

Introducción

Cómo se muere en nuestra sociedad? cuáles son los problemas vinculados al proceso de morir en los enfermos terminales de cáncer? Estas son algunas de las preguntas que surgieron a partir de la siguiente observación: dentro del desarrollo histórico de la Antropología, han existido temas clásicos (parentesco, economía, etc.) cuyo estudio ha hecho posible identificarla como disciplina. La muerte, en cambio, si bien es un fenómeno tan frecuente como los anteriores ha sido un capítulo olvidado. Es decir, que salvo contadas excepciones (1) no se ha constituido como problemática antropológica específica. Y es más, si hacemos un relevamiento exhaustivo de los textos antropológicos, la muerte ha sido utilizada para pensar en otro tipo de fenómenos (ej. la llamada mentalidad «primitiva») o ha sido restringido al ámbito de las instituciones y rituales funerarios de culturas particulares.

Ante esta situación surge una reflexión: este olvido que no es casual y este enfoque restrictivo que no es ocasional, no nos habla de las características de los grupos analizados, sino que, especularmente nos remite al modo y lugar que ocupa la muerte en la sociedad de la cual el antropólogo es miembro. Como dice la antropóloga M. Cátedra:

«En parte ello es debido al hecho de que la muerte ha sido un tabú (...) los antropólogos tan interesados en los tabúes de los otros, no los han detectado en sí mismos.» (2)

Por qué se oculta? Qué es lo que hay que excluir de las miradas? Qué es lo que no se puede enunciar, ni aún a través del otro?

Es a partir de estas consideraciones y para responder a estas preguntas que se impone el proceso de morir en la sociedad compleja como un tema de investigación antropológica.

Las distintas alternativas de análisis están vinculadas con las distintas formas de morir (algunas de las cuales han sido trabajadas por otras disciplinas sociales). En este caso fue elegido el contexto de los pacientes terminales, como uno de los ámbitos adecuados para revelar tanto las actitudes como las representaciones que se ponen en juego en torno a la muerte.

El presente trabajo se limita a exponer uno de los aspectos definidos durante una investigación de mayor alcance: la *actitud médica frente al enfermo terminal*, cuya importancia se torna evidente si se toma en cuenta

que en nuestra sociedad, es el sistema médico el que controla el proceso de morir de las personas (3), especialmente en los casos de las enfermedades crónicas como el cáncer. A su vez, es el médico el que define en su discurso y accionar la mayoría de los criterios y términos utilizados en la dinámica comunicacional.

Si bien toda investigación supone el desarrollo de ciertas estrategias específicas, el trabajo con pacientes terminales, sus familiares y los profesionales que los atienden, requieren además por parte del antropólogo, del aprendizaje de un lenguaje. Este *lenguaje* no sólo consiste en qué términos son susceptibles de ser enunciados y cuáles no, sino también en qué circunstancias, a quién y de qué modo, ya que algún error en este desempeño puede generar consecuencias irreparables.

Dentro de los términos que pueden ser identificados como componentes de este lenguaje se encuentra en la terminalidad.

A fin de comprender la problemática, podemos diferenciar distintos tipos de relación médico-paciente, según el criterio de mayor o menor gravedad, que es estipulada por el médico a partir del diagnóstico. A su vez la gravedad ingresa en el discurso representando duración, es decir, que mayor o menor gravedad supone un mayor o menor lapso de tiempo de vida del paciente.

De acuerdo a este criterio podemos distinguir tres instancias, (desarrollando en este trabajo la tercera)

- 1) El ingreso del paciente en la institución hospitalaria.
- 2) Estado grave.
- 3) Estado terminal.

El adjetivo «terminal» aplicado al estado de salud de un paciente hace referencia a la posibilidad de la muerte próxima, siendo utilizado de modo recurrente y casi con exclusividad en el discurso médico.

Pero si nos preguntamos qué significa exactamente, sólo podemos decir que es un concepto pragmático, definido por el uso, para el cual no existe un criterio explícito con síntomas estandarizados a partir del cual no existe un criterio explícito con síntomas estandarizados a partir del cual se pueda, de modo consensual, reconocer a un paciente como terminal. De hecho, algunos síntomas (ej. La deshidratación) puede indicar la proximidad de la muerte, pero que-

da bajo la decisión del médico que lo interprete o no de este modo.

Esta arbitrariedad radica en los siguientes factores:

a) La falta de certidumbre de la muerte posible y de que lapso de tiempo de vida le resta al paciente.

b) La formación del médico tiende al restablecimiento del estado de salud del paciente y no de hacer frente a su muerte.

