

LA MUERTE, ESE ESCÁNDALO

*El mejor modo de no
morirse es no vivir
Jankélévitch*

El problema

“Si ignoramos todo de la vida, ¿qué podemos saber de la muerte? dice Confucio. La muerte, tal como lo siente Confucio es un "salto en el vacío", un misterio, y como tal nos ocupa y nos preocupa. Tanto, que algunos pensadores como Unamuno y Jankélévitch consideran que es lo único digno de ser pensado, aunque otros, como dice Pascal, “para lograr la felicidad, han determinado no pensar en ella”¹. Esto último es lo propio de nuestro tiempo, Brecht lo expresa muy bien, “¿Quién podría soportar en este mundo la idea de la muerte?”².

Sin embargo, a pesar de las protestas de algunos y las negativas de otros a considerarla, simplemente “porque es imposible” (Leibnitz, Giordano Bruno), todos podemos toparnos con ella a la vuelta de cualquier esquina.

La reflexión sobre la muerte aparece íntimamente asociada con la de ese gran enigma que es el tiempo, ya que es precisamente en la cuestión de la muerte, que es lo mismo que decir la cuestión de la vida, donde se juega la temporalización originaria de la experiencia. Recordamos que San Agustín decía del tiempo: "si me preguntan que es, no lo se, si no me lo preguntan lo se". Podríamos decir lo mismo de la muerte, no podemos explicarla pero la “sabemos”, aunque ese “saber“ deja al que se le acerca al borde del misterio.

Transitamos el tiempo y nos resulta dificultoso hablar de aquello que ha dado en llamarse "el último tránsito", en un deseo explícito de restar a la muerte su significado de definitiva. El tiempo y la muerte son las dos caras de una misma moneda, *Kronos* y *Thanatos* han sido imaginados por Durero y Goya como devoradores. Ambos nos sumen en la oscuridad de lo irracional, lo misterioso, lo que escapa a la conciencia; ambos nos hacen descender a las tinieblas, nos ponen frente al absurdo del no ser definitivo: el “correr” del tiempo hace que el tiempo que fue no pueda volver a ser, la muerte hace que el tiempo que será no pueda ser definitivamente. Como bien señala Jankélévitch la muerte no puede ser tal si no es definitiva, “el No de la muerte sólo es realmente mortal bajo la condición de ser general y en consecuencia irrevocable”³, no morimos sino una vez y nunca más. “La muerte es un instante que inaugura la eternidad”⁴

Sin embargo podemos pensar que es sólo en el espíritu de la noche que el día abreva su luz, de modo que aunque la oscuridad nos devora, es propedéutica necesaria del día, promesa indudable de la aurora, ésta es la propuesta de la resurrección cristiana que nos promete “otro tiempo”, “otra vida”.

¹*Pensamientos 168*, Ed. Sudamericana, Bs. As. T 1, 1971, p 141.

²Brecht, B., *Gesammelte Werke*, IV, p.899.

³Jankélévitch, Vladimir, *La mort*, Paris, Flammarion, 1977, p. 79

⁴Ibid.

En su inmenso y perpetuo esfuerzo por dar sentido y coherencia al mundo, la conciencia ensaya con analogías dibujar el rostro de lo desconocido: la muerte aparece así como el abandono, el aislamiento, la desaparición definitiva, la pérdida total pero también como el descanso y la paz, la liberación, la pasividad, el sueño⁵.

Hegel resume de una manera excelente qué siente el hombre contemporáneo ante la muerte: "la conciencia se ha sentido angustiada no por esto o por aquello, no por este o por aquel instante, sino por su esencia entera, pues ha sentido el miedo de la muerte, del señor absoluto. Ello la ha disuelto interiormente, la ha hecho temblar en sí misma y ha hecho estremecerse cuanto había en ella de fijo"⁶. El temor a la muerte puede provocar los estados de ánimo más diversos, desde su negación como hace el idealismo afirmando "piensa como si nunca tuvieras que morir, porque, de todos modos, el pensamiento es eterno", hasta el temor paralizante a morir del depresivo que lo convierte en un muerto vivo. ¿De dónde nace esta repugnancia frente a la muerte, de la conciencia o del "instinto"? El hombre fracasa frente a la muerte pues siempre queda algo inconcluso, algo a lo que no podrá dar fin; no la quiere ni puede quererla porque es la que brutalmente lo pone frente a su limitación: hasta ayer podía hoy ya no puede más, hasta ayer era dueño de su vida, hoy, frente a la muerte, se le escapa de entre las manos. La muerte no es sólo fracaso, es escándalo, el mayor de los escándalos: darme cuenta que no soy Dios. Más aún, que ni siquiera soy *un* dios; que, como dice Camus, morimos y no somos felices⁷.

