

LA TRAGEDIA DE ARMERO: ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES TERMINALES. DRA. ISA FONNEGRA DE JARAMILLO*

Después de la tragedia producida por el Volcán del Ruiz, el Hospital "El Guavio" de Bogotá fué cerrado al público, para albergar pacientes con sepsis severas y con gangrena; la institución solicitó ayuda profesional al admitir, por intermedio de su Director, Doctor Germán Fernández Cabrera, la impotencia y ansiedad que el personal médico y paramédico experimentaba al enfrentar el manejo de un número considerable de pacientes en duelo. En duelo, porque se les había amputado una o varias extremidades; en duelo, porque se habían "perdido" de sus familiares y se encontraban repentinamente en un hospital ajeno, de una ciudad extraña; y en duelo, porque todos tendrían, paulatinamente que aceptar y elaborar la pérdida de uno, dos, cinco o diez seres queridos muy allegados. Además, el hospital no contaba dentro de su personal con departamento de Psiquiatría o Psicología Clínica.

Estos pacientes llegaron casi todos en estado de shock emocional, esto es, de aturdimiento y confusión. Habían vivido todos una situación masiva muy traumática, ya que fueron arrollados literalmente por un mar de barro y piedras.

* Psicóloga de la Universidad Javeriana. Especializada en la Western Michigan University, Kalamazoo. Docente de varias cátedras. Autora de varios trabajos. Sus principales aportes clínicos los ha realizado como psicoterapeuta de pacientes terminales, disciplina a la que se dedica.

MATERIAL Y METODOS.

Los pacientes hospitalizados en "El Guavio"

Podríamos detenernos a compartir con el lector las observaciones sobre los pacientes que finalmente sobrevivieron y a quienes también se les prestó ayuda psicológica tendiente a estimular la catarsis, a permitir el llanto y las manifestaciones emotivas de angustia, dolor y duelo subsiguientes; pero vamos a limitarnos a nuestro propósito y a ilustrar con dos casos la intervención psicoterapéutica con pacientes moribundos.

Para visitarlos y ante la sospecha de gangrena gaseosa, me ofrecieron gorro, bata y polainas estériles, además de tapabocas, los que rechacé, por sentir que impedían el contacto gestural, tan importante para un paciente; además, a mi juicio, y con la intención de acercarme, el tapabocas podría representar simbólicamente rechazo, distancia y temor a ser contaminada.

Cuando ingresé al cuarto, llevaba conmigo un asiento que coloqué al lado de la cama del paciente como un símbolo de asentamiento, de tiempo disponible y que le transmitía un mensaje importante: que yo no tenía afán, que mi papel no era médico, que no venía a examinarlo ni a observarlo físicamente sino a sentarme, a hacerle compañía y a conversar con él.

El primer paciente al cual me referiré era J., joven varón de 28 años, de recia contextura física. Entré en su habitación y luego de presentarme le pregunté si sentía que le podría hacer bien un rato de compañía, que mi intención era oírlo y compartir con él, tanto como

me fuera posible, lo que él estaba sintiendo. Él aceptó de muy buena gana y comenzó a contarme en forma pormenorizada su "accidente" que aunque inicialmente no revistió gravedad, habría de llevarlo a la muerte. Alternaba sus relatos con frases como "yo tengo mucha fé" y "sé que si pongo bastante de mi parte puedo salir adelante"; le pregunté qué le pasaba desde el punto de vista médico y me respondió con gran claridad y empleando términos técnicos. (Había estudiado 2o. semestre de Biología). La herida muy amplia en el tórax era visible y estaba conectado a muchos tubos y sondas. En las dos primeras sesiones no se mencionó la posibilidad de morir. Hablamos libremente de los dolores tan intensos, de su novia y de su vida en Armero como Inspector de Policía, de lo absurdo de esta tragedia y de la buena calidad de los médicos y enfermeras que lo trataban. Realizamos una sesión diaria durante 8 días con duración variable entre 15 y 40 minutos, de acuerdo con el dolor y con las dificultades respiratorias que ya al final eran muy agudas. Su empeoramiento era visible día a día y, al mismo tiempo, su relación conmigo se fortalecía. Él ya esperaba mi visita diaria, me contaba lo que había pensado y sentido. Con frecuencia, turnaba el recuento real y doloroso del progreso de su enfermedad con ilusiones y fantasías de supervivencia, con metas trazadas a 2 ó 3 años vista. En todo momento le fueron respetadas sus necesidades de alternar la cruda realidad con la negación de la misma.

