

## La Ambigüedad de la Muerte: Reflexiones en torno a la Muerte Contemporánea

María Lucrecia Rovaletti<sup>1</sup>

*La historia de la muerte en Occidente muestra que ella ha pasado, del hecho íntimo, doméstico y natural a ser causa de confusión y sensación de fracaso, cuando no motivo de negación y rechazo, por demostrar la incapacidad de la técnica para solventar problemas perennes. (1)*

### Resumen

Mientras en las sociedades tradicionales la muerte podía ser integrada a la vida por medio de símbolos, ritos y mitos, en las sociedades secularizadas contemporáneas esas capacidades se han perdido. La muerte constituye ahora un fenómeno al que se pone a distancia, ya sea banalizándolo en el ámbito cotidiano, ya sea considerándolo en el ámbito médico como un accidente al que hay que combatir por medio de la actual biotecnología. Más que la muerte per se, importa el sufrimiento y la indefensión que suele generar una enfermedad larga e incurable. Paradójicamente, los adelantos médicos y las mejoras en políticas de salud y educación, que han hecho posible la preservación y prolongación de la vida humana, han abierto a su vez la posibilidad de que el destino de muchos sea terminar en años de debilidad, dependencia y desdicha por enfermedades crónicas y demenciales, fruto del envejecimiento población por lo tanto, la ambigüedad con que se nos presenta el problema de la muerte guarda una estrecha relación con los cambios acaecidos en el campo médico y jurídico; se trata de un cambio global que supone siempre la intervención de las mediaciones médicas. Si hoy se puede hablar de «medicalización de la sociedad» y a su vez, de una creciente «juridización de la medicina», también hoy se

(1) Psicóloga, Doctora en Medicina, Investigadora de conicet, Fundación José María Mainetti, y de la Red Nacional de investigadores, Docente de Bioética y Antropología Facultad de Medicina, UBA, Argentina. mlrova@arnet.com.ar

puede hablar de una «medicalización» y una «juridización de la muerte». Así aparecen temas como «la muerte hospitalizada» o desappropriación del morir», es decir, esa tecnificación del morir. Los recientes avances tecnológicos nos muestran además nuevos escenarios imposibles en otra época, como los problemas ligados a la «muerte digna, suicidio activo, asistido/no asistido; cuidados paliativos, o la «muerte esperada» de un donante para lograr el milagro, el renacimiento a través del trasplante. Sin embargo, más acá de la «muerte biológica», se presenta la «muerte propia», en el sentido que nadie la puede afrontar en mi lugar, que ella deviene auténtica decisión y personal responsabilidad.

Además de lo anterior se analiza la «muerte voluntaria», cuyas motivaciones últimas permanecen en el misterio. Es el suicidio en las patologías melancólicas y esquizofrénicas, que no pueden ser comprendidas a través de la psiquiatrización, sino más bien de una fascinación por la muerte. Otras veces la muerte surge de los enredos y apuros de situaciones complicadas (15).

Por último, la «insoportabilidad» de la vida se nos hace presente en situaciones límites, de completo desamparo, donde la desaparición es para el solitario como un retorno a sí mismo.

**Palabras Claves:** Muerte, medicalización de la muerte, tecnificación del morir.

### **Abstract**

*While in traditional societies death could be intergrated with life by means of symbols, rites and myths, in contemporary secularized societies this capacity has been lost. Death is now a phenomenon that is put at a distance, by trivializing it at daily level or by considering it, at a medical level, as an accident that must be fought against by current biotechnology. More than death per se what matters is the suffering and defenselessness that a long and incurable disease usually generates. Paradoxically the medical advances and better health and education policies that have made preservation and prolongation of human life possible, have also made it possible that the fate of many be to end in years of infirmity, dependency and unhappiness due to chronic and demening illnesses as the population grows older.*

*The ambiguity that the problem of death offers us holds a close relationship with changes in the medical and judiciary fields; it's a global change that includes always medical mediation.*

*If we can speak today of "medicalization of society" and at the same time of a "judicialization of medicine", we can also speak of a "medicalization" and a "judicialization of death". Then can themes appear like "hospitalized death", that is, a technicalization of dying. Recent technological advances introduce us into new scenarios that were impossible be-*

*fore, like problems associated with "dignified dying, active suicide (assisted or non/assisted), palliative care" or the "expected death" of a donor that generates the miracle of rebirth thru a transplant. However, before "biological death" comes "my own death" in the sense that no one can affront it in my place, that death is an authentic decision and a personal responsibility.*

*Finally, while "voluntary death (Freitod)" is analyzed, its ultimate motivations remain a mystery. It is suicide in melancholic and schizophrenic pathologies that cannot be understood thru psychiatrization but by a fascination with death instead. At other times, death does follow the bundles and worries of complicated situations (Jaspers).*

*Last, the fact that we "cannot stand life" is present in limit situations, of complete abandonment, in which disappearance is for the solitary like a return to himself.*

#### **Key Words**

*death, medicalization of death, technicalization of dying.*

**M**ientras en las sociedades tradicionales la muerte podía ser integrada en la vida por medio de símbolos, ritos y mitos, en las sociedades secularizadas contemporáneas esas capacidades se han perdido. La muerte constituye ahora un fenómeno al que se pone a distan-

cia, ya sea banalizándolo en el ámbito cotidiano o ya sea considerándolo en el médico como un accidente al que hay que combatir mediante la actual biotecnología. La enfermedad, la senectud, la agonía y la muerte constituyen una pérdida del capital biológico y una representación de la impotencia de la moderna biomedicina.

Más que la muerte per se, importa el sufrimiento y la indefensión que suele generar una enfermedad larga e incurable. Paradójicamente, los adelantos médicos y las mejoras en políticas de salud y educación, las cuales han hecho posible la preservación y prolongación de la vida humana han abierto a su vez la posibilidad de que el destino de muchos de nosotros, antaño floreciente, sea terminar en años de debilidad, dependencia y desdicha como lo muestran las enfermedades crónicas y demenciales, fruto del envejecimiento poblacional.

Pareciera que el desiderátum de una buena muerte, a veces inconfesado, reside en la muerte súbita y sin dolor. El morir no constituye más ese instante preciso, ese acontecimiento solemne, definitivo, tanto en la vida de la persona moribunda como en la de los familiares y amigos. Ahora el tiempo de la muerte se ha prolongado a voluntad del médico y aunque éste no pueda suprimirla puede regular la duración en algunas horas, en algunos días, en algunas semanas, en algunos años.

