiento, la agonía lenta, o la indignidad.

Finalmente, identifica personas que frente a la inminencia de la muerte eligen vivir el tiempo que les queda por delante. Son personas que, según la autora: “optan por un vivir hacia adentro” (p. 137), reflexionan sobre lo vivido y rememoran; en definitiva, aceptan su destino con tristeza y con valor.

Otra autora a destacar es Kübler- Ross (2014) que distingue cinco fases que atraviesan los pacientes desde que reciben el diagnóstico de terminalidad hasta su muerte:

**Primera Fase: Negación y Aislamiento:** en ésta primera fase la negación funciona como un amortiguador después de la noticia inesperada e impresionante (diagnóstico), defensa que le permite al paciente recobrase y, posteriormente, movilizar otras defensas menos radicales.

**Segunda Fase: Ira:** la negación es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Incluso surge la pregunta: ¿Por qué a mi? En contraste con la fase anterior, esta es muy difícil de afrontar para la familia y el personal del equipo de salud, pues el enojo se desplaza en todas las direcciones y se proyecta al azar.

**Tercera Fase: Pacto:** esta fase suele manifestarse durante breves periodos de tiempo. Luego de afrontar la triste realidad y de dirigir el enojo hacia los demás, y también hacia Dios, el paciente establece una especie de acuerdo con Dios o con alguna instancia suprema con el fin de posponer lo inevitable. Así es que, por ejemplo, se dispone a cumplir con todas las indicaciones médicas, deja de criticar distintas advertencias o sugerencias del equipo, deja su enojo atrás, etc.

**Cuarta Fase: Depresión:** llega un momento en que el paciente no puede seguir negando su enfermedad, se ve obligado a más operaciones y hospitalizaciones, aparecen nuevos síntomas, se debilita, adelgaza. En definitiva, lo pactado no se cumple, y se inicia una gran sensación de pérdida.

**Quinta Fase: Aceptación:** luego de atravesar todas estas etapas el paciente llega a esta fase en la que advierte que ha podido expresar distintos sentimientos, por momentos, incluso, contradictorios. Ha llorado la pérdida inminente de personas y de cosas importantes para él, y contempla su próximo fin con relativa tranquilidad. Por cierto, no es una fase feliz; aunque puede vivirse en paz. (p. 59-147)

Por otra parte, Benito, Barbero y Dones (2014) explican que la vida se despliega a través de ciclos de relativa calma, en la cotidianidad, junto con otros momentos o circunstancias límites que suponen crisis o puntos de inflexión en la existencia. Son períodos de cambio, de transformación. No siempre los procesos de transformación involucran angustia, sólo cuando crean una ruptura o reorganización radical y forzosa de esquemas previos.

De ésta manera las crisis originan cambios indeseados, múltiples y en profundidad. En un principio, las crisis se asemejan a un muro contra el cual se choca. Producen dolor y resistencia: no es lo que se quería, ni lo que se esperaba, las circunstancias se imponen sin haberlo consentido, y se cree no estar preparado para afrontar la situación. Además de indeseadas las crisis se caracterizan por el hecho de que fuerzan a una coyuntura de cambios substanciales y profundos y en múltiples dimensiones de la existencia: cambios cognitivos, emocionales, conductuales, sociales y espirituales.

En el caso particular de la experiencia de sufrimiento que acompaña a la enfermedad avanzada-terminal y al proceso de muerte ésta es una vivencia que coloca al ser humano en una de esas situaciones límites en la que surgen preguntas radicales (¿porque a mí?, ¿quien soy?, ¿qué puedo esperar?, etc.). Se

interpreta el pasado, se hace un balance de lo vivido, se replantean certezas y valores sostenidos hasta ese momento, se deciden actitudes, se experimenta al máximo la lucha entre fuerzas antagónicas (miedo-esperanza, duda-fe, egocentrismo-apertura, orgullo-humildad...), y se abandonan antiguas pertenencias. Situación que, según los autores, configura una nueva identidad.

En definitiva, todo en la naturaleza fluye. Todo nace, se desarrolla, muere y se transforma. También la naturaleza humana, que tan bien se ha equipado con instintos y mecanismos de supervivencia, sufre el mismo proceso de transformación, por lo cual los autores señalan que no es nada fácil morir para un ser humano, pues cada faceta de su ser -físico, emocional, social y espiritual, tiene participación en este proceso. (p. 90, 91).

Por último concluyen que la adaptación ante la proximidad de la muerte representa una experiencia única e individual en la que la persona enferma es protagonista absoluta, y en la que los demás tendrán que acompañar, creando una atmosfera de seguridad que facilite la adaptación progresiva. (p. 92 - 97).

## 1.2 CONCIENCIA DE LA PROXIMIDAD DE LA MUERTE

En su libro, *Clínica con la Muerte*, Alizade (2012) expresa que vivir la muerte consiste en acercarse, con cierta curiosidad lúcida, a experimentar vivencias previas a tal evento: “El sujeto que vive su muerte, actúa. La muerte por venir es esperada en forma activa. Existe una toma de decisiones, una serie de actos que espontáneamente exigen ser llevados a cabo”. (p. 62).

De ésta manera explica que la pulsión de vida se ejerce hasta el último momento. Aunque también observa que existen otros casos en los que el moribundo sigue respirando, pero sin estar despierto para compartir con sus seres queridos: “Ya se ha ido y todavía está. Se espera el desenlace y ya se duela su partida. Se le dice adiós, se le habla pero él ya no escucha”. (p. 68).

