

# El buen vivir o el buen morir

## INTRODUCCIÓN

Como toda tarea que uno inicia está basada en una teoría más o menos clara y consciente, desarrollada a través de una táctica o técnica. La teoría que encuadra este trabajo es la teoría sistémica. ¿Porqué esta teoría? Pues porque es integradora, totalizadora y porque jerarquiza las relaciones y los contextos, siendo por esto un pensamiento ecológico y permitiéndome jugar en un viaje circular entre teoría y clínica-clínica y teoría.

## CONTEXTO CONDICIONANTE DEL TRABAJO

Se inicia en el año 1968 con la muerte de mi abuelo paterno, luego de padecer un cáncer de esófago. Muere en su casa rodeado de todos sus hijos y nietos, pudiéndonos despedir todos de él y él de nosotros. En el año 1984 la muerte de mi padre, allí nace el título de este trabajo, pues él estaba internado en la unidad coronaria de un sanatorio, por un infarto muy importante de miocardio, que le provocaba una insuficiencia cardíaca terminal, por lo tanto le planteé que el debía elegir entre un buen vivir o un buen morir. Él eligió un buen vivir, le señalé que esto no podía ser y juntos construimos un buen morir, a los pocos días se despidió de nosotros y de su cuerpo. Simultáneamente dirigía una clínica psiquiátrica donde entre otros pacientes se internaban personas muy ancianas con diagnóstico de demencia senil, con gran deterioro psíquico y clínico. Durante el trato con estos pacientes aprendí la importancia de la música y de poder tocarlos para poder despedirse de su cuerpo y del contexto. En el año 1985 tengo una charla con el Dr. Gianantonio, eminente pediatra argentino, fallecido en 1996, con gran experiencia sobre la muerte de niños y la relación con sus madres, me recomienda que me dedique a este tema de la muerte y que comience a leer los libros de la Dra. Kubler Ross y trabajos sobre metafísica cuántica y filosofía perenne.

## CONSIDERACIONES TEORICAS

Lo mencionado anteriormente fue creando en mi una atracción especial por el tema de la muerte, e ir comprobando que los seres humanos intentamos escapar de la muerte creando símbolos de inmortalidad. Llevándome a pensar que la represión fundamental no es el sexo sino la muerte. La muerte es el último principal tabú. Esto me ha ayudado a no intentar negarla ni eludirla y a mirarla más directamente.

Nuestra cultura ha evolucionado mucho y nos permite percibir la muerte con más agudeza y profundidad que antes.

Los filósofos existencialistas han señalado de múltiples maneras cómo esta negación de la muerte desemboca en que nuestra vida resulta mucho menos vital y activa. Cuando nos asusta la muerte vivimos de manera extremadamente cautelosa y preocupada ante la posibilidad de que algo pueda sucedernos. Así que, cuanto más tememos a la muerte más tememos a la vida y, por tanto, menos vivimos.

En la búsqueda de apoyatura teórica y vivencial sobre este tema comienzo a relacionarme con la meditación trascendental, quisiera dar una mínima información al respecto ya que hay muchas formas de explicar, que es la meditación y la manera en que funciona. Hay quienes la conciben como cualquier forma de evocar una respuesta de relajación, mientras que para otros meditar es una forma de entrenar y fortalecer la conciencia, o bien un método de centramiento, una forma de detener el continuo parloteo mental y relajar el cuerpo y la mente, una técnica para sosegar el sistema nervioso central, una manera de liberar las tensiones, de reforzar la autoestima, de reducir la ansiedad o de aliviar la depresión. Efectivamente, todo eso es cierto, ya que se ha demostrado, clínicamente que la meditación produce todos esos efectos. Pero quisiera destacar que, en esencia, la meditaciones, siempre han sido, una práctica espiritual. La meditación, ya sea cristiana, budista, hindú, taoísta o musulmana, ha sido una técnica diseñada para que el alma se aventure en su interior. Yo diría que la meditación es espiritual, pero no religiosa. Lo espiritual tiene que ver con la experiencia real, y no con creencias. Por eso mientras Gandhi, Einstein William James Luther King son espirituales, Billy Graham, El gran Rabino o el obispo de Barcelona son religiosos. La meditación, por consiguiente, no es tanto un aspecto concreto de esta o aquella religión como un patrimonio cultural universal de toda la humanidad, un esfuerzo para que la conciencia ilumine todos los aspectos de nuestra vida. La meditación forma parte intrínseca de lo que se ha venido en llamar filosofía perenne.

