

Notas histórico-antropológicas sobre las representaciones de la muerte

Lic. César Ceriani Cernadas*

1. Presentación

Inexorable y universal, la muerte se presenta para el hombre como un hecho que trasciende lo exclusivamente natural o fisiológico. A lo largo del tiempo y el espacio, las diversas culturas han atribuido a la muerte múltiples significados, símbolos y representaciones, buscando otorgar un sentido coherente al hecho inevitable y angustiante de la finitud.

La conciencia y significación de la muerte se revela así como una capacidad inherente y exclusiva de nuestra especie. Como señalara Morin,¹ la especie humana es la única para la cual la muerte está presente durante la vida, la única que representa a la muerte mediante ritos funerarios y también, la única que cree en una vida posmortem, en la resurrección o en la reencarnación. Comprobamos, de esta manera, un hecho esencial: la muerte biológica, natural e irreversible, se ve desbordada, transfigurada, por la muerte como evento sociocultural.

El propósito de estas palabras, sin duda introductorias e incompletas, será revisar algunas concepciones y prácticas sobre la muerte elaboradas en el mundo occidental. De modo especial, se buscará dar cuenta de los rasgos sobresalientes del proceso histórico a través del cual la heterogénea cultura occidental ha conformado diversas visiones sobre la muerte, hasta llegar así a la denominada "muerte prohibida", propia de la sociedad contemporánea y cuyas características esenciales se tratarán de esbozar.

El eje conceptual que hilvana este trabajo propone examinar los cambios de actitudes, creencias y prácticas ante la muerte acontecidos en el mundo occidental, desde la primera cristiandad

hasta llegar el "globalizado" mundo de hoy. Asimismo, se pondrán de manifiesto algunas representaciones colectivas sobre la muerte de los niños.

Es especialmente a partir del siglo XX cuando se suscitan las transformaciones más radicales sobre los sentidos y acciones del hombre ante la muerte, mutaciones que debemos articular con los notables progresos en la ciencia y la técnica, con la reorganización de ciertas estructuras sociales, particularmente la familia y con el establecimiento decisivo de una sociedad capitalista industrial basada en la rentabilidad y el beneficio. Estos fenómenos –entre otros, sin duda– no sólo promovieron un progresivo "desencantamiento del mundo", según la clásica expresión que el sociólogo alemán Max Weber utilizó para hablar acerca de la progresiva secularización de la sociedad occidental, sino que fueron dando cuenta de una nueva concepción del cuerpo humano, de la noción de persona (su constitución, sus límites), de la salud, la enfermedad y la muerte. Es también en relación específica a este "interdicto de la muerte" en el mundo occidental de hoy, que se pondrá de manifiesto cuál es el rol que la ciencia médica juega, como un caso ejemplar de progreso científico y tecnológico, en esta nueva configuración de actitudes, comportamientos y representaciones sobre la muerte.

2. Algunos conceptos centrales para abordar el estudio antropológico de la muerte

Los sentidos de la muerte se presentan, al mismo tiempo, como sentidos sobre la vida, de ahí que una de las significaciones de mayor similitud que encontramos en disímiles culturas es la idea de que ésta se presenta como una

* Licenciado en Ciencias Antropológicas (socio-cultural) por la Universidad de Buenos Aires, Becario de Investigación del CONICET.

extensión o transformación del ciclo vital y no como su mera culminación. La muerte, entonces, se figura como un estado transitorio y una transformación de carácter ontológico, pues atañe al ser en toda su plenitud. Las creencias religiosas, los ritos de paso y funerarios, el culto a los ancestros y toda la mitología y simbología asociada a la muerte refuerzan primariamente esta idea de la muerte como un pasaje, como una instancia de cambio del ser y no de aniquilamiento.

La muerte se representa así, como sostiene Morin,¹ bajo la forma de “metáforas de vida”, ya que tanto en el vocabulario de las culturas arcaicas o primitivas, o bien en el de los grandes sistemas religiosos, la muerte no existe como concepto netamente diferenciado: se habla de ella como de un sueño, un viaje, un nacimiento, un accidente, un maleficio, una entrada en el reino de los antepasados o en alguna otra región del cosmos o bien de todos ellos al mismo tiempo. Unido a esto, las ideas y representaciones sobre la muerte se nutren de la experiencia con ella y de los cambios visibles, o más bien sensitivos, que ésta suscita, a partir de la observación del cuerpo vivo y el cuerpo muerto, del cuerpo caliente y el cuerpo frío, del cuerpo animado y el cuerpo inerte, el cadáver. De esta manera, una misma conciencia niega y reconoce la muerte: la niega como aniquilamiento (como fin absoluto), la reconoce como acontecimiento. Un paso más adelante, y sumando a esta presuposición de “inmortalidad” (manifestada en todas las creencias y prácticas culturales o religiosas sobre la muerte) el nihilismo más radical, podemos notar que más allá de cualquier sentido positivo o negativo sobre la muerte nos enfrentamos ante “cualquier cosa que modifique el orden normal de la vida”.¹

Es esta “modificación del orden normal de la vida” la que infunde a la muerte humana una característica particular que supera también la esfera estrictamente biológica: es la vida social la que asimismo se ve interrumpida y fraccionada por la muerte de alguno de sus integrantes. Y a partir de aquí es factible ubicar los dos componentes esenciales de todo complejo cultural sobre la muerte, cuyo punto de arranque viene representado por el sujeto falle-

cido: el duelo y el luto. Para comprender estos fenómenos debemos partir de una indiscutible divergencia: por un lado la generalidad o universalidad de los sentimientos de pérdida –teniendo en cuenta, por supuesto, la regulación cultural sobre la intensidad de las emociones, pero también la irreductibilidad del dolor ante la pérdida de un ser querido– y, por el otro, la particularidad y variedad de las concepciones y prácticas relativas a la muerte (como ocurre con todos los hechos culturales); pensemos si no en los heterogéneos idearios sobre el destino posterior del difunto, en las formas de tratamiento del cadáver, en las creencias acerca de las relaciones entre vivos y muertos y en los ritos funerarios.