La ambigüedad con que se nos presenta el problema de la muerte guarda una estrecha relación con los cambios acaecidos en el campo médico y jurídico; se trata de un cambio global que supone siempre la intervención de las mediaciones médicas.

### La medicalización de la muerte

Si hay una nota que caracteriza a las sociedades actuales, al menos las del mundo occidental, es la denominada *medicalización de la sociedad*. La secularización ha transferido a la ciencia y, en particular a la medicina, la responsabilidad de enfrentar toda una serie de males sociales. Pero esta incidencia de la medicina no sólo afecta el tratamiento y asistencia médica, sino también la configuración de roles y pautas sociales de conductas. Esta permeabilidad y este dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médico constituye uno de los aspectos más destacados y representativos de nuestra identidad contemporánea.

Dicho fenómeno está asociado, además, a una creciente “juridificación de la sociedad”, fruto de una mayor complejidad de nuestra vida cotidiana. Como consecuencia de ello se manifiesta una intensa “juridificación de la medicina”, que va más allá del simple cumplimiento de reglas y obligaciones hasta afectar a las bases mismas de la vida social (2). En este sentido, también hoy se puede hablar de una “medicalización de

la muerte” y una “juridificación de la muerte”.

### La muerte hospitalizada

A diferencia de otras épocas, en que se moría en el ámbito familiar, actualmente el paciente es deportado al espacio hospitalario, a fin de controlar y combatir la enfermedad y la muerte. Es el nuevo modelo de muerte hospitalaria, que favorece el morir impersonal y la ruptura de las habituales relaciones interpersonales. Nos lo muestran las terapias intensivas, ese ámbito donde algunos pacientes, más que existir, subsisten, obligados a sobrevivir e impedidos a morir por una ciencia que asume a veces un control represivo, que les sustrae el poder de su propia vida y de su muerte ‘propia’. La medicina se apodera del moribundo, lo aparta física y psicológicamente de las cosas y de las personas queridas, de una manera más o menos radical e incluso lo sustrae de sí mismo. A la desapropiación de la muerte, se sigue paralelamente su medicalización y la tecnificación del proceso de morir.

Es verdad que la presión familiar, movida por una sobrevaloración del soporte técnico, lleva frecuentemente a derivar a terapia intensiva a pacientes que sólo requerirían recibir métodos de confort; pero también es cierto que simultáneamente se toma conciencia de que los esfuerzos médicos para una mejoría o para el alivio el dolor resultan en ocasiones deficientes, pues acarrear un sufri-

miento innecesario a los pacientes moribundos. En este sentido, por parte de familiares o allegados hay un rechazo al tratamiento de sostén vital como hidratación, nutrición y respiración artificial en aquellos pacientes inconscientes que por enfermedades o accidentes han quedado en coma o en un estado de inconsciencia prolongada, aunque no están en situación de muerte inminente; ellos prefieren que mueran con cierta dignidad en vez de que continúen viviendo por largo tiempo en un estado comatoso, merced a la sola intervención de sofisticadas tecnologías. Se habla por ello de 'futilidad' médica.

Existe otro tipo de *pacientes competentes*, que se niegan a aceptar cirugías o tratamientos médicos no corrientes, aunque ello los lleve directa e inmediatamente a la muerte como sería suspender diálisis renales o amputaciones o, en el caso extremo, a un suicidio. En todos los casos, hay un profundo temor a una muerte indigna, desfigurada por intervenciones y aparatos, a una muerte con dolor o sedada hasta la inconsciencia, es decir, a terminar la vida en alguna situación incontrolable.

#### **Un nuevo escenario para la muerte**

Los avances recientes de la ciencia han hecho plausibles algunos escenarios imposibles de pensar en otra época, lo que obligó a una redefinición de la muerte, como los proble-

mas asociados a la eutanasia y a la ablación de órganos. En la medida en que el "criterio de muerte", en estos casos es usado como su definición 'legal', se puede hablar de una "juridificación de la muerte".

#### **La muerte digna**

En virtud de la connotación semántica que tiene el vocablo *eutanasia*, algunos prefieren no denominar así a la omisión o supresión de medios extraordinarios o desproporcionados (eutanasia pasiva), es decir, inhibirse de actuar o abandonar un tratamiento ya iniciado, a fin de evitar interferir y diferir un proceso causal de consecuencias letales e impedir, de ese modo, un escarnizamiento médico. Tampoco se denominaría eutanasia a la muerte *doble efecto*, por cuanto constituye una situación irreprochable desde el punto de vista ético e irrelevante en el ámbito punitivo, ya que la muerte se acelera como consecuencia indirecta de acciones médicas, ejecutadas con el fin de aliviar el sufrimiento de un paciente terminal (3).

Sólo quedaría por llamar eutanasia a la *eutanasia activa*, aquellas acciones tendientes a provocar la muerte sin sufrimiento del paciente. Holanda y el Estado de Oregon (USA) son los únicos lugares que han legitimado esta práctica.

Sin embargo, aun en esa situación de legitimización del suicidio, siempre quedan algunos interrogantes.

En el caso de uno no asistido, estos enfermos muy graves o agónicos se suicidan, pero mueren solos, tal vez desesperados. ¿Puede cambiar en algo la situación, si se sospecha la inminencia de un horrible intento de suicidio si no se presta ayuda para morir? ¿Debe informarse a los parientes, más allá del principio de autonomía, cuando se trata de países que han legitimado la eutanasia? ¿Acaso el sufrimiento del enfermo sólo alcanza a la persona? ¿No está involucrada también la relación con sus otros significativos? ¿En qué medida puede considerarse que los pedidos de suicidio asistido se basan en la libre voluntad y son el producto de una reflexión cuidadosa? ¿Se ha rechazado un posible tratamiento? ¿Se ha consultado con otro colega profesional la decisión del paciente? ¿Se puede invocar la aparente falta de paciencia del enfermo hacia el dolor para justificar la real falta de paciencia del entorno hacia el paciente? ¿No es posible pensar que quizá el pedido de muerte que expresa el paciente abrumado por su enfermedad encubre una apelación al reconocimiento de su propia dignidad, a pesar de la decadencia física o psíquica que sus allegados quizá destacan pesadamente? En nuestra sociedad se habla de una “enfermedad eutanásica” (4), cuando hay que buscar su etiología en el encarnizamiento terapéutico, en el medio hospitalario y en la formación de los médicos incapaces de asumir en el dolor y la muerte del otro su propia muerte.