Hacerla retroceder, atrasar su llegada, ha sido la fantasía de todos los tiempos y es el origen de la medicina. La muerte y la medicina son viejos enemigos, lo dice muy bien Favalaro: "El médico se siente un cruzado contra la muerte: vivimos la muerte a cada instante, a veces parece una compañera, pero por sobre todo la sentimos como a nuestra enemiga, una enemiga a la que le hemos ganado muchas batallas que nos alientan a no cejar en nuestros esfuerzos de derrotarla día a día"⁸. Históricamente el médico es el primer testigo del escándalo.

Este trabajo se limitará a señalar algunos aspectos médicos y psicológicos de la muerte en la actualidad, como primera aproximación para una posterior reflexión filosófica.

La muerte y la medicina

La medicina, tal como afirmara Foucault asume hoy responsabilidades en todos los campos de la vida del hombre, al punto de desbordar en situaciones que no eran medicalizables y ahora lo son: la muerte es uno de ellos.

⁵Hypnos es la hermana de Thanatos, según Homero.

⁶Hegel, W., *Fenomenología del espíritu*, FCE, México, 1966, p.119.

⁷Camus, A., "Los hombres mueren y no son felices", *Calígula*, Losada, Buenos Aires, 1965.

⁸Favalaro, R., "El cirujano cardiovascular frente a la muerte", en Mainetti, J.A., *La muerte en medicina*, Quirón, La Plata, 1975, p.177.

Para el médico, "el organismo enfermo es un aparato descompuesto"⁹. La pregunta que se hace el médico no es qué significa la enfermedad en la vida del hombre, sino "¿hasta dónde hay que esforzarse para rehabilitar dicho aparato?"¹⁰. Sin embargo ello no significa que el médico reconozca que su acción tiene límites, es así que actualmente el "resucitólogo"¹¹ se cuestiona su obligación e incluso su derecho a prolongar indefinidamente un estado que parece desesperado utilizando todos los recursos científicos y técnicos de que dispone apoyado en el conocido dicho "mientras hay vida hay esperanza". La pregunta puede plantearse en un plano más abarcativo ¿hasta dónde puede llegar la medicina en su decisión sobre la vida y la muerte? Esta es hoy una de las cuestiones más debatidas en la ética médica.

Frente a la muerte hay dos posiciones biológicas claras 1) la muerte es ajena a la vida, 2) la muerte es parte de la vida. "Los organismos vivos y los muertos están sometidos a las mismas leyes físicoquímicas, sin embargo el vivo se nutre, crece, mientras el cadáver se descompone y desaparece"¹². ¿Es la muerte un suceso o un proceso?

¿Consiste en el segundo fatal que delimita con precisión el pasaje de uno a otro estado o por el contrario es un cambio gradual y progresivo?

¿Cuándo podemos decir que se inicia el proceso de la muerte? ¿Cuándo se están muriendo el comatoso, el caquético, el meningítico? El moribundo recibe prestada de la muerte la escasa prolongación de su vida, está "viviendo" su muerte. Pero algunos no llegan a vivir su muerte, se encuentran con la muerte de zopetón, de ellos no podemos decir que "se están muriendo". ¿Hay entonces dos muertes?

Para esto hay una respuesta clínica, que se apoya en la presencia de ciertos signos: el cambio de la facies del enfermo, los matices grises de su piel, la alteración de su respiración, sus pupilas, que pierden la movilidad y se agrandan desmesuradamente, nos indica la proximidad de lo inevitable. Podemos notar estos signos como precursores pero hay un momento en que el que está muriendo muere, es decir, está definitivamente muerto.

Clínicamente se distingue entre muerte aparente y muerte real¹³:

1. una muerte aparente es la que presenta como signos el trípode de Bichat (cese de circulación, de respiración y alteraciones de la conciencia), pero que puede modificarse a veces mediante una reanimación.

2. una muerte real es la que es definitiva, absoluta, irreversible. Al precitado trípode se le agrega la falta de actividad registrada por el EEG (electroencefalograma) y el que no pueda modificarse por reanimación. Cuando se halla afectado el sistema nervioso se suele llamar muerte rápida o cerebral en cambio se denomina muerte lenta o somática aquella en que primero cesan las funciones del corazón (los pulmones, el hígado o los

⁹ Trotta, R., "Límites éticos en la reanimación", en Mainetti, J.A., *La muerte en medicina*, Quirón, La Plata, 1975, p.187

¹⁰ Ibid

¹¹ Este término es utilizado actualmente para referirse al médico que se ocupa de la reanimación. La ciencia que estudia los medios de devolver la vida se denomina "resucitología".

¹² Manzino, B., "Clínica de la muerte" en Mainetti, J.A., *La muerte en medicina*, Quirón, La Plata, 1975, p.53.

