



La muerte en tanto que pérdida de la vida

Jorge L. Tizón¹

Equipo de Prevención en Salud Mental (EAPPP), Barcelona

El trabajo parte de una serie de descripciones sobre la muerte en tanto que pérdida de la vida, tanto desde el punto de vista psicológico y psicoanalítico como desde el punto de vista filosófico, partiendo de una breve revisión de la situación de la muerte en nuestros días y sociedades y de una descripción de sus diversas características en tanto que objeto interno. El objetivo es proponer una triple reflexión: 1) Sobre la muerte en tanto que objeto interno; 2) Sobre sus relaciones con el Self, con la identidad e integración personal; 3) Sobre la muerte como duelo inelaborable en su totalidad. Para terminar, se apuntan algunas de las consecuencias asistenciales de estos planteamientos.

Palabras clave: Muerte – objeto interno – duelo – procesos de duelo – identidad – self

This paper begins with a couple of descriptions about death as loss of the life, both from a philosophical as from a psychological and psycho-analytic point of view. The background is a brief revision of the death situation in our days and societies as well as a description of some characteristics of death as internal object.

The goal is to propose a triple reflection, 1) about death as internal object; 2) about its relationships with the self, personal integration and identity; 3) about death as a never complete "psychological working through". Works ends with some clinical consequences of those propositions.

Key Words: Death – Internal Object – mourning – mourning process – self – identity.

English Title: Death as the loss of the life

Cita bibliográfica / Reference citation:

Tizón, J.L. (2007). Muerte en tanto que pérdida de la vida. *Clinica e Investigación Relacional*, 1 (2): 372-393. [ISSN 1988-2939] [<http://www.psicoterapiarelacional.es/portal/>]

Miré los muros de la patria mía,
 si un tiempo fuertes, ya desmoronados,
 de la carrera de la edad cansados,
 por quien caduca ya su valentía.
 Salíme al campo, y vi que el sol bebía,
 los arroyos del hielo desatados;
 y del monte quejosos los ganados,
 que con sombras hurtó su luz al día.
 Entré en mi casa; vi que amancillada
 de anciana habitación era despojos;
 mi báculo más corvo y menos fuerte.
 Vencida de la edad sentí mi espada,
 y no hallé cosa en que poner los ojos
 que no fuese recuerdo de la muerte.

Francisco de Quevedo (1580-1645)

Los nuevos rostros de la muerte.

La muerte de seres humanos es el desencadenante más generalizado, observable, admitido y estudiado de la puesta en marcha de procesos de duelo en otros seres humanos. Los ritos y costumbres del duelo ante la muerte de congéneres, amigos y enemigos, forman probablemente parte del "núcleo duro" o "matriz esencial" de cada cultura y subcultura humanas. Pero ello no quita que haya grandes diferencias y variaciones en las formas del duelo y de atención a esos duelos en nuestra especie.

1. La muerte envejece y cambia

Para empezar, hemos de recordar que ha habido importantes aumentos en la *esperanza de vida* y que, por lo tanto, se muere en edad mucho más avanzada que hace uno, dos o tres siglos. Por otro lado, el patrón de la muerte ha ido cambiando: en los países industrializados hoy se muere más por enfermedades degenerativas o ligadas a los hábitos de vida que por enfermedades infecciosas. Pero no ocurre lo mismo en todos los países, culturas y continentes. Por causa del desarrollo del SIDA, por ejemplo, en África el patrón es exactamente el contrario.

En algunas sociedades la muerte está confinándose a las edades avanzadas: en 1995 la *esperanza de vida* en el mundo era ya de 65 años, mientras que cuarenta años antes, en 1955, era tan sólo de 48 años (Seale, 2000). La población se ha triplicado, como consecuencia. Es decir: una parte importante de la humanidad del primer mundo muere en la edad que antes llamábamos "la vejez" y hoy, "la tercera edad" (hasta los términos están cambiando). Hace cincuenta años, la mayor parte de la humanidad moría, como tarde, en la *adulthood*, en la edad adulta.

Pero esos datos pueden resultar engañosos: en realidad, el aumento de la *esperanza de vida* media se debe sobre todo a la reducción en la mortalidad infantil: en 1955 la *tasa de mortalidad infantil* era de 148 muertos por cada 1000 niños nacidos vivos. En 1995, de 59. Es decir, el número de niños que mueren en el mundo se ha reducido en 50 años casi a un tercio. Japón es el país con mayor *esperanza de vida* y menor *tasa de*

mortalidad infantil (80 años y 4.3 niños por mil), pero sociedades como la gallega y la catalana siguen de cerca sus tasas, en especial con respecto a la esperanza de vida. Por el contrario, numerosos países se acercan más a la situación de Etiopía, cuya población posee una esperanza de vida de 37'5 años y una tasa de mortalidad infantil de 169.3 (WHO 1998). Es decir: no debemos olvidar que las tasas mundiales encubren enormes diferencias interestatales, interculturales, e intercontinentales, diferencias en buena parte marcadas por la pirámide socioeconómica y de clase. La muerte, en definitiva, no es una guadaña igualitaria.