Volviendo a nuestro tema sobre la vida y sobre la muerte, como nos han dicho repetidas veces los místicos de todos los rincones del mundo, la verdadera vida sólo se alcanza aceptando la muerte. Yo comenzaba entonces a buscar decisiones que surjan más del entusiasmo y la aventura y no del miedo ,por lo tanto tenía que encontrar una teoría y práctica que me dieran la sensación de descubrimiento, emoción y crecimiento. En este sentido la filosofía oriental me acercó algunos elementos teóricos, sabiendo que yo no puedo orientalizar mi esencia occidental, pero me sirvió para entender que cuando surge un sentimiento o sensación lo presenciamos y a medida que aparece un sentimiento, nos convertimos en sus testigos. Si en cambio surge una aversión hacia ese sentimiento, somos testigos de eso. Permanecemos en una conciencia sin elección, en medio de todas las aflicciones, esto sólo es posible cuando comprendemos que ninguna de ellas constituye nuestro verdadero ser, el testigo.

Cada cosa que hacemos para resolver una aflicción no hace más que reforzar la ilusión de que somos precisamente esa aflicción. Por lo tanto, el intento de escapar de una aflicción no hace más que perpetuarla.

Dice Chuang Tzu: "El hombre perfecto emplea su mente como un espejo que a nada se aferra ni a nada se niega; todo lo recibe pero no conserva nada". Para los budistas las únicas causas de sufrimiento son el apego y el rechazo, por lo tanto deberíamos presenciar, observar, y experimentar plenamente todo lo que nos ocurre y darnos cuenta de ello. En este punto quisiera hacer una distinción entre los conceptos de religión exotérica y religión esotérica. La religión exotérica o externa, es un a religión mítica, concreta y literal, que cree ,por ejemplo que Moisés separó las aguas del Mar Rojo, que Cristo nació de una virgen. Los hindúes, creen que la tierra descansa sobre las espaldas de un elefante y que éste, a su vez, se apoya sobre una tortuga que reposa sobre una serpiente. Tratan de explicar los

misterios más que en términos de experiencia o evidencia en términos míticos. De modo que es una cuestión de creencias, no de evidencias.

Lo esotérico tiene que ver con lo interno lo oculto, un error común es pensar que una religión si es oculta, o secreta es esotérica, solo lo es en realidad por ser una cuestión de experiencia directa y de conciencia personal, por ello es mística. Como toda ciencia que se precie de tal la religión esotérica no se basa en las creencias o los deseos sino en una experiencia directa validada y verificada públicamente por un grupo de iguales que también han llevado a cabo el mismo experimento, en el caso que nos ocupa hoy las visualizaciones. Cualquiera sea el instrumento que se utilice siempre puede ser verificado vivencialmente, si se lleva a cabo el experimento adecuadamente.

Tras unos seis mil años de experimentación es perfectamente lícito extraer ciertas conclusiones y postular determinados teoremas espirituales, por así decirlo, esos mismos teoremas espirituales constituyen el núcleo de las tradiciones de la sabiduría perenne.

Las religiones exotéricas difieren enormemente entre sí, pero las religiones esotéricas de todo el mundo son prácticamente idénticas, están fundamentalmente de acuerdo en la naturaleza del alma, la naturaleza del espíritu y la naturaleza de su identidad suprema, por nombrar tan sólo algunos de sus múltiples coincidencias, esto es lo que los eruditos del mundo llaman "la unidad trascendente de la religiones del mundo", es decir el núcleo esotérico que las unifica.

Por lo tanto quienes creen en los mitos suelen considerar que están en posesión del único camino porque su religión se basa en mitos externos, que varían de lugar en lugar y esto es lo que imposibilita que perciban a diferencia de los místicos, la unidad interna que se oculta detrás de los símbolos externos.

Desarrollando la idea de que con nuestro pensamiento construimos realidades ya sea míticas o místicas, la idea constructivista de que creamos nuestra propia realidad, sólo tiene sentido como un correctivo ante la creencia de que estamos a la merced de fuerzas superiores que nos desbordan, o que la enfermedad se debe exclusivamente a causas externas. He llegado a pensar que, en su forma extrema esta creencia termina refutando su propia utilidad y que con demasiada frecuencia, se utiliza de una manera rígida, narcisista, fragmentaria y peligrosa, sería mucho más acertado decir que influimos sobre nuestra propia realidad, lo cual se acercaría más a la verdad y dejaría espacio tanto a la acción personal eficaz como a la maravillosa riqueza del misterio de la vida.