¹³ A la muerte clínica sigue la muerte celular, molecular o biológica que consiste en la muerte de todas las células de cada tejido por falta de oxígeno.

riñones y el sistema nervioso central se encuentra en parte protegido por mecanismos compensatorios).

Normalmente se puede determinar claramente la muerte clínica, pero escapan a ella excepciones. Para evitarlas se utilizan los métodos paraclínicos

1. electrocardiograma (no es seguro suelen deslizarse errores)
2. electroencefalograma, es de gran importancia en los paros cardiorespiratorios. En el momento actual, casi todos los investigadores están de acuerdo en afirmar que un trazado isoelectrico, por sí solo, no es un elemento suficiente para asegurar el diagnóstico de muerte cerebral aunque se reconoce que en esos casos la sobrevida es excepcional.

Para poder determinar sin duda el estado de muerte el *Grupo de Trabajo del Instituto de la Sociedad de Etica y Ciencias de la Vida* propuso en New York en 1972, los siguientes requisitos para los procedimientos que vayan a determinar la muerte

- . criterio claro, indiscutible,
- . tests simples y de fácil realización e interpretación,
- . que se establezca la irreversibilidad del estado, excluyendo casos como la hipotemia o intoxicación por drogas,
- . que los procedimientos sean aceptados tanto por los médicos como por el público en general que confíe en ellos,
- . la certificación de la muerte no debe basarse en un sólo criterio,
- . los procedimientos podrán ser confirmados o modificados por nuevos avances.

Hay ciertos signos que históricamente se tienen en cuenta y que acreditan la muerte: deshidratación, acidificación, enfriamiento, opacidad de la córnea, hundimiento ocular en la órbitas, sequedad de la piel, rigidez (tengamos en cuenta que el análisis de estos signos sirve al médico forense para determinar el tiempo de muerte de un cadáver).

La muerte cerebral

En la segunda mitad de este siglo, y en razón de haber comenzado la práctica de los trasplantes, aparece en la medicina lo que se llama la muerte cerebral. Esta sería el caso de muerte que se supone real, absoluta, irreversible porque el sistema nervioso se halla definitivamente afectado a tal punto que no es posible su recuperación. En 1968, en Harvard, se establecieron los siguientes criterios para determinar la muerte cerebral:

1. ausencia total de los estímulos externos,
2. ausencia de movimientos musculares y respiratorios. El médico deberá observar al menos una hora la falta de tales movimientos,
3. falta de reflejos, especialmente el fotomotor, pero también del plantar, corneal o faríngeo, incluso falta de movimientos oculares cuando se estimula el oído con agua helada en el conducto auditivo,
4. electroencefalograma sin actividad cerebral, siempre que los electrodos estén bien colocados, el aparato funcione correctamente y el personal sea competente.
5. Todo esto debe repetirse a las 24 horas, y no observarse ninguna variación
6. Se deben excluir la hipotemia por debajo de 32,2 grados C y los casos en que el paciente haya recibido represores del sistema nervioso central como barbitúricos.

Aunque toda esta descripción está muy claramente hecha no resulta tan claro que alguien que pase por todos estos controles esté realmente muerto, sobre todo cuando aún le late el corazón. Chopin no hubiera aceptado esta definición de muerte, uno de sus deseos para después de muerto fue que le sacaran el corazón para estar seguro de no ser enterrado vivo. Así como dudaría Chopin dudan los familiares de los enfermos, los enfermeros y los mismos médicos que aunque aceptan la teoría dudan en el momento de la práctica.

¿De dónde nace esta duda? Cuando se tenía por centro de la vida el corazón, iba de suyo que alguien moría cuando este dejaba de latir. ¿Por qué no es tan obvio que alguien muere cuando deja de haber reacción nerviosa en el cerebro?

Esta duda como decíamos no sólo asalta al hombre común sino que la opinión entre los médicos también está dividida, mientras unos sostienen que la muerte cerebral acusada por electroencefalograma plano es de tal manera irreversible que hace inútil todo esfuerzo por devolver al enfermo a la vida, otros se mantienen firmes en continuar el esfuerzo mientras sea posible, es decir mientras siga latiendo el corazón. La pregunta de hasta dónde prolongar una existencia, se hace acuciante a partir de 1967, cuando se realiza el primer trasplante cardíaco. Va adquiriendo relevancia a medida que avanza esta práctica ya que cuando las prótesis provienen de personas fallecidas es fundamental determinar el momento de muerte porque el éxito del trasplante impone la mayor proximidad temporal entre el momento de muerte del dador y el de la ablación del material de trasplante.