Si bien cada médico asume una actividad particular, la siguiente caracterización resume las que han sido relevadas con más frecuencias, cuando el profesional puede inferir la proximidad de la muerte del paciente:

1) Algunos médicos se resisten a aceptar la cercanía de la muerte y su equivalente conductual de que «ya no hay nada que hacer», y por eso prosiguen con las terapias como si todavía fuera posible el restablecimiento. Esto produce que se establezca un vínculo entre muerte del paciente con el accionar médico (ej. Fallecimiento en cirugía). De este modo, se transforma el fin de un proceso de enfermedad en un corolario no deseado de la acción terapéutica. Desdibujando su carácter se convierte a la muerte en «accidente».

2) En otros casos, el médico reconocer la existencia de un límite a partir del cual un enfermo es terminal. Pero esta situación lo lleva a «evitar» el contacto con el paciente moribundo y sus familiares, reduciendo la asistencia a los niveles mínimos, es decir al control de las funciones vitales. Con esta evitación trata de negar la muerte del paciente, porque si bien este fallecer en el contexto hospitalario, es excluido del accionar médico. (4).

3) En los últimos años y teniendo como centro a Inglaterra se ha generado una nueva tendencia en la actitud médica frente al paciente terminal, que se ha extendido a algunos países entre ellos Argentina, aunque aún con escasa incidencia. Son las unidades de cuidados paliativos, que estando constituidos por un grupo de profesionales (médicos, psicólogos, enfermeros) tienden a mejorar la calidad de vida que le resta al paciente y no tanto su cantidad. Su práctica está definida por el control del síntoma (como el dolor) y la contención psicológica tanto del paciente como de sus familiares. La idea de base es que el paciente tiene derecho a decidir sobre los problemas vinculados a su muerte. (5)

A modo de conclusión

En nuestra sociedad y en el transcurso de las últimas décadas, el sistema médico ha pasado a controlar casi exclusivamente el proceso de morir de las personas, pero sin estar preparado para incorporar a la muerte tanto en su discurso como en su accionar (6).

Esta problemática se agudiza aun más en el caso de los pacientes terminales de cáncer donde su carácter ineludible se expresa con mayor fuerza. En este contexto, la referencia a la muerte se ha filtrado en el discurso médico a través del concepto de terminalidad. La falta de significado consensuado define un área de incertidumbre en torno a la paciente que hace posible leer las actitudes médica, como modos de posicionarse ante la muerte y hablar figuradamente sobre ella.

Tanto su transformación en accidente como su evitación-negación son dos modos de incluir la muerte en el sistema médico, sin contradecir su finalidad terapéutica.

Pero el carácter espontáneo de estas actitudes, nos permite aproximarnos a una alternativa de respuesta. El conocimiento de la situación a partir de la intervención de distintas disciplinas entre ellas la antropología pueden hacer posible redefinir el lugar y el modo de pensar y vivir la muerte en nuestra sociedad.

(*) Texto publicado en Revista *Pinaco*. Investigaciones sobre Antropología Cognitiva. Vol 1: 89-91, 1994 y cedido gentilmente por Lic. María Epele para *MEDPAL-Interdisciplina y Domicilio*. Se sugiere complementar la lectura del artículo con *Sujetar por la Herida. Una Etnografía sobre Drogas, Pobreza y Salud*, especialmente el capítulo «Morir-Joven», Bs. As. Editorial Paidós, 2010, María Epele.

(**) **María Epele**: Antropóloga, Doctorado en Ciencias Naturales de la Universidad Nacional de La Plata. Post doctorado University of California, Berkeley. Investigadora del CONICET- Profesora de la Universidad de Buenos Aires y Docente de postgrado (UNLP, UNMdP, Cedes-Flacso, UBA). Correo electrónico: epele@netverk.com.ar

Notas

- (1) Thomas, I. (1983). *La Antropología de la Muerte*. México, FCE.
- (2) Cátedra, M. (1988). *La Muerte y otros mundos*. Ed. Jucar, España.
- (3) Foucault, M. (1990). *La vida de los Hombres Infames*. Madrid, Ed. Piquete.
- (4) Sudnow, D. (1971). *La organización social de la muerte*. Buenos Aires, Ed. Tiempo Contemporáneo.
- (5) Lynn, J. (1987). Elección entre tratamiento paliativo y curativo en los pacientes de cáncer, *Jano* 23, vol. XXXIII, nº 792.
- (6) Elías, N. (1981). *La soledad de los moribundos*. México, FCE.