En nuestra cultura judeocristiana, con su énfasis omnipresente en el pecado y la culpa, la enfermedad se contempla demasiadas veces como un castigo por nuestras malas acciones. Yo prefiero el enfoque budista, en el que todo lo que ocurre se considera como una oportunidad para desarrollar la compasión y el servicio a los demás. De este modo puedo ver las cosas malas que me ocurren no sólo como un castigo por mis acciones pasadas sino como una oportunidad para transformar el karma del pasado, hacer borrón y cuenta nueva y pasar a una nueva página. Este tipo de planteamiento me ayuda a centrarme y a trabajar fuera de la pregunta clásica ¿porqué hiciste o decidiste hacerte este cáncer? ¿Qué fue lo que

hiciste mal? por ¿cómo puedes utilizar este cáncer ? ¡te admiro por el valor de asumir y de padecer esta enfermedad y la voluntad de superarla.

Cuando hablo con alguien a quien acaban de diagnosticarle cáncer o alguien que está cansado de luchar contra una enfermedad crónica sea o no mortal, recuerdo que para ser útil no debo dar ideas o consejos concretos, "basta con escuchar, escuchar es dar". Creo que hay muchas cosas aterradoras de las que nos podremos reír juntos cuando nos hayamos permitido estar realmente asustados. En el intento de evitar la tentación de decir las frases hechas tales como "sos joven y fuerte" "lucha por tu vida" "muere de forma consciente. Trato de no empujar a la gente a la dirección que yo elegiría o que creo que elegiría. Trato de no reprimir el miedo a que un día pueda encontrarme en su misma situación. Intento aprender constantemente a hacer las paces con la enfermedad y no considerarla como un fracaso. Como corolario "El dolor no es ningún castigo, la muerte no es ningún fracaso y la vida no es ninguna recompensa".

Faltaría hacer algún comentario sobre otros de los pilares teóricos que es la metafísica cuántica. Según los teóricos del campo cuántico, todas las cosas materiales, sean automóviles, cuerpos humanos o billetes, están hechas de átomos. Estos, a su vez, están compuestos de partículas subatómicas, que son fluctuaciones de energía e información, en un inmenso vacío de energía e información. El átomo no es en absoluto una entidad sólida: es una jerarquía de estados de información y energía en el vacío de todos los posibles estados de información y energía. La diferencia entre un objeto material y otro objeto material, por ejemplo entre un átomo de plomo y uno de oro, no se encuentra en el nivel material. Las partículas subatómicas, protones, electrones, quarks que componen tanto el átomo de oro como el de plomo son exactamente las mismas. Más aún, aunque las llamamos partículas, no son objetos materiales sino impulsos de energía e información. Lo que diferencia el oro del plomo es la disposición y la cantidad de esos impulsos. Toda creación material está estructurada sobre la base de información y energía. En esencia, todo suceso cuántico es una fluctuación de energía e información.

Pues entonces ¿qué otra cosa es un pensamiento, sino un impulso de energía e información. ?.

Imaginemos que los pensamientos sólo surgen en nuestra cabeza, pero ello se debe a que los experimentamos como pensamiento estructurado de manera lingüística, que se expresa verbalmente, sin embargo, esos impulsos de energía e información que consideramos pensamientos, esos mismos impulsos son la materia prima del universo. La única diferencia entre los pensamientos que están dentro y fuera de mi cabeza consiste en que veo los que están dentro estructurados en términos lingüísticos, pero antes de que un pensamiento se haga verbo y pueda experimentarse como lenguaje, es sólo intención. Es insisto, un impulso de energía e información. En otras palabras, en el nivel preverbal, toda la naturaleza habla el mismo lenguaje.

Todos somos cuerpos pensantes, en un universo pensante y de igual manera que el pensamiento se proyecta en las moléculas de nuestro cuerpo, los mismos impulsos de energía e información se proyectan como sucesos en el espacio-tiempo, en nuestro ambiente. Los impulsos de energía e información que crean nuestras experiencias se

reflejan en nuestras actitudes hacia la vida. Y esas actitudes son el resultado de impulsos autoengendrados de energía e información.

