

—¿Qué es la muerte?
—Pensaba, hasta no hace mucho, que era un hecho puntual; un suceso que ocurría en algún momento de la existencia. Pero no estaba acostumbrado a analizarla como parte de un proceso que se inicia el mismo día en que uno es engendrado. Nada hay más seguro ni certero en la vida que la muerte. ¿Por qué no verla, entonces, como un elemento integral de cada uno, como una compañera de la vida de la que no tiene sentido intentar escapar?

—Parece que apelarías a la resignación.

—No utilizaría esa palabra. Nosotros, antes que nada, respetamos absolutamente el espacio que se construye cada paciente ante su situación terminal. Desde un punto de vista abstracto, teórico, podríamos decir que conductas pueden resultar interesantes en una persona que se acerca a la muerte. Pero nunca imponemos un esquema. A veces es deseable que se produzca un proceso de aceptación de la muerte; sin embargo, hay personas que jamás la van a admitir y están en todo su derecho. Hace poco atendimos a un hombre de 49 años durante sus dos últimos meses de vida. Logramos que se sintiera tranquilo, acompañado, atendido. Pero murió expresando, hasta último momento, la posibilidad de salvarse, de creer que todavía podía vivir.

—¿La aceptación que cada uno hace de su propio fin depende del contexto familiar?

—En gran parte. El caso que te comentaba recién era un hombre con dos hijos chicos y sostén de su familia. Además, su padre había muerto poco tiempo atrás y sentía que tampoco podía abandonar a la madre. Nosotros no pretendíamos que muriera en aceptación plena de esa situación. Nos sentimos satisfechos con el hecho de que no haya sentido molestias ni dolores. Que no sufriera insomnio ni tuviera problemas —más allá de su situación— que lo perturbasen.

—¿A qué llamas "aceptación plena de la muerte"?

—Desde mi punto personal creo que la vida y la muerte forman parte de un todo que tiene sentido y lógica. Desde la concepción judeo-cristiana se lo puede denominar Dios pero es una idea más amplia, en la que pueden creer las personas de otras religiones o los agnósticos. La idea es que uno no es un ente aislado, que no hay que sostener la propia existencia sino que ya estás siendo sostenido. De esa forma se consigue cierto clima de confianza, de relajación que ayuda bastante durante el último tiempo. Uno suele ver que el paciente terminal se afana por mantenerse y lucha desesperadamente con miedo, con angustia, con tensiones. La persona no puede relajarse porque tiene miedo a entregarse y a enfrentar lo desconocido.

"No pienses esas cosas"

—¿Qué se logra con predisponer bien al paciente en una situación terminal?

—Se consiguen varias cosas. Por una parte, evitar una muerte tan dramática y deshumanizada como las que se producen a menudo en las salas de terapia intensiva donde el paciente muere en un contexto frío, lleno de aparatos y monitores que suelen, en ese momento, tener muy poca utilidad. La familia, por otro lado, asiste con angustia, casi con horror, al desprendimiento de ese integrante. Lo pueden ver apenas un ratito por día y la situación es tan artificial que le piden al enfermo que no hable de su muerte, que "no piense esas cosas", que va a mejorar. No lo dejan compartir aquello que él está sintiendo. A veces, ni siquiera le dan oportunidad para decir que se acerca el fin.

—¿Es bueno dejar que el moribundo hable de su propia muerte?

—Hay que dejar hacerlo todo lo que él necesite. A veces puede negar la muerte y expresar esperanzas; decir que se va a poner bien, que se siente

fuerte. Nosotros debemos medir esa necesidad y encauzarla. Ver hasta dónde da y qué pide el paciente. La regla es no forzar nunca una situación que, de por sí, ya es difícil. Yo suelo decir que soy una especie de partero al revés: él ayuda a que las personas lleguen a la vida, yo ayudo a que salgan.

—¿Qué comparación tan fea!

—Depende de cómo lo veas. Ambos estamos presentes en momentos cruciales de la existencia.

—¿Qué significa "acompañar" a un paciente terminal?

—Es una labor difícil de programar con anticipación. No se puede otorgar a cada enfermo una hora y un día determinado y luego olvidarse hasta la próxima sesión. Hay que estar en comunicación telefónica una o dos veces por día o por noche. Ir cada vez que él lo pida: una persona que está por morir se deja de lado los "manejos" de poder propios a otras relaciones terapéuticas.

—¿Varios profesionales atienden a la vez a una misma persona?

