



## Esa vieja costumbre: nacer y morir

Por Lic. Cecilia Fasano (\*)

### I – Coincidencias y divergencias

La vida humana es un acontecimiento, fechado, relatado, escrito, contado, incluido en mitos, hecho canciones, poesías, rituales, etc. La secuencia que implica nacer, incluirse en una genealogía y morir, más allá de la biología, no deja de ser una construcción de la humanidad. Así, esas breves escrituras llamadas *Acta de defunción* o *Acta de nacimiento*, según la ocasión, en definitiva son artificios del lenguaje. De igual modo las canciones de cuna y los cantos fúnebres, constituyen rituales de iniciación o separación que permiten dar, dimensión simbólica mediante, la bienvenida o despedida a todo ser humano en este mundo. En suma, la exigüidad de cinco letras, n-a-c-e-r y m-o-r-i-r, nombran y representan el origen y el fin de un mismo suceso. En consecuencia tanto el nacimiento como la muerte de cada cual están, desde tiempos inmemoriales, enraizados en las tramas del lenguaje y de las instituciones. A propósito y en relación con lo mencionado, retomo una cita del psicoanalista francés, Jacques Lacan:

*“... es el discurso del circuito en el cual estoy integrado. Soy uno de sus eslabones. Es el discurso de mi padre, por ejemplo, en tanto que mi padre ha cometido faltas que estoy absolutamente condenado a reproducir: es lo que llaman super-ego. Estoy condenado a reproducirlas porque es preciso que retome el discurso que él me legó, no simplemente porque soy su hijo, sino porque la cadena del discurso no es cosa que alguien pueda detener, y yo estoy precisamente encargado de transmitirlo en su forma aberrante a algún otro. Tengo que plantearle a algún otro el problema de una situación vital con la que muy posiblemente él también va a toparse, de tal suerte que este discurso forma un pequeño circuito en el que quedan asidos toda una familia, toda una camarilla, todo un bando, toda una nación o la mitad del globo. Forma circular de una palabra, que está justo en el límite del sentido y del sin sentido, que es problemática”<sup>1</sup>*

El hombre teje con delgados hilos de palabras, sistemas de legalidades, normas, tradiciones, etc., que diferencian “espacios prohibidos” y “espacios permitidos” a partir de los cuales se construye un conjunto de ideales que indican en cada época y lugar: “Así debes ser”. Bajo ese axioma se enumera una serie de deberes y obligaciones que comienza a definir el nuevo programa

de la ética actual cuya heterogeneidad y amplitud no deja de sorprender. El abanico incluye mandatos tales como: “No discriminar”; “Asistir a recitales a beneficio”; “Correr una maratón por la vida sana”; “Usar profiláctico”; “Donar los órganos”; “Fumar, excepto en el sector para no fumadores”; etc., etc.

Recordemos la caracterización de la actualidad que realiza el sociólogo polaco, Zygmunt Bauman. Aunque su producción constituye un *best-seller* de calidad -casi un oxímoron- su hipótesis fundamental no se invalida. Este autor plantea que hasta hace algunas décadas la sociedad occidental, podía ser caracterizada por lo que él denominó una “modernidad sólida”, compuesta por instituciones que valoraban lo perdurable, la tradición y la capacidad de comprometerse a largo plazo, mientras que la sociedad actual a la que llamó “modernidad líquida”, estaría caracterizada precisamente por lo contrario: lo efímero, lo mutable y lo impredecible.

Evidentemente el acto del nacimiento y el ritual de la muerte no permanecen ajenos al contexto sociocultural que los rodea, y en determinadas ocasiones los determina. De este modo la brevedad comienza a ser un valor a tener en cuenta y un uso eficiente de las dos categorías -tiempo y espacio- suele promocionarse, por ejemplo, en las cartillas de las prepagas. Se espera que el nacimiento y la muerte impliquen el menor tiempo y espacio posibles.

Por otro lado, si bien medicar es un acto médico, asistimos a una época donde la medicalización del nacimiento y de la muerte tampoco está ajena a los factores políticos, sociales y económicos que intervienen en la producción, distribución y venta, no sólo de las industrias farmacológicas sino también de las diferentes propuestas tecnológicas, médicas y paramédicas.

El psicoanálisis, y así lo creyó Lacan, tiene la obligación de unir a su horizonte la subjetividad de la época:

*“Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época. Pues ¿cómo podría hacer de su ser el eje de tantas vidas aquel que no supiese nada de la dialéctica que lo lanza con esas vidas en un movimiento simbólico? Que conozca bien la espira a la que su época lo arrastra en la obra continuada de Babel, y que sepa su función de intérprete en la discordia de los lenguajes”<sup>2</sup>*





En consecuencia, desconocer el contexto puede no ser sólo ignorancia sino, en determinadas ocasiones, mala praxis o negligencia, para usar términos de uso corriente en el campo actual de la salud.