Para los testigos involucrados, un fallecimiento se revela como un hecho de carácter bipolar: un polo personal e íntimo y un polo social y público. Para obtener mayor precisión analítica y siguiendo los conceptos de Cordeu, Illia y Montevecchio,² denominaremos duelo (del latín *dolus*: dolor) a aquel polo personal e íntimo, objeto de una experiencia de pérdida y angustia para los allegados y manifestado por un conjunto de prácticas materiales, mentales y simbólicas; luto, es el polo social y público, donde el difunto ha asumido otro género de existencia y “pasado a desempeñar otra clase de roles respecto a los vivos y que posee, por lo tanto, un significado cultural diferente de éstos”.

Los fenómenos del duelo y el luto nos permiten adentrarnos en conductas culturales centradas en el tránsito de la vida –lo conocido, lo cotidiano– hacia la muerte –lo desconocido– o, expresado en términos más dramáticos, la mayor ruptura a la cual se enfrenta la especie humana. La complementariedad y mutua relación entre estos dos fenómenos es igualmente un punto clave en el estudio antropológico de la muerte. Los mecanismos sociales del luto resultan aquí de vital importancia en la resolución de las crisis individuales que plantea el duelo, figurándose de esta manera como un mecanismo regulador y dador de sentido, cuyo propósito, entonces, es resguardar al deudo de experiencias que podrían llevarlo hasta la autodestrucción. Esta cuestión es de capital im-

portancia pues, como ya observaremos, en la sociedad moderna contemporánea es a partir de una ruptura cada vez mayor entre los mecanismos personales del duelo y los sociales del luto, unido a negación del sentido de los mismos, donde encontramos una de las características fundamentales de la actual significación sociocultural de la muerte.

3. Una tipología sobre los imaginarios de la muerte en Occidente

A partir de estos conceptos sobre el duelo y luto, estimo factible retomar parcialmente la conocida tipología sobre los idearios de la muerte construida por el historiador francés Philippe Aries,³ con el objeto de integrar ciertas modalidades cosmovisionales, institucionales, rituales y emocionales que la civilización occidental ha elaborado sobre la muerte desde los inicios del cristianismo hasta la actualidad. Desde ya, considero que el mérito mayor de esta tipología reside en presentarse como un instrumento heurístico, plausible de ayudarnos a explorar y descubrir nuevas maneras de abordar este complejo tema y no como una cuestión zanjada y tajante. Su aporte específico en el contexto de este trabajo sería su capacidad para iniciarnos en una sociología histórica de la muerte. La piedra angular de esta sociología histórica reside en vislumbrar los notorios cambios en las actitudes y mentalidades sobre la muerte experimentados por Occidente y la relación que estos cambios presentan con otras esferas de la vida social (como la reconstitución de la familia, la economía, los avances de la medicina y el aumento de la esperanza de vida, etc.). En lo que respecta a esta monografía, el propósito y justificación de reinstalar esta clasificación gira sobre el hecho de que nos permite indagar en algunas visiones generales sobre la muerte construidas por nuestra civilización, para luego poder enfatizar especialmente –con la ayuda de otros estudios y perspectivas– el problema de la muerte en el mundo contemporáneo y la pertinencia que la ciencia médica presenta en la misma.

3.1. La muerte amaestrada

El concepto de muerte amaestrada en-

cierra el ideario de la muerte propio de las sociedades campesinas tradicionales. En Occidente ha sido la actitud ante la muerte que más se extendió en el tiempo abarcando prácticamente todo el primer milenio de nuestra era, aunque su origen sea, sin duda, anterior.

La gente espera la muerte en la cama, con una aceptación y simplicidad que se manifiesta en los ritos mortuorios, de forma ceremoniosa y litúrgica, pero sin dramatismos ni exceso de gestos emotivos. Podríamos decir que lo que prevalece aquí es una austeridad, una cierta ascesis ante la muerte, entendida como algo familiar, cercano y atenuado, de donde proviene justamente esta denominación de “muerte amaestrada”.

Ya en el judaísmo antiguo encontramos esta misma serenidad y aceptación de la muerte, representada como una paciente ceremonia familiar.⁴ Así lo expresa la Biblia, por ejemplo, en referencia a la muerte de Jacob: “Y cuando acabó Jacob de dar mandamientos a sus hijos, encogió sus pies en la cama y expiró, y fue reunido con sus padres” (Gen. 49: 33); así como también en relación a la muerte del Rey David: “Llegaron los días en que David había de morir, y ordenó a Salomón, su hijo, diciendo: Yo sigo el camino de todos en la tierra, esfuérzate y sé hombre” (1 Reyes 2: 1-2).