En relación a estas vivencias en, *La Muerte de Ivan Ilich*, el protagonista del relato toma conciencia de su propia muerte, y profundiza y reflexiona acerca de lo que está viviendo:

Todo lo que te ha mantenido y te mantiene en la existencia es mentira, engaño que te oculta la vida y la muerte. Y en cuanto pensó esto despertó el odio, y con él los terribles sufrimientos y la conciencia de una muerte próxima e inevitable. Algo nuevo se produjo; sintió como punzadas que le oprimían la respiración. Su expresión cuando dijo "sí" fue terrible, y después de murmurar aquel "sí", con una rapidez en contradicción con su debilidad, volvióse de espalda y gritó: ¡Idos! ¡Idos! ¡Dejadme! (Tolstoi, s.f., p. 94).

En distintos momentos del relato Ivan Ilich reflexiona sobre su propia muerte y expresa dudas e inquietudes, pero en sus últimos días de vida es cuando manifiesta una verdadera conciencia de lo que está viviendo, y de lo que próximamente atravesará.

En el caso de pacientes internados, más allá que atraviesen etapas finales de su enfermedad, observan la muerte diariamente en tanto asisten al fallecimiento de otros pacientes. No obstante, vivir la muerte propia o tener conciencia de ella es totalmente diferente.

Tal como fue formulado en la Introducción, la conciencia de la proximidad de la muerte es un término que describe la experiencia de las personas durante el proceso de la muerte, y especialmente durante la agonía. Esta información surge de múltiples observaciones y descripciones puntuales de experiencias que los pacientes expresan respecto a cómo imaginan este acontecimiento, y como es y que necesitan para lograr una muerte pacífica y tranquila. (Marchand, 2006, p.7).

Marchand (2006) describe dos categorías de pacientes: en primer término identifica intentos de describir la muerte en sí misma, de caracterizarla. Hay pacientes que refieren comunicaciones o la presencia del alguien ya fallecido; hablan de prepararse para un viaje o un cambio, simbólicamente; describen un lugar que es otra realidad, e incluso describen la serenidad y la paz que les da algunas de estas visiones. Y en segundo término están los pacientes que piden una muerte pacífica, para lo cual se busca completar o cerrar alguna relación personal o espiritual, o alguna cuestión ética; se trata de debilitar alguna resistencia para conseguir completar asuntos pendientes, o eligen realizar algún ritual. ( p.7)

El autor explica que los cuidadores de estos pacientes deben tener conocimiento de estas vivencias, pues en muchos casos piensan que el ser querido sufre algún tipo de delirio. De todas formas también señala que el delirium suele presentarse en algunos casos, con déficits de orientación, atención y pérdida de memoria reciente, por lo cual el paciente debe ser evaluado cuidadosamente para poder ser debidamente tratado.

Advierte que la conciencia de proximidad de la muerte es un fenómeno que no puede medirse, ni palpase; sin embargo, puede identificarse en los pacientes cuando lo manifiestan.

Un concepto relacionado con el tema que se viene tratando es el de vulnerabilidad. La vulnerabilidad de los seres humanos se pone de manifiesto en las experiencias traumáticas, por ejemplo, ante situaciones de dolor y de muerte. Cuando no se puede controlar todo lo que sucede alrededor, cuando se debe depender de otras personas, o cuando se padecen incapacidades o impotencia, todas estas situaciones generan vulnerabilidad. No obstante, para muchas personas que viven situaciones negativas, traumáticas y con ausencia de control, la perspectiva de la vida no desmejora, pues poseen un profundo optimismo, por muy difíciles que sean las circunstancias que atraviesan, logrando una mayor aceptación de lo que les toca vivir. (Benito, Barbero y Dones, 2014, p. 30).

En definitiva, la conciencia de la proximidad de la muerte se emparenta con lo expuesto a propósito de la quinta fase descrita por la Dra. Kübler-Ross (2014): “Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado, y llegara el momento de descanso final antes del largo viaje”. (P. 148).

Justamente en ésta última fase es cuando el paciente moribundo logra paz y aceptación, cuando su capacidad de interés disminuye, cuando desea que lo dejen solo, cuando no se interesa por noticias o problemas del mundo exterior. Es decir que tener conciencia de la muerte próxima genera tranquilidad espiritual en la persona al sentirse plena con lo realizado y lo vivido, y cuando entiende el significado de su vida.

El hombre que ha comprendido lo que es su vida, permite que la muerte suceda, le da la bienvenida. Muere a cada instante y a cada instante resucita. Su cruz y su resurrección suceden continuamente como un proceso. Muere al pasado a cada momento y nace una y otra vez al futuro. (Benito, Barbero y Dones, 2014, p. 30)

Como lo expresa Montiel (s.f.) es importante observar la vida para poder saber lo que es la muerte. Para él vida y muerte forman un organismo; sin embargo, a causa de miedos individuales se ha creado una división entre ambos. En ésta división uno representa lo bueno y el segundo lo malo. A partir de ésta idea se desea la vida y se trata de evitar la muerte. Idea que tilda de absurda, pues puede crear interminables desgracias en la vida, ya que una persona que se resguarda de la muerte se vuelve incapaz de vivir.

# **CAPITULO 2**

## ASPECTOS METODOLOGICOS

En presente escrito se trata de un estudio de caso único cuya unidad de análisis es elegida en forma intencional en tanto resulta representativa y ejemplificadora del tema propuesto en el trabajo integrador. Concretamente se trata de una paciente con cáncer de mama, enfermedad que evoluciona con metástasis cerebrales.