II. La muerte es injusta, inequitativa, no es una guadaña igualitaria

Cada vez existen mayores diferencias en cómo morimos y como agonizamos los seres humanos y, también, en cuanto a las provisiones y cuidados que se dan a los moribundos, a los muertos y a los deudos: son variaciones que nos diferencian según el continente, la cultura, el país, la clase social. La eutanasia, los cuidados paliativos, los *moritorios*, van abriéndose camino en los países desarrollados, mientras que en los países subdesarrollados difícilmente se llega a unos cuidados sanitarios mínimos para con el moribundo. Podría parecer que en este campo es difícil que la humanidad cambie, pero la realidad es que los cambios son notables, especialmente en los dos últimos siglos. Se han ido acelerando y haciendo más complejos a lo largo de los últimos decenios, y con diferencias interculturales notables.

Por ejemplo, los países del Este de Europa han sufrido en los últimos años una auténtica debacle en sus indicadores de salud y vida: en la Federación Rusa, la esperanza de vida para los varones cayó entre 1985 y 1994 desde el 64.3 a 57.5, probablemente por causa del deterioro de los servicios de salud y el empeoramiento de las condiciones de vida. Hoy los rusos de edad media están sufriendo un espectacular decremento de su esperanza de vida por causa del aumento de las enfermedades cardiovasculares, envenenamientos, suicidios y, sobre todo, de las muertes por homicidio (en 1993 Rusia alcanzó el dudoso honor de ser el primer país del mundo que sobrepasa a los USA en la tasa de homicidios).

Al mismo tiempo, el SIDA está devastando la esperanza de vida (y las vidas mismas) de millones de seres en África. En Uganda, por ejemplo, es la principal causa de muerte en jóvenes adultos y ha provocado que la esperanza de vida media descendiera a los 41.4 años, probablemente por debajo de los tiempos pre-coloniales. En diez países de África la prevalencia de HIV es igual o superior al 10 por ciento de la población. La OMS calcula que en el 2010-2015 la esperanza de vida en África será de 47 años, bien diferente de los 64 que poseería sin el SIDA. Y la transmisión a los niños ha hecho que la mortalidad infantil aumentase también espectacularmente: África se muere, y se muere en medio de duelos inelaborables que están acabando con culturas y tradiciones milenarias e instaurando una especie de "cultura del sobreviviente" para los (pocos) que logran superar tan terribles pruebas. Es difícil pronosticar el impacto que esa situación está poseyendo sobre todo tipo de duelos y procesos (psicológicos) de duelo y, por tanto, es difícil prever su impacto sobre el conjunto de vivencias de poblaciones enteras --que es lo mismo que hablar de su impacto sobre elementos centrales de una cultura. Pero, dada la magnitud del problema y de los sufrimientos que lleva aparejados, es fácil hipotetizar un efecto devastador sobre las costumbres autóctonas, sobre los lazos familiares y sociales, sobre los ritos y normas sociales, sobre la cultura toda. África, como por otras vías el sureste asiático, está quedando "en carne viva", apta por lo tanto para ser colonizada ahora ya de forma definitiva por culturas más individualistas, competitivas, insolidarias. Pero no olvidemos la contrapartida

de esa situación, que tarde o temprano nos alcanzará. Porque *la desesperación engendra violencia; la violencia, desesperación.*

III. La muerte se profesionaliza

Es algo notorio para todos ustedes, por lo que no me voy a extender más sobre el tema: La mayoría de los lectores, lo queramos o no, moriremos intubados, perfundidos, monitorizados, aseptizados, ¿anestesiados?. Y, como he desglosado recientemente (Tizón 2004), una cosa es la necesidad de extender los cuidados paliativos, el “bien morir” de pacientes -y “bien acompañar en el tránsito” de los familiares-, y otra muy diferente que eso tenga que hacerse en las manos supuestamente omnipotentes de la tecnociencia.

IV. La muerte ocultada: negada, seudointimista y de-negada/escindida

La muerte profesionalizada se halla en estrecha relación con la realidad de la muerte negada (conscientemente) y de-negada (inconscientemente), bastante evidentes en nuestra sociedad y nuestra cultura “occidental y cristiana”. Y con una realidad más amplia, pero estrechamente relacionada con la misma: estamos viviendo muy de espaldas a los duelos y los procesos de duelo desencadenados por las pérdidas afectivas. Que el asunto es social y psicológicamente importante lo muestran por ejemplo las numerosas contradicciones que aparecen alrededor de estos temas, tanto en nuestra vida cotidiana como en los medios de comunicación. Podemos tener inundados nuestros hogares, ágapes y conversaciones por las imágenes del horror y la muerte de miles y miles de congéneres, que la televisión y todos los medios de comunicación nos “sirven” puntualmente cada día en nuestros comedores y salones, pero, al tiempo, el dolor y el sufrimiento por (al menos) alguna de esas muertes, son marginados de nuestras vidas, conversaciones, acciones cotidianas. Pueden existir medios de comunicación (¿) que difundan y apoyen campañas que defienden la vida de los no-nacidos, o la vida de seres en estado vegetativo y, al tiempo, apoyen el que desde el occidente “civilizado, opulento y cristiano” se estén exportando golpes de estado, guerras y muertes a otros países. O que seamos los principales productores de las armas que allá matan. Y sin embargo, la muerte de cada uno de nosotros nos afecta, como decía John Donne ya a primeros del siglo XVII:

*“La muerte de cualquier hombre me disminuye
porque estoy ligado a la humanidad.*

*Y por lo tanto, nunca preguntes
por quién doblan las campanas:*

Doblan por tí”

(John Donne, 1572-1631)

Pero es evidente que la muerte de algunos, la de los próximos, allegados o famosos, nos afecta más que la de varios miles de desheredados, comunistas, islamistas, terroristas, inmigrantes pobres o hambrientos de mas allá de nuestras fronteras.

Se trata, creo, de un tema ideológico y político en última instancia, pero que posee importantes repercusiones asistenciales. Parece que nuestras sociedades y nuestros conciudadanos viven cada vez más de espaldas a las consecuencias afectivas de las pérdidas y los duelos, más de espaldas a los duelos y a la muerte, más disociados de esos

acontecere humanos fundamentales. Cada vez se oculta más la muerte en nuestras sociedades, de forma tal que “la vieja señora” se ha convertido en una figura poco presentable y representable, salvo en las obras de un dudoso arte basado en “efectos especiales” y en fábulas y peripecias del “más allá”. Por cierto: Otro ejemplo del retorno de lo reprimido, en el sentido más estrictamente freudiano: ¿Rechazamos representárnosla en directo? Pues nos vuelve deformada y caricaturizada, inutilizada para el crecimiento individual y social.

¿Cuántos de ustedes han “hecho un velatorio”, más allá de la ritual y a menudo despersonalizada despedida del muerto y sus familiares, en a menudo despersonalizados servicios de “pompas (¿) fúnebres”, tras oficios a menudo también despersonalizados, descontextualizados, que disocian el acto del morir y despedir la vida con respecto a las creencias o el agnosticismo del difunto?. ¿Cuántos de nuestros hijos han pasado una noche atendiendo a los familiares, cuidando que haya comida y café en la casa donde acuden los vecinos, conocidos, amigos, algún enemigo, más de un curioso...? ¿Cuántos hemos llevado alguna vez “un muerto al hombro”, hemos acompañado el último viaje a su última morada, desde la casa hacia el cementerio?. Necesidades económicas, productivas, higiénico-sanitarias, de organización de la religión y los servicios en las grandes ciudades, han ido convirtiendo más y más la muerte en nuestro mundo en algo privado, privatizado y mercantilizado, que debe tratarse en la intimidad casi vergonzante, casi sin dolor, sufrimiento, llanto visible. Desde luego, sin secreciones y gestos que afeen el rostro, que muestren la humanidad doliente. El mito apolíneo de nuestra cultura se expresa aquí en la disociación y negación del dolor, el sufrimiento, las emociones y la visceralidad que nos acongojan y “afean”. Es la muerte privatizada, pseudo-intimista, casi indolora para los deudos, marginada de la cotidianidad, institucionalizada en los hospitales, expropiada de la vida del difunto y sus familiares. Un resultado: ni tenemos vivencias de la muerte, ni nos atrevemos a tenerlas. Y eso es lo que enseñamos o dejamos de enseñar a nuestros hijos. Con ese bagaje sobre uno de los momentos fundamentales de toda vida y toda cultura los lanzamos a la vida y a la cultura. Y nos lanzamos a la asistencia y a las labores de orientación es decir, a actividades que promueven duelos, han de diagnosticar duelos, han de acompañar duelos, han de intervenir en duelos, han de derivar a servicios especializados o a la red social a ciertas personas en duelo.

La filosofía como reflexión sobre la muerte

Muerte, para la Real Academia de la Lengua Española (2000) es la “cesación o terminación de la vida”. *En el pensamiento tradicional, la separación del alma y del cuerpo*. **Morir** es 1) *Llegar al término de la vida*, 2) *Llegar cualquier cosa a su término*; 3) *Sentir muy intensamente algún deseo, afecto, pasión, etc. (Morirse de hambre, de sed, de risa...)* 4) *Apagarse o dejar de arder o lucir*; 5) *Cesar una cosa en su curso, movimiento o acción (morir los ríos, la saeta...)*.