La muerte es aquí una ceremonia pública y organizada. Organizada por el propio agonizante que la preside y conoce su rito secular, es decir la forma socialmente pautada de comportarse ante la inminencia de la muerte (pues él mismo en algún momento de su vida ha presenciado la muerte de un familiar o un ser querido). La habitación de la casa donde residía el enfermo se convertía en un espacio público, la gente entraba y salía libremente y esta característica prevalecerá hasta prácticamente las primeras décadas del siglo XIX, aunque otros sentidos y actitudes ante la muerte varíen. Los médicos de finales del siglo XVIII que descubrían las primeras reglas de higiene se quejaban de lo repletas que se encontraban estas habitaciones de los agonizantes y comenzaron a repeler asiduamente esta costumbre.

Los parientes y amigos se hallaban presentes, los niños también asistían a este

“ultimo adiós al enfermo”. Como comenta Aries,³ “no había representación artística de una habitación de agonizante hasta el siglo XVIII sin unos cuantos niños”. Ya podemos ir pensando y especialmente en relación a esto último, qué distinta se figura la actitud actual con ese afán de apartar a los niños de las cosas de la muerte.

El escritor italiano Leonardo Sciascia⁵ nos cuenta cálidamente cómo en sus años de infancia (en la década del 20) en su pueblo natal de campesinos y trabajadores de azufre era costumbre, en primer término, informar al enfermo de su estado para que se preparara. Distendido en la cama, y cuando ya la agonía era inminente, los familiares y amigos que lo rodeaban “le recomendaban que tratara de encontrar, entre las ánimas del purgatorio, a aquel pariente que había muerto hacía poco o hacía mucho y, a veces, que le diera noticias de acontecimientos familiares o mensajes”. Recuerda también, en relación a estos “encargos posmortem”, la anécdota contada por un amigo del pueblo vecino, cuando un viejito a punto de expirar, abrumado por los pedidos de parientes y amigos, pero sin querer desilusionarlos, les dijo: “Escribanmelo en papelitos, porque si no me olvido”.

Evidentemente, esta concepción de la muerte se encuentra en íntima relación con lo que podemos denominar una experiencia directa ante la muerte. Dicho en otras palabras: la “familiaridad” ante la muerte hunde sus raíces a partir de una experiencia palpable: la muerte es familiar porque su proximidad es íntima, porque constante y cercanamente morían niños, jóvenes, adultos y ancianos. Y esto es un punto central para comprender también los otros cambios de actitudes y representaciones sobre la muerte, sobre todo, los relativos al mundo moderno y contemporáneo, donde los avances del conocimiento y la tecnología médica junto a mejoras –en mayor o menor medida– en la calidad de vida expandieron la esperanza de vida; en consecuencia y ligado a otras variables, fueron “desfamiliarizando” nuestras actitudes ante la muerte.

Hacia los siglos XIII y XIV, encontramos una serie de fenómenos que van a ir reconfigurando esta perspectiva y actitud

ante la muerte; a partir de entonces comenzaron a manifestarse sutiles modificaciones –dentro del marco de sentido ya reseñado– que habrán de conferir un significado dramático y personal a la tradicional familiaridad que imperaba entre el hombre y la muerte. Asistimos ahora a una proximidad entre tres categorías de representaciones mentales: la muerte, el conocimiento personal de la propia biografía y el ferviente apego a los seres y cosas de esta vida, que nos llevan, inmersos en un proceso histórico, a un desarrollo cada vez mayor de la conciencia y el Yo, de la individualización y subjetividad, propio sin duda de la mentalidad moderna occidental. “La muerte –sostiene Aries– se convirtió en el tópico más favorable para que el hombre tomara conciencia de sí mismo”.

Otro caso especial de “muerte amaestrada” plausible de considerar es la representación sobre la muerte de los niños, y especialmente los recién nacidos, en sociedades campesinas tradicionales. En estas culturas, la muerte de los niños pequeños casi no evoca reacciones fúnebres ni activa complejos de duelo y luto. En buena parte del folclore cristiano o el catolicismo popular, encontramos la idea de que los bebés o niños pequeños fallecidos se transforman en ángeles. Interesantes manifestaciones de estas representaciones colectivas se encuentran en los “festejos por la muerte de un niño”, que se realizan en diversas comunidades andinas, tanto en Colombia como en Chile y Argentina. En los Andes colombianos los familiares bailan y dan comidas, pero sólo por una noche. Se baila por la muerte de un niño porque se lo considera un ángel “y se hace así coro a los del cielo para que lo reciban tan pronto como muere”.⁶

La ausencia o extrema reducción del duelo y el luto normativo para los deudos de niños muertos (por debajo de una determinada edad) es un fenómeno muy extendido en una amplia gama de culturas tradicionales y constituye, asimismo, el caso prototípico del medioevo europeo. Naturalmente, el dolor individual de los padres puede ser muy vivo, pero la reacción social, explicitada a través del mecanismo del luto, prácticamente no existe. Al no estar integrados en un sentido pleno, tanto

simbólicamente como materialmente, al "mundo de los vivos" (a la familia y a la sociedad, con sus normas, valores, deberes, etc.), el fallecimiento de los niños pequeños suscita débiles evocaciones y representaciones culturales. Ya veremos que estas concepciones fueron variando significativamente en el transcurso de los últimos siglos y, en relación al mundo occidental, a partir de un sentimiento cada vez más arraigado del valor de la familia y de su posicionamiento como centro de la vida social. Los sentidos y reacciones ante la muerte de los niños y la relación de los propios niños ante ella, también están sujetos a este cambio histórico-social en el imaginario sobre la muerte en el Occidente cristiano y se verán especialmente transformados en el último siglo.