Faltando dos días para su muerte, pudo manifestarme que tenía miedo de morir, que debía admitir que "a ratos" pensaba que la

fé no lo era todo y que las sondas y aparatos a los cuales estaba conectado no podrían reducir la gangrena que avanzaba en su interior. En esa reunión se mostró descorazonado y triste. Además, un fuerte dolor de garganta le impedía hablar bien y comerse unas mandarinas como lo hacía con mi ayuda a lo largo de las sesiones. Revisamos sus miedos y sus tristezas ante la innegable cercanía de la muerte. Lloró calladamente durante un rato, luego del cual le pregunté si había algo que lo mortificara en particular de la idea de morir. El respondió que sí, que la sensación de estar perdido, que no supieran más de él, el no haberse podido despedir de su novia hospitalizada en Ibagué, ni de su hermano. (Sus padres y otros hermanos estaban entre los desaparecidos). Le sugería la posibilidad de despedirse escribiendo unas cartas, que le darían la oportunidad de comunicarse con ellos, aceptó y comenzó a dictarme y yo a escribir textualmente los mensajes conmovedores mientras lloraba, dirigidos a su novia y a su hermano. Tenían el sentido exacto de una despedida, aludían a recuerdos pasados, daban consejos y finalmente, relataba su estado físico y se despedía.

Luego de releerle las cartas, permanecimos largo rato en silencio mientras él lloraba hasta que me despedí dejándolo ya más tranquilo. Al día siguiente estaba muy mal, los dolores eran tremendos, temblaba y ya casi no podía hablar por la fatiga. Le dije que venía a mostrarle cómo habían quedado escritas las cartas, a reasegurarle que me haría cargo de enviarlas y le pregunté si algo más podría hacer por él. " No doctora, ya ha hecho demasiado, me dijo. Me voy

tranquilo, sé que es el final y no tengo miedo. No hubo nada más que hacer".

Me despedí y salí a solicitarle al médico tratante que le aplicara si era posible, más medicación para el dolor y algún sedante. Al día siguiente, cuando volví al hospital, me dijeron que J. había muerto en la madrugada.

El segundo caso que deseo compartir es el de una mujer, E. de 25 años, soltera con dos hijos, uno, de 18 meses y otro de 8 años; estaban con ella y se perdieron en la avalancha de lodo. E. apareció inconsciente en otra población cercana; fue arrastrada por entre los troncos, ramas, etc., como consecuencia le amputaron una pierna que nunca sanó; y presentaba gangrena en la otra y en el brazo derecho.

Esta paciente se hallaba ensimismada y distante cuando la visité por primera vez. Como en los otros casos, entré sin tapabocas y con mi asiento. Me presenté y le pregunté si quería que la ayudara. Asintió diciendo "pero... qué quiere que yo le diga, mamáta?" se callaba sonriente, pero alejada por largos ratos.

En la segunda entrevista, se quejaba "Ay, mis niñitos... dónde estarán? Mire doctora eso para mí es lo peor". Con un poco de ayuda comenzó a contarme su vivencia de la catástrofe, lo que la alivió mucho. Así siguieron diariamente las sesiones, la paciente sonreía más y se mostraba respaldada efectivamente cuando evocaba su relación amorosa con el padre de su primer hijo. Luego de varias sesiones en las que se hacía patente su "ignorancia" acerca del progreso evidente de la enfermedad a pesar de los esfuerzos e iniciativas

de los doctores, le sugerí al médico tratante que entrara conmigo a una sesión para que discutiéramos con ella lo que estaba pasando. Así lo hicimos; se le explicó en forma clara y sencilla el avance de la enfermedad y todos los recursos que se estaban empleando para evitar más amputaciones que la dejarían muy impedida. Se le explicó que aún se intentarían nuevos tratamientos; pero ella insistía en que le amputaran el otro brazo y la otra pierna pues el dolor era insostenible y porque tenía la esperanza de detener así la infección y su decisión fué tomada en cuenta. Al otro día conversamos ya frontalmente acerca del grado de invalidéz en que quedaría y que, a pesar de las amputaciones, era muy posible que la gangrena hubiera avanzado más y que fuera incontrolable. Esto la entristeció y lloró, cosa que antes no hacía. En las siguientes entrevistas, todavía abrigaba la esperanza de sobrevivir a la cirugía para "buscar a sus hijos", aunque su optimismo decaía a ratos. Pero, en la penúltima sesión que sostuvimos, se encontraba muy mal; su estado físico había empeorado notoriamente y estaba muy fatigada, con muchos dolores y complicaciones físicas. En esa sesión me sentí moralmente obligada a decirle que le tenía una buena noticia: que el hospital había conseguido la información de que sus hijos estaban vivos, y sanos. A pesar de su estado que era tan lamentable, reía llorando y con alegría conmovedora expresó: "Ahora si me pongo feliz, mamita. Ahora si no me importa morirme. Pero... que haré con ellos? Quién los va a cuidar si no salgo de ésta con bien?".