Podría pensarse que las notorias discrepancias sobre el tema provienen principalmente de la posición biológica que se sostenga frente a la muerte. Así para los que la consideran como un episodio total e instantáneo, antes del cual se está vivo y a partir del cual se está muerto, la muerte debe afectar a todas las manifestaciones vitales. En este caso se toma como signo la detención del corazón porque al detenerse éste se detienen todos los demás órganos. Por el contrario, los que la ven como un proceso más o menos breve, progresivo e irreversible afirman que al ser afectados ciertos órganos o funciones, el proceso de muerte no puede ya detenerse, aunque durante un tiempo, variable en cada caso, otros órganos o funciones continúen aún en actividad decreciente hasta que ésta cese, también en ellos, definitivamente. El punto residiría, entonces, en determinar si, para admitir la muerte debe aguardarse el final de todo ese proceso inexorable una vez iniciado, o si es dable aceptarla una vez establecida la certeza de su iniciación, mediante la comprobación de algunos signos incuestionables al respecto. En este orden, el aceptar la muerte encefálica supone adherir a la concepción de la muerte como proceso: una vez iniciado éste es irreversible, por consiguiente establecido su comienzo mediante la comprobación simultánea de ciertos signos (por ejemplo los propuestos por Harvard), podemos considerar muerta a la persona y resulta lícito disponer del cadáver para los fines que se persiguen. Una vez resuelto el problema de la muerte se tomarán en cuenta recaudos procedimentales para evitar todo tipo de maniobra con los órganos, así por ejemplo el fallecimiento será certificado por un equipo médico formado por un clínico, un neurólogo o neurocirujano y un cardiólogo, que no deberán ser integrantes del equipo que efectuará las operaciones de ablación y/o implante.

Aunque como dijimos todo parece claro en teoría, en la práctica este concepto de muerte no es aceptado universalmente. Si miramos las legislaciones de los distintos países nos encontramos con que las de Brasil, Gran Bretaña y el Consejo de Europa no contienen definición de muerte; en la de Francia se deben tener en cuenta los signos clínicos y paraclínicos, en Italia el detenimiento del corazón, no respiración y ausencia de respuesta cerebral, en Uruguay los cambios patológicos irreversibles; en Venezuela, Noruega y Suiza la decisión queda en manos del médico. Nuestro país como España, Perú y Finlandia adopta como definición de muerte, la de muerte cerebral que es "cuando una persona ha perdido en forma total e irreversible su capacidad de comunicación así como la posibilidad de respirar por sus propios medios, es decir el cese total e irreversible de las funciones cerebrales".

En el último Congreso Mundial de Bioética, realizado en Buenos Aires en 1995, un equipo de investigación cubano se preguntaba si es posible afirmar que las funciones cerebrales han cesado totalmente. Tal vez sea posible medirlo a nivel de la primera y segunda capa de la corteza cerebral, pero queda un centro nervioso al que es imposible llegar con los instrumentos de medición, por lo menos por ahora. Este equipo se preguntaba asimismo dónde residía exactamente la conciencia si en las capas exteriores del cerebro o en su núcleo interior ya que la definición la muerte cerebral como muerte cortical, establece en el neocortex el sustrato de la identidad de la persona¹⁴. J. A. Godfried se plantea su crítica desde otro punto de vista, se pregunta si la muerte cerebral no es una anticipación de la muerte para posibilitar el aprovechamiento del material humano.

La muerte cerebral parecería ser, al menos en el imaginario popular, otro tipo de muerte, no la muerte verdadera. Esta estaría ligada a la detención del corazón. Pero se podría objetar que tampoco ésta es una muerte definitiva, que una muerte tal sólo se daría en lo que llamamos la muerte biológica, es decir la muerte de todas las células. La hipótesis de la desaparición instantánea y total de todo signo vital del organismo parece ajena a toda realidad biológica.

Este mínimo recorrido por los problemas que plantea el establecimiento del momento de la muerte a nivel médico nos muestra que ni siquiera reduciendo al hombre a un mero organismo biológico es fácil poder hablar de su muerte. De hecho poder decir que un hombre está muerto depende de una decisión de tipo filosófico que tiene que ver con el significado que queramos darle a ese último acto de nuestra vida, con una decisión antropológica sobre cuál es el momento en que se produce la muerte.

Biológicamente vista, la muerte es un proceso que comienza con la división de la primera célula por obra del espermatozoide, al dividirse esa célula muere y deja nacer en su lugar a otras dos y así sucesivamente. No habría una muerte entonces sino miles de muertes cotidianas. ¿No es acaso el sentimiento de la finitud, la angustia ante la nada de que tanto ha hablado la filosofía el enfrentarse con estas miles de muertes

¹⁴ En relación a esto señala Mainetti "Un argumento ontológico y no ya meramente biológico o moral, subyace en la analogía de muerte cerebral y vida cerebral a propósito del estatus fetal, como también en la controversia sobre la utilización como donantes de los recién nacidos anencefálicos", "Ética, trasplantes y cerebro", *Quirón*, Vol 24, No. 3, 1993.

cotidianas? La respuesta sobre la vida y la muerte, incluso sobre el momento en que comienza y termina nuestra vida, pertenece al ámbito de la filosofía, no de la ciencia.