Se afirma que los cuidados paliativos constituyen una fuerte alternativa a las demandas desesperadas que recibe el médico de suicidio asistido y auto-suicidio, en la medida que se atiende al control de síntomas, al tratamiento del dolor y a la preservación del potencial humano al final de la vida. Esto último incluye la posibilidad del rechazo de la hidratación y nutrición y el uso agresivo de narcóticos hasta llegar a la sedación total, y a veces a la depresión respiratoria. Entonces ¿cómo se justifican estas acciones? Se alude en defensa de estos cuidados que la autonomía del paciente se mantiene. ¿Acaso no sucede lo mismo en el suicidio? ¿Entonces se podría proponer un suicidio asistido? Por eso F. Miller, Th. Quill y H. Brody proponen tratamientos estándar de cuidados paliativos y, en ciertas situaciones extraordinarias, el suicidio asistido para adultos competentes; además, proponen la consulta obligada a un médico de cuidados paliativos.

### **Crónica de una muerte esperada**

La muerte esperada de un desconocido sobre el que se planea la extracción del órgano; de alguien que todavía está vivo, pero con cuya muerte se cuenta; de alguien al que se denomina ‘donante’, un término dudoso con apariencia de buena conciencia, que encubre un acto sobre el cual ni el individuo ni su familia habían pensado nunca.

En este caso, se requiere conocer el momento preciso y admisible de la muerte, a fin de permitir la ablación de los órganos. Para ello, la medicina y el derecho se combinan para definir el tipo de muerte requerida, pero esto no alcanza para disimular la ambigüedad de este hecho. Para la cultura científica occidental, marcada por el dualismo cuerpo-psyque, donde la medicina trata específicamente al cuerpo-organismo del enfermo, esta muerte es admisible: se asocia la 'humanidad' a la psyque, y una visión más secular la asocia al cerebro. En esta lógica, la muerte del cerebro es la de la psyque y, por lo tanto, la del individuo (5). Sin embargo, la muerte encefálica, propia de la cultura científica médica, contradice plenamente la sensibilidad del individuo ajeno a ese saber, que aún siente la tibieza del cuerpo, el latido del corazón, la respiración ininterrumpida. Aunque el médico explique con sus criterios científicos la inevitabilidad del deceso, las familias no siempre comprenden, se resisten y a menudo se sienten culpables. La noción de *muerte encefálica* resulta parcial y abstracta para cualquiera que no participe de una cultura médica racional.

Ahora bien, si la disección anatómica había hecho del cuerpo ese resto indiferente que queda después de la muerte, el cual impone una distinción entre el hombre y ese cuerpo despojado de valor humano, la revolución transplantológica (6)

otorga a esta parte del cuerpo-cadáver un cierto estatus de vida, y lo convierte en órgano vivificante. La muerte de un órgano puede asegurar la recuperabilidad social. Paradójicamente, la muerte es una condición para que los órganos se mantengan 'vivos' y se conviertan en 'trasplantables'. El dualismo platónico que había despojado al cuerpo de toda posibilidad de existencia, más allá de la muerte, logra su resurrección en el cuerpo de otra persona. De este modo, la ciencia busca recuperar una postrera utilidad del órgano, para que ese remanente no se disuelva en la insignificancia de la nada.

Si consideramos que el órgano transplantado está muerto, debemos elegir entre aceptar que el transplante autoriza un "milagro del renacimiento" o considerar que el muerto no estaba "absolutamente" muerto. Entonces, nos preguntamos dónde comienza y dónde termina la muerte (7).

En cambio, a los ojos de los allegados, el cadáver jamás podrá ser puramente cadáver. La personificación de los constituyentes del cuerpo explica el rechazo o la reticencia a la donación: hay como un compromiso afectivo de evitarle al cuerpo muerto 'la violencia', "una estética negativa", "una imagen mutilada" (8). Las sociedades lo testimonian mediante el respeto o el miedo a los restos humanos, y por eso procuran asegurarle tranquilidad en su

último reposo. Esta desfiguración del cadáver, que para el hombre común constituye una acción inconcebible e intolerable, hace del médico un hombre justamente no común, porque su trabajo le exige un comercio constante con la muerte.

Si la medicina fabrica 'su' cuerpo, el sujeto también compone el suyo por medio de vivencias y procesos identificatorios entretejidos a lo largo de la vida. El debate entre la cultura científica y la de la vida cotidiana eclosiona con la extracción de órganos: ¿con la muerte el cuerpo deviene una huella de la nada o es siempre cuerpo personal? El cuerpo mismo se encarga de resistir a la despersonalización que la medicina busca imponerle. Así se comprenden las reacciones inmunitarias programadas para proteger la integridad corporal, y con ello mantener su identidad personal rechazando todo cuerpo extraño (8.)

Los sujetos transplantados, por su parte, han tenido que aceptar la 'muerte clínica' del órgano enfermo, y han debido elaborar el duelo por su pérdida y la sustitución por otro extranjero, lo cual genera conductas de apropiación y personificación del órgano transplantado, así como proyecciones identificatorias al donador supuesto. En un tiempo posterior, gracias a los ritos de purificación, son posibles los ritos de separación y de pasaje, es decir, el proceso de despersonalización del órgano recibido.

### La muerte propia

A pesar de los avances biotecnológicos, la muerte humana no constituye primariamente un problema biológico. El hombre no es un mero organismo que se descompone, se arregla: no tengo un 'cuerpo objeto' (*körper*), ni mi cuerpo es un conjunto de partes-órganos al modo de la *res extensa* en Descartes. Las categorías del 'tener' no se verifican fundamentalmente en el cuerpo humano, pues no es una cosa exterior o un útil del cual puedo disponer hasta deshacerme de él. No existe un cuerpo que se una al espíritu; el cuerpo no está junto a mí, sino que es siempre mío y está conmigo, por eso no puedo distanciarme de él ni es expropiable.