Conversamos largamente al respecto y llegamos a la conclusión

de que ella se sentiría más tranquila para ir a cirugía si pudiera encargarse a alguien de sus hijos. Me dictó una carta para el padre de su primer niño, hoy casado con una mujer de cuya unión no había hijos, para ver que si los quería adoptar y conformar así un hogar para los tres hermanos. Lo hicimos, le releí la carta y me comprometí a enviarla. Nuestra última charla fue triste, "resignada" según su propia expresión, pero tranquila por haberse podido "despedir" de sus hijos y encomendárselos a gente de bien. Hablamos en forma concreta de los altos riesgos que tenía la cirugía en su estado físico. Ambas sabíamos que no nos volveríamos a ver, pero ella estaba en paz. Al siguiente día, cuando llegué, se encontraba en cirugía, de la cual no se recuperó nunca pues presentó un paro cardiorespiratorio.

Estos dos casos nos permiten apreciar de manera práctica, cómo, mediante procesos muy diferentes, ambos pacientes lograron una organización del futuro de las personas que dependían afectivamente de ellos y consiguieron, con la ayuda psicoterapéutica, morir en paz a pesar de sus condiciones desfavorables. Así mismo pretenden ilustrar de qué manera se puede compartir la situación anímica de un paciente desahuciado hasta la apacible aceptación de su fin. En la presentación de estos casos hecha en forma respetuosa y concienzuda, es inevitable transmitir sensaciones incompletas ya que me es imposible transcribir situaciones, comunicaciones y sentimientos que se dieron y que fueron mucho más allá de lo que las meras palabras pueden describir, pero que añadieron un hondo y humano significado a estas entrevistas con pacientes moribundos.

DISCUSION.

ACTITUDES HACIA EN PACIENTE MORIBUNDO

Una persona moribunda nos despierta una gran cantidad de sentimientos que son difíciles de manejar: ansiedad, angustia, culpa, rabia, malestar, pánico, rechazo, miedo, estupor, asombro; y ¡ quién lo creyera ! - a nosotros, profesionales de la salud en cualquiera de sus ramas, un paciente moribundo generalmente nos despierta los mismos sentimientos que al común de la gente. No se nos escapa el hecho de que el moribundo es un paciente no-querido, no-buscado y en muchos casos, olvidado, o francamente abandonado por nosotros. El "ya no hay nada que hacer", ilustra su angustiante sensación de desamparo, la confusión y desesperación de sus familiares y la impotencia del médico. Ante estos pacientes nos tornamos lacónicos, poco expresivos, o a veces mostramos sólo una superficial actitud de conmiseración que se manifiesta en una fría sonrisa y una palmadita en el hombro que no pretende decir nada porque... no hay nada que decir. En un hospital, es un paciente cargoso por sus quejas, pesado por las dificultades para ser lidiado, o casi ignorado por el personal médico y de enfermería, si su estado físico no requiere ya mayor atención. No sabemos de qué se le puede hablar a un moribundo y nos inspira terror que esa persona se dirija a nosotros. Proveemos el mínimo de cuidados, los necesarios físicamente, pero nos aseguramos de que "no vaya a comenzar a preguntar cosas" o a "contarnos sus tristezas", estando en su contacto el tiempo más breve posible.

El manejo médico de la información que se le suministra a un paciente moribundo, en muchos casos también representa un problema, es una dificultad que ha suscitado muchas controversias. Se le debe informar al paciente la realidad de su estado? Su diagnóstico? Someramente o con detalles? Se le deben comentar a ese enfermo las posibles alternativas de las que la ciencia médica dispone para afrontar su enfermedad? Se le debe consultar su opinión en la toma de decisiones que tienen que ver directamente con su porvenir?... y el de la familia...¿Qué tanto acceso debe tener a toda esa información? Alrededor de este tema surgen mil incógnitas difíciles de responder y cuyo estudio se escapa a los propósitos de este artículo (), pero sí cabe resaltar nuevamente nuestra gran dificultad para el manejo y aceptación de la muerte y de las circunstancias que rodean este hecho inevitable.