Se trata de un recordatorio de las definiciones “canónicas” en castellano. Pero, como he dicho más arriba, las reflexiones sobre la muerte y las experiencias y ritos funerarios son uno de los núcleos centrales de toda cultura. Platón defendía que la filosofía era una meditación sobre la muerte. Cicerón, que toda vida filosófica no es sino una *commentatio mortis*, una preparación para la muerte. Siglos después, Montaigne (1533-1592) consideraba que “toda la sabiduría y el discurrir del mundo se resumen en este punto: enseñarnos a no temer a la muerte”. Incluso en el pensamiento filosófico moderno, la meditación sobre la muerte es tan

importante que Ferrater Mora (1988) defendió que toda la historia del pensamiento humano, en realidad, es una auténtica meditación sobre la muerte. Heidegger había manifestado lapidariamente en 1927 que "el hombre es un ser para la muerte". El pensamiento existencialista en general implicaba una idea de que la muerte asumida y reflexionada rescata el sentido de la vida.

Según estas opiniones, una historia de las formas de la «meditación de la muerte» podría coincidir con una historia de la filosofía. Sin embargo, tal opinión puede entenderse en dos sentidos. En primer lugar, en el sentido de que la filosofía es o exclusiva o primariamente una reflexión acerca de la muerte. Sería tal vez la reflexión de Heidegger o de nuestro Unamuno. El segundo sentido querría indicar que la reflexión sobre la muerte es la piedra de toque de numerosos sistemas filosóficos. Personalmente, me parece una acepción más reducida y, por ello, más plausible. Podría entenderse en el sentido de que una historia de las ideas acerca de la muerte da lugar a un completo análisis de las diversas concepciones del mundo —y no sólo de las filosofías— habidas en el curso del pensamiento humano. Además, supone un análisis de los problemas relativos al sentido de la vida y a la concepción de la inmortalidad, ya sea bajo la forma de su afirmación, o bien bajo el aspecto de su negación. En ese sentido, el atomismo materialista, el atomismo espiritualista, el estructuralismo materialista y el estructuralismo espiritualista incluyen desde luego, diferentes ideas acerca de la muerte.

Desde el punto de vista filosófico, se trataría entonces de observar de qué distintas maneras «cesan» varias formas de realidad y de intentar ver qué grados de «cesabilidad» hay en el continuo de la Naturaleza. En *El ser y la muerte*, Ferrater Mora (1962, 1988) ha formulado varias proposiciones relativas a la propiedad «ser mortal», donde la expresión 'ser mortal' resume cualquier modo de dejar de ser:

«1) Ser real es ser mortal; 2) Hay diversos grados de mortalidad, desde la mortalidad mínima a la máxima; 3) La mortalidad mínima es la de la naturaleza inorgánica; 4) La mortalidad máxima es la del ser humano; 5) Cada uno de los tipos, de ser incluidos en 'la realidad', es comprensible y analizable en virtud de su situación ontológica dentro de un conjunto determinado por dos tendencias contrapuestas: una que va de lo menos mortal a lo más mortal y otra que recorre la dirección inversa». Lo que se llama «muerte» es entendido aquí como un fenómeno, o una «propiedad», que permite «situar» tipos de entidades en el citado «continuo de la Naturaleza».

Para adentrarnos mínimamente en nuestro tema, creo que hemos de tomar en cuenta dos elementos básicos, entrelazados entre sí, y derivados de las consideraciones anteriores: El primero, que existen diversos tipos y formas de "cesación de la vida", o de "muerte". Según el segundo, no podremos entender todo lo que viene a continuación sin la distinción entre el morir intransitivo y el morir transitivo y reflexivo, el *morirse*.

Como recuerdan Ferrater Mora y Castilla (1997, 1995), morir es un hecho biológico, algo que sucede al organismo como totalidad. Algo que ocurre a ese organismo pero de lo cual el sujeto puede tener o no conocimiento, vivencia. Si el sujeto no tiene vivencia, noticia, conocimiento alguno de que se muere, simplemente muere, pero no *se-muere*; diríamos que *muere sin morirse*. Si existe alguna forma de conocimiento (que no es lo mismo que "conciencia"), el sujeto, como diría el poeta, *muere muriéndose*.

Para que haya sujeto, *self*, sí-mismo, mismidad, identidad, se necesita organismo, desde luego. En ese sentido, no debemos olvidar que nuestra posibilidad de ser sujetos, identidades humanas, es nuestro cuerpo, nuestro organismo. El sujeto es una función depurada del organismo y, en general de los organismos, una función en la cual la

naturaleza muestra su capacidad de evolucionar en el sentido negentrópico, de construir sistemas de significaciones integradas y simbólicas de la propia experiencia con la inclusión de la autorreflexión. La existencia de sujetos implica una evolución en la cual hay *representación mental* o neural, pero también *meta-representación* (es decir, representación de uno mismo representándose el mundo), *meta-meta-representaciones* (por ejemplo, de la mente de los otros y, por lo tanto, de una teoría de la mente) y, por último, la integración de las más significativas de todas ellas en el eje espacio-temporal, la constitución de la mente con sus engramas, “esquemas cognitivos”, “fantasías inconscientes” o “relaciones de objeto” más profundas. Somos pues sujetos de una mente y de una historia personal hundidas en la historial familiar, grupal y colectiva.