El cuerpo deja de pasar inadvertido: nace como 'objeto' cuando, con mis órganos, lo veo, lo toco o cuando se exhibe como el aspecto exterior de mi ser susceptible de una inspección objetiva. En otras ocasiones, el cansancio nos vence y se piensa "es el cuerpo el que me frena y no mi falta de voluntad". Finalmente, puede ser que el cuerpo no me sea más disponible como en el dolor o en la enfermedad, lo cual me muestra que este cuerpo se escapa a mi dominio y a mis posibilidades, por eso él se presenta como a distancia. Tengo mal el hígado, tengo dolor de cabeza, y ¿por qué no recordar todos los 'haber' del cuerpo hipocondríaco? (9).

Sin embargo, el cuerpo humano no se revela verdadera y totalmente hasta tanto no lo captamos como cuerpo personal, cuerpo vivido (*leib*), cuerpo sujeto, cuerpo propio. Mi cuerpo es primariamente “el cuerpo que soy” y en cuanto comportamiento, es el despliegue de nuestras posibilidades.

De allí que nuestra experiencia oscile siempre en ese equilibrio entre ser y tener un cuerpo. La relación que mantenemos con nuestra corporalidad no es unívoca, a veces la vivimos como corporalidad animada, “el cuerpo que soy”, otras como objeto, “el cuerpo que tengo”.

Ahora bien, si mi cuerpo se reduce al cuerpo-organismo, en la muerte la persona queda derrotada como una cosa más que se acaba. La medicina ha hecho de la vida un ‘valor’ y no puede relegar, sino al absurdo e incomprensible todo lo que la amenaza. Pero uno no se muere por usura biológica, por el hecho de estar enfermo, sino porque la muerte es inmanente a la vida. Denunciar al cuerpo como aquella dimensión de nuestro ser que introduce la modalidad ontológica de la finitud en virtud de sus límites físicos y biológicos es la respuesta que tiene el dualismo “para conjurar la muerte”. Con la muerte no es el alma que se va, sino el mundo que se aleja, que no está más y que se reduce a tierra que acoge y cubre.

La certeza de la muerte paulatinamente va conformando nuestra

vida. Esta experiencia, ausente en la niñez, colorea esos años de un matiz de inmortalidad. Pero a medida que crecemos, vamos asumiendo el tiempo vital y tomando conciencia de la muerte, en la seguridad de que morimos y en la incertidumbre de no saber cuándo. La muerte surge del seno de la vida misma. El dinamismo vital va produciendo desde sí innumerables figuras: nacimiento, crecimiento, y la muerte es la figura suprema y última. Por ella cada acto de mi vida queda sellado para siempre: la muerte descubre a los seres en su verdad. Más aún, para los creyentes la muerte no es una ruptura definitiva, sino la condición del reencontro definitivo después del cual no existe otra despedida.

Ahora bien, nadie muere sino su ‘propia’ muerte. Este adjetivo no indica una característica entre otras de la vida humana, más bien señala esa irreparable y grandiosa soledad que acompaña al hombre en su morir, que hace hincapié en que la muerte deviene auténtica decisión y personal responsabilidad. “La muerte es esto que nadie puede ni soportar ni afrontar en mi lugar. Mi irremplazabilidad no está sino conferida, librada, o se podría decir dada por la muerte” (10). La muerte es mía, así como he ido asumiendo mi propia vida: en la muerte, los actos definitorios se vuelven definitivos.

Si la vida humana fuera inmortal, nada le afectaría radicalmente y siempre quedaría un tiempo para posponer los proyectos. No es que la muerte tronche nuestras posibilidades, como el acorde desarmónico final de una melodía (11), al contrario, totaliza la vida: si no tuviéramos un límite, todo podría volver a emprenderse (12). La irreversibilidad de la muerte confiere un límite al tiempo existencial. La muerte nos aleja de todo aquello que hemos querido, pero a su vez nos enseña a valorarlo.

El problema de la muerte 'propia' es un drama que no está situado en la naturaleza abstracta, sino en la trama viva de la existencia concreta: implica la imposibilidad de expresarnos en el mundo y de vivir las relaciones interpersonales, pues la muerte es una forma irreversible de ausencia.

Puede ocurrir que el miedo a morir intente ser conjurado por "modos de represión" y que se intente subordinarla a los valores de la utilidad, así como de la técnica (la cual puede otorgarnos seguridad y garantía: no muero yo, sino los otros); puede sentirse también repugnancia e incluso rebelión ante ese acontecimiento amenazante y violento contra la libertad humana (11); o se puede, al contrario, aceptar la muerte con estoica resignación como algo inexorable, exigido por las estructuras vitales mismas. Hasta se pue-

de recibir la muerte con alegría esperanzada y hasta desear morir en un acto de entrega absoluta. El morir otorga a la vida humana no su realidad, sino aquello que la constituye y distingue específicamente, es decir, su 'sentido'. El vivir y el morir humano representan una forma de realidad en la cual el sentido ha acabado por predominar de tal manera sobre el 'hecho' que un hecho lo es para el hombre, en la medida en que posee sentido.

Ahora bien, cuál es el punto nodal que articula la conciencia del qué y la incertidumbre del cuándo. Yo no tengo experiencia directa de mi muerte: "Porque el hombre puede anticipar la muerte que le espera, es que puede interpretar como un morir las heridas que le inflige la enfermedad, la vejez y la pérdida de los lazos afectivos" (13). Sólo en el morir de la 'persona amada', la muerte me hiere hasta hipotecar el sentido mismo de mi existencia, y es participando de su agonía que anticipo mi propia muerte. Se trata de una comunidad de vida que no puede ser renovada, como cuando nos despedimos temporalmente de un ser querido, por eso nos parece inconmensurablemente antinatural e incomprensible. El sentido común, las técnicas podrán darnos justificaciones y explicaciones, pero éstas no consiguen borrar la extrañeza. De allí la peculiar soledad que nos invade y nos hace sentir como supervivientes.

Sólo el individuo que de algún modo ha cuidado de cosas y personas y que se ha adaptado a los triunfos y desilusiones, dice E. Erickson puede aceptar el propio y único ciclo vital que no permite sustitución alguna. La desesperación, en cambio, se expresa en el temor a la muerte, no se acepta el único ciclo de vida como la esencia de la vida. La desesperación expresa el sentimiento de que ahora el tiempo que queda es corto, demasiado corto para intentar otra vida y para probar otros caminos alternativos hacia la integridad. El malestar consigo mismo oculta la desesperación, las más de las veces bajo la forma de mil pequeñas sensaciones de malestar (14).