El silencio, las evasivas, la pobreza en el contacto y el deterioro de la comunicación que es directamente proporcional a la gravedad del paciente, no hacen más que rodearlo con un muro de incompreensión, aislamiento, desesperanza y soledad. Por supuesto que las preguntas "qué tanto informar, cómo, en qué momento y a quién", tienen respuestas de acuerdo con cada persona y con cada caso, pero en general, compartimos la noción de que el acceso a la información es un derecho humano que los médicos y todo el personal en contacto con el moribundo, deben respetar.

Habrán casos de personas receptivas a tal información, y casos en que el paciente a pesar de haber sido informado, parezca no retener lo oído; casos en los que el paciente explícitamente rechaza re-

cibirla, o en los que se entera no por el médico, sino por la infidencia de una enfermera, o por haber llegado a sus manos el resultado de un exámen, por una imprudencia familiar, etc. Encontramos también personas no lúcidas, y casos en los cuales la ignorancia o el muy bajo nivel cultural del paciente dificultan la clara comprensión del mensaje que el médico quiere dar. Pero cada caso es único y exige un cuidadoso estudio y la adopción de una política clara, humana, respetuosa y considerada hacia el enfermo terminal.

EL TEMOR ANTE LA MUERTE

La muerte es una realidad inevitable y ocupa un lugar específico en la vida de cada individuo. De todas maneras quien la niega, la reprime, la esconde o rehuye, la desafia, la estudia, la intelectualiza, la fantasea, la trabaja, la rechaza, la respeta, la acepta, está demostrando su propia y personal actitud hacia la muerte.

Cuando la muerte golpea en una puerta cercana a la nuestra y oímos y sentimos su proximidad, reaccionamos acorde con nuestros temores y con nuestras necesidades; damos una respuesta, siempre muy personal, que obedece a nuestra propia historia. No es posible no tener actitud hacia la muerte como algunas personas pretenden afirmar, ya que tan simple expresión ya denota una actitud: ignorarla.

Acercarse a la muerte, perderle el miedo, vivir la muerte a través de la muerte de los demás, incluirla en nuestros temas de conversación y en nuestros proyectos vitales, familiarizarse con ella, representa un gran cambio, un necesario y sano avance dentro del proceso de crecimiento y de enriquecimiento del ser humano. Genera una

proyección de nuestro diario vivir, añade un significado a la rutina, estimula la realización de muchas metas, permite la planeación y nos lleva a vivir más intensamente, con más sabor y autonomía cada uno de nuestros días: a odiar con menor rencor, a resentir con menos amargura, a querer con más amor, a agradecer con más gratitud, a luchar con más ilusión, a perdonar con más generosidad, a dar con más desprendimiento.

La muerte es parte de nuestra existencia, tan integral como el nacimiento, pero la integración sana de la muerte a nuestras vidas se ha dificultado siempre, y ésta se ha relegado a limbo de "tema tabú".

Pero... porqué?... Sencillamente, sin rodear la explicación de garantías teóricas que nos permiten refugiarnos en la distancia del intelecto, porque la muerte es un final, porque implica desprenderse, abandonar. Porque la muerte es separación, es pérdida, es pena y todo ello es difícil, duele mucho y hace mella en nosotros. Porque los seres humanos somos gregarios y necesitamos de los demás, creamos vínculos con el afecto, lo fortalecemos y dependemos de esos "apegos" para nuestra vida emocional. Y cuando un ser querido muere, hay un abandono, un duro desprendimiento y por ello, depresión y soledad interior.

Así, el paciente moribundo es la concreción de la muerte que despierta nuestras fantasmas y ansiedades no resueltas, la evidencia innegable de nuestra impotencia frente a ella y con cada paciente moribundo, nosotros, si nos acercamos a él, morimos un poco.

