

ESTUDIOS

[LA MUERTE ES TEMA PARA LOS VIVOS: UNA PERSPECTIVA SOCIOÉTICA]

Fernando Lolás Stepke

Profesor Titular

Facultad de Medicina y Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Chile

Casilla 70010, Santiago de Chile

E-mail: flolas@abello.dic.uchile.cl

Perspectivas sobre la muerte

Sorprende que la muerte no haya sido un gran tema para los sociólogos clásicos. Aparentemente, interesaba a éstos más la estructura que lo específico, y de este modo no tuvieron una reflexión expresa sobre el tema del recambio del "personal" que ocupa, generación tras generación, los "loci sociales". El fenómeno muerte se convierte así en una invariante descriptiva de las sociedades, no en una experiencia individual (Feldman & Fuchs-Heinritz, 1995).

De semejante forma, el pensamiento biológico, en su formulación más general, desconoce la muerte. La corriente de la vida no se interrumpe porque desaparecen algunos individuos. Se perpetúa, generación tras generación, en sucesivos individuos. Casi podría aceptarse la fantástica proposición de que los genes, esencialmente inmortales, "usan" individuos para propagarse y mantenerse. Uno de los corolarios del pensamiento evolucionista, desde la teoría sintética de la evolución que combinara el pensamiento de Darwin con la genética, es que son los grupos, más que los individuos, las unidades que actúan en la lucha por la existencia. Y un grupo no solamente es un conjunto de individuos. Es también, un conjunto de atributos derivados de una composición génica.

Los distintos planos en que es posible hablar de la muerte, desde el metafórico hasta el biológico, la relativizan como construcción de apariencia unívoca. Sin embargo, en tanto la muerte de las células y la muerte de las sociedades no mueven a afecto alguno, la muerte de los individuos autoconscientes, sujetos de la praxis comunicativa, produce duelo, añoranza y nostalgia. Es el individuo humano quien vive su muerte, porque tiene la capacidad de saberse destinado a ella (Sciacca, 1962).

El plano de lo personal es lo que ignoran la perspectiva macro y la perspectiva micro.

La terapéutica y la muerte

La individualidad se liga a la muerte. Sólo es posible una mediante la otra. Las formas de morir son tan propias de una sociedad como las de vivir. Gehlen llegó a vincular las instituciones, que él veía como rituales petrificados, con la defensa contra el miedo a morir. Foucault hizo mucho por una estética de la vida al estudiar las formas, manifiestas y ocultas, del poder. Durkheim no se interesó tanto por el suicidio, que al fin de cuentas es individual, como por la tasa suicidógena, que sí es hecho social. Comte fundó una suerte de religión científica, en la cual la muerte tiene un papel. Mas todas estas fueron aproximaciones, no dedicaciones. Ni Talcott Parsons, cuyas contribuciones tanatológicas merecerían más destacado papel, puede decirse que haya tenido duradero impacto, aún pensando que sus contribuciones a la sociología médica - y la medicina, que se diga otra cosa, tiene mucho que ver con la muerte - fueron insustituibles.

Este relativo silencio por parte de los especialistas en las ciencias de la sociedad es en parte causa y consecuencia de la "tabuización" del tema de la muerte y del morir. Se le alude tangencial o elípticamente, se le trivializa en la cinematografía, se le presenta en forma anónima. Por lo pronto, los médicos no suelen dedicarle mucho tiempo, toda vez que su formación les lleva a concebirla como una derrota del conocimiento y del esfuerzo. De las tradicionales finalidades de la medicina, curar, sanar y cuidar, la última es la que menos se enseña a los estudiantes y la que menos preparados encuentra a los médicos. Todo el amplio campo de los cuidados paliativos queda con el difuso estatuto de una pseudoeutanasia o es de difícil aceptación práctica en algunas tradiciones. Pese a que existen cultores en América Latina, su traducción institucional no es inequívoca, en el sentido de no estar uniformemente regulados sus ámbitos, definidos sus modos de financiamiento o especificado el papel de los profesionales en relación con los familiares y otros profanos (Manzini, 1997). Otros profesionales de la salud tienen una relación ambigua con la muerte en las instituciones, si bien es innegable que las enfermeras y las asistentes sociales adquieren, de primera mano, una definida importancia (Lolas, 1994a). En términos de las dinámicas sociales, el trabajo tanatoterapéutico, de ayuda a bien morir, precisa una permanente reinserción en los esquemas habituales de trabajo hospitalario.

