

La experiencia ante la muerte*

Asunción Álvarez
FACULTAD DE MEDICINA-UNAM

Este trabajo intenta aclarar algunas dudas derivadas de la pregunta general de una investigación en curso: ¿cómo aproximar la experiencia ante la muerte? La primera se refiere a quien sabe que va a morir: ¿cómo aproxima uno su muerte?

La segunda nos concierne como investigadores: ¿cómo acercarse para conocer dicha experiencia? La tercera: ¿cómo aproximarse a quien vive la experiencia de estar cerca de su fin? Nos hemos respondido, al menos parcialmente, con la propuesta metodológica que constituye la historia oral.

LA MUERTE EN NUESTROS DÍAS

En otros tiempos era normal que cuando alguien sabía que se acercaba su fin, reconociera en ello el momento para hacer algún recuento de su vida, revisara pendientes por resolver y, de esa forma, “se preparara” para abandonar este mundo. Los historiadores que se han ocupado de las actitudes del hombre ante

la muerte, dicen que esa fue la costumbre que perduró por muchos siglos.¹ Nada más ajeno para las sociedades occidentales en la época que vivimos. La muerte ahora es un asunto que se oculta y se vive solitariamente; no porque se pretenda intimidad para el que va a morir, sino porque se ignora qué hacer frente a él. Se han perdido todos los recursos que en otros tiempos sirvieron para saber cómo actuar y cómo acompañar a quien fallecía. Queda sólo el temor que provoca la muerte, el mismo que aleja de

* Este trabajo fue realizado con el apoyo de Conacyt que subvencionó el proyecto La Atención del Paciente Terminal. Aspectos psicológicos (referencia 4125-H).

¹ Ariés, *Hombre*, 1983.

los moribundos a quienes podrían acompañarlos para darles algún consuelo.

Muchos factores han influido para conformar la negación con que se trata a la muerte. Uno de ellos es el gran avance de la ciencia que ha alargado la esperanza de vida y permite ver a la muerte como un acontecimiento muy lejano. No sólo se pueden curar enfermedades que antes eran mortales, sino que se cuenta con una tecnología que sustituye las funciones vitales, al grado de ofrecer la ilusión de que se puede vencer a la muerte.² Lamentablemente, el enorme progreso científico no ha sido acompañado por un ajuste de actitudes que permitan una preparación para las nuevas condiciones de morir.

Casi han desaparecido los rituales que dan un espacio a la muerte porque se ha descuidado la valiosa función que la comunidad expresaba en otras épocas, para amortiguar el dolor inherente a un deceso. Quienes sufren una pérdida procuran reanudar su vida y olvidar lo más pronto posible. La incineración ha ido sustituyendo al enterramiento y así, lejos de proporcionar un lugar a los muertos, borramos toda huella de ellos. Inadvertidamente, cada muerte que presenciamos, cada vacío que tratamos de cubrir, aumenta el temor que la indiferencia esconde, pues de alguna manera sabemos que algún día podremos recibir el mismo tratamiento: ser abandonados al morir y olvidados después.

En esta época ya no queda claro a quién pertenece el conocimiento so-

bre la muerte: si al médico que posee los conocimientos especializados para reconocerla en su paciente; si a los familiares que constituyen el enlace con el médico, o al propio enfermo. Todos encuentran razones para ocultar la proximidad de la muerte. El mismo enfermo, aunque quiere saber la verdad, se aferra a la palabra de quien promete curarlo. La negación se sostiene porque se anuda socialmente. Pero el silencio que impone deja sin solución la angustia e impide la posibilidad de ser acompañado y de despedirse.

NUESTRA PROPUESTA: RECUPERAR LAS PALABRAS ANTE LA MUERTE

Las preguntas que organizan esta presentación quedarían formuladas así: *¿cómo se aproxima uno a la muerte?*, que es propiamente la de la investigación que se emprendió para conocer cómo vive una persona cuando enfrenta su fin. La siguiente pregunta se refiere a la forma de acercarse a esa persona para conocer su experiencia: *¿cómo conocer dicha experiencia?*, es decir, *¿cómo se investiga en este terreno?* Respondimos de una manera aparentemente simple: decidimos hablar con personas que sabían que iban a morir.

Entre las diversas posibilidades de sujetos, consideramos una buena opción entrevistar a pacientes enfermos de cáncer. Suponíamos que sabrían con cierta anticipación que la enfermedad amenazaba su vida y podrían hablar de cómo les afectaba ese conocimiento. Aquí entra la tercera pregunta: *¿cómo aproximarse a quien se en-*

² Álvarez, "Enfermo", 1995.

cuentra cerca de su fin? Y antes: ¿es posible hablar con quien se aproxima a su muerte, acerca de ella? Pensamos que valía la pena indagarlo y acercarnos a los enfermos que estuvieran dispuestos a hablar de su experiencia. Todo lo que encontraríamos, que facilitara u obstaculizara tal acceso, lo consideraríamos como un dato.