El alcance del estudio es descriptivo, en tanto y en cuanto se observa, registra y describe la variable, *conciencia de la proximidad de la muerte*, en dicha unidad. Debido a que el enfoque metodológico es cualitativo, es que las conclusiones sólo son válidas para el presente estudio. Por último su diseño es no experimental, ya que sólo se describe y observa la variable en la unidad de análisis, sin existir ningún tipo de manipulación ni control del material clínico.

Respecto a los instrumentos de recolección de datos se aplica el análisis de contenido de fragmentos de entrevistas con el paciente y con el grupo familiar.

Es importante aclarar que el caso es elegido en tanto es el primer caso clínico oncológico asistido durante la carrera de Psicología. Al asistirlo desde el comienzo y hasta el final, fue posible acompañar a la paciente y a su familia durante todas las etapas de evolución de la enfermedad oncológica. El propósito fundamental es dar una mirada más profunda al caso, a través de la formación adquirida durante la Especialización.

## **Planteo del Problema:**

Durante la formación de grado y en las rotaciones realizadas en la Especialización en PsicoOncología fue posible observar a distintas personas próximas a su muerte. Un evento tan importante en sus vidas, experimentado con gran expectativa, miedos, tristeza, llanto, arraigo hacia la vida y hacia los seres amados. En fin, fue posible observar diversas conductas y emociones, algunas difíciles de poner en palabras. En razón de estas experiencias, y también a partir del caso clínico que a continuación se describe, es que se formulan las siguientes preguntas en términos de problema del estudio:

- ¿Qué características adquiere en la paciente, la toma de conciencia de la proximidad de la muerte?
- ¿Qué significado tiene la muerte para la paciente?

## **Objetivos del Estudio de Caso:**

### **a) Objetivos Generales:**

-Caracterizar la toma de conciencia de la proximidad de la muerte en una paciente con cáncer de mama.

-Describir el significado que tiene la muerte para ésta paciente.

### **b) Objetivos Específicos:**

-Señalar situaciones de la vida de la paciente que facilitan a una buena actitud ante la muerte.

-Describir características de personalidad en la paciente que contribuyen a la aceptación de la proximidad de la muerte.

-Reflexionar sobre los distintos significados que adquiere la muerte para personas de distintas culturas.

-Reflexionar sobre los beneficios que conlleva el expresar una actitud positiva ante la proximidad de la muerte, para quien lo vive y también para su entorno.

# **CAPITULO 3**

## **PRESENTACION DEL CASO ANA**

Ana tiene 49 años de edad, es venezolana, vive en la ciudad de Maracaibo-Edo. Zulia, y lleva 25 años de matrimonio con Hugo, de 53 años de edad. Producto de éste matrimonio nacen 4 hijos, Andrea de 24 años, Carlos de 22 años, María de 19 años y, el menor de la familia, Joaquín de 18 años.

Físicamente es de tez clara, de contextura robusta, tiene ojos oscuros y su tono de voz es alto y fuerte. Se describe como líder entre sus hermanos y familiares, ya que las reuniones y acontecimientos especiales siempre los organiza ella.

Ana y Hugo se conocen desde jóvenes. Cuando Ana concluye sus estudios secundarios deciden casarse. A partir de ese momento ella dedica su tiempo al hogar, ayuda a su esposo en el taller (administrativamente), y vende postres, actividad que le gusta y de la que recibe una remuneración económica. Hugo trabaja en un taller para autos, que recibe como herencia de su familia.

Comenta que en su entorno hay familiares con diagnóstico de cáncer, en primer término menciona a su abuela paterna que tuvo cáncer de mama, y también nombra a su hermano mayor que tuvo cáncer de pulmón. Ambos fallecieron a causa de la enfermedad. Literalmente expresa haber estado rodeada, durante toda su vida, de personas que transitaron etapas finales en la evolución de una enfermedad oncológica.

El nivel socio-económico de la pareja es de clase media, y ambos profesan la religión católica. Ana comenta que los sábados concurre a un círculo de oración católica al que pertenece, y del que participan algunas amigas. En tanto que los domingos asiste con su marido a la iglesia de la zona donde vive.

Ana y Hugo vienen de familias económicamente estables. Los padres de Hugo han muerto, de ellos recibe el taller. Hugo es único hijo. Respecto a la familia de Ana su madre aun vive, y la ayuda con sus hijos. Su padre falleció hace varios años. Ana tiene dos hermanos mayores, uno de ellos fallecido en el 2006, su otro hermano reside en otra ciudad, por lo que lo frecuenta muy poco.