## EXPERIENCIAS CLÍNICAS

Los ejercicios de visualización e imposición de manos que vamos a compartir fueron utilizados en dos pacientes con diagnóstico de cáncer uno con alta definitiva y el otro fallecido. el hacerme cargo de estos pacientes despierta en mí tres tipos de alertas. 1) La ideología del paciente y su familia respecto al diagnóstico, pronóstico y también a la idea de muerte. 2) Como circula la información respecto del cuadro clínico ,el paciente recibe directamente toda la información, es recortada y quien coordina y decide toda la logística que implica este tipo de enfermedades. 3) La omnipotencia e impotencia de estos pacientes y la mía como irían jugando, es decir como se haría el acoplamiento estructural.

Caso N I: Es una médica de 50 años casada con hijas de 20 y 24 años respectivamente estudiantes universitarias, su marido tiene 55 años y es médico. El diagnóstico primitivo de cáncer de mama se realiza en el año 1994, con metástasis en el año 1996 en pulmón izquierdo. En esa fecha soy consultado, lo que me dice la paciente es que cree que ya no tiene esperanzas, siente que se está deprimiendo que esto es demasiado para ella y su familia," que justo ahora que podría disfrutar de la vida le viene este castigo".

No voy a relatar todo el trabajo de indagación respecto de la ideología de la paciente y su familia en relación a su diagnóstico, los miembros de la familia fueron citados en distintos momentos del tratamiento, si voy a relatar el momento de la tercera sesión donde preparando el terreno para un ejercicio de visualización, le dejo como tarea para la próxima sesión que vea la película Ghost y que me trate de explicar como es el mecanismo de una foto o una película.

El próximo encuentro ella cumple con la tarea y me aclara que es muy católica y que no me venga con cosas raras, le dije que de ninguna manera su fe iba a ser tocada a menos que ella me lo pidiera, pero sí, yo le pedía a ella como científica que era ,si tenía ganas de experimentar algunas cosas en su cuerpo, en su espíritu, y en su mente. Acuerda rápidamente y le doy la instrucciones, le explico que este es un ejercicio que tiene que hacer siempre al iniciar el día y que lo puede compartir con quien quiera y repetirlo todas las veces que sienta que su energía disminuye.

El ejercicio consiste en visualizar con los ojos cerrados dos soles en la planta de los pies que comienzan ascender hasta la zona pubiana donde se forma un solo sol y asciende lentamente hasta el cuello donde se divide en dos soles nuevamente y descienden por ambos brazos hasta la palma de las manos donde se quedan el tiempo que necesito, de allí ascienden hasta la zona del cuello se unifican y van a la parte posterior de la nuca desciende hasta el pubis, asciende nuevamente hasta la cabeza el sol, donde estalla en lluvias de color con los colores del arco iris. Hay que estar atentos de no cruzar las piernas y las manos, el tiempo de duración es personal.

Después de realizar la primera experiencia vale indagar sobre las sensaciones aparecidas tanto en el cuerpo como en la mente. Continuando con la idea de poder ayudarse ella desde adentro con su pensamiento, le indiqué que ella si quería al igual que el mecanismo de las fotos podía trabajar sobre sus células enfermas.

El ejercicio consiste en visualizar la zona enferma, no importa las características reales de la zona anatómica, importa la imagen que se impone. En ella consistían en tres porotos grises que estaban juntos a un bronquio, estaban fijos y le indiqué que debía generar una imagen que los combatiera, lo sorprendente en esta paciente es que ella dice que se le impone un rayo de luz blanca y que proviene del corazón de Jesús e irradia toda la zona. Paralelo a nuestro trabajo ella estaba haciendo un tratamiento protocolizado con el mismo modelo de Houston, notando los médicos que el hemograma no era el esperado para el tipo de lesión y tratamiento que ella estaba recibiendo, estaba normal. Le informan entonces que van aumentar la agresividad de la medicación a niveles de altísimo riesgo de vida, esto produce en ella un profundo temor que la llevaba a abandonar el tratamiento quimioterápico.