#### La muerte voluntaria

Si hay un tema en el que pueda aplicarse las reflexiones de Jaspers sobre las "situaciones límites", es el de la muerte. Hay situaciones típicas que se sufren o se disfrutan, pero que pueden transformarse. Sin embargo, existen otras, las "situaciones límite", que no se pueden cambiar, a lo más puede modificarse el modo de manifestarse, ya que presentan un carácter definitivo. Aunque aparezcan opacas a la mirada empírica, no podemos eludir las, sino tan sólo esclarecerlas. Éstas son: la libertad, el dolor, la culpa y la muerte, pero en esta última parecieran reunirse las otras tres, sobre todo al analizar la muerte voluntaria.

Jaspers considera que:

*"quien ha participado de cerca del drama de un suicidio, si está dotado de algún sentido de humanidad y está de algún modo inclinado a ver claras las cosas del alma, encontrará que no hay un motivo único que pueda sólo desde sí explicar su advenimiento. Al fin de cuentas, permanece siempre un misterio".*

Aunque la vía más simple y más cómoda sea aquélla de atenerse a una hipótesis de la enfermedad mental. Pero "el origen primero e incondicionado del suicidio permanece un secreto para la persona singular, y no puede revelarse a los otros" (15). Como bien dice Callieri, el suicidio:

*Por un lado, se muestra como la afirmación más neta y perentoria de la propia existencia, como acto de voluntad empeñoso y dramático (yo existo pero decido no existir más) frente a las situaciones externas e internas de encasillamiento y de naufragio, de callejón sin salida y de rendición. Por otro, se presenta como la "renuncia radical", la "interrupción total" de la vida, "que no equivale meramente a la supresión, porque la libertad de la existencia aun en el anonadamiento de sí mismo afirma su autoconciencia existencial. Se trata de una 'muerte libre' (Freitod), y no del suicidio (Selbsmord); la diferencia no es de palabra sino esencial; no semántica, sino de sentido. (16)*

En efecto, el suicidio es quizá la única situación donde se nos revelan los límites de la psicologización, porque la dimensión de misterio, para hablar en términos de Gabriel Mar-

cel, no puede ser encapsulada por ninguna motivación.

El discurso de la muerte voluntaria presenta aspectos complejos y enigmáticos. ¿Cuáles son las áreas de libertad y de escisión que allí se confrontan? ¿Cuál es la libertad y la no libertad con la cual el suicidio puede ser realizado? ¿Cuál es la autonomía respecto a las causas 'patológicas' y cuál su dependencia a ellas? El misterio que sella el instante cercano y lejano de la última decisión, cierra toda posibilidad de desciframiento o de interpretación.

Aristóteles, en su *Ética a Nicómaco*, dice que el hombre por pertenecer a una patria, a la sociedad y por su actividad no tiene el derecho de privarle de su presencia mediante el suicidio.

Jaspers, por el contrario, considera que la muerte voluntaria puede ser un acto de suma autonomía de alguien que está en completa independencia. En los casos de extrema dominación política, el suicidio constituye el único modo de sustraerse a esa situación, la única arma que le queda al vencido contra el triunfador. Dante nos lo muestra en la *Divina comedia*, cuando coloca en el Infierno a los violentos contra los otros, contra sí mismos (suicidas) y contra Dios. Sin embargo, envía como guardián del Purgatorio a Catón de Útica, quien se suicida para no caer en manos de César. Dante reconoce su valor y justifica el he-

cho, y si no lo eleva a mayor categoría, aún se debe al paganismo del héroe.

Nos preguntamos, entonces, ¿cuáles son las situaciones que llevan a la existencia a asumir el suicidio como "la libertad de la negación"? Quisiera tomar sólo algunas de ellas en Jaspers.

### La fascinación de la muerte

Indudablemente, muchos actos suicidas pueden explicarse como consecuencia de anormalidades psíquicas patológicas psicóticas, psicopáticas, y neuróticas, pero aun en estos casos las así consideradas etiologías no alcanzan a hacernos comprender la dimensión de la existencia humana. El suicidio no está causado por la enfermedad mental como la fiebre lo es con una infección, sino que sobre la base de la patología se dan algunas conexiones existenciales que hacen emerger, no en todos los casos, el suicidio.

En el caso de la esquizofrenia, se presenta una experiencia de extrañeza (*entfremdung*), una desaparición de los habituales vínculos mundanos e interpersonales, una carencia de confianza trascendental, de esa proto-doxa o *proto-creencia* de Husserl (17) y una disolución del suelo originario (*heimat*). En este exiliarse de la familiaridad y en encaminarse hacia la alteridad y la inquietud, el esquizofrénico busca cercar un ámbito donde pueda que-

darse y no vagar sin destino, como a ciegas. El sujeto, aislado en el desierto de la incompreensión y del silencio, algo más doloroso que toda agresión y todo rechazo, traduce en su soledad la nostalgia de un retorno a la patria perdida y la nostalgia de una presencia que lo acompañe escuchándolo.

El suicidio adviene, a veces, en el contexto de la descompensación aguda, como cuando fenómenos alucinatorios auditivos (voces) le sugieren acciones autodestructivas a las cuales no se anima a sustraerse, víctimas de un poder desconocido e impenetrable. Pero el suicidio esquizofrénico parece delinarse, en particular, cuando la enfermedad se vacía de sus síntomas y se encamina también a la resolución. Algunos se precipitan en la sugestión de la muerte, sobre todo cuando una larga enfermedad con remisiones y recaídas han marcado su historia vital. El suicidio es vivido como la única salida de una situación insostenible y perdida: es una muerte que nace sobre la huella de una resolución obstinada e inexorable, alimentada por la conciencia de sufrimiento. Toda condición de aislamiento y de soledad interior moviliza desconuelos y decisiones desesperadas que ahogan toda estrategia terapéutica. A veces la cancelación farmacológica de los síntomas deja detrás de sí una condición de vacío emocional y de insignificancia existencial que sólo el suicidio puede llenar.