3.2. *La muerte ajena*

El complejo de sentidos relativos a este tipo de muerte supone la asociación de una técnica del duelo y luto sumamente elaborada, con un ideario que enfatiza la actividad de los muertos y sus influjos constantes sobre los vivos (sea por el recuerdo o la pena obsesiva o por el terror ante un posible "regreso").

En Occidente, los siglos XVIII y XIX representan el emerger de una nueva óptica ante la muerte: se la exalta, dramatiza y representa como algo impresionante, absorbente y también cautivante. El elemento central aquí –y de allí el nombre de este tipo de muerte– es la emoción suscitada ante la ausencia del otro, cuya añoranza y recuerdos inspiran, durante el siglo XIX y principios del XX, el culto de tumbas y cementerios. El tradicional morir en la cama reunía la solemnidad y cotidianeidad de las ceremonias estacionales. La gente las esperaba y preparaba los ritos adecuados. Durante el siglo XIX, en cambio, la emoción se apodera enérgicamente de los allegados al muerto y asistentes al funeral. No se desdeña la gestualidad dictada por la costumbre, pero se la despoja cada vez más de su carácter trivial y habitual, "familiar" como lo hemos denominado. Este dolor apasionado de los que sobreviven pone al descubierto un sentimiento de intolerancia ante la separación. Surge entonces el deseo de visitar el lugar exacto donde yacía el

cuerpo, unido a la exigencia de que ese sitio perteneciera por entero a la familia y no, como otrora, al espacio exclusivo de la Iglesia, donde solía enterrarse a los difuntos delante de la imagen de la Virgen o en la capilla de los Santos Sacramentos.

Esta exaltación de la muerte se correspondía al modelo moral, estético y social del romanticismo. Éste comprendía de modo patente el ritual tradicional de la muerte: adiós a los que sobreviven, confesión religiosa junto a sus ritos pertinentes, carácter público de la agonía. Añadía, además, un dramatismo y sentimentalismo nuevos y un complejo de duelo y luto significativamente marcados: la muerte, cosa que antes no era, se había convertido en el centro de aflicción y también de afirmación de los grandes afectos y amores.

Desde finales de la Edad Media, el duelo y el luto se constituyen como auténticos ritos de paso. La familia del muerto –y especialmente en contextos urbanos y burgueses– debía pasar por un período de reclusión (de separación) que incluso la alejaba de las exequias. Esta reclusión perseguía un propósito elemental: permitir que los supervivientes profundamente afligidos preservaran su dolor de las interferencias mundanas, con la esperanza de mitigarlo, igual que un enfermo que reposa. Esta separación de la vida social y esa condición fronteriza de los deudos, manifestada simbólicamente –entre otras cosas– en la vestimenta misma del luto (ese riguroso negro tanto de la viuda como de los más allegados), correspondían justamente a la etapa previa y necesaria para la subsiguiente reintegración social.

Así pues y a medida que el sentimiento familiar se fortalecía cada vez más en la sociedad occidental, hacia finales del siglo XIX y comienzos del XX asistimos a una articulación entre las antiguas tradiciones de reclusión (ligada a los conventos o monacatos) junto a las nuevas actitudes de dolor exaltado y veneración de las sepulturas.

3.3. *La muerte prohibida*

Resta por reflexionar ahora –en esta brevísima síntesis que he presentado– el caso tal vez más complejo de estas representaciones colectivas de la muerte, pues com-

pete precisamente a nuestra sociedad contemporánea. Asimismo, hay otro punto esencial en esta representación de la muerte que incumbe directamente al contexto de esta monografía: me refiero a la relación entre el avance de la medicina occidental y la influencia de sus idearios acerca de la persona, la enfermedad y la muerte. Por supuesto que esta "influencia", como seguidamente observaremos, no se presenta al margen de los complejos cambios que viene experimentando la sociedad occidental desde hace unos 60 años; por el contrario, representa una de sus más claras manifestaciones.

Este sentido de la muerte revela una marcada atenuación del marco de valores y definiciones culturales en cuyo seno la muerte cobra sentido, manifestándose una regulación y actividad mínima del complejo del duelo y el luto, tal cual ha sido definido, unido a una escasa importancia atribuida a la influencia de los muertos sobre los vivientes.

Si tenemos que rastrear el origen de esta actitud actual ante la muerte es preciso remitirse a los Estados Unidos de las primeras décadas del siglo, desde donde luego se extendió a las zonas industriales de Europa occidental, a varias áreas campesinas de ese continente y, poco a poco, a una considerable porción del mundo. En esta "crisis contemporánea de la muerte", como la denominó Morin, nos encontramos ante un enfrentamiento de pánico en un clima de angustia, neurosis y nihilismo que cobra figura de auténtica crisis de la individualidad y sociabilidad ante la muerte. Dos serán, fundamentalmente, los temas en donde centraré esta problemática: el desposeimiento del agonizante y el desprecio hacia el duelo y el luto.

La muerte "invertida", otro de los nombres atribuidos por Aries, consiste esencialmente en un encubrimiento, un disimulo, una fachada, en el que intervienen en forma conjunta el moribundo y sus testigos (incluido el personal médico) y que despoja a sus ritos tanto de su carga dramática y catártica tradicional, como de su capacidad reintegrativa en el plano de la psiquis individual y la sociabilidad cotidiana. Nos encontramos ante una actitud e ideología nuevas, propias de la moderni-

dad: evitar la agitación y emoción demasiado intensas provocadas por lo terrible de la agonía y la simple presencia de la muerte, en un ideal de vida que siempre debe ser, o al menos parecer, feliz. Unido a esto, la progresiva racionalización y planificación de la actividad y el modo de vida humanos y su reconocimiento como valores sociales que garantizan la estabilidad y la felicidad, "escandalizan" aún más el hecho de morir, por escapar precisamente a esta valorada planificación.