El primero de ellos fue comprobar que en nuestras instituciones de atención médica se oculta la muerte, lo mismo que sabíamos acerca de otros países de los que provenía la literatura revisada. Se oculta también de una manera particular: en forma encubierta. Es decir, no se dice abiertamente que se debe ocultar la muerte a los enfermos; al contrario, se afirma que se les debe informar que no se curarán. La cuestión es cómo se proporciona esta información, ya que de ello dependen, en gran medida, los efectos que produzca. Lo que encontramos fue una comunicación generalmente confusa que generaba angustia y desconfianza en los enfermos.

HABLAR DE LA MUERTE

De momento sabíamos que había enfermos *medio informados* de su situación por sus médicos, lo que ya permitía un acercamiento para explorar las posibilidades de comunicación. Sin embargo, persistía otra duda: si era o no válido invitarlos a hablar de su muerte para responder a nuestras preguntas.

Nos orientó el trabajo de René Schaerer.³ Este médico realiza un pro-

fundo análisis de la dificultad que supone hablar con un enfermo de su muerte. Empieza por revisar los principales argumentos que conducen a la información: el derecho a saber la verdad, la posibilidad de tomar decisiones y de arreglar asuntos pendientes. Cuando se guarda silencio, el paciente sospecha lo que sucede por la actitud de los demás, con el sentimiento adicional de que no puede opinar. Aun así –continúa Schaerer–, no se puede saber si el verdadero interés del paciente es conocer la verdad sobre su muerte. Este conocimiento conlleva una violencia y el enfermo no lo solicita a su médico porque implica la privación brutal de la esperanza. Por ello propone diferenciar entre lo que es inducir a un enfermo para que hable de su muerte, y lo que es revelársela. Hay una inmensa diferencia entre decirle “usted va a morir” y entre dejarlo decir “voy a morir”. El enfermo que puede hablar de ello permanece como sujeto de su vida, y puede escoger el momento y la manera de hacerlo; en el otro caso, quien sólo oye decir que va a morir se vuelve objeto de una sentencia, sin posibilidad de ayuda. Por supuesto, para que un enfermo confíe a su médico el conocimiento de que va a morir, necesita que éste tenga una actitud favorable y que le asegure una relación que lo mantenga en su calidad de vivo.

La psicoanalista Marie de Hennezel⁴ abunda en estos aspectos. Considera que la peor soledad para un moribundo es no poder comunicar a sus seres queridos que va a morir. Añade

³ Schaerer, “Parler”, 1995.

⁴ Hennezel, *Muerte*, 1996.

que la persona que puede decir en primera persona “voy a morir” no sufre la muerte como paciente, sino que la vive como sujeto. Insiste en señalar la especial relación que se establece con él que va a morir y el particular respeto que esto exige.

Antes de exponer cómo iniciamos el diálogo con los enfermos, hay que introducir algunos elementos, sin los cuales esta presentación quedaría deshilvanada, y el trabajo al que se refiere, incomprendido.

DE LA ANSIEDAD AL MÉTODO

Dice Devereux⁵ que las ansiedades suscitadas por datos que recoge el investigador social pueden ser tanto un obstáculo para el conocimiento, como un instrumento a favor del mismo. Sucede lo primero cuando se las pretende eliminar en nombre de la objetividad, pues lo único que se consigue es producir distorsiones que ni siquiera se advierten. Sucede lo segundo –usar las ansiedades como instrumento– cuando se reconocen como propias para ponerlas al servicio de la creatividad.

Por ello, Devereux ofrece al investigador ciertas recomendaciones antes de emprender un proyecto. En primer lugar, que revise el acceso a los datos que le interesan y al significado de los mismos. A continuación, que examine el propio interés afectivo en el material, para así estar prevenido de las deformaciones que él mismo pudiera introducir y de la angustia personal que

pujera estar en juego. Finalmente, que intente deslindar lo que hay del sujeto con respecto al observador, no para desaprovechar el papel que juega la subjetividad de este último, sino para reconocer su propia influencia.

Sin duda, para obtener los datos que se buscan, debe darse un intercambio de subjetividades entre el enfermo y el investigador. Pero, para utilizar esa subjetividad como un instrumento esencial, se deberá confiar en ella.