Morir dignamente

Aunque el dolor, la separación, las miles de pequeñas pérdidas cotidianas nos ayudan a pensarla y a experimentarla, la propia muerte es un misterio, es el misterio que da peso a la propia vida. Por eso muchos médicos ponen el límite del tratamiento en la conservación de una vida adjetivada, una vida personal, una vida digna, una vida que se condiga con la condición humana del enfermo y sólo admiten poner en práctica la técnica en función de una esperanza fundada de reanimar esa vida calificada. Todo hombre tiene derecho a morir de una manera digna cuando se prevea que es inevitable la muerte, sino estaría siendo rebajado al rango de esclavo de la técnica. No afirmamos esto sólo de los enfermos que se hallan en estado comatoso prolongado, sino aún en el caso de que la vida personal esté todavía presente, pero no haya esperanza alguna de salvar al moribundo. En tal caso parece más humano "dejarlo morir en paz y dignidad", que prolongar sus sufrimientos. El problema que aparece aquí es dónde establecer el límite del sufrimiento sin avasallar el límite de la esperanza, es decir cuándo ese no actuar se convertiría en eutanasia. Generalmente no hay respuesta a este problema o la respuesta viene del reconocimiento de una vida diferente a la actual que llama al hombre desde una esperanza teológica. Pensar la eutanasia va de la mano de pensar el suicidio. A ese respecto podemos recordar la postura de Callieri, perteneciente a la Sacra Rota Romana quien justifica el suicidio en ciertos casos extremos en que la vida ya ha cumplido su cometido. Para aquellos hombres cuya vida ya está cerrada, que habiendo hecho todo aquello que debían y podían hacer no tienen más tarea, para ellos seguir viviendo no puede llegar a tener de ninguna manera un sentido, para ellos ya no hay proyecto posible. Tal vez habría que replantearse ciertos tratamientos frente a vidas que ya cumplieron su cometido, no tratarlos ¿sería eutanasia?, no aceptar el tratamiento por parte de ellos ¿sería suicidio?, ¿no sería más bien aceptar la muerte como corolario de la vida?.

Hay una deformación actual de lo que es la eutanasia y lo que es el suicidio que proviene de que el hombre de hoy ha dejado de ser dueño de su muerte, tal vez porque ha dejado de ser dueño de su vida. ¿Quién puede decir que ha cumplido con su tarea? Sólo aquel que ha respondido al llamado de la vida, a la secreta vocación que pronuncia nuestro nombre y que muy pocos logran escuchar y seguir y muchos menos aún cumplir.

Durante milenios el hombre supo que iba a morir, y era normal que lo supiera y se prepara para ello. Rara vez la muerte sobrevenía en forma repentina, clandestina, excepto en caso de accidente, y esa muerte no era deseada, no sólo porque lo privaba del arrepentimiento sino sobre todo, porque le robaba su muerte. Había que estar loco para no advertir y escuchar los signos previos de la muerte, y moralistas y satíricos se encargaban de ridiculizar a los extravagantes que negasen la evidencia. Cuando el interesado no era el primero en advertir su suerte, a otros correspondía la tarea de avisarle, era obligación del médico, incluso existía el *nuncius mortis*, el amigo que anunciaba la muerte.

Es a partir del Siglo XVII que el médico ya no habla y si le preguntan lo hace con reparo, tampoco los amigos intervienen, el papel le cabe, desde entonces a la familia. Todo hombre nacía en público y moría en público, presidía su muerte, era el protagonista; la habitación del moribundo se llenaba de amigos, parientes, familiares, niños, vecinos, hasta la gente que había acompañado al viático por la calle. El deseo de “morir solo” de Pascal fue más bien un hallazgo que una constatación, en realidad lo que quería subrayar era que en medio de esa multitud el agonizante está solo frente a Dios y sólo enfrenta su juicio. Por la misma razón esta costumbre había sido criticada por la Iglesia y a partir del siglo XVIII es combatida por los médicos influenciados en su caso por el nuevo concepto de higiene, por el que consideraban que el enfermo necesitaba aire.

La muerte era una ceremonia y el agonizante el protagonista: iba llamando uno a uno a sus parientes, familiares, criados etc, les decía adiós, les pedía perdón, los bendecía, daba las últimas órdenes, hacía recomendaciones, decía sus últimas palabras.

