

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white sans-serif font on a blue rectangular background.

Reflexiones para una pastoral con moribundos [Reflections for a pastoral to moribund]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Zorzín, Alejandro
Publisher	Instituto Universitario ISEDET
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-07-08 22:47:00
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/155910

REFLEXIONES PARA UNA PASTORAL CON MORIBUNDOS

por **Alejandro Zorzín**

Frente a una situación tan amplia y compleja como la experiencia de la muerte, resulta difícil dar recomendaciones para un trabajo de asistencia pastoral al moribundo y a sus deudos. Creo que, sin embargo, lo fundamental en cada situación particular es lograr la configuración de un diagnóstico (un cuadro general) que permita apreciar con la mayor claridad posible el panorama individual al cual nos enfrentamos. Si se ilumina debidamente una situación particular, se pueden reconocer en la misma sus puntos débiles y carencias más urgentes; por ello una tarea pastoral efectiva debe partir siempre de lo que podríamos llamar un "relevamiento general".

Contamos actualmente con los métodos de análisis psicológicos como valioso aporte para aclarar situaciones humanas determinadas y complejas. Mediante ellos, también el consejero pastoral tiene la posibilidad de obtener una visión general del panorama al que se enfrenta. Apoyado en ese cuadro general, que le permiten configurar los aportes de la psicología, el consejero pastoral puede cumplir con su labor de asistencia en forma plena, ya que posee una base desde donde organizar y dirigir racionalmente sus esfuerzos por ayudar al moribundo (y a sus deudos).

Dentro de la literatura consultada para la preparación del presente ensayo, los trabajos más interesantes sobre el tema intentaron aproximarse a la muerte mediante una sistematización psicológica de las características que tal situación presenta en nuestra sociedad. En esa aproximación básicamente se diferencian dos líneas:

1. La que parte desde la observación práctica —en el contacto directo con moribundos— y formula diferentes fases o etapas que todos los individuos atravesarían dentro de un mismo proceso global que los lleva a la muerte.¹
2. La que a un nivel más teórico recoge las observaciones prácticas anteriores, pero intenta integrarlas en un marco teórico mediante una caracterización psicológica generalizada.²

¹ Elisabeth Kübler-Ross: —**Sobre la muerte y los moribundos**, Barcelona, 1975.

—La agonía como acontecimiento humano-psicológico, *Revista Concilium* 10, N° 94 (1974), 95-107.

² Victor Hasler: **Todeserfahrung und Trauer; Theoretische Überlegungen zur Seelsorge an Hinterlassenen** (Theologische Zeitschrift) (Basel), 29, N° 3 (1973), 202-214.

Creo que ambas formas de abordar el problema de la muerte (moribundos y deudos) se compensan una con otra; por lo tanto la intención es combinarlas en la reflexión que sigue.

En el ámbito en que nos movemos cuando asistimos a moribundos y a quienes conforman su núcleo humano más íntimo (deudos), pueden individualizarse tres tipos de procesos psicológicos. De los mismos el primero a) puede considerarse como marco más general dentro del cual los dos restantes b), c) representan situaciones más definidas:

a) **Separación:** Es de una manera general todo proceso por el cual se distancian (separan) dos personas que hasta determinado momento se hallaban envueltas en una estrecha relación afectiva. (P. ej.: novios, amigos, padres e hijos, etc.)

b) **Muerte:** Proceso³ a través del cual quien muere va comprendiendo que definitiva e inevitablemente se habrá de separar de la vida; esto es: de todos sus seres queridos, objetos o situaciones a las que está ligado afectivamente. Por otra parte, enfrenta la incertidumbre de una posible anulación de sí mismo, no sabe qué pasará con su Yo, con su realidad consciente.⁴

c) **Dolor**⁵: Proceso mediante el cual un individuo intenta encontrar las vías que le permitan integrar a su realidad el hecho traumático que significó la pérdida (ausencia **definitiva**) de un ser al que estuvo ligado afectivamente.⁶

Entre estos tres procesos existen rasgos comunes que son importantes de recalcar:

- En todos hay desaparición o pérdida del ser al que se estaba ligado afectivamente. Consecuencia inmediata de esa ausencia del otro es un déficit de afecto. Al no estar allí, falta también

³ Cuando hago referencia a la muerte, me limito a la muerte como proceso que se va desarrollando lentamente, a lo largo de un período de sufrimiento y agonía. Nunca tengo en mente el tipo de muerte "repentina", en el cual quien muere prácticamente no logra plena conciencia de lo que está sucediendo.

⁴ Recientemente ha habido intentos de investigar qué es lo que sucede a nivel de la conciencia cuando se muere; para ello se analizaron testimonios de personas que superaron la muerte clínicamente constatada. El trabajo más importante es el de Raymond Moody: **Life after Life** (hay un comentario sobre los resultados de ese y otros trabajos similares en *The Magazine for the United Presbyterian Family*, A.D. 1977 [mayo] titulado: **The dying talk about Life after death**, pp. 16-18). Estos trabajos insinúan la continuación de un trabajo mental a nivel consciente que capta cómo el Yo va desprendiéndose de su cuerpo, alejándose hacia una dimensión diferente a la conocida hasta entonces.