Entre 1930 y 1950 se asiste a un cambio en el espacio donde la muerte acontece, que viene a constituir uno de los prerrequisitos materiales esenciales de este último "tipo ideal" de muerte: la universalización de la costumbre de morir en un hospital cuando la cura ha sido imposible. Ya no se muere en casa, junto a parientes y allegados, ahora se muere en el hospital y generalmente a solas. La gente muere en el hospital porque evidentemente este sitio garantiza unos cuidados ya imposibles de prestar en casa. Pero conjuntamente a esta ineludible función curativa, el hospital se transformará, poco a poco, en el sitio privilegiado —y socialmente aceptado— para morir.

La muerte en el hospital ha sido completamente despojada del carácter de ceremonia ritual presidida por el enfermo, junto a parientes y amigos. La muerte pasa a ser ahora un fenómeno técnico, obtenido por una interrupción de asistencias, es decir, de manera más o menos explícita, por una decisión del médico y del equipo clínico. Es ciertamente común, además, que el enfermo moribundo lleve ya un tiempo considerable internado, lo cual lleva a descomponer o fragmentar la muerte en una serie de pequeñas etapas, donde finalmente no sabemos cuál es la muerte de verdad, la que deja al moribundo sin conciencia o sin aliento. Son todas estas "muertecillas silenciosas", según la expresión de Aries, las que fueron desplazando y enmascarando la gran acción dramática de la muerte y resulta difícil sentirse con fuerza y paciencia para esperar durante semanas, o tal vez meses, la llegada de un momento que ha alterado y perdido su sentido. Asimismo, el emerger hegemónico del espacio hospitalario como núcleo emanador de relacio-

nes sociales y de poder repercutió también en la función del médico. Este progresivo establecimiento del hospital como centro fundamental de la actividad médica ha logrado afianzar aquello que el antropólogo argentino Eduardo Menéndez⁷ denominó modelo médico hegemónico (MMH), entendido como

*“el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, los cuales, desde finales del siglo XVIII, han ido logrando establecerse como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado”.**

Los médicos del siglo XVIII y principios del XIX no curaban, en un sentido estricto, sino que imponían mas bien una disciplina higiénica pública y privada. Aliviaban el sufrimiento, pero –y aquí reside lo esencial– cumplían también una función moral que en cierto modo compartían con los otros especialistas en la cura pero, en este caso, de las almas, como sacerdotes, pastores o rabinos. Esto me recuerda esas penetrantes palabras del Dr. Carlos Gianantonio, con esa notable percepción que tenía acerca de la condición humana y la vocación médica: “ayudar, cuidar y, si es posible, curar”; palabras que buscan –según interpreto– restituir en la conciencia del médico esa función social y moral eclipsada por el MMH.

Aries comenta en uno de sus ensayos la experiencia del jesuita francés Francois De Dainville, erudito historiador del humanismo cristiano fallecido en 1973, que se presenta en cierta manera como todo un símbolo de esta “muerte prohibida”. Un

colega del jesuita, B. Ribes, relató la agonía del sacerdote, revelando cómo se le había diagnosticado leucemia y el religioso, perfectamente conciente de su estado, valiente, lúcido y sereno, colaboró con el personal del hospital al que había sido destinado. El jesuita ya había convenido que, debido a su irreversible estado, no realizaría ningún tratamiento “pesado” que pretendiera mantenerle en vida. Pero un fin de semana, al ver el equipo médico que el mal empeoraba, un interno mandó trasladarlo a otro hospital, al servicio de reanimación.

“La última vez que lo vi, comenta el colega, a través de una cama esterilizada y sin poder hablarle como no fuera por el interfono, yacía en una camilla, con dos tubos inhaladores en la nariz y un tubo respiratorio que le llenaba la boca. Llevaba además no se qué aparato para sostenerle el corazón, un brazo bajo perfusión, otro bajo transfusión... ‘Ya sé que no puede hablarme... Me quedo un rato velándole...’ Entonces vi cómo el padre De Dainville se soltaba de un tirón sus brazos y se arrancaba la máscara respiratoria. Me dijo lo que fueron, creo, sus últimas palabras antes de hundirse en el coma: ‘Me está frustrando la muerte’”.

Inscriptos en esta temática, podemos ubicar algunos de los tópicos más problemáticos debatidos en los últimos años en el campo de la bioética. Me refiero a temas como la muerte cerebral y el trasplante de órganos, la eutanasia y el morir con dignidad. Sin profundizar demasiado en estos asuntos de evidente complejidad, que sobrepasan tanto mis conocimientos como los propósitos de este trabajo, tal vez sea interesante traer a colación ciertas reflexiones del filósofo Carl Becker,⁸ eximio erudito en budismo y filosofía oriental, acerca del morir con dignidad y la eutanasia en el Japón contemporáneo. El centro del problema gira en torno al planteo de la tradición budista y en especial, la del suicidio dentro del Japón (con el ritual del *seppuku* como ejemplo arquetípico), acerca de la extrema importancia de la decisión personal en lo que respecta al tiempo y a la forma de morir y cómo se confronta esta perspectiva filosófica con el tratamiento estándar que la medicina moderna japonesa (decididamente occidental) realiza en casos de