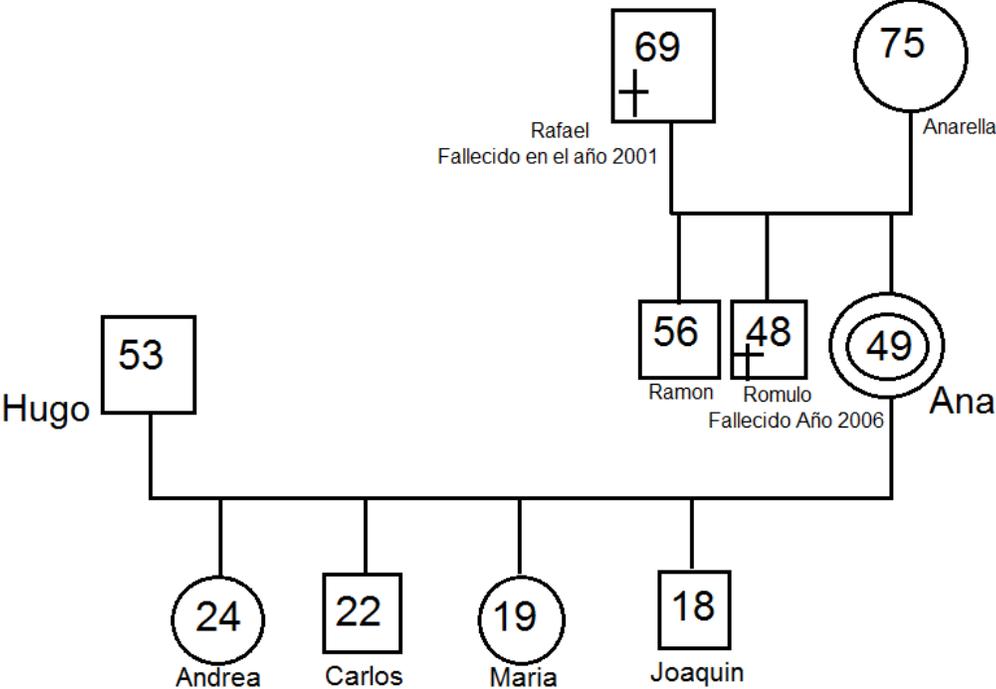
Los tres últimos hijos (Carlos, María y Joaquín) viven junto a sus padres. La primogénita está casada desde hace 2 años, y vive con su pareja. De los 4 hijos de la pareja, las mujeres son quienes han estudiado carreras universitarias, mientras que los varones trabajan con su padre en el taller.

La relación de Ana con sus hijos es amena, especialmente con su hija mayor, con quien se comunica a diario. Ana describe la relación con su marido como distante y carente de comunicación, a pesar de trabajar juntos. El círculo de amistades de Ana es amplio, incluso conserva amistades desde su infancia.

Durante las entrevistas Ana se muestra expresiva y con deseos de manifestar sus emociones. Se la observa muy desenvuelta, colaboradora y con actitud positiva. Al describir su rutina diaria expresa que se levanta muy temprano (5 am) para preparar la comida que deben llevar al taller sus hijos y su marido. Luego se ocupa de limpiar la casa (que es amplia), y además tienen dos perros que ella cuida y alimenta. También se ocupa de preparar los pedidos de tortas para sus clientes, ocupándose también de la entrega en distintos domicilios. Su día termina con la organización de la cena familiar.

Al describir ésta rutina expresa sentirse el pilar de la familia, y agrega que le resulta muy difícil para ella estar enferma, pues en su vida no hay tiempo para esa situación. Por suerte dice que tiene a su madre que la ayuda en las labores del hogar, aunque también expresa que preferiría ocuparse personalmente de todo.

**GENOGRAMA**



# **CAPITULO 4**

## DESCRIPCION Y ANALISIS DEL CASO ANA

En Diciembre de 2009 Ana refiere sentir dolor y molestias en la mama izquierda, notando una tumoración al palparse, por lo cual sus hijas le sugieren concurrir al médico. Seguidamente a finales de Enero de 2010, a partir de los resultados de los estudios médicos realizados, le diagnostican un tumor maligno en la mama izquierda.

La primera parte del plan de tratamiento que indica el equipo tratante es quimioterapia, durante un tiempo determinado y dependiendo de la respuesta que se fuera observando, para posteriormente decidir una cirugía mamaria. Al recibir ésta información Ana se muestra muy atenta. Además se le comunica que puede hablar sobre éste tema y demás preocupaciones que tenga en la unidad de psicología.

Así es que Ana es derivada a la unidad Psicológica del Hospital Militar de Maracaibo, en Febrero de 2010. En el primer contacto se muestra ansiosa e intranquila, concurre acompañada de su hija mayor y el esposo de ésta, quienes también se manifiestan preocupados. Se advierte que manejan pocos conocimientos sobre la enfermedad y los tratamientos. Por supuesto el médico tratante les ha explicado, previamente, sobre el diagnostico y sobre las diferentes maneras de tratar el tumor.

La mayor preocupación de Ana es su familia, en especial sus hijos. Su intranquilidad tiene que ver con cómo les afectará toda ésta situación. La dinámica del hogar es otra de sus preocupaciones. En ésta situación Ana se pregunta insistentemente: “*¿quién hará mi rutina cuando haga quimioterapia? ¿Cuánto tiempo tardaré en mejorar? ¿Cómo reaccionarán mis hijos? ¿Qué efectos secundarios producirá la quimioterapia en mi cuerpo?*”, entre otras inquietudes, por cual el objetivo terapéutico consiste en atender a la elaboración de algunas

propuestas concretas para reorganizar la vida cotidiana y disminuir en la paciente los niveles de ansiedad.

Tal como se señala en el marco teórico el cáncer es un evento en la vida de las personas que rompe la dinámica del individuo que lo padece, justamente así sucede con Ana y su familia. Y además, es una situación que genera múltiples interrogantes sobre la enfermedad y de la vida en general.

Durante las quimioterapias Ana manifiesta sentirse muy cansada, tiene náuseas y se muestra inapetente. Además expresa que la quimioterapia debilita su espíritu y la pone de mal humor; no obstante nunca abandona el tratamiento.

Durante ésta etapa su madre es quien realiza las labores del hogar y sus hijas se disponen a cuidarla. Con el tiempo se advierte que la actitud protectora de Ana con su familia comienza a cambiar; mostrándose más interesada en ella misma y en lograr una mejoría inmediata.

Aproximadamente en Mayo del 2010, tres meses después de la primera quimioterapia, su médico le informa que deberá ser sometida a la cirugía que le comentaron al momento de informarle el diagnóstico. Se trata de una mastectomía simple para extraer el tumor.