⁵ Esta terminología: Separación-Muerte-Dolor, resulta de la traducción de las expresiones en alemán: Trennung-Tod-Trauer (utilizadas por Hasler, op. cit.). Trauer es el equivalente alemán de lo que en español llamamos Dolor/Tristeza/Aflicción; también es el término alemán que hace referencia a la situación de **Duelo** (por un muerto).

⁶ = **Liebesobjekt**

el afecto que de él fluía hacia nosotros. Esa imposibilidad de recibir (y de dar) afecto lleva en los tres casos a:

- Una debilitación de las estructuras del Yo y como consecuencia de lo anterior hay una desestabilización emocional en la persona afectada.
- Esa estructura del Yo presenta lo que se llama vacíos afectivos;⁷ los cuales aparecen justamente en aquellos espacios de la estructura psíquica que eran compartidos con el otro (ahora ausente) en la **relación afectiva**.⁷

O sea que en todos los casos se experimenta una pérdida y esto de alguna manera viene a ser una "experiencia-de-muerte", pues para uno el otro "muere". Pero en el caso de una separación la "vivencia-de-muerte" es momentánea (provisional) y tiene por lo tanto sólo carácter simbólico. (Fácilmente se puede sustituir al "muerto" sin caer en conflictos internos demasiado marcados). Hasler dice⁸ que en realidad una separación llevada a cabo en términos positivos siempre conduce a una forma de sustitución del otro.

Sin embargo en los dos casos restantes (Muerte-Dolor), la pérdida indefectiblemente se experimenta como algo definitivo. No hay posibilidad de sustituir al ausente, pues el carácter **fatal** que lleva implícita esa "separación" lo impide.

Al limitarse el presente trabajo a la muerte y sus consecuencias para el moribundo y sus deudos, no dedico más espacio a la discusión de la **separación** bajo su aspecto de mera desvinculación-de-un-ser (u objeto) con el que hubo una relación afectiva; no obstante es útil tener en mente el proceso de separación (que todos experimentamos alguna vez) como paradigma para analizar los otros dos procesos.

EL DOLOR

Sigmund Freud describe sintéticamente, en su trabajo **Dolor y Melancolía**,⁹ la situación del individuo que sufre la pérdida de un ser querido. En primer lugar puntualiza que el Dolor (o sea, la aflicción/tristeza por la pérdida de un objeto querido) en un afecto normal.¹⁰

"El Dolor (Trauer) es, por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc."¹¹

Para caracterizar ese estado psíquico, Freud anota los siguientes rasgos:

- una actitud de sufrimiento en el afectado.¹²
- la pérdida de interés por el mundo exterior —aunque siempre

⁷ = **unbesetzte Wir-Anteile** (cf. Hasler, op. cit., p. 206).
= **Liebesbeziehung**

⁸ Cf. Hasler, op. cit., p. 207.

⁹ Sigmund Freud: **Trauer and Melancholie** (1917); *Gesammelte Werke* (Studienausgabe), Bd. III, pp. 197-212. S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1975.

¹⁰ = **Normalaffekt** (orig.).

¹¹ S. Freud, op. cit., p. 197.

¹² = **schmerzliche Stimmung** (orig.).

en la medida que ese mundo exterior no esté recordando directamente al perdido.

- la imposibilidad de elegir cualquier nuevo objeto hacia el cual canalizar los afectos —lo que equivaldría a sustituir al ausente.
- desinterés por cualquier actividad, a no ser que se relacione directamente con el recuerdo del desaparecido.
- en un nivel más general, se observa una limitación y sofocación del Yo.

Es interesante que Freud explica con claridad que el proceso de duelo cumple una función concreta —no es gratuito. Su pregunta es: ¿En qué consiste el trabajo que (como proceso) realiza el dolor? concluye:

"...el examen de **la realidad** ha mostrado que el objeto amado ya no existe y demanda que la libido abandone todas sus amarras (Verknüpfungen) con el mismo... Lo normal es que el respeto a la realidad obtenga la victoria. Pero su mandato no puede ser llevado a cabo inmediatamente, y sólo se realiza de un modo paulatino, con gran gasto de tiempo y energía psíquica (Besetzungsenergie), mientras tanto se continúa manteniendo la existencia del objeto psíquicamente."¹³

Freud aclara que esa demanda provoca una fuerte resistencia en el afectado —el ser es reacio a abandonar una posición de su libido—; esa resistencia puede ser en algunos casos tan intensa como para llegar a provocar distorsiones de la realidad y la irracional conservación del objeto amado por medio de psicosis alucinatoria.¹⁴

Hasler en su artículo completa estas observaciones que Freud sólo presenta para establecer un modelo paralelo desde el cual aproximarse a la melancolía. Según Hasler tenemos:

- En el comienzo del proceso, un suceso único, definitivo e irrepitable: **la abrupta ausencia del otro**.
- Al final del proceso (y suponiendo un desarrollo positivo del mismo, lo cual es raro): la **resignación**, resultado de una forma madura de conformarse.

Un punto importante a tener en cuenta para la tarea de asistencia pastoral es el siguiente: en la mayoría de los casos el proceso se estanca en alguna etapa intermedia. Los mecanismos regresivos¹⁵

¹³ S. Freud, op. cit., p. 199.

¹⁴ = **halluzinatorische Wunschpsychose** (orig.).