Para Ellen West, la paciente de la que Binswanger escribiera tan fascinante historia, la enfermedad mortal (Kierkegaard), ante el tormento de la desesperación, consiste en el hecho de no poder morir y que la muerte, como última esperanza, no llega más. En consecuencia, el suicidio asume el significado 'desesperadamente' positivo y el acercarse a la muerte se transforma en una experiencia satisfactoria y triunfal. Sin embargo, cuando la existencia humana no puede realizarse sino en la renuncia a la vida, la existencia se hace existencia trágica.

En la melancolía, la vida pareciera apagarse y la muerte se presenta como último horizonte. Esto ocurre sobre todo en el ingreso o en la salida de la melancolía, pero no ocurre durante la plena expresión sintomatológica. En ese *tedium vitae* absoluto y devorador se inhibe toda fascinación por la muerte, pues la carencia de iniciativa impide que el deseo de la muerte pueda realizarse. No tienen ninguna resolución, ninguna actividad puede ser emprendida. No disponen de asociaciones; no les viene nada a la mente, se quejan de su memoria totalmente trastornada, sienten su incapacidad de rendimiento, se lamentan de su propia insuficiencia, de su insensibilidad y de su vacío. Sólo cuando la depresión como realidad clínica desaparece, se remueve la angustia y el suicidio pierde su fascinación y su resonancia interior.

De un modo u otro, todo suicidio dice referencia al tiempo, al tiempo que ha perdido la esperanza y a la tentativa desesperada de arrancarle al futuro su secreto y su imprevisibilidad. En el melancólico, el pasado está teñido de culpas (ideas de autoinculpación), el presente les ofrece sólo desgracia (ideas de ineptitud), el futuro se les aparece terrorífico (ideas de empobrecimiento). Se extravía el futuro, pues éste ya está dado y consumado, como lo expresan todas sus pérdidas, las cuales tienen el carácter de prueba y ya no de suposición. La pérdida del mundo y del dinero son sólo símbolos de un desgaste más amplio, aquel del presente y del futuro, porque las dimensiones del pasado se han dilatado hasta anular toda otra posibilidad futura.

Pero el suicidio no se presenta como un medio de eludir la vida, sino como la plenitud donde pueda aún expresarse. La búsqueda de un lugar donde anclar o donde estar suspendido es el revés de la pérdida. El suicidio es la búsqueda de la muerte contra la muerte posible, indeterminada, no suya, es la respuesta contra la esperanza terrorífica del "continuo morir sin poder morir"; es la posibilidad de la imposibilidad de la existencia, porque no anticipa una posibilidad, sino por la imposibilidad de tender a un futuro.

Cuando el suceso se hace evanescente y lábil y el pasado no es más que la repetición de un sufrimiento

sin fin, el suicidio deviene la posibilidad más radical. Entre el advenir como imposibilidad y el advenir ya consumado y descifrado, la muerte buscada traduce la expresión última y radical de un tiempo clausurado.

### **Los enredos y apuros de una situación complicada**

Por motivos que obran en una esfera de interés limitado, sin ningún conocimiento de verdaderamente existencial, por despecho, por miedo, por venganza, la vida es arrojada fuera de un estado de convulsión, impetuoso y desordenado, en el cual no se puede ver claro. El suicidio en estos casos se presta para ser comprendido psicológicamente con la hipótesis de un enredo al que la propia conciencia no le presta claridad y no puede elegir. Los preparativos se desarrollan de modo tal que ellos no pueden retroceder. "Aunque la voluntad de suicidarse ya no es real, se realiza el suicidio desesperadamente por vergüenza y oscura inexorabilidad" (15).

### **La insoportabilidad de la vida**

Hay situaciones desde las cuales emerge el suicidio que, por su incondicionalidad, pueden ser comprendidas desde la condición genérica de "insoportabilidad de la vida".

En completo desamparo, en la conciencia de la nada, la desaparición voluntaria es para el solitario como

un retorno a sí mismo. Apesadumbrado en el mundo, impotente para proseguir el combate consigo mismo y con el mundo, expuesto a hundirse en la pobreza por la enfermedad o la vejez, amenazado de caer por debajo del nivel del propio ser, poder quitarse la vida es un pensamiento consolador, porque entonces la muerte aparece como una salvación. Cuando coincide una enfermedad física incurable, la falta total de medios y el completo aislamiento en el mundo, puede negarse, con suma claridad, sin incurrir en el nihilismo, no la propia existencia empírica en general, sino aquello que todavía pudiera quedar. Hay un límite donde la continuación de la vida ya no puede ser obligación: cuando ya no es posible llegar a ser, cuando el sufrimiento físico y las exigencias del mundo son tan aniquiladoras que no se puede seguir siendo el que se es; aunque subsista el valor para vivir, desaparece con la fuerza de la posibilidad física; y cuando no hay nadie en el mundo que por amor sujete mi vida, al dolor más profundo se le puede poner fin... (15).

La reciente película dirigida por Mohsen Makhmalbaf, *Kandahar*, sobre la situación de una muchacha afgana ante la opresión talibán, puede ayudarnos a entender la experiencia de la muerte voluntaria. Esta historia real es recreada por su amiga Niloufar Pazira, quien recibe una carta de una de sus amigas, que había quedado en Afganistán, en la

que le anunciaba que había tomado la decisión de suicidarse, pues no soportaba más la vida bajo ese régimen político.

Como en una *mise en abyme*,<sup>5</sup> se combinan en la película el relato de un viaje que ella realiza para devolverle la esperanza y el relato de su propio viaje interior, pues clausurada en su *burka* también ella sufrirá en carne propia las mismas vejaciones y mortificaciones que el fanatismo reservara a su amiga y a todas las mujeres elegidas como víctimas expiatorias.