Realizo toda la indagación actual e histórica sobre el miedo, pero siento que no la puedo ayudar en esta instancia y me pide si la puedo medicar con antidepresivo por que entendía ella que comenzaba el final. Recuerdo un ejercicio que permite entender dónde queda bloqueada cierta energía y se lo propongo, ella lo acepta y le indico que elija la palabra que sintetiza el problema y me dice "miedo a morirme," le digo que elija un animal persona o cosa que lo visualice delante de ella y que lo atravesase como si ella fuese un rayo láser. Elige un tigre, lo atraviesa y le señalo que delante de ella va encontrar dos caminos uno hacia la izquierda y otro hacia la derecha, primero tomará el camino de la izquierda, reclinando levemente su cabeza sobre el hombro izquierdo, mirará todo lo que se le imponga sobre el lado izquierdo de ese camino y a medida que se le presenta me lo cuenta. Luego regresará recordando todo lo que observó al lugar donde se juntan los caminos, tomará el camino de la derecha y reclinando su cabeza sobre su hombro derecho, reconocerá sobre el lado derecho del camino una casa ,donde pedirá permiso para entrar y se cocinará la comida más rica que quiera y la bebida más deseada por ella, consumiendo todo lo cocinado, se retirará agradeciendo y regresará al inicio de los dos caminos, volviendo a recorrer el camino izquierdo y contándome todo lo que observa y si hubo alguna modificación. Por último regresa a los dos caminos ahí encontrará un puente que va de lado a lado de ambos caminos, este puente está averiado en algún tramo, que observe bien donde es y que lo repare. El paciente debe describir en que tramo del puente estaba la rotura, allí hay que realizar la siguiente cuenta, la extensión del puente equivale a toda la edad del paciente. En este caso la paciente tiene 50 años y la rotura estaba ubicada en el primer cuarto de tramo del puente es decir a sus 12 o 13 años había sucedido algún episodio fuerte que la había marcado en relación al miedo o bien a la idea de muerte. La paciente inicialmente no recuerda nada, se encarga de marcar que su infancia había sido muy feliz al igual que su adolescencia. Insisto en que puede haber alguna variación más menos de un año que revise más tranquila su pasado. Para sorpresa de ambos, me dice que cuando estaba en el primer año de su escuela secundaria le diagnostican un tumor de etmoides y que como era una zona muy difícil de anestesiar por ser un hueso, le realizan un limado del hueso sin anestesia sufriendo-muchísimo y no sabiendo el tipo de tumor que tenía hasta no poseer el

resultado de la biopsia. Por suerte da benigno, pero ella se juramenta para sí que tuviera lo que tuviera no iba a dejar que le hicieran sufrir como sufrió esa vez.

Este ejercicio le permitió ubicar su experiencia actual en otro lugar dentro de su mente, rompiendo ella misma su propio hechizo y la última consigna de este ejercicio es que cada vez que uno se encuentre en una situación igual debe visualizar la comida que ingirió en la visualización. Lo anecdótico de esta paciente es que en plena aplicación del tratamiento, ella estaba realizando su comida, y los médicos por tratarse de una colega enferma le explicaban todos los pasos del procedimiento, ella los interrumpe diciendo que no le hablen más, porque ella está comiendo y la distraen, pueden imaginarse el final.

Para fines del mes de septiembre fue dada de alta definitiva, no respondiendo nunca a los parámetros de laboratorio en cuanto a grado de toxicidad, y hoy ella, que era una pediatra ortodoxa, le enseña a las mamás de sus pacientes graves a trabajar con estos temas.

Caso N 2 : Alicia es una paciente de 35 años de edad, que le diagnostican un cáncer de trompa con una sobre vida no mayor de un mes, es médica esposa de un paciente mío, que ya se encontraba en psicoterapia, pero él me pide con aceptación de su esposa y de su terapeuta si la puedo ver, convengo con la terapeuta cual iba a ser mi lugar, y realizo mi primer encuentro, sabiendo que la paciente lo único que sabía era que le habían extraído todo el tumor y también sus órganos sexuales interno, pero no su pronóstico.

Esta paciente me va ha enseñar y ratificar muchas lecturas sobre los cuadros terminales y los momentos previos a la muerte.

Con ella pongo en práctica algunas ideas citadas anteriormente, el hecho de acompañar en silencio e ir viendo que me decía o me pedía, sobre todo por el lugar tan especial que yo tenía en esos encuentros. Alicia no sabía absolutamente nada sobre el tema de energía, visualizaciones, entonces le propongo si ella quiere hacer cosas junto a mí o bien enseñarle algunos ejercicios, sin más explicaciones.