Es frecuente que el silencio del enfermo sobre su muerte sea una respuesta a la falta de disposición que advierte en otros, que no pueden darle un lugar porque necesitan negarla a sí mismos. Por ello, es imprescindible que el investigador se pregunte sobre su propia muerte y sobre una respuesta a esta pregunta, requisito para reconocer lo que el enfermo puede desear –y no desear– comunicar de su experiencia.

EL TEMA DE LA MUERTE NO FUE UNA ELECCIÓN CASUAL

¿Cómo nos preguntamos y respondimos? Es nuevamente Devereux quien distingue entre aplicaciones sublimatorias y defensivas de la metodología.⁶ Según él, la angustia puede ser una fuente de creatividad y dar lugar a la tranquilidad si se reconoce y se utiliza conscientemente. En nuestro caso, la angustia estuvo presente desde el principio de la investigación: fue su causa. Difícilmente hubiéramos em-

⁵ Devereux, *Ansiedad*, 1994.

⁶ *Ibid.*, pp. 133-138.

prendido esta tarea si no fuera porque la pregunta que la suscita no concierne directamente: *¿cómo podemos vivir sabiendo que vamos a morir?* Fue la angustia que generaba una interrogación sin respuesta, la que dio lugar al proyecto. En este *descentramiento* que origina una búsqueda de conocimiento, podríamos localizar una operación de sublimación. Reconocemos igualmente en él algo de lo que describe un relato autobiográfico de Luis Villoro⁷ al referirse al trabajo del historiador. Él afirma que suele ser una inquietud existencial la que pone en marcha la imaginación y orienta la inquisición racional cuya respuesta indirecta se trata de obtener en el campo de estudio.

Quizá se entienda mejor por qué nos acercamos a dialogar con los enfermos confrontados con su muerte. Lo hicimos en busca de un conocimiento especial que ayudara a responder lo que originalmente era una inquietud personal; además, lejos de diferenciarnos de los enfermos, era justamente el compartir con ellos *el vivir sabiendo que vamos a morir*, lo que nos aproximaba. Es claro que introdujimos un cambio en el modo de relación que se ha establecido hacia ellos, segregados en cierto sentido. Se dispuso un buen intercambio: ellos aportaban los datos indispensables para un conocimiento preciso; nosotros les ofrecíamos la posibilidad de un diálogo del que carecían. Sin eludir la motivación de respuesta a nuestra inquietud personal, se trataba también de comprender una manera de

morir cuya forma, socialmente determinada, nos indignaba.

EN BUSCA DEL MÉTODO

En nuestro caso, la posibilidad de transformar la angustia en un proyecto creativo, fue efecto del psicoanálisis. Alguna vez, cuando hemos comentado el trabajo que hacemos, nos han preguntado si no hemos recurrido a alguna ayuda *psi* (psicológica, en el sentido más amplio), considerando lo angustiante que es el tema de la muerte. Respondemos que ha sido más bien a la inversa: fue la experiencia personal del psicoanálisis la que impuso la necesidad de realizar la investigación. Se trataba de hacer algo; más allá del propio análisis, con la angustiante realidad de la muerte.

En consecuencia, nuestros elementos para planear el trabajo, tanto teóricos como personales, provenían del psicoanálisis. Con él podíamos concebir una forma de diálogo sobre la muerte y anticipar, hasta cierto punto, el material que nos interesaba reunir. Pero, desde nuestro papel de investigadores, excluíamos la idea de favorecer un proceso de psicoanálisis como tal. En primer lugar, porque este proceso se establece como respuesta a una *demanda* sustentada por el sufrimiento de alguien que busca atención; en este caso, éramos nosotros quienes *demandábamos* y buscábamos ayuda de otros para que nos hablaran de la experiencia que nos interesaba, aun cuando no ignoráramos que ellos sufrían y necesitaban atención. En segundo lugar, porque la po-

⁷ Villoro, *Egohistorias*, 1993.

sición de investigadores nos permitía –previo consentimiento del enfermo– utilizar el material que podría surgir con la libertad que requeríamos. Quedaba aparte el problema de considerar qué tipo de experiencia psicoanalítica sería la iniciada por la proximidad de la muerte.

Aparte de aclarar esos aspectos, nos sentíamos desprovistos de un método para trabajar. Sobre todo de uno cuya validez se reconociera en el contexto académico en que se ubica el proyecto. Al tratarse de un estudio médico-psicológico, se esperaba que utilizáramos métodos cuantitativos. El predominio de esta opción se apoya en el supuesto de que la cuantificación hace científico al dato y garantiza la seriedad de la investigación. Se desconoce que cada actividad emprendida para avanzar en el conocimiento tiene sus propias reglas, y una de ellas es reconocer cuáles datos son cuantificables y cuáles no.