Ana recibe ésta comunicación con optimismo. No pregunta demasiado, y manifiesta su confianza en sus médicos, y también en Dios. Respecto a sus familiares muestran miedo, ansiedad y tristeza. Sus hijos, especialmente, mantienen una actitud protectora hacia a su madre, pero desconfiada hacia los médicos.

Posteriormente, la madre de Ana expresa haber rezado durante todo el tiempo que duró la operación, como también durante todo el proceso de la enfermedad. En una de las consultas con la familia de Ana, su madre expresa: “*Siempre les he*

*dicho a Ana y a mis nietos que la fe es lo último que se pierde en momentos como estos. Son pruebas que nos pone Dios en el camino”.*

En momentos previos a la cirugía el panorama que se visualizaba es el de una paciente conteniendo a sus familiares; ya que todos los que la acompañan expresan sentir temor del procedimiento quirúrgico al cual se someterá Ana. Respecto a Ana, ella señala tener inquietud y temor hacia lo que va a sentir al verse sin su mamá izquierda. Por otra parte, el médico que realizará la operación, le explica el procedimiento paso a paso, y lo que sucederá antes y después de entrar al pabellón del Hospital.

Luego de la cirugía Ana presenta complicaciones con la herida de la mastectomía, y también refiere sentirse muy débil, por lo cual es hospitalizada. En este momento las consultas psicoterapéuticas se hacen en la habitación del Hospital, y por requerimiento de la paciente.

Durante las entrevistas Ana se muestra desmotivada, desganada, se la ve muy débil, debilidad relacionada con una importante pérdida de peso, se la ve triste, en muchas oportunidades llora, y expresa tener miedo a morir.

En su discurso la presencia de Dios siempre está presente: *“No está bien que me sienta mal, porque Dios está conmigo, pero no me siento bien físicamente, y tampoco espiritualmente. Ya no quiero rezar más”.* (Llora intensamente).

En un momento de la entrevista se le pregunta: *“¿Cuál es tu mayor miedo?”*

Ante lo cual responde: *“Morir. Porque mis hijos, mi esposo y mi madre, se van a quedar sin mí. Vi la muerte pasar junto a mí, cuando se llevaba a quienes amaba. Vi muchas personas vivir la muerte con tristeza, y no quiero que esto me pase”.*

El miedo de la paciente se percibe en cada una de sus palabras, pero no está referido a la muerte, sino al daño que podría causar su falta en su familia. Algunos pacientes oncológicos experimentan esta misma sensación de impotencia ante el inminente “abandono” de sus seres queridos, y frente al dolor que puede causar esta situación en ellos. En estos casos no se trata del miedo a la muerte, sino de lo que trae consigo el morir.

Al cabo de un tiempo su médico le comunica que los resultados de los últimos exámenes médicos revelan metástasis pulmonares, por lo cual le indican un nuevo plan de quimioterapia. Ante ésta situación Ana expresa que hará lo que los médicos le digan. Es en éste momento que el tema de preocupación en las entrevistas psicoterapéuticas pasa a ser la muerte.

Una de las cosas que Ana expresa es que en su familia no se habla ni se usa la palabra muerte: *“Mis padres fueron siempre conservadores, anticuados y rígidos. La muerte de mi perro fue la primera muerte que experimenté teniendo 15 años, de la cual nunca hablaron mis padres y, además, prohibieron que yo lo hiciera. Luego viví la muerte de mi abuela paterna, que muere cuando yo cumplí 19 años. De ésta situación recuerdo solo llantos y tristeza. Mi padre muere en un accidente de tránsito a sus 69 años... Me siento rara en este instante, porque la muerte podría sucederme en cualquier momento...A la muerte de mi padre, puede decirse, que la acepté... La muerte que más me ha dolido es la de mi hermano. Ya éramos adultos, pero me dolió no compartir tanto como hubiese querido con él... Lo doloroso de la muerte no es morir, es dejar a los que amamos. Así lo veo yo. Me hubiese gustado que mis padres me prepararan para morir, a todos nos llegará el día. Yo enseñaré a mis hijos a morir en paz”.*

En éstos dichos se observa el significado que tiene la muerte para Ana. Tal como lo describe no recuerda haber tenido alguna charla con sus padres referida a la muerte, sin embargo también reconoce que es un tema que fue tomando

importancia para ella, conforme pasaba el tiempo y las circunstancias que la colocaban frente a personas que transitaban el final de sus vidas.

Es importante mencionar que Venezuela es un país culturalmente conservador. Así es que en épocas pasadas el silencio era una actitud habitual ante la muerte. Quizás en Ana influyó su cultura, su ambiente social, como también la existencia de tabúes o temas prohibidos a nivel familiar. Justamente Centeno Soriano (2013) da cuenta de creencias y patrones sociales adquiridos que dan lugar a distintas formas de conceptualizar la muerte.

No obstante, la postura de los padres de Ana en términos de callar todo lo relacionado con la muerte, desencadena en ella más preguntas e interés sobre el tema. Así es que expresa su deseo de enseñar a sus hijos a prepararse para morir. Muy al contrario de sus padres, ella quiere ofrecer su experiencia a sus seres queridos.

Según lo expuesto por Benito, Barbero y Dones (2014) acompañar a morir requiere dar soporte al entorno significativo de la persona muriente, porque el que sobrevive, muere también un poco. Es posible que Ana, desde lo que le toca vivir en la actualidad, no solo resignifique lo vivido con sus padres, sino también que, desde un sentimiento de empatía y de identificación con sus hijos, quiera ayudarlos y prepararlos para situaciones en las ella no fue asistida ni advertida.