ALGO SOBRE LOS DUELOS

Entendemos por duelo la reacción ante la pérdida de algo querido, en un sentido amplio. John Bowlby, nos lo explica así: "La pérdida de una persona amada es una de las experiencias más intensamente dolorosas que un ser humano puede sufrir. Y no sólo es doloroso vivirlo sino también ser testigo de ello, debido a que somos impotentes para ayudar. Hay una tendencia muy marcada a subestimar qué tan intensamente incapacitante y perturbador es un duelo usualmente; y cuanto tiempo duran estos afectos en la persona; y a la inversa, existe una tendencia a suponer que una persona normal y una sana puede sobreponerse a una pérdida no sólo rápida sino completamente. Una y otra vez habrá que recalcar la larga duración de una etapa de pena (duelo), las dificultades para recuperarse de sus efectos, y las consecuencias adversas al funcionamiento de la personalidad que con frecuencia traen las pérdidas". Bowlby señala otros dos errores muy comunes en la apreciación de los duelos como son la suposición de que la culpa es intrínseca a todo duelo, y la segunda, que el "no-creer por parte de una persona, que la pérdida de ha dado realmente (con frecuencia llamada "negación"), es en sí misma indicativa de patología.

Los estudios realizados en sujetos adultos enfrentados a pérdidas mayores, permiten establecer cuatro fases en el duelo (de acuerdo básicamente con Bowlby y con Parkes) éste último con sus investigaciones en viudez:

1. Fase de atontamiento, que usualmente dura desde unas horas hasta una semana y puede interrumpirse por explosiones de rabia y/o desesperación.
2. Fase de añoranza y búsqueda del objeto perdido, con duración de meses y en algunas ocasiones, hasta años.
3. Fase de desorganización y desesperanza.
4. Fase de mayor o menor grado de reorganización.

Cuando la realidad e irreversibilidad de la pérdida es aceptada, se inicia el trabajo psicológico de deshacer los lazos que construyeron esa relación, de retirar progresivamente la carga afectiva previamente en el objeto perdido. Esta elaboración se puede entender como "reversar los procesos" que se llevaron a cabo al construir la relación.

Beverly Raphael nos describe este proceso psicológico como la etapa en la cual la imagen de la persona muerta ya no es más externa", a la expectativa de interactuar con ella", sino interna, donde se reviven las interacciones del pasado, y la emoción que ellas contenían se libera. Hay un reexperimentar muy intenso, con recuerdos muy vívidos y con sentimientos de tristeza y nostalgia, rabia y futilidad, culpa y alivio. En un principio, el objeto perdido se idealiza y se le atribuye aún lo bueno de uno, para luego sobrevivir la ambivalencia; si el duelo se va elaborando satisfactoriamente aparecen entonces lo bueno y lo malo, lo feliz y lo triste de la persona y de la relación con ella. Los efectos asociados con ese "repassar" el pasado, se van

ocupando y predomina entonces la tristeza y los sentimientos depresivos normales que acompañan a la pérdida: desesperanza, vacío, y son comunes los reproches por lo que ya se hizo, por lo que no se aprovechó o expresó en vida de la persona.

La doctora Raphael, considera como factores que afectan la elaboración de la pérdida, aumentando o disminuyendo las posibilidades de una resolución patológica, la relación preexistente entre la persona y el muerto, el tipo de muerte, la respuesta a pérdidas anteriores y su magnitud, la respuesta de la familia y el medio social y los factores sociodemográficos. Añadiríamos la fortaleza del yo y su tendencia a la integración, la calidad de sus otras relaciones interpersonales y los recursos y defensas con que cuenta para afrontar situaciones difíciles.

EL TRABAJO CON EL PACIENTE MORIBUNDO

Luego de esta somera revisión de algunos de los aspectos concernientes al manejo de la pérdida por parte de los familiares sobrevivientes, podemos nuevamente trasladarnos a la realidad del paciente moribundo, quien no tiene que hacer una separación, no tiene que desatar un vínculo, no tiene que retirar la carga afectiva de una relación sino de todos los seres queridos, desligar todos sus vínculos y todas sus relaciones.

Esto presupone un intenso y doloroso trabajo psicológico que va desde el momento en que el paciente conoce el diagnóstico hasta que puede, finalmente, aceptar la realidad inminente de su muerte,

resolver sus ansiedades y afrontar el hecho con apacible tristeza, en el mejor de los casos.