La muerte medicalizada

Hoy no sólo se ha perdido el carácter de ceremonia pública que tenía el momento de morir, sino que lo que debía ser evidencia se ha vuelto disimulo, el primer deber de la familia y el médico es ocultarle al enfermo la gravedad de su estado. El enfermo muere en la ignorancia de su muerte. En nombre del amor y la caridad hay que mentirle. Enfermo y familia practican un juego macabro: la familia no le cuenta al enfermo su estado para evitarle sufrimientos, y el enfermo, que probablemente se da cuenta que se muere, tampoco habla de ello para evitar sufrimientos a su familia. El disimulo reemplaza al escándalo.

El miedo a la muerte es ancestral. ¿Es que el hombre previo al romanticismo no temía a la muerte? si, pero a partir del romanticismo, su muerte se carga de historia y su historia es conciencia. Comienza a pesar la historia personal, la biografía, la imagen que predomina es la del agonizante afrontando el juicio final, resistiendo la última tentación el instante previo a la muerte¹⁵. La muerte comienza a adquirir por un lado un aspecto dramático del que carecía hasta entonces, comienza a aparecer como un fracaso. La conciencia me enfrenta a mi limitación como sujeto.

Si el hombre de las sociedades tradicionales que es el de la primera Edad Media, pero que también es el de todas las culturas populares y orales, se resignaba sin mucho esfuerzo a la idea de que todos somos mortales, ya en plena Edad Media, el hombre occidental, rico y poderoso o culto, se reconoce a sí mismo en su muerte: ha descubierto la muerte propia y esta muerte comienza a pesarle como una carga.

En el siglo XV surge la necesidad de que la muerte deje de ser padecida y comience a ser dominada. Desaparece la creencia en la inmortalidad del alma y es reemplazada por la de la inmortalidad del cuerpo, la permanencia del cuerpo. La transgresión ya no es el pecado sino la enfermedad, la muerte y ésta comienza a asociarse con la idea del fracaso, de la culpa. El moribundo representando su papel protagónico en la Edad

¹⁵ Cf. grabados de la época en que en medio de la multitud que acompaña al moribundo, está presente también la corte celestial y la infernal en espera de la última decisión de éste.

Media dejaba de estar aterrado por lo que le sucedía, de modo que no es ese miedo ancestral lo que explica la renuncia del agonizante a su propia muerte a partir del romanticismo. Philippe Ariès¹⁶ considera que este fenómeno proviene del papel preponderante que pasa a ocupar la familia. La soberanía del hombre sobre su propia vida la comparte con su familia y ésta convierte al enfermo en alguien privado de su libertad, en un menor de edad, lo toman a su cargo separándolo del mundo, y el enfermo lo acepta por su bien. Todos simulan entonces que nadie se va a morir. A esto hemos de agregar los adelantos de la medicina que ha aumentado inmensamente las posibilidades de curar. De allí que la muerte ya no tenga la cara de la enfermedad, sólo y provisoriamente la de algunas enfermedades que se consideran temporalmente incurables, principalmente hoy día el cáncer y el SIDA. Estas enfermedades comparten el halo de misterio que rodea a la muerte ya que como ella resisten a la medicina, y así como a la muerte no se la nombra sino por eufemismos, tampoco se nombran el cáncer y el SIDA: lo que tengo es un tumor, un melanoma, una metástasis, el virus HIV, soy un HIV positivo.

La gente ya no muere sola a la manera que lo pedía Pascal, muere a hurtadillas, clandestinamente y sobre todo bajo el poder de la medicina. El hospital se ha convertido en el centro de la muerte moderna. El hospital hace aceptable la muerte que se vuelve privada (¿privada de humanidad?), lo más aséptica posible tanto a nivel biológico como emocional. Atreverse a hablar de la muerte provoca situaciones dramáticas. Antes era necesaria una imagen repugnante de la muerte para asustar, ahora basta nombrarla.

Los calmantes evitan toda reacción demasiado exagerada del enfermo o sus familiares que perturben la tranquilidad del hospital. Es preciso evitar la confusión de los sentimientos, el horror, la pregunta desesperada, la ira, el llanto, la blasfemia, y para ello, tanto el médico como la enfermera, retardan incluso la noticia de la muerte ya acaecida.

El escándalo de la muerte

La aceptación de su muerte por parte del moribundo, el hablar de ello, el recogerse para morir, descalabra todo el orden de disimulo establecido y se traduce como una negativa del enfermo a seguir luchando por su vida. Esto es tomado por el equipo médico como una falta ética que cuestiona su lucha por la vida del enfermo y además como un atentado contra la propia vida del enfermo porque se supone que esta aceptación lo desmoraliza, disminuye su capacidad de resistencia, baja sus defensas y acelera su muerte.

En un interesante estudio sobre moribundos, Kübler Ross¹⁷ analiza las etapas por las que atraviesa todo aquel que "sabe" que va a morir. Es así que tiene una primera fase de negación y aislamiento en que dice: "no, yo no, no puede ser verdad". Esta negación es una defensa provisional al ver a la muerte a la puerta, que viene seguida de un sentimiento de ira, rabia, envidia, resentimiento. Es el momento de

¹⁶ Cf. Philippe Ariès, *La muerte en occidente*, Argos Vergara, Barcelona, 1982.