La investigación empírica en este campo suele refrendar los prejuicios y supuestos que animan al investigador antes de su trabajo y confirman sus preferencias. En el ámbito de las personas que tratan con moribundos, Petra Christian-Widmaier, socióloga de Stuttgart, ha hecho importantes contribuciones sobre el papel de la gente de iglesia, párrocos, pastores y sacerdotes, en el medio hospitalario alemán (Christian-Widmaier, 1988). Sus contribuciones han sido perseverantemente desarrolladas a lo largo de muchos años, laboriosamente analizados los datos que arrojan los a veces complejos y tediosos estudios descriptivos y cuidadosamente expuestas ante audiencias muy

disímiles. Una de sus contribuciones analiza la comunicación no verbal entre clérigo y moribundo. Descubre allí la influencia de la formación religiosa, de la orientación de ésta (evangélica o católica), de la disposición de los enfermos y del contexto institucional en las transacciones que conducen, al final, a evaluar como "buena" o "mala" aquella etapa que precede a la muerte (Christian-Widmaier, 1995).

La noción de terapéutica como ayuda y acompañamiento del trance de muerte exige examinar el campo en que deben intervenir los profesionales y la forma que deben dar a su trabajo (Lolas, 1992). De una bioética sustantivamente heterónoma, de normas a priori derivadas de alguna creencia religiosa parece haberse pasado a una esencialmente autónoma, cuyas normas son logradas a posteriori, por consensos amplios basados en el diálogo. De allí la relativa ineficacia de muchos debates destinados a confrontar posiciones para arribar a normas de conducta. De allí la proliferación de innumerables movimientos que invocan el derecho a la muerte, que alegan en favor de la muerte con dignidad, de la muerte electiva, de la muerte dulce y de la muerte con ayuda. En Internet son numerosos los anuncios de organizaciones que proveen ayuda y consejo para quienes deseen integrar movimientos pro-suicidio asistido o pro-eutanasia activa. Las revistas médicas acogen cada vez con mayor frecuencia estudios y trabajos relacionados con las conductas terapéuticas frente a quienes van a morir. Las compañías de seguros y agentes de financiamiento sanitario buscan frenar el empecinamiento terapéutico de algunos agentes de salud que intentan resolver la ambigüedad en que han sido educados en relación a la inevitable muerte, causando una explosión de costos en los últimos días de vida. El personal sanitario se ve enfrentado a demandas extremas en cuanto al "estrés decisional" que supone tomar medidas en un entorno incierto, amenazado por la posibilidad de ser acusado de mala práctica, culpado de no haber hecho lo suficiente o enfrentado a la escasez de medios técnicos.

Problemas de proporción y prudencia

Una práctica adecuada es una práctica prudente. Ello significa reconocer y aceptar principios y normas, atemperados por la experiencia y aplicados considerando las circunstancias.

La bioética estadounidense ha dado especial énfasis a algunos "principios intermedios", de aparente validez (*prima facie*), que se han erigido en directrices para la acción médica. Esa tradición asigna especial importancia a la autonomía por sobre la beneficencia, la no-maleficencia o la justicia, y hace escasa referencia a la dignidad. Por un énfasis en procedimientos y un pretendido ecumenismo se centra en aspectos prácticos de ejecución y toma de decisiones, destacando más las consecuencias de la acción que los atributos del agente, tradicionalmente asociados con la virtud. Para el entorno latinoamericano se precisa una perspectiva crítica de los supuestos culturalmente determinados que presiden esta postura, mayoritariamente en los escritores norteamericanos.

En sus aspectos más "procedimentales", una bioética instrumental se confunde con el derecho y podría caer en meros legalismos rituales. Existe la tendencia a creer que aquello que la ley hace caer bajo su imperio es materia zanjada que no precisa de mayor discusión. Ello no es así. Puede haber leyes inspiradas por realidades foráneas que no conciten adhesión y sean ajenas a la cultura, en cuyo caso su legitimidad puede dudarse. Una socioética debiera ser adecuada contrapunto a cualquier tendencia universalizante que quisiera fundarse bajo pretexto de naturalidad. Bajo este término quisiéramos aludir a una bioética contextualizada en un determinado grupo social, tomando en consideración sus particulares tradiciones, preferencias y modos de encarar la vida y la muerte. No se debiera confundir esta necesaria modulación de la norma con un relativismo total. Sólo es necesario admitir que aunque en todas las sociedades existen semejantes normas, sus expresiones pueden variar.

Esto es especialmente relevante en relación con la muerte y el morir. Algunas legislaciones, como la holandesa, han aceptado la eutanasia activa o el suicidio asistido en estados de sufrimiento intolerable en una situación irreversible, no necesariamente terminal. La eutanasia, referente verbal de perturbadoras asociaciones en el siglo XX, implica un buen morir, pero en la discusión habitual ha adquirido un significado múltiple. Se habla de eutanasia activa y pasiva para significar la voluntad o intencionalidad de dar la muerte deseada o deseable. Similar es la distinción entre eutanasia positiva, con acciones que causan la muerte, y negativa, por omisión de medios que prolongan la vida. En algunos círculos se habla de eutanasia voluntaria e involuntaria. A ello hay que agregar el suicidio asistido, condición en la cual la propia persona se causa la muerte, auxiliada por un experto que brinda medios técnicos apropiados.