¹⁵ Bajo mecanismos regresivos se entiende un tipo de mecanismos de defensa, en los cuales el Yo se vale de la reactivación y actualización de conductas que corresponden a un período anterior, ya superado. Lo que se reactiva son conductas que fueron adecuadas en otro momento de la vida (generalmente en la etapa infantil). Estas no se reviven totalmente (sino que son conductas nuevas), pero se hacen dentro de un molde o estilo perteneciente al pasado.

La agresión puede ser total o parcial; reversible o no; puede implicar todas las áreas de la conducta o solamente algunas (o partes) de las mismas.

hacen posible que el deudo recurra a una forma de vida inmadura pero que le permite soportar la muerte del otro. Esas formas de subsistir precarias, sin haber asimilado de una manera madura lo sucedido, son toleradas dentro de nuestra sociedad. Esto fomenta el estancamiento del proceso antes de culminar en una verdadera superación.

Toda relación afectiva provoca a nivel conciente (e inconciente), como reflejo subjetivo de la realidad, la existencia de **contenidos** afectivos; son las formas en que "mentalmente" representamos y guardamos las vivencias surgidas de la relación. Si esos contenidos, una vez suprimida la vinculación al ser querido, son desplazados al olvido, seguramente desde allí imposibilitarán la sublimación¹⁶ de la experiencia-de-muerte. Literalmente bloquean el normal desarrollo de ese proceso que llamamos dolor.

- Sin la existencia de un **recuerdo** del muerto, éste permanece reprimido a niveles inconcientes y desde allí —como "fantasma"— puede irrumpir nocivamente en la realidad del afectado.¹⁷
- Por lo tanto la relación afectiva que existió entre el deudo y el desaparecido debe llegar a convertirse en un: **recordar afectivamente**.

Esa superación puede describirse del modo siguiente: todo el afecto que en el pasado se recibió permanece presente como vivencias; de esta manera no se olvida al muerto sino que se intenta —progresivamente y por etapas— integrar a niveles concientes la relación afectiva vivida en un pasado.

La relación afectiva —cuando se incorpora bajo forma de experiencia vivida (recuerdo afectivo) a niveles concientes— puede llegar a ser un elemento constitutivo y enriquecedor de la individualidad del afectado.

Lograr la integración de esas experiencias pasadas (mediante una elaboración conciente por etapas) al recuerdo —lo que evita por otra parte su represión dañina a niveles inconcientes— es algo que debe verse como un proceso de maduración subjetiva que únicamente es capaz de realizar el mismo afectado a través de su proceso de dolor. El consejero pastoral asiste inteligentemente; pero no es él quien lo realiza!

Fases en el proceso de Dolor (según Hasler)

En primer lugar Hasler subdivide a todo el proceso en dos períodos:

Primer período: sirve para sobrellevar la confrontación aguda y al mismo tiempo momentánea con la catástrofe. Es un período **provisional** que no dura mucho tiempo; en él se evidencian tres fases: a) Shock; b) Emoción; c) Control. Todo este primer período apunta esen-

¹⁶ Cf. José Bléger: *Psicología de la conducta*; Paidós, Buenos Aires, 1978, p. 194.

¹⁷ Cf. Hasler, op. cit., p. 208.

cialmente al logro de un equilibrio provisional y momentáneo que asegure la vital continuidad en el funcionamiento del aparato psicofísico del individuo afectado.

a) **Shock:** En la mayoría de los casos es la reacción inmediata que produce la noticia de la muerte del ser querido. Se puede definir el estado de shock como una profunda conmoción o estremecimiento interior del individuo, que por lo general es más o menos intenso según lo sea la sorpresa que la noticia cause en el afectado. Esa sacudida interior produce un perturbamiento de las funciones del individuo; tiene lugar una depresión física y psíquica que interrumpe (momentáneamente) el contacto con la realidad exterior. Como efecto de este retraimiento el afectado queda protegido de los múltiples estímulos con los cuales lo asedia la trágica realidad.

b) **Emoción:** Es una reacción que difiere bastante de la anterior, ya que luego de ese aislamiento momentáneo que produce el shock, aquí se libera la energía de las presiones y disturbios internos que produjo el anterior estremecimiento. Los desequilibrios que sufre la estructura psíquica del individuo se canalizan en forma de emociones; lo más común es descargar ese temblor interior a través del llanto.

c) **Control:** La realidad (responsabilidades múltiples) exigen al individuo afrontar la situación; con gran insumo de energía psíquica éste controla las vibraciones internas (más bien las manifestaciones de las mismas) que provocó la ausencia del otro y frena las reacciones emotivas. Muchas veces se trata de una verdadera represión que se da como respuesta a una presión social que valora —sobre todo en el hombre— este tipo de control.

El control es una etapa momentánea, ya que el gasto de energía psíquica que supone, agota al individuo quién una vez superada las responsabilidades más inmediatas, nuevamente deja aflorar sus emociones.

En este primer período se pueden presentar complicaciones como ser: Perduración del estado de shock (el individuo no reacciona luego de la noticia trágica y permanece sumido en un aislamiento total).

Imposibilidad de lograr una descarga emotiva, (p. ej.: no poder llorar).