Ahora bien: Está claro que ese morir parcial, biológico, es continuo y real, y, por tanto, afecta de alguna forma a nuestro devenir como sujetos a través de su impronta en nuestras representaciones mentales más profundas. Pero ese morir biológico, estructural y parcial no es *morirse*, aunque tenga lugar desde que nacemos.

Tampoco es morir la interrupción brusca de la vida, sin experiencia de esa interrupción. Y ahí, los momentos últimos y las vivencias de “finalización del sujeto” son tan importantes. Porque, salvo conocimientos posteriores, hoy hemos de pensar que el que muere fulminado por la rotura de un aneurisma cerebral, por un ictus, o por un infarto masivo, en realidad, en la realidad última, no *se muere*. Simplemente, *muere*. Como el condenado a muerte, del cual no puede decirse que *se muere*, sino que *lo matan* -y hoy en día, sin ningún paliativo, pues no existe ninguna justificación para tal ajuste de cuentas vengativo-. Aquí el intransitivo *morir* debe ser sustituido por un transitivo, pero no reflexivo: matar. Aunque, como ejemplo, si no puedo esperar la muerte, *me mato*, y eso es *matarse*, un hecho y una locución claramente reflexiva.

El sujeto es una función depurada, compleja y última del organismo. Es *sujeto de simbolización, de comunicación y, por lo tanto, de relación* con los demás. Que algo de nosotros muere cada día es evidente hoy: células de todo tipo y órgano, neuronas corticales, metabolitos. Pero también algo nace cada día: millones de células y compuestos químicos, incluidas las células tumorales. Es la dialéctica entre la *vida* y la *muerte*, entre *Eros* y *Thanatos*, en la analogía tan querida para Freud (su segunda sistemática de las pulsiones). Pero ese morir parcial, biológico, sectorial, no es morir-se, como no lo es, estrictamente hablando, la muerte súbita, sin conciencia: el sujeto *muere*, pero no ha sabido que *se muere*. Morir es propio de todo organismo (biológico). *Morir-se es un atributo del sujeto*. El final de la vida y de la biografía es *de alguien*. Así se experimenta y se vive. El cuerpo es la condición necesaria pero no suficiente para esa existencia como sujetos. La vida (biológica) es necesaria porque hace posible la vida (biográfica) o sea, la existencia humana, la biografía humana. “*Lamentamos perder, por eso, el cuerpo –lo que muere--, porque se deja de existir como sujeto, que es quien muere*” (Castilla 1995).

La vida biológica tiene su realización y desarrollo más logrados, a nivel humano, en la constitución del *sujeto* biopsicosocial. Por eso también cada muerte es una catástrofe, pues es la destrucción de una trabajosa fusión de múltiples elementos dinámicos. Por eso también, un elemento fundamental de cada vida, de cada sujeto, es la muerte que lleva dentro. Y que llevamos dentro en el ámbito biológico (muerte celular, catabolismo...), en el social (fracasos, pérdidas y cambios del rol, transiciones psicosociales irrecuperables...) y en el psicológico: cómo reaccionamos ante la idea de la muerte, cómo la negamos, de-negamos, disociamos, es uno de los elementos constitutivos del sujeto, del *sí-mismo*, del *self*. Por eso, morir puede ser una circunstancia, un accidente, una imprevisión. Pero, si nos

es dada la oportunidad de una (mínima) conciencia, *tendemos a morir como hemos vivido* (a nivel profundo). Es decir, tendemos a morir de acuerdo con nuestras fantasías inconscientes, de acuerdo con nuestras programaciones semánticas con respecto a la muerte, la vida y la relación con los demás.

Por eso podemos decir que *sólo el sujeto se muere muriéndose*. Sólo si tenemos el conocimiento, la experiencia de que nuestra vida biológica se está extinguiendo, y con ella nuestra biografía, nuestra historia, nuestras posibilidades como agentes sociales; todo un mundo interno finamente construido y arquitrabado a lo largo de decenios, casi como una obra de orfebrería gótico-flamígera. Sólo el que ha sido sujeto puede llegar a adquirir el sentido de la desaparición del sujeto, el auténtico *morir-se*: Sólo el moribundo se sabe muriéndose. El resto, los que tal vez vayamos a morir súbitamente, sin conciencia, sin sujeto activo, simplemente nos moriremos. Perderemos entonces la ocasión de vivir esa experiencia última y radical, la última a la cual podemos arribar en tanto que sujetos humanos.

Es decir: *morir y vivir son funciones del organismo. Existir y morir-se, son atributos del sujeto*. Morirse es un proceso mental resultante de la percepción, acertada o errónea, fantaseada o hipocondríaca, de que nuestro self, nuestra identidad, llega a un final, de que desaparecemos como sujetos. No sólo perdemos nuestro cuerpo y nuestra vida, sino, como antes decíamos, todo un mundo interno trabajosamente construido, toda una identidad social y una capacidad de actuar socialmente, todo lo que tenemos y todo lo que hemos tenido, así como lo que, mediante fantasías anticipatorios del sujeto, creemos que podríamos llegar a tener.