Respecto al nuevo plan de tratamiento el médico refiere que no está dando los resultados esperados. Después de un mes se observa un descenso importante a nivel anímico en Ana, y a nivel físico presenta una pérdida considerable de peso, dificultad al respirar y desgano.

Durante el tratamiento Ana tiene días optimistas y otros no tanto. En las primeras entrevistas se muestra más conversadora que durante esta etapa. En éstos momentos siempre se la ve sostener entre sus manos un rosario, obsequiado por

su madre. Recibe muy pocas visitas, los más íntimos, pedido expreso que ella misma hace. Respecto a las entrevistas psicoterapéuticas expresa su voluntad de continuarlas, como parte del tratamiento, por lo cual nunca se suspenden.

Ana es hospitalizada nuevamente debido a diferentes complicaciones que se van presentando. En dicha oportunidad comienza a requerir en forma continua de asistencia psicológica. Expresa que necesita hablar con sus hijos de la muerte: *“Yo entiendo lo que está por sucederme, pero quiero que mis hijos también lo entiendan. Quiero hablarles de mi muerte”*.

En términos de características de personalidad, Ana se define y se muestra como una madre protectora, como el pilar de su hogar, y como una mujer activa. Estas características ayudan a que tenga el propósito de preparar a su familia respecto a su deceso, y también dan cuenta de la sobreadaptación del paciente oncológico, observada en la mayoría de los casos clínicos presentados en las supervisiones clínicas de la Especialización. Es decir, pacientes que se ocupan y preocupan más por los otros, que por sí mismos; que incluso expresan no necesitar ayuda, tal como se observa en Ana cuando dice que si bien reconoce la importancia de la ayuda de su madre, preferiría no tener que necesitar de ella.

Ana manifiesta que quiere hablar con sus cuatro hijos, por lo cual se los invita a la habitación. Allí les explica lo mal que se siente, y lo mucho que ha luchado por recuperarse; y expresa: *“Dios tiene un plan perfecto para cada uno de nosotros, y quizás el mío ya está hecho, y ahora me está necesitando con él. No quiero que sufran cuando no esté físicamente, porque siempre me mantendré al lado de cada uno de ustedes, espiritualmente”*.

El arraigo de la paciente hacia Dios y sus creencias religiosas es otra característica de personalidad que contribuye a la aceptación de la proximidad de la muerte, tanto en la paciente como en su familia. Para ella es un sostén fundamental.

Además, se advierte que Ana ha logrado la aceptación, en términos de las etapas de Kübler Ross, pues ha podido expresar distintos sentimientos, ha llorado por las pérdidas que tendrá que atravesar, y contempla su próximo fin con relativa tranquilidad. Y respecto a su estilo de afrontamiento ante la proximidad de la muerte, elige vivir el tiempo que le queda por delante de la mejor forma posible, en paz, y junto a los que más quiere.

Al escucharla sus hijos lloran, y no dicen nada. Sólo la mayor de sus hijas dice algo: *“No queremos verte sufrir, queremos verte feliz”*.

Ana transmite su aceptación, tranquilidad y una actitud positiva respecto a lo que próximamente tendrá que vivir. Esta actitud posibilita que sus familiares y/o cuidadores respondan de igual forma.

Tal como lo expresan Benito, Barbero y Dones (2014), la adaptación ante la proximidad de la muerte representa una experiencia única e individual en la que el enfermo es protagonista absoluto, y en la que los demás tendrán que acompañar, creando una atmosfera de seguridad que facilite la adaptación progresiva.

Como lo expresa Fonnegra de Jaramillo (2001) hay pacientes que a pesar de no tener respuestas curativas a la enfermedad buscan diversas maneras de afrontar la situación: buscando un sentido personal respecto a lo que les está ocurriendo, enriqueciendo su espíritu, su alma, o abriéndose a la reflexión y a creencias religiosas, tal como se observa en Ana.

Luego del encuentro con su madre los hijos expresan lo que han sentido. El mayor de los varones mantiene una postura protectora hacia sus hermanos, manifestando que se siente con la responsabilidad de dar fuerzas al resto de la familia. La segunda hija se muestra muy sensibilizada y expresa tener fe en la recuperación de su madre. El hijo menor, contenido por la abuela, dice tener

miedo de pensar que no tendrá a su madre. La hija mayor de Ana se mantiene junto a su padre, e intenta no mostrar sus sentimientos.

Ana procura seguir las indicaciones médicas, pero sin el optimismo de curarse. En ocasiones menciona lo lindo que es mirar por la ventana de la habitación, ver el cielo; y también expresa a modo reflexivo: *“pronto miraré desde arriba la tierra”*.

Tal como lo describe Alizade (2012) la muerte por venir es esperada de forma activa por el sujeto. Justamente esto se observa en la actitud que asume Ana durante este proceso.

En una de las sesiones psicoterapéuticas Ana describe cómo imagina la muerte: *“La imagino como una luz muy fuerte, que calienta el cuerpo de manera agradable. La vista se fija al cielo y el cuerpo comienza a subir flotando. Allí debe estar Dios, esperándome. No tengo miedo, porque no estoy sola”*.

Muchos pacientes sostienen diferentes creencias religiosas y / o filosóficas, creencias que se aceptan y respetan, y a partir de las cuales también se puede trabajar psicoterapéuticamente. Por ejemplo, estos dichos de Ana respecto a la proximidad de su muerte, recuerdan la siguiente frase tomada de Hebreos: 10. 9, citada por la Dra. Bosnic en sus clases:

*“Aquí estoy Señor, he venido a hacer tu voluntad”*.