Segundo período: en él se realizará la definitiva confrontación con el hecho traumático que recién en este momento penetra profundamente la realidad del afectado. En este sentido del período **definitivo** para el proceso, ya que en él se debe lograr la recuperación. Es una etapa prolongada en la cual también se evidencian tres fases: d) Fractura, e) Regresión, f) Resignación.

d) **Fractura:** es la fase en la cual se experimenta realmente en profundidad¹⁸ esa pérdida absoluta del otro. Mientras que en el primer reflejo frente a la catástrofe¹⁹ todavía es posible negarse a acep-

¹⁸ **Tiefenerfahrung** (orig. alemán).

¹⁹ **Katastrophenreflex** (orig. alemán).

tar la evidencia aquí —superados los instantes cercanos al suceso: entierro, atención del velatorio, etc.— y en forma repentina se reconoce en toda su extensión la triste realidad.²⁰

Esta cuarta fase (= comprensión de la inevitabilidad del destino) trae aparejadas nuevas reacciones emocionales que son:

- positivas, cuando renace la esperanza y se retoma la lucha vital.
- negativas, cuando el individuo se sumerge en estados depresivos.²¹

e) **Regresión:** en esta fase comienza prácticamente la reconstrucción o reelaboración de los contenidos relacionados con la relación afectiva, vaciados por la pérdida del otro. Lo interesante es entender cómo se realiza este proceso.

En todo individuo existen vivencias de separaciones (traumáticas) ya superadas y elaboradas. El ejemplo más claro —presente en todos— es el "conflicto de separación de la madre"; que mediante diversos recursos fue superado. Esos recursos son los que van a utilizarse nuevamente (estado de regresión) pues ya demostraron su eficacia en el pasado.

Con la ayuda de estas conductas utilizadas en el pasado se intenta en definitiva superar el vaciamiento del Yo y la pérdida de identidad —complicaciones siempre ocasionadas en mayor o menor grado por el complejo que resulta del sentirse abandonado.

f) **Resignación:** es la etapa final y sólo a veces se alcanza realmente, pues aunque el proceso regresivo tenga éxito la reconstrucción se da por etapas; quedarse en alguna intermedia menos completa, significa no lograr la integración total del problema.

Sobre e) y f) puede resumirse lo siguiente:

- la reorientación y relleno de los vacíos que provocó la interrupción de la relación afectiva, se produce con cuidado, titubeando, angustiosamente; por lo general se recurre para ellos a instrumentos de la infancia, medios modestos pero de eficacia comprobada.
- la asistencia pastoral debe tener muy en cuenta esa necesidad de regresar a etapas anteriores (conductas infantiles). Por lo tanto el deudo, casi como un niño, necesita expresiones de ánimo y apoyo en la tarea que está cumpliendo. Necesita sentirse acompañado de manera tolerante cuando "trata de quitar los escombros de la habitación destruida".²²

²⁰ Cf. Hasler, op. cit., p. 210.

²¹ El consejero pastoral siempre debe estar atento a ese tipo de cambios. Son los instantes en que debe intervenir activamente y desde la aparición de los primeros indicios.

²² Cf. Hasler, op. cit., p. 214 (a modo ilustrativo puede pensarse que la relación afectiva entre dos personas es algo similar a compartir juntos una habitación —muebles, cuadros, etc. serían los contenidos comunes—. La ausencia de uno sería equiparable a un incendio que sólo deja cenizas y escombros donde antes hubo bienes comunes).

Cuadro comparativo de las distintas fases en los tres procesos (Hasler)²³

	SEPARACION	MUERTE	DOLOR	
1. fase	Shock	Shock	Shock	} Período provisional
2. fase	Agresión	Emoción	Emoción	
3. fase	Apatía	Ambivalencia	Control	
4. fase	Evasión	Lucha	Fractura	} Período definitivo
5. fase	Adaptación	Confrontación	Regresión	
6. fase	Sustitución	Integración	Resignación	

Este cuadro es sólo una aproximación tentativa a lo que pudieran ser las diferentes fases que va atravesando un individuo en cualquiera de las tres situaciones. Creo que su intención es servir como marco de referencia que permita ordenar y comparar las distintas manifestaciones del individuo afectado y no definir estrictamente cómo será el desarrollo de cada proceso particular. Para el proceso de dolor por muerte de un ser querido he intentado definir un poco el panorama que se esconde detrás de cada uno de esos términos que Hasler emplea en su análisis; lo importante es reconocer la utilidad práctica que resulta de ese tipo de análisis.

LA MUERTE

El intento de sistematización mediante la distinción de fases en el proceso quiere ser una ayuda para el diagnóstico y una mejor asistencia al moribundo. Justamente esa sistematización es la que permite al consejero pastoral interpretar y esperar distintas reacciones emotivas del afectado.

Fases en el proceso de muerte (según E. Kübler-Ross)

a) **Negación y aislamiento.** La expresión que por lo general caracteriza esta fase es la siguiente: "No, yo no, no puede ser verdad" (palabras expresadas por el afectado cuando tiene lugar la revelación de su final próximo).

En esta fase es muy común encontrarse con todo un ritual que trata de apoyar la negación frente a la evidencia de la muerte, que de ninguna manera se quiere aceptar. P. ej.: insistir en que el diagnóstico médico está equivocado; que es un error. Y comenzar una peregrinación a diferentes médicos para que revean o den un diagnóstico "correcto". Es decir, se niega la evidencia de la muerte. Normalmente la negación tiene como función amortiguar el impacto que causa en el individuo esa noticia brutalmente desgarradora.²⁴ Por otro

²³ Cf. Hasler, *op. cit.*, p. 210.