Con su atrevimiento, N. Pazira consigue despertar la atención sobre la sistemática violación a los más elementales derechos humanos de las mujeres, escándalo que se ve acrecentado con la llegada al poder de los talibanes hasta convertirse en algo terrorífico: prohibición a ejercer profesiones y a estudiar, el sometimiento absoluto a los hombres y el uso obligatorio en público del *burka*, que debía cubrirlas totalmente. La película constituye una dolorosa denuncia a la situación de estas mujeres, pero también busca rendirles un homenaje y de algún modo una reparación por las posibles responsabilidades que de un modo u otro pudiéramos haber cometido ya por acción como por omisión. La amiga considera que es posible un aplazamiento. La comunicación de aquel que proyecta el suicidio, dice Jaspers, es “un intento de salvación”, ya que “quien ha re-

nunciado al secreto” sólo lo hace “por ese ‘amor’ en el cual compromete su ‘existencia’ misma, sin reserva alguna ni segunda intención lejana»(15)

En el relato, Niloufar metafóricamente toma el nombre de Nefas, que significa aliento, “respiración”, como si con ello pudiera contrarrestar el

ahogo materializado en el *burka* y se lo traduce en un esperanzado mensaje que le deja grabado: “He puesto mi alma en este viaje en el que tomé caminos inexplorados para ofrecerte una razón para vivir. Atravesé plantaciones de opio, campos minados [...] hoy te traigo mil magníficas razones de vida”.

### Bibliografía

1. Lolas F. Bioética y antropología médica, Santiago de Chile, Mediterráneo; 2000.
2. Broekman JM. Intewinements of law and medicine, Leuven, Leuven University Press; 1996.
3. Misseroni Raddatz A. Consideraciones jurídicas en torno al concepto de eutanasia, Act Bio, 2000, IV (2): 247-64.
4. Dijon X. La reconciliation corporelle: une éthique du droit medical, Bruxelles, Lessius; 1998.
5. Bernhoft R. Are compassionate care and suicide mutually exclusive?, in Werth JL Jr., editor, Contemporary perspectives on rational suicide (Series in death, dying, and bereavement), Philadelphia, Brunner/Mazel; 1999.
6. Mainetti JA. La revolución transplantológica, Estudios bioéticos II, La Plata, Quirón; 1993, p. 157-167.
7. Beaune, JC. Ambigüites philosophiques et médicales de la mort contemporaine, Psy Méd 1990; 22 (3): 229-231.
8. Vaysse J. Petit traité de médecine psychosomatique, Le Pleissis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en Rond-Synthélabo; 1996.
9. Rovaletti ML. Hipocondría y corporalidad, Act Psi y Psic de Am Lat 2001; 47 (3): 201-208.
10. Derrida J. Donner la morte, París, Galilée; 1999.
11. Sartre JP. L'Être et le néant, París, Gallimard, 1943.
12. Beauvoir S de. Touts les hommes sont mortels, París, Gallimard; 1947.
13. Vergote A. La mort: phénomène naturel, adversité impensable et nouvelle naissance, en Olivetti M, editor. Filosofía e Religione di fronte alla morte, Padua, Archivo di filosofia-Cedam; 1981, p. 50-51.
14. Erickson E. Infancia y sociedad, Buenos Aires, Horme; 1959, p. 242.
15. Jaspers K. Filosofía, II, Madrid, Revista de Occidente, 1959; El problema de la culpa, Buenos Aires, Paidós; 2001.
16. Callieri B. La ambigüedad existencial del suicidio, Relaciones 1991 jul; (86): 22.
17. Husserl, E. Ideen zu einer Phänomenologischen Philosophie I, (Husserliana III), Dordrecht, Nijhoff, 1952, p. 103-105

### Bibliografía complementaria

- Ayotte Levis M, Levis, GW. Una defensa de la permisividad moral del suicidio asistido por el médico, basada en el principio de interés de Feinberg, *Persp Bio Amé* 1996; 1(1): 100-11.
- Battin M P. Can suicide be rational? Yes, sometimes, in Werth, JL Jr., editor. *Contemporary perspectives on rational suicide* (Series in death, dying, and bereavement), Philadelphia, Brunner/Mazel; 1999, p. 13-21.
- Berghmans R. Commentary on 'suicide, euthanasia, and the psychiatrist', *Phil, Psyc, and Psy* 1998 Jun; 5 (2): 131-5.
- Burgess S., Hawton, K. Response to the commentaries 'Suicide, euthanasia, and the psychiatrist', *Phil, Psyc, and Psy* 1998 Jun; 5(2): 151-2 y 113-26.
- Burnside JW. Commentary on 'Suicide, euthanasia, and the psychiatrist', *Phil, Psyc, and Psy* 1998 Jun; 5(2): 141-143.
- Callahan D. Reasons, rationality, and ways of life, en Werth JL Jr., editor, *Contemporary perspectives on rational suicide* (Series in death, dying, and bereavement), Philadelphia, Brunner/Mazel; 1999, p.22-28.
- Callahan J. Rational suicide: Destructive to the common good, en Werth JL Jr., editor, *Contemporary perspectives on rational suicide* (Series in death, dying, and bereavement), Philadelphia, Brunner/Mazel; 1999, p.142-147.
- Campbell CS, Hare J., Matthews P. Conflictos de conciencia y cuidados paliativos, en Luna F, Salles ALF, editors. *Bioética; Investigación, muerte, procreación, y otros temas de ética aplicada*, Buenos Aires, Sudamericana; 1998, p. 329-42.
- Campbell ML. A nursing position that supports rational suicide", Werth JL Jr., editor, *Contemporary perspectives on rational suicide* (Series in death, dying, and bereavement), Philadelphia, Brunner/Mazel; 1999, p.95-99.
- Cohen-Almagor R. 'Muerte con dignidad', 'calidad de vida', 'estado vegetativo', 'doble efecto', y otras expresiones empleadas por los médicos, *Persp Bio Amé* 1998; 1(5): 26-43.
- Domenech E, Bertomeu MJ. Muerte digna. Comentario acerca de los proyectos de ley sobre 'Muerte Digna', 'Derechos de los pacientes terminales' y 'Prolongación artificial de la vida', *Persp Bio Amé* 1997; (4): 92-100.
- Dworkin D. Suicidio asistido: el alegato de los filósofos, *Persp Bio Amé* 1997; (4): 103-112.
- Dworkin R. El derecho a la muerte, en Luna, F, Salles ALF, editors. *Bioética; Investigación, muerte, procreación, y otros temas de ética aplicada*, Buenos Aires, Sudamericana; 1998, p. 280-296.
- Everstine L. The anatomy of suicide: silence of the heart, Springfield (Ill), Charles C Thomas; 1998.
- Fairbairn GJ. Suicide, language, and clinical practice, *Phil, Psyc, and Psy* 1998 Jun; 5(2): 157-69.
- Farrell AD. Apresurando la propia muerte, *Persp Bio Amé* 1996; 1(1): 92-9.
- Ferrater Mora J. *El ser y el sentido*, Barcelona, Planeta; 1972.
- Gadamer HG. La morte come problema, *Gior Crit Fil Ital* 1972 Aprile-Giugno; IV(LIV): 221-232.
- Gafo J., editor. *La eutanasia y el arte de morir: dilemas éticos de la medicina actual*, Madrid, UPCM; 1990.
- Gert B. La muerte, *Persp Bio Amé* 1997; (4): 6-38.
- Gill CJ. The false autonomy of forced choice: rationalizing suicide for persons with disabilities, en Werth JL Jr., editor. *Contemporary perspectives on rational suicide* (Series in death, dying, and bereavement), Philadelphia, Brunner/Mazel; 1999, p. 171-80
- Gracia D. *Morir con dignidad: dilemas éticos en el final de la vida*, Madrid, Doce Calles; 1996.
- Harre R. Commentary on 'Suicide, language, and clinical practice', *Phil, Psyc, and Psy* 1998 Jun; 5(2): 171-173.
- Heginbotham Ch. Commentary on 'Suicide,