Vivencias de la muerte: La muerte como objeto interno

Hasta qué punto la experiencia del morir puede ser transitiva es otro tema muy discutible. Sabemos que desde muy tempranamente, que desde los cinco o seis años de vida el niño comienza a intuir que hemos de morir: porque nos lo dicen, nos lo explican e incluso porque lo hemos vivido con la muerte de seres queridos, allegados, vecinos, animales de granja, animales domésticos, tal vez sólo por la dolorosa muerte de una mascota o un animal de compañía. Pero la muerte, la *vieja señora*, es un objeto interno tan persecutorio y tan misterioso que no es fácilmente homologable la experiencia del morir de los demás con la experiencia del morir propio, ni siquiera cuando se trata de familiares o allegados. El duelo por la propia muerte, desde la infancia anunciada, es un duelo difícil también por cómo tenemos categorizado el momento de morir-nos, y, tal vez, incluso la muerte misma como objeto interno (por ejemplo, más o menos personificada, más o menos persecutoria...). De ahí que la experiencia del morir-se sólo se adquiere a fondo cuando nos estamos muriendo. De ahí que popularmente sean tan importantes esas experiencias que designamos con la frase: *“Creí que me moría...”* Dejando de lado su uso hiperbólico, o dramatizador, o histérico, señalan una vivencia difícilmente comparable con cualquier otra y que difícilmente podemos apoyar en vivencias transmitidas por los demás: El estar muriendo es condición necesaria pero no suficiente para la experiencia de morir-se. Así, muchos enfermos terminales están muriendo sin morir-se. Se necesita esa segunda condición: la percepción, más o menos consciente, de que nos morimos.

Cuando digo “más o menos consciente” soy consciente, valga la redundancia, de los problemas que el inconsciente dinámico pone a la filosofía, incluso en este campo. Es decir: Si hay percepción inconsciente de que estamos muriendo, ¿significa eso que morimos como

sujetos?. Es decir ¿lo inconsciente proporciona identidad como sujetos? Para nosotros, psicoanalistas, no hay duda. Pero eso significaría, por ejemplo ampliar notablemente el número o proporción de los que “se mueren muriéndose”, porque unas obscuras, subliminales e inconscientes percepciones de la propia muerte, de que nos estamos muriendo son, en mi experiencia, muy frecuentes. Gran parte de los que mueran o muramos con cierta lentitud, con cierta capacidad de anticipación, sí percibiremos que nos estamos muriendo. Tal vez podamos percibirnos como sujetos murientes, aunque sea de forma obscura e inconsciente. Significaría eso que, salvo para los casos de las muertes repentinas, gran parte de los seres humanos morimos como sujetos. He ahí una visión más democrática y menos elitista de la aproximación popular hacia la muerte que la que han defendido gran parte de las filosofías y las culturas.

Ahora bien: Como sujetos que somos, hasta cierto punto podemos elegir cómo acercarnos a la muerte o bien a su negación o de-negación como mecanismo de defensa o, según prefiero decir hoy, mecanismo de elaboración. Lo cual no hace sino magnificar la importancia de los elementos psicológicos en la construcción de nuestros grados de libertad: Incluso podemos ser libres para utilizar mecanismos psicológicos que intenten negar nuestro fin, a pesar de que lo percibimos. ¿O tal vez, en una visión pre-postmoderna (Bauman 1997; Béjar 2007), tendríamos que decir que, incluso en esta suerte suprema, seguimos encadenados a los mecanismos de defensa que nos han impedido acercarnos a la realidad y elaborar nuestras vidas de forma más plena?

En todo caso, hemos de constatar que la experiencia de la muerte es una experiencia poco compartible, por muchas dosis de empatía y *com-pasión* que pongamos en el asunto. Podemos compartir la pena y el duelo por la partida, por la separación consecutiva a la muerte, pero no tanto la propia experiencia de la muerte, suponiendo que sea algo más que ese duelo por la partida.

Por todo ello hemos de pensar que la actitud ante la muerte, más que tener que ver con la experiencia de la muerte, tanto propia como ajena, tiene que ver con el símbolo de la muerte y el significado de la muerte transmitido en la cultura y en la familia, a lo largo de generaciones. Personalmente, creo que es transmitido sobre todo a través de las experiencias vividas en otros duelos. Ya he dicho en otros lugares (Tizón 2004, 2007) que, en último extremo, todos los duelos remiten a dos duelos fundamentales: El duelo de la separación de objeto originario de vinculación (la madre o su sustituto) y el duelo por el fin de nuestra experiencia como sujetos (la muerte). Como lo ha dicho mucho más certera y poéticamente Antonio Gamoneda:

En las iglesias y en las clínicas

ví columnas de luz y uñas de acero

y resistí asido a las manos de mi madre.

Ahora

aparto crespones y cánulas hipodérmicas:

busco las manos de mi madre en los armarios llenos de sombra.