Si a esta carga tan pesada que sobreviene al enfermo terminal, le añadimos la incomprensión del personal cercano, el laconismo del médico, las evasivas y el bien intencionado "engaño" por parte de los familiares, entonces podremos comprender su desesperanza y su urgente necesidad de apoyo, de sintonía afectiva y de una relación que sí resista toda la angustia, la desesperación o la inmensa tristeza que él necesita compartir, relación ésta que debe ser capaz de recibir, comprender, analizar y devolver resueltos sus miedos y sus ansiedades de muerte; apta finalmente para ayudarle a solucionar sus problemas pendientes y a concluir lo que dejaría angustiosamente inconcluso.

Es exactamente esa la relación terapéutica que un psicólogo u otros profesionales del área de la salud debidamente fortalecidos para trabajar con crisis y duelos pueden ofrecer a un enfermo terminal, bien sea en su casa, o en el hospital donde esté recluído.

La terapia al enfermo de muerte es una modalidad bastante nueva de aproximación, de honda utilidad, con metas muy concretas, por supuesto a corto plazo. Emplea algunas herramientas tradicionales de la psicoterapia como la clarificación, la catarsis, y ciertas interpretaciones, así como los recursos y la calidad humana del terapeuta en toda su dimensión. Para ello es indispensable que el terapeuta que escoja este campo de trabajo tenga una sana y realista aproximación a la muerte, lo mismo que una adecuada elaboración de

sus propios duelos y un conocimiento vivencial del proceso que ellos suponen. El encuadre es bastante particular: se requiere de la flexibilidad y la solidez que da la experiencia clínica previa para improvisar muchas veces y poder hacer llenar sin barreras ni distancias intelectuales nuestra sintonía afectiva al paciente. La duración de las sesiones, su frecuencia, el método a seguir, son todos interrogantes que sólo se pueden responder ante cada caso. Muchas veces es necesario, dentro de esta modalidad terapéutica realizar una sesión diaria o tan sólo una visita al paciente; en ocasiones no se habla, tan sólo se escucha y otras veces, como con pacientes afásicos o conectados a un respirador, es al revés. A veces, se comparte un silencio acompañante, y en ocasiones, un apretón de manos, una sonrisa o una amable caricia prestan tanto servicio como una aguda interpretación. El difícil papel del terapeuta puede sintetizarse en estar al lado del enfermo, con el enfermo y solucionarle, en lo posible, sus necesidades.

Al intervenir psicoterapéuticamente es definitivo sondear con cuidado en qué etapa se encuentra la persona con respecto a la aceptación de su realidad y respetar sus defensas y sus necesidades aún a costa de las expectativas del terapeuta.

La doctora Elizabeth Kubler-Rosa, valiente pionera en EE.UU. y en otros países del logro de todo un abordaje más humano y comprensivo a los pacientes terminales, ha descrito con gran penetración los sentimientos que experimenta una persona a quien se le notifica una enfermedad irreversible. La respuesta inicial es de estupor y shock

seguida rápidamente por la negación. Frases como "esto no me puede ocurrir a mí" son muy frecuentes y se cambia de médico, de laboratorio clínico, de radiólogo, con la esperanza de descubrir por fin que "se trataba de un error".

En la mayoría de los casos la realidad triste se impone, y poco a poco se movilizan defensas menos masivas. Aparece la rabia expresada hacia los demás: el paciente se muestra agresivo e irritable, etapa de difícil manejo para los familiares. Esta rabia va dando paso a la depresión, a la tristeza, a la necesidad dolorosa de resolver asuntos, de organizar lo pendiente, para llegar, finalmente, a un estado de pacífica y total aceptación de la muerte cercana. La persona se va alejando gradualmente de todo lo que le rodea. Este tiempo vuelve a ser muy duro para los allegados pero es el "apacible final" de una lucha del paciente al que se llega siempre y cuando haya podido contar con el ambiente que le facilite la separación, no "amarrándolo" más a la vida y con las condiciones internas que mencionamos ya al tratar de la resolución de los duelos.

LA PSICOLOGA DEL DESASTRE

A continuación, haremos una revisión de la reacción humana ante el desastre, con el fin de poder comprender mejor el trabajo directo con los pacientes moribundos provenientes de Armero, expuesto en la primera parte de este análisis:

Reacción ante el desastre natural.