²⁴ Cf. E. Kübler-Ross, *Sobre la muerte y los moribundos*, p. 60.

lado, la fase de la negación es una defensa provisional que más adelante será sustituida por una aceptación parcial de la verdad.

"La necesidad de negación existe en todos los pacientes alguna vez, más al principio de una enfermedad grave que hacia el final de la vida. Luego la necesidad va y viene, y el oyente sensible aceptará las defensas del paciente sin hacerle consciente de sus contradicciones."²⁵

Dentro de esta primera fase podrían destacarse dos tipos de reacción sucesivos:

- un estado de conmoción (shock) del cual hay una gradual recuperación.
- una negación habitual, que se da una vez superado el shock.

Lo que hay que tener en cuenta, en el caso del mecanismo defensivo de la negación, es que a veces se hace esencial en el paciente para poder mantenerse cuerdo. En el trato con moribundos no hay que oponerse de plano a la negación, pues justamente es a veces imprescindible para la supervivencia de los mismos. En esta primera fase se da siempre también un cierto grado de retraimiento y una mayor predisposición a aislarse; el consejero pastoral debe tener esto muy en cuenta.

b) **Ira.** La expresión que caracteriza esta fase es el: "¿Por qué yo, y no tal otro?". Es una etapa mucho más difícil de afrontar y de sobrellevar, ya que esa ira —que se adueña del moribundo— muy fácilmente se proyecta contra el mundo que lo rodea (la familia, el personal que lo atiende y aconseja). Por lo general esa ira elige al azar los objetos sobre los cuales se proyecta. E. Kübler-Ross insiste en que es importante tener en cuenta las razones ocultas que llevan al moribundo a ese tipo de reacción y mostrar tolerancia frente a su indignación irracional.

c) **Pacto.** La conjetura secreta que define esta fase y que de por sí guarda gran similitud con reacciones del tipo infantil es: "Bueno, si de nada sirvió enojarme (y 'patalear') me voy a mostrar amable y comprensivo, quizá de esta manera logre algo." Este pacto o compromiso generalmente se hace con Dios. E. Kübler-Ross lo expresa muy gráficamente:

"Si no hemos sido capaces de afrontar la triste realidad en el primer período (fase) y nos hemos enojado con la gente y con Dios en el segundo, tal vez podamos llegar a una especie de acuerdo que posponga lo inevitable."²⁶

En este punto es de gran valor la siguiente observación psicológica:

Esas promesas pueden estar conectadas a un sentimiento de culpabilidad oculto; a deseos hostiles —inconscientes y profundos— contra uno mismo o los demás, que provocan en el moribundo una

²⁵ *Ibid.*, p. 63.

²⁶ E. Kübler-Ross, *op. cit.*, p. 111.

sensación de culpabilidad. El consejero debe seguirles el rastro, identificarlos e intentar que el paciente se libere de tales temores irracionales o deseos de auto-castigo.²⁷

Ejemplo: Un moribundo siente culpabilidad por no haber llevado una vida devota. En secreto promete recuperarlo y en cambio espera como recompensa por parte de Dios: una mejoría. Ese pacto va a tener una fecha de vencimiento. Pero qué sucede cuando la fecha de vencimiento pasa, por su parte el moribundo ha cumplido los requisitos autoimpuestos, y no hubo mejoría alguna en el proceso de su enfermedad mortal? Pensará que su culpa es aún mayor de lo que en un principio sospechó, se martirizará a sí mismo imponiéndose castigos aún mayores, etc. . . . Este tipo de mecanismos puede llevar a círculos viciosos demolidores para la ya frágil personalidad del afectado.

d) **Depresión.** Fase en la cual, quizá por un prolongado tratamiento o una larga hospitalización, le resulta imposible al moribundo "poner a mal tiempo buena cara". Es muy importante distinguir entre dos tipos de depresiones:

- La depresión reactiva: Es la reacción frente a una situación que es consecuencia directa del mal. El paciente puede haber sido privado de algo que fue constitutivo para su persona. P. ej.: una "mutilación quirúrgica".
- La depresión preparatoria: Se presenta frente a pérdidas que serán inminentes e ineludibles, como la pérdida de la misma vida. Generalmente es una depresión silenciosa.

Mientras que en la depresión reactiva es útil levantar el ánimo al paciente (una vez descubierta la causa de la depresión), tratando de restar o relativizar la importancia de lo sucedido, en la depresión preparatoria el dar ánimos o infundir seguridad no tiene mucho sentido. En este último caso la misma depresión es el instrumento preparatorio del moribundo para enfrentar la inminente pérdida de todo.²⁸

E. Kübler-Ross insiste que en esta fase, la excesiva intervención de visitantes que traten de infundir ánimos al moribundo sólo dificulta su preparación psicológica para enfrentarse a su muerte.²⁹

e) **Aceptación:** Se llega a esta etapa cuando medió el tiempo suficiente entre la evidencia de una enfermedad mortal y la misma muerte. Nunca se trata de una etapa "feliz", se caracteriza por un dormir o dormitar del paciente en breves intervalos; sin embargo ese sueño ya no es evasión —como podría serlo en otras fases anteriores— sino que es parecido a la actitud del niño recién nacido. (Es

²⁷ *Ibíd.*, p. 114.