- ethanasia, and the psychiatrist', *Phil, Psyc, and Psy* 1998 Jun; 5(2): 137-139
- Heidegger M. *Sein und Zeit*, Tübingen, Max Niemeyer; 1949.
- Henrici P. 'Le droit de l'homme à sa propre mort', en Olivetti M, editor. *Filosofía e Religione di fronte alla morte*, Padua, *Archivio di filosofia-Cedam*; 1981, p. 113-24.
- Kass LR. Hay un derecho a morir, en Luna F, Salles ALF, editors. *Bioética; Investigación, muerte, procreación, y otros temas de ética aplicada*, Buenos Aires, *Sudamericana*; 1998, p. 255-79.
- Kelleher MJ. Commentary on 'Suicide, euthanasia, and the psychiatrist', *Phil, Psyc, and Psy* 1998 Jun; 5(2): 145-9.
- Leenaars AA. Rational suicide: a psychological perspective, en Werth JL Jr., editor. *Contemporary perspectives on rational suicide (Series in death, dying, and bereavement)*, Philadelphia, *Brunner/Mazel*; 1999, p.135-141.
- Luna F. Introducción, en Luna F; Salles ALF, editors. *Bioética; Investigación, muerte, procreación, y otros temas de ética aplicada*, Buenos Aires, *Sudamericana*; 1998, p. 225-6.
- Luna F, Salles ALF. Algunos problemas al final de la vida: el derecho a morir y el suicidio asistido, en Luna F; Salles ALF, editors. *Bioética; Investigación, muerte, procreación, y otros temas de ética aplicada*, Buenos Aires, *Sudamericana*; 1998, p. 225-342.
- MacDonald R. Physician-assisted rational suicide, en Werth JL Jr., editor. *Contemporary perspectives on rational suicide (Series in death, dying, and bereavement)*, Philadelphia, *Brunner/Mazel*; 1999, p.107-13.
- Mainetti JA. "La medicalización de la vida", *Bioética fundamental: la crisis de la bioética*, La Plata, *Qurón*; 1990, p. 41-62.
- Matthews E. Choosing death: Philosophical observations on suicide and euthanasia, *Phil, Psyc, and Psy* 1998 Jun; 5(2): 107-111
- Porzecanski T. Medicalización y mitologías: los destinos del cuerpo físico y social, en AA. *VV. La medicalización de la sociedad*, Montevideo, *Nordan-Goethe Institut*; 1993, p. 87-106.
- Rivera López E. Quién defiende el 'enfoque equivocado' acerca de la eutanasia, *Pers Bio Amé* 1998; (4): 78-86.
- Rodríguez del Pozo P. El 'derecho a la eutanasia': problemas de un enfoque equivocado, *Pers Bio Amé* 1998; (4): 64-77 y 86-91.
- Rosen P. A personal argument in favor of rational suicide, en Werth JL Jr., editor. *Contemporary perspectives on rational suicide (Series in death, dying, and bereavement)*, Philadelphia, *Brunner/Mazel*; 1999, p. 201-5
- Rovaletti ML. El saber biomédico y la metáfora mecanicista, *Pers Bio Amé* 1998; 3(6): 24-39; El sentido de la muerte propia, *Act Psiq; XXX(2)*: 112-7; Fenomenología, culpa y depresión, en Rovaletti ML, editor. *Psicología y psiquiatría fenomenológica*, Buenos Aires, *Cátedra de Psicología Fenomenológica y Existencial de la Universidad de Buenos Aires*; 1994, p. 169-88; Schizophrenie, sens et non-sens, *L'art du Comp (Francia)* 1998 dec; (8): 48-58; Fenomenología de la conciencia de culpabilidad, *Rev Psiq Clín* 1991; XXVIII(1): 33-43.
- Seale C et al. Euthanasia: the role of good care, *Soc Sci Med* 1995; 40(5): 181-7.
- Stack S. The influence of rational suicide on nonrational suicide: a sociological analysis of attitudes, en Werth JL Jr., editor. *Contemporary perspectives on rational suicide (Series in death, dying, and bereavement)*, Philadelphia, *Brunner/Mazel*; 1999, p. 41-7.
- Valdez Díaz M, Blanco Picabia A. El suicidio y la eutanasia como actitudes de deseo frente a la muerte, *Act Lus-Esp Neur Psiq* 1994; 22(6): 277-83.
- Waelhens A de. Reflexions sur la mort et le suicide, en Olivetti M, editor. *Filosofía e Religione di fronte alla morte*, Padua, *Archivio di filosofia-Cedam*; 1981, p.137-146.
- Warnock M. Commentary on 'Suicide, euthanasia, and the psychiatrist', *Phil, Psyc, and Psy* 1998 Jun; 5(2): 127-30.
- Werth JL Jr., editor. *Contemporary perspectives on rational suicide (Series in death, dying, and bereavement)*, Philadelphia, *Brunner/Mazel*, 1999.
- Wroblewski A. Rational suicide: a contradiction in terms, en Werth JL Jr. *Contemporary perspectives on rational suicide (Series in death, dying, and bereavement)*, Philadelphia, *Brunner/Mazel*, 1999, p. 206-11.