* Según Menéndez, los principales rasgos estructurales del MMH son “biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico”.

enfermedades terminales. Sus conclusiones son, sin duda, evocativas y considero que pueden integrarse sin mayores cambios –más allá de la diferencia cosmovisional o religiosa– al caso de nuestra civilización. Permítaseme pues citar uno de estos luminosos párrafos:

“A fin de que el paciente pueda tomar una decisión inteligente acerca de cuándo y cómo desea morir, necesita conocer los hechos acerca de la naturaleza de su enfermedad, no sólo el nombre real de ésta, sino las perspectivas realistas y las posibles consecuencias de todas las formas disponibles de tratamiento. Esto significa renunciar al modelo paternalista que sustenta la medicina japonesa actual y otorgarle al paciente la libertad sustancial de decidir su propio caso”.

Becker manifiesta luego que algunos médicos japoneses se oponen a este argumento (y aquí no encuentro mayor diferencia a lo que podría suscitar en nuestro contexto) sosteniendo que: 1) los pacientes realmente no quieren recibir malas noticias acerca de sí mismos; 2) que saber la verdad podría empeorar su situación y 3) que los médicos pueden juzgar con más inteligencia que los pacientes. Sin embargo, afirma el autor, son estudios occidentales los que permiten refutar estos prejuicios. Tal como señala Bok⁹ “la actitud de que lo que no sabe (el paciente) no le hará daño, se está revelando como no realista: más bien es lo que los pacientes no saben y sospechan vagamente lo que les origina una preocupación corrosiva (destruktiva)”. De igual forma, según estudios realizados en Norteamérica, la gente se recupera más pronto de la cirugía y tolera el dolor con menos medicamentos cuando comprende sus propios problemas médicos y lo que se puede o no se puede hacer por ellos.^{10, 11} Otro de los puntos nodales puesto de manifiesto por investigadores norteamericanos y de clara correspondencia con el MMH, es que el ocultamiento de información al paciente por parte del médico no se basa en pruebas estadísticas o principios éticos, sino más bien en el deseo del médico de mantener el control sobre los pacientes.^{12, 13}

En lo que constituyó uno de los primeros estudios antropológicos realizados en

un hospital, promediando los años 60, el norteamericano David Sudnow¹⁴ se propuso investigar lo que podemos denominar la construcción social hospitalaria de la muerte. Es factible sintetizar los tópicos fundamentales del estudio a partir de algunos interrogantes clave: ¿De qué modo se manipulan los cadáveres en los hospitales? ¿Qué clase de asistencia reciben los pacientes “moribundos” (y qué significa para el personal de salud esta categoría de “moribundo”)? ¿De qué manera se informa a la familia de los fallecidos (y quiénes lo efectúan) y cómo se difunden las noticias de una muerte entre diversos componentes del grupo familiar y demás allegados (amigos, vecinos, etc.)? ¿Cómo afecta la organización del hospital y es afectada a su vez por la ocurrencia de las muertes que se producen dentro de sus límites? Dentro de las múltiples e interesantes observaciones, realizadas a partir de un trabajo de campo efectuado en un hospital público de bajo nivel socioeconómico y, con menor énfasis, en un hospital privado de clase media alta, varias de ellas son sin duda reveladoras de esta mentalidad contemporánea (y occidental) de la muerte.

En el County Hospital (centro público de emergencias) los familiares se encuentran muy pocas veces en el momento de la muerte de su pariente y los médicos y enfermeras justifican la protección del moribundo de las visitas de familiares y allegados argumentando “lo desagradable que es ver morir a alguien”. No es azaroso entonces que en aquellas ocasiones donde los familiares desean ver el cuerpo recién muerto de su pariente, “el hospital –según palabras de Susnow– es escenario de una especie de pequeño ritual”. Una asistenta arregla el cabello del difunto, ahueca la almohada y trata de simular el aspecto de reposo tranquilo que los funerales (especialmente los norteamericanos, con ese marcado ideal de inmortalidad y “felicidad”) se ufanan por conseguir.

Inmersa y a su vez contenedora de estas actitudes ante la muerte, encontramos la casi completa disolución de la milenaria práctica del duelo. Hay un ideario actual muy marcado sobre la conveniencia de evitar la emoción o recluir la meramente a contextos privados. Es como si el derecho

al llanto y la emoción sólo pudiera ejercerse a solas y al margen de la vista y el oído ajenos. Se trata de un duelo solitario y vergonzoso, definitivamente alejado de aquellas representaciones de la "muerte amaestrada" y la "muerte ajena" que hemos repasado. Conviene, en cierta manera, que la sociedad, el barrio, los amigos, los colegas y los hijos adviertan lo menos posible el paso de la muerte. Aunque se sigan manteniendo ciertas formalidades, especialmente en las ceremonias funerarias, es necesario guardar discreción y evitar cualquier manifestación que despierte emociones intensas. Los pésames han prácticamente desaparecido, o bien mutado su significación, como también los atuendos propios del luto. Los niños, a su vez, han sido y son marginados y separados de las cuestiones de la muerte. En su estudio sobre la muerte en el hospital, Susnow¹⁴ nos aporta una interesante reflexión en relación a esta problemática a partir de su propia experiencia de campo:

"Todas las llamadas telefónicas que he podido escuchar, tienen un aspecto común y es que hay una distribución forzada del interés, cuando después de haber recibido el pésame, la persona de duelo pregunta a su interlocutor, por ejemplo: '¿Cómo están tus chicos?' o emprende otros intentos, tales como sonrisas, dirigidos a desviar la atención de su status de doliente".