—Sí, pero no es necesario tener una formación clásica en medicina. En un equipo que se dedique a la atención de pacientes terminales hay un médico y un psicólogo, enfermeras y acompañantes terapéuticos. Pero importa no solo su saber técnico sino también su sensibilidad a la problemática humana y al fenómeno de morir. Esto es válido para todos los miembros del equipo. Si un paciente no requiere atención permanente por parte de una enfermera, quien más tiempo está con él es el acompañante terapéutico: se trata de alguien que lo escucha, que canaliza sus miedos, que responde a sus inquietudes. A la vez hay otra persona —conviene que no sea la misma— que efectúa una tarea similar con la familia. Los padres, esposos, hijos, hermanos, además de sufrir, cambian su vida, organizativa y afectivamente. Se refuerzan lazos, se sinceran otros, se dicen cosas que estuvieron mucho tiempo ocultas...

Sufrir sin sentido

—¿Usan drogas en las terapias que aplican a los enfermos?

—Sí, para todo aquello que signifique alivio. No tiene ningún sentido que el paciente sufra dolores físicos si se pueden evitar. Hay síntomas propios a los cuadros terminales: dolores, trastornos gastrointestinales, disnea, insomnio y varios otros que perturban mucho. Para cumplir tranquilo las etapas de ese proceso que es morir se necesita estar sin molestias, sin hechos que perturben.

—¿Desde cuándo se practica en la Argentina esta rama de la "medicina terminal"?

—Es reciente. En otros países tiene una mayor tradición: en Inglaterra tuvo un gran impulso con Cicely Saunders, una médica que tomó contacto con esta problemática durante la guerra. Tiempo después, en 1967, fundó un hospicio dedicado exclusivamente a pacientes terminales. Un profesional argentino, Rubén Bild, estuvo con ella en Europa y, en 1985, empezó a trabajar con su método en la Argentina. Con él nos empezamos a formar casi todos los que hoy trabajamos en esta especialidad. Bild, después de unos años, regresó a Europa.

—¿Cómo llega el paciente terminal a un médico con una especialización tan particular?

—Hay médicos que nos derivan pacientes, una vez que ellos consideran que no hay nada que hacer; pero aún muchos profesionales desconocen los tratamientos especializados en pacientes terminales. A menudo, suele haber una enfermera o una persona del equipo que entra en contacto con situaciones difíciles y resuelve hablar de nosotros o contactarnos. Por otra parte también estamos comprometidos en un trabajo conjunto con enfermos de SIDA, a través de un centro de atención especializado.

Charla con Hugo Dopaso, médico especialista en enfermos terminales

"Soy un partero al revés"

Su trabajo consiste en lograr que el tránsito hacia la muerte sea lo menos conflictivo posible. Cree que cada persona no es un ser aislado sino que forma parte de un todo universal que tiene una lógica y donde la gente no nace ni muere porque sí. Dopaso, luego de treinta años de ejercer la medicina, integra un equipo de seis profesionales —médicos, psicólogos, enfermeras, acompañantes terapéuticos— que asisten a la persona durante su último tiempo de vida. Trabajan principalmente en la casa del paciente aunque también desarrollan tareas en instituciones, con grupos específicos, como enfermos de SIDA. Sostiene que "la medicina ve en el enfermo terminal un fracaso de la ciencia y no la lógica de la vida. Por ello, no se sabe cómo atenderlo". Al moribundo hay que dejarlo expresarse y no limitarlo cuando quiere hablar de sus miedos. "Si no lo puede expresar es mucho peor: los temores se convierten en obsesiones". Dopaso explica que aunque los chicos parecen aceptar con mayor facilidad el hecho de padecer una enfermedad fatal, esto tiene una contracara porque "hasta los siete años no son conscientes de que la muerte es irreversible". Sostiene que mucha gente no tiene miedo a la muerte sino al sufrimiento. Y que ese sufrimiento, hoy, se puede evitar.

por Daniel Ulanovsky Sack



—Dado que para un paciente terminal puede haber varios profesionales trabajando, el servicio debe resultar bastante oneroso. ¿Cómo hacen para poder atender a personas de distintos niveles sociales?

—Hay un costo que es necesario solventar. Nuestra disposición es la de abarcar la mayor cantidad de situaciones posibles. Quien no esté en condiciones de pagar en forma privada puede tener una obra social que cubra parte de los servicios médicos, la asistencia

psicológica y los remedios. Estamos viendo cómo hacer extensiva nuestra tarea sin este tipo de limitaciones. Habría que crear una fundación y estudiar las formas de canalizar fondos.

Abuelos y nietos

—¿Una enfermedad terminal se asume de una forma diferente según la edad del paciente?

—Sí, tanto el paciente como su fami-