²⁸ En lo que respecta al aconsejamiento pastoral éste es el punto en que sobran las palabras; más bien es necesario lograr comunicar emociones y sentimientos. Esto puede lograrse por contacto: tocando la mano, acariciando el cabello, o sentándose al lado de la cama —en silencio.

²⁹ Cf. E. Kübler-Ross, *op. cit.*, p. 119.

la "otra punta" del ciclo vital. Es una etapa desprovista de sentimientos en el paciente mismo; son los momentos en que la familia del moribundo comienza a necesitar más atención que él. En el moribundo va disminuyendo cada vez más el interés —a menudo no desea visitas— y sus comunicaciones son "mudas". Son los últimos instantes donde conviene sustituir la comunicación hablada por un contacto que exprese compañía.

Estas cinco fases que presenta E. Kübler-Ross, son sumamente interesantes y valiosas ya que fueron elaboradas en el contacto directo con moribundos en hospitales. Sin embargo Hasler completa este trabajo de Kübler-Ross con importantes aportes teóricos:

– Está de acuerdo con todas las fases que establece Kübler-Ross pero prefiere subdividir la última en dos etapas:

- a. La comprensión de la inevitabilidad de la muerte.
- b. La integración de la muerte al ciclo vital (proceso racional), que a veces no tiene lugar y es sustituido por un desahuciamiento y profundo sopor.³⁰

-- Insiste en la importancia de poder asignarles a esas diferentes expresiones del individuo un carácter **positivo** o **negativo**.

Positivo: es un proceso en el cual se va logrando el progresivo reforzamiento de las estructuras del Yo. Este reforzamiento se traduce en una maduración de la personalidad individual.³¹

Negativo: "En un desenvolvimiento negativo (del proceso) aparecen numerosos síntomas de petrificación neurótica (Symptome neurotischer Zementierung). Se presenta la continua desintegración de la sensación dolorosa y esto acarrea la sostenida reducción de personalidad."³²

– Tanto en el campo positivo, como en el campo negativo del proceso, pueden observarse zonas de conducta más **ACTIVA** y otras de conducta más **PASIVA**.

Ejemplo: (La actividad o pasividad en la conducta se evidencia mejor en un proceso de dolor, por lo tanto el ejemplo se refiere a ese proceso).

Una vez pasadas las primeras reacciones y efectos del shock se puede observar:

a. una emocionalidad que puede considerarse como positiva si se manifiesta:

* en forma de un desahogo mediante un llanto incontenible,³³ lo cual sería una conducta pasiva.

* en forma de una marcada excitabilidad, que puede llegar a extremos; p. ej.: agresiones expresadas abiertamente

³⁰ Cf. Hasler, op. cit., p. 205.

³¹ Cf. Hasler, op. cit., p. 205.

³² *Ibid.*, p. 205

³³ **Ausweinen** (orig. alemán).

frente a otros miembros de la familia, lo cual sería una conducta activa.

b. una emocionalidad negativa que se manifiesta:

- * en forma de un lamentarse, quejarse o maldecirse a sí mismo, lo cual sería una conducta activa.
- * en forma de un silencio obstinado o de un cavilar introvertido sin lágrimas. O sea un total aislamiento, lo cual sería una conducta pasiva.

Para el consejero pastoral es sumamente importante poder evaluar las diferentes fases con los criterios: positivo-negativo y pasivo-activo; así sabrá cuándo es imprescindible su intervención activa en el proceso, justamente en el punto que constate actitudes negativas y pasivas.

Algunos puntos a ser considerados en la asistencia pastoral

En la sección anterior me limité mayormente a consideraciones teóricas sobre el problema de la muerte y del duelo. En esta parte del trabajo quisiera remarcar algunos puntos importantes para quien aconseje pastoralmente tanto a moribundos como a sus deudos.

1. Frente a la muerte y al dolor (duelo) el consejo pastoral es un intento de recuperar al individuo de un deshauciamiento prematuro. En este sentido se debe buscar la forma de apoyar una auto-asistencia del individuo a sí mismo. El es quien "debe volver a la vida", o sea encontrarle sentido a lo que le está sucediendo. El es quien debe regresar de los umbrales del sin-sentido de la muerte o de la separación de un ser querido. Nosotros —como consejeros pastorales— lo acompañamos pacientemente tratando de animarlo en cada uno de sus pasos.

2. No debe permitirse de ninguna manera que el deudo recurra a lo que se llama: iconización o mumificación del muerto.³⁴ Con seguridad siempre —sobre todo en el primer momento— van a haber diálogos inventados con el muerto, o una preocupación por su persona como si aún existiera. Se lo recordará en múltiples sueños diurnos y nocturnos, se crearán fantasías en las que participa el desaparecido, etc. Todo ello es normal en un primer momento, pero si ese tipo de ilusiones continúan en el proceso de dolor llevan a un sufrimiento enfermo, a formas esquizoides e histéricas de melancolía.³⁵

Ya insistí en que el consejero pastoral debe intentar —especialmente en la fase de regresión— apoyar el reforzamiento y ordenación de las fuerzas que componen la personalidad del afectado; esto supone que el recuerdo llegue al mismo tiempo a ser también una despedida del muerto.