Sin entrar a la discusión extensa de estos diversos aspectos, habitualmente aludidos bajo los principios de no-maleficencia y de beneficencia, dos consideraciones parecen de interés.

La primera se relaciona con la prescindibilidad de la norma legal. Si bien es cierto que la ley escrita provee un medio inequívoco de uniformar procedimientos y conciencias, en el caso de los límites de la vida -su comienzo y su final- la prudencia aconseja no acelerar su dictación. Puede haber nuevas informaciones que aconsejen modificar la norma o nuevos puntos de vista para perfeccionarla. Todo tiempo empleado en su reflexión y análisis es tiempo que permite máxima participación de diversos agentes morales y técnicos e impide rigidizar las conductas y despersonalizar las relaciones entre personas. Especialmente interesante resulta consultar a interlocutores diversos y, especialmente, formular de modo adecuado aquello sobre lo que debe adquirirse consenso para que éste sea posible (Bayertz, 1996). A menudo, la pura resonancia afectiva de los términos usados en la discusión impide una razonable discusión de los supuestos que fundamentan las distintas posturas. No hay que olvidar que al pluralismo moral se ha sumado el pluralismo epistémico y el informativo,

aludiendo a las diferentes capacidades de análisis informado que tienen distintos grupos sociales. Hoy no todos saben lo mismo ni lo saben de la misma manera, de modo que las connotaciones de conceptos como "muerte cerebral" y "muerte social" pueden diferir grandemente entre los expertos y los profanos y aún entre grupos de expertos.

La segunda consideración relevante en una socioética de la muerte -esto es, en una reflexión que intente capturar las especificidades culturales, las creencias normativas y las diferencias interindividuales- es que una consideración psicológica es de todo punto deseable. Sorprende que legislaciones avanzadas no contemplen de rutina un examen psiquiátrico de todo enfermo grave o terminal, especialmente si solicita o podría solicitar de sus médicos un alivio del padecimiento o se niega a recibir tratamientos. La paradoja reside aquí en que el deseo de muerte puede ser síntoma de trastorno reversible y no decisión metafísica o deseo de alivio. Se sabe que muchas personas en estados depresivos ansían morir y que una alta proporción de suicidios consumados, en diferentes culturas, ha sido precedida por expresiones de tal ansia (Lolas, 1997). No se trata simplemente de "psiquiatrizar" los radicales humanos de la toma de decisiones en circunstancias críticas, mas la prudencia aconseja despejar al menos los siguientes puntos: si acaso hay presencia de trastorno mental que obnuble o perturbe el recto juicio, si existe en la persona una adecuada comprensión de su estado y de las implicaciones de sus decisiones, si sus peticiones son concordantes o discordantes con su trayectoria valórica o la textura axiológica de su grupo de pertenencia. Alonso-Fernández (1997), que insiste especialmente en este tema por su condición de psiquiatra, sugiere una "actitud clínica expectante" que permita comprobar la solidez de una solicitud de muerte o mitigación de dolores, profundizar en el auténtico deseo del solicitante, darle ocasión para manifestar sus propias tendencias, evaluar el estado de su competencia y detectar trastornos mentales encubiertos. Muchas veces, una petición de alivio a través de la muerte o una negativa al tratamiento deben ser "leídas" en sus diversos significados antes de aceptarlas como inequívoca expresión de voluntad.

La prudencia debe ejercerse también en el ámbito de la aplicación de los principios. Estos se transforman en reglas o directrices de carácter práctico que permiten el examen de sus diversos aspectos e implicaciones. Así, por ejemplo, puede discutirse si el principio de beneficencia incluye la no-maleficencia como el primero de sus preceptos (no dañar), continuando con los de prevenir el daño o el mal, eliminarlos si existen o promover el bien (Beauchamp y Childress, 1994). Es menester considerar que muchos pacientes solicitan medidas extremas o extraordinarias por diversos miedos no expresados. Por ejemplo, por temor al encarnizamiento terapéutico de sus médicos y la soledad instrumental de la tecnología inhumana. Otros, aferrados a irreales expectativas, demandan medidas extraordinarias que incluso podrían "condenarles a la vida", dolorosa consecuencia del celo técnico, que lleva a la paradójica distinción entre "omitir" un tratamiento o "suspender" un tratamiento. En el primer caso, no se aplica una

medida especial (por ejemplo, respirador mecánico). En el segundo, se la interrumpe una vez iniciada. Esta segunda alternativa parece ser más compleja y culpógena que la primera. Hay que considerar que algunas medidas que se toman en los estadios terminales pueden carecer de eficacia, ya sea porque son manifiestamente inútiles o porque no conseguirán el fin perseguido. Muchas veces se las adopta para prevenir responsabilidades legales o bien porque tienen un significado más simbólico que técnico. Por ejemplo, hay casos en que se omite la respiración mecánica, que por un "segundo efecto" podría causar la muerte (no deseada pero sí previsible), pero no se interrumpe los antibióticos, la hidratación parenteral u otros tratamientos más habituales. En el caso de la hidratación, es probable que influya la identificación inconsciente entre deshidratación y sed.