El duelo ya no se figura como un lapso necesario que exige respeto social, sino que casi se ha vuelto un estado morbo que hay que atenuar, abreviar y eliminar. La nueva convención reclama la ocultación de lo que antiguamente había que exponer y hasta simular la propia pena. Tomemos nuevamente a modo de ilustración otra observación empírica realizada por Susnow¹⁴ donde el investigador nos relata detalladamente las acciones y comportamientos de los deudos en el momento inmediato a que el médico les notificara del fallecimiento de algún familiar o cónyuge:

"Si bien la gente parece tener tendencia a llorar espontáneamente en presencia de extraños cuando recibe la información y aunque su molestia no debe inhibir la labor del informante, al parecer la potencialidad para tal molestia existe aún marcadamente y el

llanto público puede prolongarse sólo muy poco antes de que el familiar no sienta su propio embarazo y el que está creando en los demás al no ser capaz de aislarse y evitarles el tener que presenciar su dolor.

(...) la gente expresa un pesar considerablemente menor del que realmente experimenta, particularmente en los encuentros semi-públicos con extraños, como médicos del hospital y, para el caso, en un funeral, ya que los modelos culturales prescritos para una expresividad apropiada pueden ser seriamente limitados porque exigen una reducción cada vez mayor de un sentimiento de pérdida realmente experimentado".

Asistimos de esta manera a lo que podemos considerar una redefinición de la moral del duelo (que tal vez no sea más que una inversión de la antigua moralidad). Es posible hablar, así, de un "buen duelo", homologable a la frase -muy escuchada por todos- "lo tomó bien", haciendo directa alusión al hecho de no haber exteriorizado "vergonzosamente" su pesar, entendiéndose también el hecho que "lo toman", pero no lo demuestran tan obviamente. Por el contrario, un "mal duelo" hace alusión a "lo mal que lo tomó" y su "grotesca" exteriorización a través del exacerbado llanto o emocionalismo.

Este ocultamiento de las manifestaciones personales del duelo, junto a la disolución de los mecanismos sociales del luto, ponen al descubierto una de las características primordiales de la representación contemporánea de la muerte: no permitir que la vida social, por culpa de la muerte, se vea interrumpida ni siquiera un instante. Hay una especie de ansiedad a que el efecto pase lo más rápido posible, antagónica a la paciencia y cadencia propia de los mecanismos tradicionales del duelo y el luto. El "buen duelo", entonces, se convierte paradójicamente en el duelo (dolor) que no se manifiesta, que se mantiene solapado y que especialmente no interrumpe o busca no interrumpir la vida social del deudo.

Esta "huida" ante la muerte no significa, en absoluto, una indiferencia hacia los muertos, sino lo contrario. En la sociedad occidental de antaño, los clamores del duelo ocultaban una resignación rápida, siendo bastante común que los viudos se casa-

ran algunos meses después de haber quedado solos. En cambio, prohibido hoy el luto, sociólogos norteamericanos han puesto en evidencia que la tasa de mortalidad de los viudos en el año subsiguiente a la pérdida del cónyuge es más alta que antes. El sociólogo inglés Geoffrey Gorer,¹⁵ cuyo ensayo pionero llevó el sugestivo título *The Pornography of Dead*, fue el primero en desentrañar este camino seguido por la muerte en la sociedad occidental hasta convertirse en tabú y sustituir al sexo como prohibición principal del siglo XX. Según este autor, el rechazo de la pena, la interdicción a manifestarla públicamente y esa regla latente de expresar el sufrimiento a solas o escondidas, han agravado el traumatismo originado por la muerte del ser querido, minando precisamente los mecanismos psicosociales instituidos para la elaboración del duelo.

4. Consideraciones finales

Es factible esbozar ahora una primera y gran conclusión: la muerte, como inherente a la condición humana, enfrenta al hombre a la mayor de sus pérdidas: la pérdida de la individualidad. El dolor provocado por una muerte existe, fundamentalmente, si la individualidad del muerto ha sido reconocida: cuanto más allegado, íntimo, familiar, amado o respetado ha sido el muerto, es decir, “único”, más fuerte es el dolor, pero son bastante débiles las perturbaciones por ocasión de la muerte de un ser anónimo, que no era “insustituible”. Esta última cuestión nos remite a las actitudes ante la muerte de los niños en las sociedades campesinas y en el medioevo, a las cuales me he referido brevemente y categorizado como un caso peculiar de muerte amaestrada.

Esta pérdida de la individualidad representa, según Morin, el rasgo esencial de toda actitud y representación humana ante la muerte, la cual condensa –teniendo en cuenta las notables variaciones histórico-culturales– otras realidades que sintéticamente se han puesto de manifiesto: el dolor ante la pérdida y sus mecanismos personales y sociales de resolución (el duelo y el luto), la obsesión ante la muerte (propia del romanticismo decimonónico) y la negativa moderna a aceptar la muerte.

A medida que avanzamos en la historia de la cultura occidental y ascendemos también en la escala económica social y urbana, menos proximidad de la muerte nota el hombre, implicando a su vez una mayor preparación y, consecuentemente, dependiendo cada vez más de quienes lo rodean. Llegamos así, finalmente, a la “crisis contemporánea de la muerte” y cómo se inserta aquí la evolución de la medicina, dando forma a lo que ha venido a llamarse la “medicalización de la vida y de la sociedad”, en donde –en relación específica a nuestro tema– el hospital se ha convertido en el espacio central de la muerte contemporánea.