## II - La ética posmoderna y los cuidados paliativos

La postmodernidad introdujo una nueva exigencia: el “buen morir” o “muerte digna” o “calidad de muerte” y en ese afán por *estandarizar* y por llevar adelante el paradigma de la evaluación se enumeran una serie de ítems que intentan atrapar lo imposible. Entonces clasificar y categorizar la muerte -distinguir entre el buen y el mal morir- parece ser el nuevo imperativo de una política de salud que, en el mejor de los casos y con las mejores intenciones, desconoce una falla estructural. Porque ¿Quién puede saber cuál es el buen morir de alguien? ¿El estado? ¿La familia? ¿Cómo saber sobre algo de lo cual no es seguro que tengamos representación? Sigmund Freud es categórico al respecto:

*“La muerte propia no se puede concebir; tan pronto intentamos hacerlo podemos notar que en verdad sobrevivimos como observadores. (...) En el fondo, nadie cree en su propia muerte, o, lo que viene a ser lo mismo, en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad”.*<sup>3</sup>

Tal vez y dado que el morir es inevitable, el imperativo del “Buen morir” es simplemente una nueva propuesta frente al vacío que desde siempre introduce la muerte. Podemos discutir si hay o no representación de la muerte, sin embargo es innegable que:

*“La experiencia de la muerte es sin duda constitutiva de todas las manifestaciones de la condición humana (...) desconocerlo es desconocer el elemento dinámico más importante (...) lo designaré esta noche diciéndoles que es la muerte”.*<sup>4</sup>

No es seguro que los psicoanalistas que trabajan en el campo de la medicina paliativa hayan dilucidado en su verdadera dimensión la existencia, por ejemplo, de una posible divergencia entre Freud y Lacan respecto a la idea de muerte. Si es importante reflexionar sobre estos temas porque la teoría que se tiene determina la práctica que se ejerce. Cito un fragmento de una conferencia de Jacques Lacan pronunciada en Louvain (1972):

*“... La muerte entra dentro del dominio de la fe. Hacen bien en creer que van a morir, por supuesto eso les da fuerzas. Si no lo creyeran así... ¿podrían soportar la vida que llevan? Si no estuvieran sólidamente apoyados en la certeza de que hay un fin, ¿acaso podrían soportar esta historia?”*

Ahora bien, volviendo al tema inicial ¿en qué punto determinada línea conceptual de la medicina paliativa se emparenta con los principios básicos de la ética posmoderna? Recordemos que el filósofo y sociólogo francés, Gilles Lipovetsky, sostiene que la ética posmoderna proclama el derecho individual, la autonomía, la felicidad y la realización personal. No obstante no es seguro que estos principios puedan concretarse sin contradicciones. En determinadas circunstancias resulta evidente que la expresión de la moralidad posmoderna deviene en imperativos opuestos.

En el caso de la medicina paliativa, se trata de una práctica cuya especificidad radica en ocuparse del tramo final de la vida de las personas que padecen una enfermedad sin posibilidad de tratamiento curativo. Se trata además de una práctica que promueve el ejercicio del derecho individual, el mantenimiento de la autonomía, etc., el mayor tiempo que sea posible, porque supone que eso conlleva a una mejor “calidad de vida”. El problema surge cuando el ejercicio del derecho individual, la autonomía están en contra del bien general o el supuesto bien para todos.

La complejidad del tema merece un tratamiento aparte, no obstante podemos dejarlo planteado porque sobre el final de la vida, la dicotomía universal /singular, suele ponerse en cuestión de un modo muy categórico. Dicotomía que además pone en juego posiciones no solo teóricas y clínicas sino además ideológicas.

## III – El “enfermo terminal”

La expresión “enfermo terminal” en primer lugar designa de modo rígido un estado que se desconoce en su real magnitud y al mismo tiempo alude a una situación que supone que todos se refieren a lo mismo cuando la invocan. Por otro lado la denominación “enfermo terminal” legitima una práctica nueva -Medicina paliativa o Cuidados paliativos- que, justificada por la Bioética encuentra un lugar políticamente correcto. Recordemos que ambas -bioética y medicina paliativa- se encuentran hermanadas en su origen, en tanto son disciplinas que surgen contemporáneamente.

El trabajo compartido entre diferentes especialidades, denominado interdisciplinario, constituye un buen modo de abordaje terapéutico, siempre y cuando no se convierta en un refugio cuyo único objetivo consista en reducir el gasto asistencial, siempre y cuando no apunte a obtener un sujeto “adaptado a su enfermedad”, siempre y cuando la especificidad de cada disciplina





no se diluya en la generalidad de un supuesto trabajo en equipo. Siempre y cuando no sea una práctica de especialistas en “contención no curativa”.