A partir de ese momento la condición médica de Ana empeora día a día. Su médico explica a los familiares que no existen posibilidades de curación, y les recomienda llevarla a su hogar para que pueda tener una mejor calidad de vida hasta su muerte.

Ana fallece en Julio del 2010 en su hogar, durante la noche, a causa de un paro cardiorrespiratorio, a 5 meses de recibir el diagnóstico. El día anterior a su muerte estuvo reunida con todos sus familiares. Sus hijos comentan que la vieron más

tranquila que de costumbre, que sus ojos poseían un brillo que nunca habían visto en ella anteriormente.

Respecto a la madre de Ana, expresa: *“Estaremos más aferrados a Dios que nunca, porque él es quien nos dará las fuerzas para salir adelante”*.

# **CONCLUSIONES GENERALES**

Las etapas por las que transita el paciente oncológico, a lo largo de la evolución de la enfermedad, generan múltiples reacciones y emociones que generalmente se asocian a la incertidumbre respecto al futuro. En tanto que la salud es fuente de seguridad y tranquilidad es que el enfermar de cáncer crea en la persona la sensación de sentirse amenazado.

Tal como lo señalan Peña Guerra, Fonseca Peña y Meireles (2012) los estados emocionales que transitan los pacientes oncológicos se caracterizan por períodos ansiosos-depresivos con sensación de muerte inminente, llanto frecuente, insomnio, irritabilidad, temor por los efectos de los tratamientos oncológicos, por los cambios en la imagen corporal, percepción dolorosa por la falta de control, inactividad, debilitamiento general, además de otros síntomas. Por consiguiente, desde la PsicoOncología, se trabaja en el fortalecimiento y asistencia del paciente y su familia, acompañándolos durante todo el proceso.

Las características de personalidad, como también las creencias, también influyen en como una persona transita las distintas etapas de la enfermedad, y por supuesto también repercuten en cómo recorre los momentos finales de su vida.

Por todo esto es importante destacar, nuevamente, que travesar la etapa terminal de la enfermedad oncológica desequilibra y desmorona cualquier organización familiar y personal, y supone la necesidad de contar con apoyo psicológico para enfrentar los cambios que se avecinan en esta experiencia compartida por todos.

Respecto al caso clínico descrito y analizado, Ana exhibe conciencia de la proximidad de su muerte. En sus últimos días muestra una actitud reflexiva, aunque también exhibe una conducta activa, organizada y sobreadaptada respecto a distintas circunstancias. También durante los diferentes tratamientos colabora y mantiene una buena disposición.

Como fue expuesto en el trabajo, el significado que los pacientes dan a las distintas situaciones que atraviesan influye sobre el comportamiento que expresan hacia quienes los rodean. Por ejemplo en Ana, el experimentar y asistir a la muerte de personas queridas a lo largo su vida le genera la idea de cómo le gustaría atravesar los momentos finales de su vida, y también crea la necesidad de enseñar a sus seres queridos un buen morir. Para ella es importante demostrar a sus familiares que la muerte es un proceso natural, espiritual, y también religioso.

Las creencias religiosas forman parte de la vida de muchas personas, suelen ser el soporte emocional que tienen ante situaciones adversas. Y en algunos pacientes juega un papel valioso en la visión que construyen de su propia muerte. En el caso de Ana sus creencias religiosas la ayudan en el proceso de aceptación y conciencia de lo que está viviendo.

La cultura también es un aspecto importante a considerar. Los patrones culturales que se adquieren, durante gran parte de la vida de una persona, pueden generar conductas, creencias y maneras de actuar específicas de la cultura y de la sociedad de la que forma parte. Si bien Ana tiene la influencia de patrones culturales propios de su país de origen, también logra superarlos, así es que se aproxima con tranquilidad y aceptación a su partida final; actitud que, posteriormente, también se evidencia en sus seres queridos.

Cada vez es mayor la cantidad de pacientes que desarrollan tumores con pronósticos poco favorables, que obliga a quienes trabajan en el área de la salud-enfermedad a investigar más sobre lo que sucede con el ser humano que atraviesa el proceso de fin de vida.

Existen investigaciones referidas al impacto ante el diagnóstico oncológico, ante los tratamientos, y también en la etapa de cuidados paliativos. Sin embargo no existen suficientes investigaciones respecto a la actitud del paciente ante la

proximidad de su muerte, al menos no tienen el mismo énfasis. Quizás tenga que ver con tabúes que aún rodean a éste tema.

Esta es una de las razones que más peso tuvo en la elección del tema del presente trabajo, pues considero que la conciencia de la proximidad de la muerte es un tema que debería abordarse con mayor profundidad desde la PsicoOncología.

Es importante mencionar que hubo algunas limitaciones durante el proceso de elaboración del escrito respecto al escaso material bibliográfico encontrado en idioma español. Respecto a material publicado en otro idioma se tuvo la cautela de mantener el sentido original del texto.

Durante la elaboración del trabajo surgieron algunas inquietudes y reflexiones respecto al tema del fin de vida: ¿es posible enseñar a las nuevas generaciones que la muerte es parte de la vida? ¿Existe un buen morir? ¿Qué sería una mala muerte? ¿Es posible negar la muerte cuando es evidente su proximidad? ¿No es parte de la humanidad del ser humano integrar y considerar su finitud?