Básicamente, fueron tres las características fundamentales que se trataron de poner en evidencia en relación a esta “prohibición moderna de la muerte”: la negación (en asumir el sufrimiento de la emoción física que provoca la visión o idea de muerte); la simplificación (en los mecanismos socioculturales dirigidos hacia la reintegración comunitaria de los deudos) y el silencio (en la dificultad de plasmar cursos personales, en el plano psíquico, de elaboración de la aflicción).

El hombre no sólo es un ser social, sino también un ser histórico, sujeto al cambio y la transformación (de la naturaleza, de la sociedad y de sí mismo). A través de los dos milenios de historia del Occidente cristiano, la visión general del hombre ante la muerte ha variado profundamente y no es azaroso o extraño que así lo sea. Han variado nuestras formas de vida, nuestras costumbres y creencias, nuestra visión del mundo y hasta el sentido del hombre dentro del mismo (más allá de ciertas constantes relativas a la fe y al dogma religioso). ¿Por qué no irían a cambiar entonces nuestras actitudes, creencias y representaciones ante justamente la más grande preocupación existencial del ser humano? Este cambio en la mentalidad ante la muerte fue correlativo a otros cambios que la civilización occidental fue transitando a lo largo de la historia (demográficos, tecnológicos, axiológicos, ideacionales, etc.). Todos estos cambios se expresan mutuamente, y cualquier estudio científico social sobre la muerte debe tomar en consideración la profundidad del fenómeno y la multiplicidad de variables que entran en acción.

Hoy en día nos sentimos extrañados ante la muerte, ésta ya no es familiar, sino que es justamente su opuesto: es el Otro absoluto del cual "no queremos saber nada". Por mi parte y a modo de reflexión final, descreo bastante de los intentos de plantear una visión crítica sobre ciertos fenómenos sociales (y en este caso sería esta "prohibición contemporánea de la muerte") desde una mirada nostálgica y romantizada del pasado –y en esto me separo del enfoque de Aries. Esto no debe invalidarnos, sin embargo, a que por más que la muerte siga siendo ese "Otro" último (por el aumento de la esperanza de vida, los avances de la medicina, los sentimientos familiares y mundanos, etc.), sea factible restituirle el sentido de humana dignidad que ésta debe conllevar y la viabilidad de mecanismos psicosociales que permitan al deudo la posibilidad de una reestructuración medianamente eficaz ante la muerte del ser querido. Quisiera terminar estas notas, citando unas palabras del célebre paleontólogo Stephen Jay Gould¹⁶ a partir de su propia experiencia crítica con un cáncer estomacal. Considero que en las mismas se refleja esta posible síntesis de actitudes ante la muerte: una lucha ante ella pero respetando nuestra condición y responsabilidad humanas:

"Desde mi punto de vista, se ha convertido una tendencia un poco exagerada considerar la aceptación de la muerte como algo equivalente a dignidad intrínseca. Por supuesto, concuerdo con el predicador del Eclesiastés en que hay un tiempo para amar y un tiempo para morir –y cuando mi madeja se termine espero enfrentar el final con calma y a mi manera. Para la mayoría de las situaciones, sin embargo, prefiero la opi-

nión más marcial que la muerte es el último enemigo y no encuentro nada reprochable en aquéllos que se enfurecen con la muerte de la luz". ■

BIBLIOGRAFIA

1. Morin E. O Homem e a Morte. Lisboa: Publicações Europa-América, 1970.
2. Cordeu E, Illia E, Montevechio B. El duelo y el luto. Etnología y psicología de los idearios de la muerte. Runa (XXI). Archivos para la ciencia del hombre, Buenos Aires, 1994.
3. Aries P. La muerte en Occidente. Barcelona: Argos Vergara Editores, 1982.
4. Slavsky L. La espada encendida. Un estudio sobre la muerte y la identidad étnica en el judaísmo. Buenos Aires: Milá, 1993.
5. Sciascia L. La medicalización de la vida. Revista Vuelta/Sudamericana 1987; 1 (12):21-24.
6. Rodríguez H. Mitos-ritos y simbolismos funerarios. Estudios Etno-Antropológicos Andinos 1, IADAP, 1992.
7. Menéndez E. Modelo médico hegemónico y atención primaria. II Jornadas de A.P.S. -CONAMER-A.R.H.N.R.G, 1991: 451-464.
8. Becker C. Opiniones budistas acerca del suicidio y la eutanasia. Revista de estudios budistas, 4, ALEB, 1992: 7-29.
9. Sisele B. Lies to the sick and dying. En: Lying: Moral Choice in Public and Private Life, New York, Pantheon Books, 1978. Citado por Becker (1992: 25).
10. Egbert L, Batitt G et al. Reduction of post-operative pain by encouragement and instruction of patients. N Engl J Med 1964; 270: 825-827.
11. Waitzskin H, Stoeckle J. The communication of information about illness. Advances Psychosom Med 1972; 8: 185-215.
12. Gert B, Curves C. Paternalistic behavior. En: Philosophy and Public Affairs 1976; 6.
13. Buchanan A. Medical paternalism. Philosophy and Public Affairs 1978; 7.
14. Susnow D. La organización social de la muerte. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo, 1971.
15. Gorer G. Death, grief and mourning, Nueva York: Doubleday, 1963.
16. Gould SJ. The media isn't the message. Discover 1985; (June): 40-42.