Antonio Gamoneda, Arden las pérdidas (2003)

Quien tiene conciencia de que se está muriendo, de que está perdiendo o va a perder al sujeto, a sí mismo como sujeto, vive pues una de las experiencias más impactantes de la vida. Va a perder lo máximo que puede perder, precisamente el núcleo desde el que puede vivir y sentir las pérdidas y sentir y vivirse a sí mismo: el sujeto, el *self*, la mismidad. Por eso, para el que padece una enfermedad irreversible, todo el tiempo que resta de vida es ya presente, no futuro, y tiene las características y fugacidades del tal. Porque salvo para los que “regresan” casi del otro lado, vuelven del “más allá” real, de la “casi muerte”, la expectativa de la muerte es una vivencia del morir fantaseado, de que nos representamos a nosotros mismos muriéndonos. Por eso digo que la actitud ante la muerte, lo que haremos cuando sepamos que la barca de Caronte está cerca de nosotros, tiene menos que ver con representaciones concretas y fantasías aplicadas a las mismas, y mucho más que ver con las experiencias de separación, pérdida y duelo que hemos sufrido a lo largo de toda la vida y de cómo las hemos elaborado o dejado de elaborar. Ya no es una mera representación, sino que, como diríamos los psicoanalistas, es una actitud que, como todas las actitudes fundamentales, transmite *relaciones de objeto internas* fundamentales, es decir, entramados de emociones y experiencias repetidas que marcan o facilitan unos sentimientos, fantasías, defensas y conductas en vez de otros.

De ahí que haya diversas experiencias ante la muerte a las cuales podríamos hacer una primera aproximación, siquiera somera. Pero en todos los casos, la distinción entre el más o menos *morir* y el más o menos *morir-se* es fundamental.

La muerte como objeto interno persecutorio.

El miedo a la muerte, la muerte vivida como objeto persecutorio tiene que ver con cómo se ha ido configurando en nuestra mente ese objeto interno y, además, con el predominio de la ansiedad persecutoria en esas vivencias. En parte, el miedo a la muerte deriva de sentir a la muerte muy definida, muy como una entidad o un ente concreto. Es *alguien* que nos puede hacer daño (“*Es la muerte que viene a por ti*”, “*La tienes ahí ya, junto a tu costado/ tu corazón / tu lecho*”). La muerte como objeto interno se halla entonces especialmente vinculada con vivencias definidas de pérdida, duelo irreparable, separación angustiada y, a menudo, vinculada con lo siniestro, lo misterioso, lo amenazador. Es difícil hablar con justeza teórica de fobia ante la muerte, pero así es como deberíamos nombrar la actitud extrema de esta perspectiva de la muerte.

La muerte como objeto confusional.

En otras ocasiones, el objeto interno muerte está revestido particularmente de características de indefinición, oscuridad, confusión, de ansiedades confusionales. Lo que se teme y atormenta es el cuándo y el cómo: “*¿Cuándo y cómo moriré?*” “*¿Voy a morirme ya, voy a morirme ahora? ¿Qué hay después de la muerte?*”. Aquí la muerte no es algo definido, casi un *alguien persecutorio*, sino *algo* indefinido. Puede vivirse como algo confuso e inenunciable, o como algo indefinido pero persecutorio (como un *alien*) o tal vez como lo que es en verdad, un mero acontecimiento informe, pero doloroso e inevitable. La confusión puede aumentar, además, por el añadido de mil preguntas y dudas suplementarias, secundarias.

La muerte negada, de-negada y, a la postre, disociada.

En otras ocasiones, la ansiedad que acompaña a la muerte, de tipo persecutorio y confusional entremezclado, o persecutorio dominante, lleva a la de-negación de la muerte: Es la muerte negada (cosa que en realidad no es posible a medio plazo) o, al menos, disociada, escindida de nuestras vivencias cotidianas durante meses y años. Intentamos eludir la vivencia y el conocimiento de la muerte como si no fuera con nosotros, como si no fuera a pasar-nos nunca. A veces no es una negación racional, sino una de-negación emocional, actitudinal. Es el reverso de la muerte persecutoria del fóbico o del paranoide. Tal vez no negamos abiertamente que hemos de morir, lo cual supondría disfunción cognitiva o delirio agudo, pero sí podemos vivir y, de hecho, vivimos como si no fuera con nosotros, como si no fuéramos a morir.

Una derivación de esta actitud de-negadora intenta vivir la muerte con la denegación de la pérdida total que acompaña, con la denegación de las pérdidas. No con la negación/de-negación del suceso, sino de sus resultados. Es le *muerte sin duelo*, que algunos suicidas y algunos místicos acarician:

Ven muerte tan escondida

Que no te sienta venir

Porque el placer de morir

No me vaya a dar la vida.

Cantar anónimo español del XVII o XVIII².

En un sentido bien diferente, para el suicida, que siente que ha tenido tantas pérdidas, poco importa perderse, desaparecer como sujeto, pues con ello se evitan males mayores: Evita el mal de vivir o el mal-vivir.