La literatura disponible referente a la reacción ante el de -

sastre por causas naturales, no es muy abundante. Sin embargo, nos permite adentrarnos un poco más en la realidad psíquica de estas personas al recordar con Beverly Raphael que "los desastres no se olvidan, permanecen en la mente de aquellos involucrados por mucho tiempo; se convierten en permanentes puntos de referencia para organizar otras experiencias. Las respuestas al desastre son muy intensas, entre otras cosas porque hay fuerzas naturales poderosas e incontrolables de por medio, y porque el desastre trae muerte y pérdidas que pueden ser humanas pero también de los hogares, de las posesiones más valoradas, de la comunidad y de la seguridad con que uno se desenvuelve habitualmente en el medio que le rodea".

Es posible describir la secuencia que con cierto margen de flexibilidad se sigue ante los desastres naturales:

a. Fase de aviso:

Durante la cual puede haber algún conocimiento sobre la posibilidad del desastre. Generalmente, las alarmas provenientes de la comunidad son ignoradas porque persiste el sentimiento de la propia invulnerabilidad

b. Fase de amenaza:

Que se produce cuando es obvio que el desastre va a ocurrir. En estos momentos, la mayoría de las personas abandonan la negación y actúan buscando su protección.

c. Impacto, cuando ocurre el desastre:

El individuo y el grupo sienten temor intenso, ansiedad, pánico y confusión. En algunos casos se presenta el "síndrome de de -

sastre " en el cual el individuo está en estado de shock emocional, paralizado, o camina automáticamente en estado de aturdimiento, sin responder a estímulos. La "culpa de muerte", descrita por LIFTON en sobrevivientes de Hiroshima, se aplica a los casos en que las personas se sienten muy culpables por sobrevivir, por ejemplo, a los hijos o a los padres. Siente que le dió egoístamente prioridad a su vida sobre la de sus seres queridos y experimenta una culpa muy intensa que puede llevar a la persona a no desear ayudarse más en ningún sentido.

d. Luego del impacto viene la fase de inventario o evaluación de lo que ha ocurrido.

Las víctimas comienzan a reconocer las pérdidas; la ansiedad de separación inunda a la persona y puede acentuarse si debido a heridas, no puede desplazarse para buscar a su gente.

e. Fase de rescate:

Que se une a la evaluación. En ésta, convergen los sistemas de asistencia; en sociedades avanzadas la ayuda que se moviliza puede ser de tal magnitud, que temporalmente reduce a las víctimas a una total pasividad. En medios con condiciones de desarrollo inferiores, las mismas víctimas deben sobreponerse a luchar por rescatar a los demás, llegando en ocasiones a metas sobrehumanas y a esfuerzos gigantescos; después, se observa un individuo exhausto pero que no logra decrecer su necesidad de actuar. Líderes naturales emergen en esta fase y se conforman generosos grupos espontáneos de ayuda y rescate.

f. Fase de recuperación:

Es una fase prolongada en que el individuo trata de reconstruir su ambiente físico, al menos en lo habitacional y gradualmente establece los procesos sociales que existían previos al desastre. En este período en el cual la pena, la aflicción y el duelo por las pérdidas son más patentes e intensas y comienzan a sentirse los efectos de la privación.

CONCLUSION

La terapéutica psicológica con el paciente moribundo y el apoyo a su familia es una necesidad que debe ser solucionada por el equipo médico a cuyo cuidado está el paciente. El profesional de la medicina y sus auxiliares deben acercarse más a este conocimiento e incorporar entre las disciplinas complementarias a una persona cuyo entrenamiento le permita ofrecer un buen apoyo terapéutico. Además, es ya bien sabido, que el personal de salud que permanentemente trata con pacientes en estados terminales sufre procesos depresivos para los cuales también es necesario brindar apoyo psicoterapéutico. Sería otra importante actividad que cumpliría el psicólogo en el específico aspecto de la salud ocupacional de su propio grupo, como lo demostró la experiencia del Hospital El Guavio.

RESUMEN

Este artículo analiza uno de los campos de trabajo médico y psicológico más impactantes y rechazados: el del paciente moribundo,

con la carga dramática que lleva en su interior y que generalmente no puede impartir.

Nos coloca en el lugar del paciente terminal para poder comprenderlo mejor y se refiere también al temor a la muerte como factor que implica la distancia que como profesionales de la salud requerimos muchas veces para abordarlo.

Expone, asimismo, las fases que atraviesa el ser humano ante la presencia del desastre natural; como fué el caso del Volcán Arenas, sus reacciones y comportamientos, para terminar exponiendo los criterios básicos de la psicoterapia con el enfermo de muerte, ilustrados en forma práctica con dos casos provenientes de la tragedia de Armero.