Lo primero que le hago es alinearle los centros de energía, tarea que se va a repetir cada vez que nos encontrábamos pues ella lograba un plano de relajación muy importante que la inducía rápidamente al sueño. Desde el inicio ella es medicada con analgésicos potentes. pero no recibe medicación oncológica.

El otro ejercicio que realizábamos la terapeuta y yo, era colocarle nuestras manos en el lugar que ella lo solicitara o bien de acuerdo a nuestra intuición. Su deterioro clínico general era muy rápido y notable, pero en ningún momento hablamos explícitamente de la muerte en el tiempo que estuvimos juntos que fue exactamente un mes. En la segunda semana de convalecencia me comenta que tiene alucinaciones o mejor dicho pseudo alucinaciones, pues se le aparece un señor mayor vestido de blanco al lado de su cuerpo. Como si fuese algo muy común le digo si habló con él, Alicia era una persona de muchísimo humor, se imaginan la respuesta.

Al encuentro siguiente me dice que se está volviendo loca, porque no solo ve, sino que habla con la imagen, y me comenta que con voz muy suave le dijo que él iba estar allí para protegerla.

Realizamos con Alicia el trabajo del sol y la visualización de los dos caminos, la alineación de los chakras y la imposición de las manos, en todos los encuentros y así fuimos llegando al último día, que por una razón fortuita yo no podía verla, pero dentro mío por sincronicidad seguramente, me aparezco en un horario inusual, comentando su esposo que él suponía que había entrado en coma porque había dormido sin despertarse, hasta unos minutos antes donde le dijo que me quería ver.

Yo sentía una profunda tristeza pues empezaba a entender porque estaba allí, me acerqué la tomé de la mano, que ya no me buscaba y apretaba como antes, simplemente era un canal para estar en contacto, estuvimos en silencio a solas varios minutos, hasta que me dice que mire para la puerta, si los veía, le dije que no, entonces me explica que el hombre con la túnica de blanco, le avisó que era la hora de partir y que no temiera que él la iba acompañar al igual que otros seres que estaban de blanco en la puerta, casi en sollozos me dice que tiene miedo y que lo cuide a su esposo ,lloramos juntos y nos despedimos con una frase que a mi me ayuda mucho y creo que a la gente también," suceda lo que suceda todo estará bien".

Ella entra en un profundo sueño, que solo va a despertarse a la madrugada llamando a su esposo, que había trabajado mucho, en como poderla ayudar a ella en el momento de partir. Le dice que la vinieron a buscar pero que ella no quiere irse, se aferra a él, físicamente, él tenía indicaciones precisas de que hacer con sus manos y con sus sentimientos y en pocos minutos ella se entrega abrazándolo y comentándole que me dijera, la siguiente frase, que yo la iba a entender "que le había ayudado a cerrar el círculo."

Así comenzó ella su nueva vida, su viaje de retorno.

Entre las cosas que me dejó Alicia en su mensaje, es el despertar a la necesidad de compartir estos aprendizajes, por lo tanto la segunda parte de este trabajo da cuenta de lo que estoy haciendo junto a un equipo en una unidad de terapia intensiva con los pacientes comatosos, sus familiares, los médicos y enfermeros.

## TRABAJO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

La propuesta del proyecto de investigación consiste en articular tres subsistemas que se estructuran en la unidad de terapia intensiva en el hospital Fiorito de la localidad de Avellaneda, que por lo general operan en forma disociada: el paciente en coma, la familia del paciente internado y el equipo médico.

En líneas generales, por un lado se parte de una premisa que se considera básica para la operatoria: "Aprender a despedirse o a acompañar al paciente con riesgo de muerte, posibilita mejorar la calidad de vida".

Por lo tanto, trasladando estos conceptos al plano práctico, se observan que los subsistemas antedichos, desarrollan una crisis a distintos niveles, la posibilidad de muerte genera la ruptura de la homeostasis. tanto en el paciente en forma individual ; la familia frente a la fantasía o realidad de la pérdida afectiva y efectiva de uno de sus miembros ; y en el equipo médico la repercusión emocional ante el riesgo de muerte del paciente y el dolor frente a la factibilidad de duelo, sin contar con los recursos profesionales para la contención.