¹⁷ Kübler-Ross, E. *On Death and Dying*, Mc. Millan Publishing Co, New York, 1969.

preguntarse ¿Por qué yo?, ¿por qué no le pasó a él? Esta segunda etapa es violenta, y en ella el enfermo hace todo lo posible para que no se le olvide que va a morir. La tercera fase, la menos conocida, es el pacto: ya que ha afrontado la triste realidad y se ha enojado con la gente y con Dios, el enfermo desea poder llegar a una especie de acuerdo que posponga lo inevitable. Es un intento de posponer los hechos hasta...”que se case mi hija”, “termine la casa” etc. La mayoría de los pactos se hacen con Dios y tratan de reparar una culpa. Finalmente llega la depresión, cuando el paciente no puede seguir negando su enfermedad: empieza a tener más síntomas, adelgaza, se debilita, se siente invadido por una gran sensación de pérdida: pérdida del propio cuerpo y por consiguiente de un espacio y de un tiempo propios, de una biografía. Está perdiendo todo lo que quiere, lo que tiene, lo que es. A esta sensación de pérdida se suma la de abandono del otro, de desamparo, desvalimiento, soledad. Es un estado lleno de tristeza, de dolor, que elude las palabras. Es la depresión que prepara la aceptación de la muerte y muchas veces es turbada por el empecinamiento de los que lo rodean en que la muerte no exista. La quinta fase es la aceptación: será cuando habiendo pasado las fases anteriores enfrente su próximo fin con relativa tranquilidad. No hay que confundirse y pensar que es una fase feliz, estará más bien desprovista de sentimientos, como si la lucha hubiera terminado¹⁸. He ahí la paradoja a la que nos enfrenta la muerte, ¿aceptarla o combatirla? Parecería que todo nos lleva a aceptarla, por lo menos cuando es inevitable ¿es que acaso alguna vez es inevitable? Aceptar la muerte es aceptar mi condición de desamparo y soledad ontológicos. Es decir sí a mi radical condición de inacabado, de menesteroso.

Jankélévitch dice que el modelo del morir actual es: "pianissimo", de puntillas. Se considera una bendición la muerte rápida, morir sin saberlo, y no el proceso en que me voy muriendo, en que me voy apropiando de mi muerte junto con otros, en que voy cayendo en la cuenta de mis límites. La actitud de los médicos que describimos más arriba es compartida por todos en general, nunca nadie se va a morir¹⁹, siempre hay una “esperanza”, incluso cuando es inevitable “no hay que perder la esperanza de que la medicina pueda hacer algo”. La muerte ha dejado de pertenecer a cada cual, pertenece a la medicina, Mainetti la llama la muerte medicalizada. También la esperanza pertenece a la medicina, ya que lo único que nos está permitido es esperar “vencer a la enfermedad”, no podemos aceptarla, amarla, darle una significación diferente a la de enemiga. La muerte sigue siendo un escándalo.

El duelo

Acompañando a este modo de morir o de no morir, están las no existentes señales del duelo.

¹⁸ No es que todas estas fases se cumplan en cada moribundo ni tampoco que lo hagan en ese orden, pero son, según Kübler-Ross, los momentos por los que pasa alguien que acepta la muerte y muere con una relativa serenidad.

¹⁹ Es interesante como ejemplo de una actitud contraria lo que sucede en una escena de la película *Forrest Gump* (1996): el protagonista vuelve junto a su madre, porque ella lo manda llamar, al llegar le pregunta: “¿qué te pasa mamá?” y la madre le contesta con una sonrisa: “me estoy muriendo hijo”.

Cuando leemos las expresiones de duelo en épocas anteriores nos mueven a extrañeza: el dolor ante la muerte de un íntimo era la expresión más violenta de los sentimientos más espontáneos y se daban tanto en hombres como mujeres: desmoronarse ante el cuerpo del muerto en lo que hoy consideraríamos una expresión histérica, golpearse el pecho, arañarse el rostro hasta sacarse sangre, llorar y gritar, hacer gestos con todo el cuerpo, besar el cadáver, sufrir espasmos, echarse cenizas sobre la cabeza, rasgarse las vestiduras. Todo esto, habitual hasta el siglo XIII más o menos, fue luego ritualizado en las plañideras y en los signos exteriores de duelo que mantenía la familia: vestimentas negras, crespones en las puertas y ventanas, un período de reclusión y abundantes limosnas y misas. La idea era que después de la muerte la vida de los que quedaban no podía seguir siendo la misma.