El caso es que al disponernos a emprender la investigación, teníamos una clara idea del método que necesitábamos aunque no lo conociéramos, así como de aquel que descartábamos porque sí lo conocíamos. Al descubrir la propuesta metodológica de la historia oral, pudimos reconocerla como la alternativa que cubría los requisitos que considerábamos centrales: 1) Proporciona un lugar privilegiado a la relación entre el investigador y el sujeto investigado e incluye la subjetividad de ambos en todo el proceso. 2) Devuelve una voz propia a los sujetos que se estudian. 3) Favorece la profundidad en la recolección de los datos, sin renunciar a controles que den

objetividad al proceso. 4) Permite comunicar los resultados de acuerdo con reglas propias, adecuadas al tipo de conocimiento que aportan.

Conseguimos construir el método de la investigación a través de una búsqueda que partió del psicoanálisis para llegar a la historia oral, imprimiendo a esta última las preocupaciones propias del primero: el lugar privilegiado de la palabra en la construcción de una experiencia, el papel de la transferencia, el lugar del deseo, la función del otro como soporte y la función de la negación, por mencionar algunas. Reconocimos en la práctica el intercambio interdisciplinario al que se refiere Jorge Aceves,⁸ quien considera a la historia oral como puente entre la historia y otras ciencias sociales: la antropología, la sociología, la psicología.

MEMORIA E IDENTIDAD

Al empezar a preparar esta presentación, advertimos, de pronto, que nos presionaba la idea de guiarla en torno a la memoria y la identidad, tema de este seminario. Decidimos entonces que no deberíamos forzar el uso de conceptos que no manejábamos y limitarnos a exponer una experiencia que descubre en la historia oral la herramienta metodológica de trabajo que necesita.

Ahora bien, ocupándonos del fin de la vida, es inevitable sentirse directamente convocados por una reflexión en torno a la memoria y la identidad. Por ello, antes de concluir, queremos

⁸ Aceves, *Historia*, 1996.

retomar ese eje y abrir la pregunta sobre cómo se dan estas construcciones en un sujeto próximo a morir. Hemos sostenido que en la experiencia de aproximación de la muerte, es necesario contar con alguien cuya presencia aporte una audición atenta y un apoyo. ¿Podemos añadir que de esa forma puede llegar a construirse la memoria de la vida por acabar?, ¿que esa presencia es la condición para preservar una identidad de sujeto vivo, en tanto sigue significando algo para otro? Condición tanto menos segura, cuanto más predomina el silencio y la ausencia alrededor de quienes están próximos a morir, situándolos más cerca de los muertos que de los vivos.

Ciertamente la muerte introduce un elemento que hace tambalear la identidad y cada quien ha de encontrar su propia manera de confrontar esa realidad; pero, si al nacer, al crecer, al vivir, necesitamos de otros, ¡qué decir al acercarse el final! Parece adquirir un enorme sentido la afirmación de Pierre Nora: "la memoria es la vida".⁹ Y es que se está vivo mientras no se haya sido olvidado.

Seguramente, el concepto de memoria ayuda a considerar las necesidades de quien ya no puede prolon-

gar su vida. Una de ellas podría ser la de reconstruir su historia. Revisar en el presente lo que cada quien ha sido, confrontado con un futuro que sólo parece posible si se considera a otros. Esta construcción podría definirse por oposición a lo que sería una omisión, la de dejar la propia existencia en un pasado quieto y olvidado, excluyendo así la posibilidad de mantenerlo vivo.

BIBLIOGRAFÍA

-Aceves, Jorge, *Historia oral e historias de vida*, CIESAS, México, 1996.

-Álvarez A., "El enfermo ante la muerte", *Revista de Ciencias*, UNAM, núm. 38, 1995, México.

-Ariés, P., *El hombre ante la muerte*, Taurus, Madrid, 1983.

-Devereux G., *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, Siglo XXI Editores, México, 1994.

-Hennezel, Marie, *La muerte íntima*, Plaza y Janés Editores, Barcelona, 1996.

-Nora, Pierre, *Les lieux de la mémoire*, La République, París, 1984, cit. por Aceves, *Historia*, 1996.

-Schaerer, René, "Parler de la mort avec le malade" en Guy A., *Le droit de partir dans la dignité. Pour une mort plus douce*, *Panoramiques*, núm. 21, París, 1995.

-Villoro, L. en Meyer (coord.), *Egohistorias. El amor a Clío*, Centre d'études mexicaines et centroaméricaines, México, 1993.

⁹ Nora, *Hieux*, 1984, vol. I, p. XIX.

RIALIS, ELECTIONI ROM: REGUM AT