En este punto me gustaría citar algunas ideas de la Dra. Kubler Ross y del Dr. Gianantonio, respecto a los mecanismos que se activan en uno a partir de que uno se entera de un diagnóstico grave o bien de la muerte de un ser querido. a 1) La negación :No a mí no me puede pasar esto.2) Bronca-rechazo : porqué a mí.. ., esto lleva a tener conductas agresivas entre aquellos que no padecen el mal. Incluyendo el terapeuta o médico, la única receta es devolver bien por mal. Si esto no se puede cambiar se inicia un proceso teñido de odio y violencia. Cuando esta etapa es superada, la actitud de la familia suele ser otra en la que predomina 3) La Esperanza: Si a mí, pero la esperanza es un poderoso y necesario sentimiento, cuando está adecuadamente organizado.

Es propia de nuestra especie y nos alimenta a todos. El problema aquí es detectar la esperanza de un hecho improbable pero posible al fin, y diferenciarla de la fantasía, que en este caso representaría esperar lo imposible. La dimensión de esta esperanza debe ser también evaluada por el médico, evitando cuidadosamente colaborar a que se hipertrofie, pero preservándola en la medida que sea útil. La esperanza no debe ser aniquilada, cuando no está fundada muere lenta y naturalmente. Durante este período tienen mayor vigencia las creencias de la familia, especialmente las religiosas, que deben ser respetadas en cada caso. Es un momento de gran actividad y de lucha por rescatar la vida del paciente, o de prolongar todo lo posible, este regateo con lo altamente improbable termina casi siempre, para dar paso a otra etapa,4) Depresiva de gran tristeza: Si a mí, a nosotros, se trata de una pena profunda y preparatoria. hay que empezar a despedirse de lo que el paciente era y significaba.

Desgraciadamente, es en medio de este dolor profundo, cuando por lo común se encuentran más solos. Los médicos y enfermeros en estos momentos huyen del contacto con los familiares. El problema es serio, pues los seres humanos, sociales por excelencia, necesitamos compartir, con otros, nuestro sufrimiento que se alivia con sólo contarlo. Esta pena preparatoria debe dar lugar a otra etapa, la última 5) la aceptación: Si, a mi a nosotros y está bien, entonces sobreviene un hecho trascendente todos son invadidos por una profunda paz, la muerte sobrevendrá en estas condiciones como un hecho simple natural y puro.

De acuerdo a lo expresado, el equipo de investigación tratará de articular los tres niveles, implementando técnicas de estimulación sensorio-perceptiva (táctil y auditiva) en el paciente que permitirán evitar el aislamiento que sufre por su propio coma, o por el hábitat (contexto) en que se encuentra, y a la vez facilitar su reingreso a la vida( a posteriori en el sistema familiar) o permitiéndole una despedida diferente en su tránsito hacia la muerte.

En el subsistema familiar, se realizarán estrategias de contención que acrecienten el comprender la situación, que posibiliten disminuir los niveles de ansiedad, y que generen un equilibrio momentáneo hasta la posterior definición del evento.

En el equipo médico se realizará por una parte, una labor pedagógica en donde se tratarán de implementar la gama de la estrategias más adecuadas para articular la dinámica interaccional entre los trabajos psicoterapéuticos realizados con el paciente y con la familia. Y por otra, la contención de las ansiedades que despiertan estas situaciones límites entre la vida y la muerte.

De esta manera, el mejor manejo de estas situaciones con riesgo de pérdida, posibilitarán reformular la concepción de la muerte, creando una mejor calidad de vida y generando, por ende, un mejor devenir que se retroalimentaría con su medio ambiente(amistades, familia de origen y extensa, compañeros de trabajo, vecinos etc.) convirtiendo a los actores en verdaderos agentes de salud. Es decir se trata de estar mejor en la peor situación.

## OPERATIVIDAD DEL EQUIPO DE INVESTIGACION

### Subsistema equipo médico

12. Reuniones periódicas (3 veces por semana) con el equipo, en donde participarán los operadores de campo y el supervisor y tendrán una duración que no superará la hora y media.

Las técnicas que se implementarán serán verbales, psicodramáticas y de rol playing y tendrán como objetivo allanar tensiones, contener las angustias que genera la dinámica del servicio, como así también gestionar las estrategias adecuadas para el seguimiento de los casos que se presenten, que apunten a descomprimir al equipo, logrando mejorar la atención de la dinámica organizativa del servicio.