3. "Los moribundos son personas, y lo siguen siendo hasta que

³⁴ Cf. Hasler, op. cit., p. 214.

³⁵ Cf. S. Freud, Dolor y melancolía (ver nota 9).

mueren." ³⁶ Una persona siempre vive en función del sentido que encuentre en aquello que le sucede. Esa búsqueda de sentido —especialmente en el caso de los moribundos— intenta afrontar las angustias y temores respecto a la muerte. Por eso el moribundo (y también los deudos) buscan ávidamente la comunicación, por más que no lo manifiesten expresamente. Negarle a alguien que ve finalizar su vida la comunicación **abierta** y comprensiva, quizá sea el crimen mayor en que cae nuestra sociedad (principalmente la urbana).

Para que una comunicación sea efectiva habría que considerar:

- el clima de miedo y angustia que rodea a la muerte (es algo ya internalizado en todos nosotros) y que siempre será un escollo para la comunicación. Hablar sobre la muerte —con alguien que va a morir— es algo que difiere totalmente de la conversación que pueda mantenerse sobre otro tema.
- como consejero hay que llegar a sentir las necesidades específicas del moribundo (o deudo). Esa empatía necesaria sólo será posible en un clima de confianza mutua.
- una sobreidentificación con el moribundo (o deudo) siempre es negativa para el consejero y puede acarrearle serios disturbios psíquicos.
- en esa comunicación hay que elaborar una habilidad especial de escuchar con sensibilidad, para así descubrir esos temores expresados a veces "sólo de pasada" o escondidos detrás de máscaras de falsa valentía y entereza.
- en el caso de enfermedades mortales hay que tener en cuenta como bloqueadores inconscientes de la comunicación, el status social que tienen las diferentes enfermedades.

Ejemplos: El cáncer es "sucio" y socialmente no aceptable para morir.

El infarto es "limpio" y socialmente aceptado, hasta se considera honorable morir de un infarto cardíaco.

- en la habitación donde se pueda dar el diálogo entre el moribundo y el consejero pastoral, siempre hay además una invitada especial que perturba el ambiente: la "mujer con la guadaña (= muerte)". ³⁷

4. Quien desee asistir a moribundos inevitablemente está obligado a encarar el sentido de su propia vida y muerte.

"Siempre luchamos contra lo desconocido dentro nuestro y al mismo tiempo contra lo desconocido dentro del paciente. Tendemos a personalizar nuestras propias angustias en nuestra relación con el paciente." ³⁸

5. Puede ser que no llegemos a comprender plenamente las fun-

³⁶ Margaretta Bowers y otros: **Counseling the dying**, New York, 1964, p. 159.

³⁷ Cf. M. Bowers, op. cit., p. 12.

³⁸ *Ibid.*, p. 9.

ciones que cumplen los ritos religiosos y los sacramentos administrados a los moribundos dentro de la tradición cristiana, pero no por ello los hemos de ignorar. En psicología se ha postulado que existe un inconciente colectivo en el cual existen contenidos (arquetípicos) que exceden los niveles del inconciente individual. Es bien posible que a ese nivel los sacramentos tengan su efecto terapéutico y aliviador. Además —y justamente por llegar directamente a niveles de inconciente colectivo— un acto simbólico expresa muchísimo en poco tiempo.

6. El miedo frente a la muerte muchas veces es aflicción frente al juicio y al castigo. De lo anterior se desprende directamente la importancia (pastoral) de que el moribundo tenga oportunidad de confesarse.

7. Por último una pregunta muy importante en la relación con moribundos: ¿Se le debe comunicar a un paciente la inevitabilidad de su muerte próxima?³⁹ Por lo general el enfermo de alguna manera suele intuir la seriedad de su condición física. Es entonces que comienzan a expresarse frases como:

"No creo que me recupere, ¿qué le parece pastor?", o

"Si voy a tener que morir, quiero saberlo para poder prepararme", o

"¡Estoy seguro que nunca me he de recuperar!"

Todas estas expresiones llevan implícita la necesidad que el individuo siente de hablar seriamente del problema que intuye. En estos casos lo que debe intentarse es ayudarlo a hablar más del problema y a que descargue sus temores reprimidos.

– Nunca el consejero pastoral debe hablar en función de conjeturas propias sobre el estado del enfermo. Especialmente en casos de accidente y operaciones, sólo tiene validez lo que el médico opine.

Entre las diferentes posibilidades que deben tenerse en cuenta cuando se le quisiera comunicar al paciente la noticia de su muerte se dan las tres siguientes:

– que el paciente puede no querer saberlo.⁴⁰

– que la familia está ansiosa por que el paciente lo sepa. En tal

³⁹ Carl J. Scherzer: **Ministering to Dying**, Englewood Cliffs (N.J.), 1963, trata específicamente este tema en el cap. 3: **Should the patient be told?**

⁴⁰ Esta es una afirmación que hace J. Scherzer en su trabajo. No estoy de acuerdo con él en este punto, pues creo que los trabajos de Kübler-Ross y de Hasler muestran cómo lo más importante para morir "humanamente" es tener una posibilidad de prepararse y enfrentar integralmente, como Yo consciente, el problema. El caso que plantea Scherzer en primer lugar, puede ser simplemente un intento de represión del problema que ya se intuye; lo cual es nocivo, pues desde los niveles inconscientes esa "Muerte no digerida" pujará continuamente por salir.

caso el consejero pastoral debe descubrir cuáles son las motivaciones que los impulsan. No siempre es el interés por la preparación del enfermo para enfrentarla. (Si aún no ha hecho su testamento, la noticia quizá sólo trata de obtener su decisión sobre el destino de sus bienes.)