Hoy la necesidad milenaria del duelo más o menos espontánea o impuesta según las épocas, se ha visto sustituida por su prohibición. Ya no valen los alardes de tristeza, ni siquiera simulados, las prácticas del duelo, las actuales ceremonias fúnebres, las "pompas" fúnebres ya no son ni fúnebres ni pompas: se realizan en lugares neutros, se avisa cada vez a menos cantidad de personas, no hay flores, ni signos exteriores de duelo, incluso la expresión de condolencias o la visita a los familiares de un muerto, son consideradas arcaicas y supersticiosas, o a lo sumo, expresión de una cierta patología. Tanto la muerte como el duelo, dice Geoffrey Gorer son pornográficos, nadie tiene derecho a "derrumbarse", a perder el control, cuando hay peligro de ello se medica a los deudos más cercanos para "calmarlos", evitarles el llanto; la presencia en el cementerio, los entierros, son en determinados horarios, como las misas o responsos por los cuales hay que hacer fila. Los niños ya no participan ni de los velatorios ni de los entierros. Es preciso retomar el trabajo y la vida de relación rápidamente para evitar "pensar" en lo acaecido. Nadie llora como no sea en privado, a escondidas.

En EEUU actualmente incluso se disimula al cadáver, se lo deja con un aspecto de vivo, se lo maquilla, viste, embalsama, para que conserve los encantos de la vida. Lo que toda la vida fue el aseó funerario es ahora disimulo de la apariencia de la muerte, para que el cuerpo parezca vivo. Otra tendencia que se nota especialmente en estas sociedades hiper desarrolladas es la frecuencia de la incineración, que según el mismo Gorer no proviene como en otro tiempo de una oposición a la Iglesia o de una cuestión higiénica sino de un secreto deseo de deshacerse del muerto, esto conlleva la desaparición de la visita a los cementerios y el peregrinaje a las tumbas, es decir cualquier tipo de culto a los muertos.

Todo este disimulo, todo este abandono de la sociedad a aquel que más necesita de ella, hace que para defender el propio duelo se caiga muchas veces en la patología: atontarse de trabajo, simular que vive en compañía del difunto como si éste siguiera presente, o sustituirlo, imitar sus gestos, sus palabras, sus manías o incluso simular los síntomas de la enfermedad que lo aniquiló. Gorer se pregunta si buena parte de la patología social actual no se origina en dejar a la muerte fuera de la vida cotidiana y en la prohibición del duelo y del derecho a llorar a los muertos.

Apropiarse de su muerte

La pregunta que podemos hacernos es entonces, ¿en qué va a consistir mi muerte? ¿en la descomposición última de mi cuerpo? ¿en un inexorable hecho biológico? Sabemos que como dice Borges “morir es una costumbre que suele tener la gente”. ¿Con qué debemos pensar la muerte, con el cerebro o con el corazón? Desde uno u otro la muerte nos golpea como el absurdo, la gran muerte y las muertes de cada día. Pero si bien es cierto que una vida no vale nada, nada vale una vida, como dijo Malraux. Sólo la muerte cierra la existencia. Es mi más extrema y más propia posibilidad. No es un suceso extremo, es mi propio fin.

Las literaturas actuales coinciden en general en denunciar la negación y encubrimiento de la muerte en la cultura contemporánea, al par que postulan una suerte de "revolución mortal" para la humanidad de nuestros días.

Pero al mismo tiempo que caemos en la cuenta de su ocultamiento nos alarma el carácter mortífero de la vida contemporánea. Si por una lado la muerte se ha batido en retirada ante el avance de la medicina, por el otro aprovecha de la civilización misma, de sus “hábitos patógenos” como se los llama desde un lenguaje también medicalizado, sus frutos venenosos, sus medios mecánicos.

Podríamos sospechar la existencia de un inconfesado culto de la muerte que sería tal vez el que impide nombrarla. "El duelo desaparece -escribe Malraux en *Lazare*- pero un día sin homicidio en la TV sería un día sin pan”.

Sin embargo, aunque intentemos cada uno a nuestro modo posponer la pregunta, sólo seremos capaces de cambiar las cosas cuando seamos capaces de afrontar nuestra propia muerte y por consiguiente la muerte del otro. Es decir, cuando consideremos la muerte como una posibilidad real tanto para los demás como para nosotros, cuando sepamos que aceptar la muerte con dignidad no significa fingir, ni no temer.

Aceptar la muerte como lo inapelable, lo irrevocable de nuestra condición, no significa ser un inadaptado a la vida sino por el contrario darle a ésta su verdadera dimensión porque, como dice J. Wahl “lo que vive es lo que puede morir”²⁰. La muerte no debe convertirse en objeto de nuestra obsesión, sino que ha de ser la presencia que de relevancia a la vida.

MARIA LUISA PFEIFFER

²⁰ Wahl, J., *Traité de Metaphisique*, Paris, Payor, 1949, p. 304