Consideraciones finales

El nacimiento y la muerte, límites biográficos al tiempo que biológicos, han replanteado dilemas universales y perennes. Los dilemas, como problemas cuya solución es también un problema, y las aporías, problemas sin solución aparente, son los precios que paga la razón práctica, regida por la libertad humana. Las angustias de vivir, adormecidas mas no eliminadas por la razón teórica y la praxis instrumental, reemergen en la contemporaneidad bajo la forma de una renuncia a los canones trascendentes y la entrega a las consoladoras certidumbres del consenso. Sin embargo, éste es eficaz sólo asociado a la reciprocidad y la solidaridad que surgen de una comunidad de hablantes que articulan sus discursos en el medio de la comunicación y del lenguaje y que son capaces de disentir y criticar con respeto y en un clima de humana dignidad. Si una de las debilidades de la razón pura fue no ocuparse de aquello que ocupa a los hombres y mujeres en el mundo de lo cotidiano, no cesa con ello el deseo de buscar en la seguridad de la norma un orden a los desafíos que plantean los discursos tecnocientíficos desligados de su sustento moral. Ciencia sin conciencia no es bien sino mal.

La muerte y el morir son un campo privilegiado de prueba de las certidumbres y convicciones -todas, al fin, creencias- que hacen a la vida humana ser humana. La prudencia debida en los oficios llamados éticos (que tratan con las personas, sus costumbres y su carácter) obliga a tomar una actitud reflexiva basada no sólo en mitigar yerros, reaccionando, sino a prevenirlos y evitarlos, anticipando. Tal vez en el futuro no debemos buscar la eutanasia sino a lo sumo la ortotanasia, el morir bien sin más, de acuerdo a la propia norma. En este sentido, ha de atemperarse todo principio con los inevitables llamados a la prudencia desde lo cultural y lo psicológico, no para relativizarlo mas para aplicarlo en la plenitud de su fuerza considerando la circunstancia particular (Lolas, 1994b). Bien pudiera ser que la unilateralidad de la técnica inhumana pudiera ser morigerada por la técnica humanizada. La muerte, como otros desafíos, requiere de una "ilustración tecnológica" para enriquecer el debate y el estudio. A este conjunto de aditamentos al discurso bioético (Lolas, 1996), por

ahora, demos el apelativo de socioética.

Referencias bibliográficas

- Alonso-Fernández, F. (1997). Postura clínica ante el suicidio y la eutanasia. **Psicopatología** (Madrid) 17:79-87.
- Bayertz, K. (Editor) (1996) **Moralischer Konsens** Suhrkamp, Frankfurt\M.
- Beauchamp, T.L. y Childress, J.F. (1994) **Principles of biomedical ethics**, 4a edición. Oxford University Press, New York.
- Christian-Widmaier, Petra (1988) **Krankenhausseelsorger und todkranker Patient im Spiegel ihrer wechselseitigen Wahrnehmung**. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg.
- Christian-Widmaier, Petra (1995) **Nonverbale Kommunikationsweisen in der seelsorgerlichen Interaktion mit todkranken Patienten**, Peter Lang, Frankfurt-Bern.
- Epele, María E. (1993/4) La relación médico-paciente en el cáncer terminal: una aproximación a la muerte en la sociedad compleja. **Revista Chilena de Antropología** 12:87-98.
- Feldmann, K. & Fuchs-Heinritz, W. (1995). **Der Tod ist ein Problem der Lebenden**, Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Lolas, F. (1992) **Proposiciones para una teoría de la medicina**. Editorial Universitaria, Santiago de Chile.
- Lolas, F. (1994a) Tanatoterapéutica. **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina** (Buenos Aires) 40:282-292.
- Lolas, F. (1994b) Desafíos de la bioética en el contexto latinoamericano. **Medicina al Día** (Lima) 3(2):81-84.
- Lolas, F. (1996). De la bioética como narrativa crítica. **Perspectivas bioéticas en las Américas** (Buenos Aires) 1:23-30.
- Lolas, F. (1997). El suicidio y la conducta suicida en perspectiva transcultural. **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina** (Buenos Aires) 43:247-250.
- Manzini, J.L. (1997) **Bioética Paliativa** Quirón, La Plata.
- Sciacca, M.F. (1992) **Muerte e Inmortalidad**. Luis Miracle, Barcelona.