- cuando el médico no quiere que el enfermo lo sepa.

Se ha comprobado que la situación emotiva del paciente juega un importante papel en los niveles de recuperación física. Una noticia tan desgarradora siempre perturba la situación emotiva del enfermo, ello puede acabar quizá con las últimas posibilidades de recuperación o reestablecimiento.

Podemos concluir en lo siguiente:

"La meta del proceso de asistencia pastoral (counseling process) es ayudar al paciente a encontrar en sus propios términos una plenitud para su vida, un significado para su existencia que no sea fracturado por la inmediatez de su no-existencia."⁴¹

APENDICE

Como he aclarado en el trabajo, hay veces en las cuales la situación requiere una oración. El mismo acto de orar es el esfuerzo conciente de lograr a través de una expresión activa un encuentro de la conciencia con lo inconciente.⁴²

Lo importante entonces es encontrar formas útiles de expresarse (caso del mismo moribundo) o de expresar lo que quizá el otro esté sintiendo. A continuación quiero presentar algunas oraciones especialmente dirigidas a la situación con moribundos, es una manera interesante de expresarse y puede servir como modelo para la elaboración propia (o para enseñar a orar a las personas).⁴³

I.

Señor, en mi corazón comienza a subir el miedo.
Siento cómo mis fuerzas empiezan a disminuir.
Dentro mío la debilidad ya se expande. Escucho voces,
que me acusan. Que me echan en cara todo aquello
que en el pasado dejé de hacer;
me nombran personas a quienes hice daño
y traté mal.

Señor tú eres mi refugio. Tú me aceptas,
tal como soy; porque tú me amaste en Cristo.
Tú tomas en tus manos fuertes mi debilidad.
Tú recubres mi culpa con tu infinito amor.
Tú me sacas del miedo ante la muerte hacia

⁴¹ M. Bowers, op cit., p. 28.

⁴² Cf. M. Bowers, op. cit., p. 164.

⁴³ Véase: Hans Wulf (editor), **Gib Leben, Neue evangelische Gebete zu Leben und Tod**, Neubirchen-Vlugh, 1973.

la plenitud de tu vida. Ya no tengo nada
que pueda dar, dame tú a mí, lo que ahora necesito.
Adelante mío hay oscuridad, haz brillar en ella
una luz.

Señor cuando aquí comience mi fin, permíteme
quedar en ti y despertar a la vida verdadera. *

Oración realizada en base a apuntes hechos durante una seria
enfermedad, que llevó hasta el borde de la muerte.

II

Ayúdame en mi desesperación.

Señor, Dios mío.

Estoy suspendido entre la vida y la muerte.

Mi enfermedad me causa dolores.

Mis limitaciones y la incapacidad de
quienes quieren ayudarme,
me torturan.

Sin embargo debo jugar con la idea
de que todo esto termine en la muerte.

Te llamo para que me ayudes.

Permite que me recupere y vuelva a estar sano.

Esa vida que me devolverías
de veras que la utilizaría en honor tuyo
y para servir a mis prójimos,
lo haría mejor que en todos los años
que pasaron.

Pero, en el caso de que decidieras
que yo muera,
ayúdame en esta hora.

Dame la certeza de tu gracia,
porque me veo enfrentado al juicio próximo
dame la confianza
en la vida eterna
Amén.**

Esta oración es sumamente interesante, ya que en ella se pueden
reconocer fácilmente diferentes fases del proceso en una pugna a
nivel conciente. En el centro de la oración late la idea de un pacto,
aunque ya trasluce en toda la reflexión una resignación y una prepa-
ración conciente para afrontar lo inevitable.

* Oración de Johannes Meister (1926) —pastor— (de: H. Wulf,
op. cit.).

** Oración de Gottfried Klapper (1917) —pastor— (de: H. Wulf,
op. cit.).

III.

(La situación: Estación de terapia intensiva; el paciente ha muerto y los deudos están reunidos. Se ha llamado al pastor.)

Amado padre, en los cielos —no permitas que, justo ahora que sentimos las sombras y la muerte, estemos solos. Tú creaste el cielo, la tierra y también a nosotros y nunca renegaste de tu creación, sino que estás para nosotros, tal como lo anunciaste a través de tu amado hijo Jesucristo: todos los días hasta el fin del mundo.

Estira tu brazo, ayúdanos y danos fuerza para que nuestras bocas aún en esta situación encuentren palabras de agradecimiento. Te damos gracias, que has permitido que nuestro hermano encontrara el camino hacia ti, en medio de cuidados y en paz; esto en un tiempo en que tanta gente deja de existir brutalmente en medio de las calles. Gracias por todo el cuidado, que manos humanas, has hecho llegar hasta él. Continúa junto a él con tu amor lleno de misericordia y bendice la partida y la llegada de nuestro hermano, desde ahora y hasta siempre. Amén . . . ***

*** Oración de Gerhard Lisowsky (1915) —diácono en hospitales—
{de: H. Wulf, op. cit.}.
Las traducciones del alemán de estas oraciones son mías.