La justa indicación (a una persona que ha agotado su posibilidad de tratamiento curativo) de no realizar costosos tratamientos, ni someterse al mentado encarnizamiento terapéutico, en ocasiones coloca a los pacientes bajo un riesgo aún mayor. Cuando el mismo sistema de salud lo ha expulsado de la medicina curativa -bajo la denominación “paciente terminal”- y lo ha colocado en esa suerte de estado sin retorno, parece ser que sólo resta ofrecer un equipo que “contenga”. Entonces se espera que el paciente “apoyado” por un equipo interdisciplinario dócilmente se someta al “no hay nada que hacer”. Así:

*“Un “enfermo terminal” resulta ser alguien estigmatizado que ingresa al catálogo del Buen Moribundo: negación y aislamiento, ira, negociación o pacto, depresión y finalmente la tan necesaria resignación.... Fases recicladas por la Psiquiatría en base a la obra de Elisabeth Kübler-Ross”.*<sup>5</sup>

De modo que puede ser un desafío para la medicina paliativa que el abordaje interdisciplinario no se convierta en un esfuerzo por “adaptar” al enfermo a su destino nefasto y/o ser un proveedor de opioides para calmar el dolor. Cabe aclarar que no se trata de subestimar aquello que forma parte de su intervención, es decir, calmar el dolor, sino pensar que es preciso debatir sobre las diferencias teóricas, clínicas y políticas de la medicina paliativa porque es una práctica cuya especificidad está por venir.

En suma, nosotros preferimos y elegimos hablar de “enfermo” a secas o “enfermo grave” porque tal como afirma el poeta español, Miguel de Unamuno, un enfermo simplemente es “un ser humano, de carne y hueso, que sufre, ama, piensa y sueña”.<sup>6</sup>

#### IV- Conclusión

Para finalizar, consideré oportuno recordar parte de un poema de Jorge Luis Borges, *Milonga de Manuel Flórez*, que además inspiró el título de esta colaboración: *“Manuel Flórez va a morir. / Eso es moneda corriente; / morir es una costumbre / que sabe tener la gente. ...”*

Tal vez es una costumbre a la que el ser humano no se acostumbra porque tal como decía Pascal: “¿Por qué la duración de mi vida puede ser de cien años y no de mil?”

<sup>7</sup> Efectivamente un interrogante insiste en los ateneos clínicos de medicina paliativa: ¿A qué se debe esa porfía por permanecer y no morir, aún cuando un organismo

parece no soportarlo más?. Las reflexiones que se lleven adelante posiblemente arrojen algo de luz sobre aquello que de otro modo resulta incomprensible.

(\*) Cecilia Fasano: Lic. en Psicología. Miembro de la Asociación de Psicoanálisis de La Plata. Miembro del Centro Descartes. Integrante del equipo de Medicina Paliativa del HIGA “Prof. Dr. Rossi” La Plata.

Correo electrónico: ce\_fasano@yahoo.com.ar

#### Notas:

<sup>1</sup> Lacan, Jacques: Seminario 2 (1954-55) Paidós. Pág. 141

<sup>2</sup> Lacan, Jacques: “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis”, en Escritos 1, Siglo XXI,

<sup>3</sup> Freud, Sigmund: “Nuestra actitud hacia la muerte” Tomo XIV Amorrotu editores. Pág. 290

<sup>4</sup> Lacan, Jacques: “El mito individual del Neurótico” en Intervenciones y textos 1. Manantial, Buenos Aires, 1985. Pág. 57-58

<sup>5</sup> Kübler-Ross, Elisabeth Sobre la Muerte y los Moribundos (tr. Neri Daurella), Barcelona, Grijalbo, 1972. Citado en Cuando la ley es la trampa: La medicina del cinismo. Lic. Diana Braceres. Equipo Interdisciplinario de Oncología Clínica.

<sup>6</sup> Unamuno, Miguel de, La vida literaria, Madrid, Espasa-Calpe, 1977.

<sup>7</sup> Citado en Morir en un hospital. Reflexiones y comentarios a la obra de Philippe Ariés. José Luis Díaz Agea Revista Cuidados Paliativos 1er. Semestre 2006 • Año X - N.º 19

#### Bibliografía:

- Lipovetsky, Gilles La Era del Vacío Ed Anagrama Barcelona 1986
- Bauman, Zygmunt, Modernidad líquida, Editorial Fondo de Cultura Económica, México DF, 2003
- Acuña, Enrique: “Políticas: del híbrido capitalista y retornos” Resonancia y silencio. Psicoanálisis y otras poéticas editorial Edulp UNLP (2009)