2. Trabajo en guardia: la dupla de operadores trabajará con el médico de cabecera del paciente internado, a través de intervenciones estratégicas, cuyo objetivo será el de facilitar la tarea con el paciente y la familia.

### Subsistema paciente

Se implementarán, en contacto individual con cada paciente y según el caso, técnicas de estimulación sensorceptivas de dos tipos:

12. Táctiles : se utilizarán diferentes formas de contacto táctil dirigido, de un familiar, amigos, enfermeros, médicos, o del mismo equipo de operadores, teniendo por objetivo la contención y estimulación, que lleven a la conexión con la vida, los afectos y la energía vital, con la consecuente concientización de que está aquí y ahora

2. Auditivas: se utilizarán como recursos dos ejercicios principales : por una parte, la audición de la música preferida del paciente (tomando como base conceptual comprobada que la música es la última de las percepciones que se pierde, además de ser relajante y estimulante de acuerdo a la elección)

Y por la otra parte, la audición de la voces de los seres queridos como amigos, parientes, etc. en síntesis todos los que representen afectos cercanos. Los mensajes en este punto serán adaptados a cada requerimiento en particular, fundamentalmente deberán transmitir la idea de que suceda lo que suceda, decida lo que decida, todo saldrá bien, estarán de acuerdo y que lo acompañarán en este trance difícil. El alto tenor emocional, connotado positivamente, implicará una expresión afectiva y de contención

### Subsistema familia

El trabajo con la familia se divide en dos etapas:

12. Período de internación: en principio, las tácticas y las intervenciones dirigidas al subsistema familiar se realizarán durante la etapa de crisis propiamente dicha, en la unidad de terapia intensiva.

Estas intervenciones tendrán por objetivo redefinir la idea de pérdida, cambiar el concepto de "por qué a mí" o "por qué a nosotros" por el "para qué" de la situación, como idea de mensaje, de aprendizaje y de relación.

Otra de las metas será la contención de las tensiones, angustias, etc. y la preparación para la posterior reacomodación, ya sea por la reinserción del paciente a su medio habitual o bien por la aceptación de su deceso.

2. Período post internación: Se realizará un seguimiento, a través de entrevistas familiares o individuales, para evaluar y reforzar la estrategia diagramada en el período anterior.

### RESULTADOS ESPERABLES DEL PROYECTO A CORTO PLAZO

\* La disminución de ansiedades, angustia y dolor generada por la situación de crisis en el paciente, en la familia y en el equipo médico.

\* Redefinir la concepción de muerte o enfermedad grave, en los tres subsistemas.

\* Facilitar e ingreso a su medio ambiente, sea por la familia que recibe al paciente después de la situación límite, sea por parte del paciente mismo que debe reinsertarse luego de un período de ausencia de su contexto habitual, con o sin secuela.

\* Facilitar la elaboración de un duelo en el medio afectivo cercano en el caso de fallecimiento del paciente.

\* En síntesis, "se trata de estar mejor en la peor situación".

## RESULTADOS ESPERABLES DEL PROYECTO A LARGO PLAZO

- \* Reformular los criterios de organización en un servicio de terapia intensiva.
- \* Disminuir el tiempo de internación
- \* Acelerar el tiempo y la calidad de la reinserción
- \* Generar agentes de salud que reproduzcan una concepción de vida y muerte mejor, y que este acontecimiento con lleve a modificar las relaciones humanas elevando la calidad del medio ambiente.
- \* Que el aprendizaje de poder manejar una situación de crisis grave, posibilite una mejor conducción en otras situaciones críticas que todo ser humano en su vida debe afrontar

Respecto a las modificaciones que puedan darse en el medio interno del paciente van a ser seguidas por laboratorio pautadas las extracciones de acuerdo a las sustancias que se protocolicen, en este sentido habrá también una población testigo de pacientes para realizar las comparaciones. El presente trabajo está pensado para dos años de búsqueda de resultados e información para generar, luego la difusión a otros centros de asistencia, puesto que ya despertó la inquietud en varios servicios de la especialidad-

Dr. JORGE ALBERTO ROCCO Médico psiquiatra universitario  
Director del grupo alternativa  
<http://www.jorgerocco.com>