Interrogantes que motivan a continuar la búsqueda a través de la lectura, en la asistencia de pacientes y familiares, en la formación continua, y en el trabajo de autoconocimiento y reflexión sobre mi propia persona.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

**Alizade, A. M. (2012).** *Clínica con la muerte*. 2º ed. Argentina: Biebel.

**Aries, P. (2000).** *Historia de la muerte en Occidente*. Barcelona: El Acantilado.

**Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (2014).** *Nuestra Historia. Cuidados paliativos en la República Argentina. Fundamentos y Antecedentes*. Recuperado de <http://bit.ly/1OTM2qg>

**Astudillo, W.; Casado da Rocha, A. y Mendinueta, C. A. (2005).** *Alivio de las Situaciones Difíciles del Sufrimiento en la Terminalidad*. San Sebastián, España: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.

**Avendaño, J. H. (s.f.).** *Concepto Médico- Legal de la Muerte*. Recuperado de <http://bit.ly/1nkcoum>

**Ávila Funes, J. A. (2013).** *Que es la Tanatología*. Recuperado de: <http://bit.ly/24w6CYj>

**Bayes, R. (2006).** *Afrontando la vida, esperando la Muerte*. Madrid, España: Alianza.

**Benito, E.; Barbero, J. y Dones, M. (Ed.). (2014).** *Espiritualidad en Clínica, una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. (Monografía Secpal). Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Madrid, España.

**Bosnic, M. (2015).** *Fragmentos seleccionados del Nuevo Testamento para Trabajar con Pacientes Cristianos.* (Apunte de Cátedra). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. C.A.B.A.

**Bravo Mariño, M. (2006).** ¿Qué es la Tanatología? *Revista Digital Universitaria.* 7(8), 3-10. Recuperado de [http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/ago\\_art62.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/ago_art62.pdf)

**Centeno Soriano, C. (2013).** *Gestión del Duelo y las Pérdidas, aprendiendo a convivir con lo ausente.* Madrid, España: Formación Alcalá

**Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) (2015).** *Cáncer de mama.* Recuperado de: <http://1.usa.gov/1XTYg89>

**Cía Ramos, R, Fernández, A., Boceta, J., Duarte, M., Camacho, T., Cabrera, J.,... Vinuesa, F. (2007).** *Cuidados Paliativos.* Andalucía, Sevilla:

**Colell Brunet, R. (2005).** *Análisis de las Actitudes ante la Muerte y el Enfermo al final de la vida en Estudiantes de Enfermería de Andalucía y Cataluña* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, España.

**Fonnegra de Jaramillo, I. (2001).** *De cara a la muerte.* España: Andres Bello.

**Gutiérrez-Samperio, C. (2001).** La bioética ante la muerte. *Gaceta Médica de Mexico.* México, A.C. 137(3), p. 269-276. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2001/gm013m.pdf>.

**Knaul, F.M.; Arreola-Orneals, H.; Lozano, R y Gómez Dantés, H. (junio, 2013).** México: Numeralia de Cáncer de mama. *Boletín Epidemiológico. Sistema de vigilancia epidemiológica. Sistema único de información.* 26(30), 1, p. 1-5. Recuperado de:

<http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2013/semanas/sem26/pdf/edid2613.pdf>

**Kubler-Ross, E. (2014).** *Sobre la muerte y los moribundos*. Buenos Aires: Debolsillo.

**López, R. Nervi, F. y Taboada, P. (s.f.).** *Manual de Medicina Paliativa*. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de: <http://bit.ly/1Sb6Oak>

**Marchand, L. R. (2006).** Incorporating the Arts and Humanities in Palliative Medicine Education, *Journal of Learning through the arts*, 2 (1), pp. 1-11. Recuperado de <http://bit.ly/1IM8gll>

**Maglio Esteban, C. M. (s. f.).** *Investigaciones sobre La Muerte*. Recuperado de: <http://bit.ly/1n9yiA4>

**Martinez Bouquet, C. M. (Dr.). (1995).** *La conciencia de nuestra propia Muerte*. Buenos Aires: Aluminé.

**Mayer Rivera, F. J. (2006).** Fase Terminal Y Cuidados Paliativos. *Revista Digital Universitaria*. 7(4), 4-11. Recuperado de: [http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art26/abr\\_art26.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art26/abr_art26.pdf)

**Mesquita Melo, E. Magalhães da Silva, R. De Almeida, A.M. Carvalho Fernández, A. F. y Mota Rego, C.D. (mayo, 2007).** Comportamiento De La Familia Frente Al Diagnóstico De Cáncer De Mama. *Enfermería Global*. 10, p. 1-10. Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/237/228>

**Montesinos, R.M. Ferrandini, S. (2012).** *Conceptos sobre Oncología I.* (Material de Cátedra). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**Montesinos, R.M. (2015).** *Cáncer de mama.* (Apuntes de Cátedra). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**Montiel, K. (s.f.).** *El Arte de Morir Osho*

**Neimeyer, R. A. (2002).** *Aprender de La Perdida.* Barcelona, España: Paidós.

**Peña Guerra, E.R., Fonseca Peña, A. y Meireles Aldana, N. (2012).** Evaluación y control de los estados emocionales en pacientes con cáncer de mama, *Infomed* 16 (3). Recuperado de: <http://bit.ly/21u9aqM>

**Tolstoi, L. (s.f.).** *La Muerte De Iván Ilich.* Recuperado de:

[http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/Colecciones/ObrasClasicas/\\_docs/Muertelvanlich.pdf](http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/Colecciones/ObrasClasicas/_docs/Muertelvanlich.pdf)

**Torraco Linares, E.; Santín Vilariño, C.; López López, J. M. y Villas, M. A. (2003).** *La depresión como reacción adaptativa ante el diagnóstico de cáncer,* 7 (1). Recuperado de:  
<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/357/340/>

**University of Maryland Medical Center. (2012).** *Cáncer de Mama. Definición.* Recuperado de: <http://bit.ly/1wpvFts>