Como decía, en mi opinión, la muerte disociada es un objeto interno que tiene que ver sobre todo con las actitudes ante el duelo de los que nos han acompañado y criado: El niño y el joven busca acogimiento y contención ante sus pérdidas y sufrimientos con los adultos y éstos le responden con recomendaciones o actitudes tendentes a “*no le hagas caso*”, “*no pienses en eso*”, “*canta, reza, corre, bebe, drógate...pero no la oigas*”. Mas las defensas disociadoras no logran controlar el objeto persecutorio de la muerte, tan sustentado en la realidad vital y hasta en las vivencias cotidianas, por lo que tarde o temprano vuelve a presentificarse. En último extremo sólo queda el recurso a las defensas maníacas: control, triunfo y desprecio sobre la muerte, que pueden observarse en algunos momentos de algunos pacientes terminales o suicidas y, a un nivel idealizado-sublimado, en algunas proclamas místicas o guerreras (*Soy el novio de la muerte/mi más leal compañera...*, dice uno de los himnos más conocidos de la Legión española). A menos que se trate de una mera reacción maníaca pasajera, manifestación del intento ilusorio de negar la realidad de la propia muerte, de que vamos a morir, de que también yo voy a morir. A menudo, algunas religiones colaboran en este sentido de forma paradójica y contradictoria: Ayudan a presentificar la muerte en la vida cotidiana y, al tiempo, prometiendo vidas “más allá” (de la muerte), contribuyen a negarla. Pero hay que recordar entonces que esta segunda negación nunca es real y completa, al menos en nuestra cultura y nuestra sociedad, si no se entremezclan situaciones de delirio agudo, de cuadros maníacos, o de perturbaciones cognitivas graves. Si hablamos de nuestra propia muerte, siempre sabemos que perdemos y, por tanto, siempre morimos mal, resistiéndonos. En realidad, como recuerda Castilla (1988) para calmar la ansiedad ante la muerte el recurso a la promesa de

una vida futura de felicidad y bienaventuranza es notablemente ineficaz. Ante la muerte, la mayoría nos comportaríamos como aquel cordobés moribundo muy popular cuyo pesar trataba de aliviar su confesor mediante la descripción de las maravillas que había que depararle su próxima estancia a la diestra de Dios Padre, donde con seguridad llegaría, puesto que había recibido sus últimos sacramentos. El cordobés, sin embargo, respondió trabajosamente al sacerdote: “*Si padre, pero como en la casa de uno...*”

La tendencia a de-negar y disociar la muerte, unida a la tendencia cultural cada vez más amplia de disociar y esconder el duelo puede deparar graves inconvenientes a los profesionales o técnicos destinados, como profesión, a atender a los que mueren: médicos, enfermeros, religiosos, personal asistencial. Cada vez es más visible la tendencia en sectores enteros de aquéllos a atender mediante la escisión y la negación, incluso conscientes, a los pacientes terminales, crónicos, de lenta e inevitable evolución. Contactar con ellos es contactar con la pérdida, el duelo y la muerte. Y omnipotente y maníacamente, no contactar con ellos puede vivirse con la ilusión de negar y de-negar la propia muerte, la pérdida, el duelo. Por otra parte, a menudo los pacientes y sus familias ayudan a los médicos en esa negación personal de la muerte: Por ejemplo, en las maniobras y dramatizaciones defensivas que he llamado la *tragicomedia de la muerte, los muertos vivos y los muertos aplazados* (Tizón 2004).

Por otra parte, a menudo se piensa que poseer más información científica, abstracta, cognitiva sobre la muerte o sobre su proceso puede contribuir a mejorar el duelo de la propia muerte. El cómo morimos los médicos desmiente día a día esa ilusoria fantasía: la muerte es, sobre todo, un objeto interno y, como tal, anclado en nuestras vivencias, fantasías inconscientes y emociones más profundas. La negación, de-negación o idealización de la propia muerte no se ve impedida por esos datos conscientes, intelectuales, racionales. Como en el caso del médico en formación que, tras una larga explicación al paciente al cual ha comunicado un diagnóstico infausto, intenta despedirse y salir de la habitación sintiendo que ha logrado explicar adecuadamente la situación y que el paciente le ha entendido. Justo en la puerta le llama el paciente y le dice: “*Pero me curaré ¿no doctor?... O el médico que, ya terminal y sin poderse mover del lecho más que ocasionalmente, me saludó una tarde medio avergonzado, medio bromista: “Jorge: Tengo que decirte que he hecho una tontería... Me he comprado un coche nuevo”. Y así, no es infrecuente que algunos médicos, como otras personas no médicos, puedan entrar en el coma final, por ejemplo tras una neoplasia con metástasis, manteniendo la ilusión de que su enfermedad es grave, pero que se pueden curar. Si queremos eludir la muerte y el duelo, siempre podremos... pero en nuestra mente, no en la realidad. El objeto ardientemente deseado o extremadamente evitado siempre puede lograrse conseguir o evitar: en la fantasía, en la imaginación, o, en último extremo, como el sujeto con psicosis, alucinándolo.*

En la ilusoria denegación de la muerte colaboramos todos y colabora una cultura y una sociedad. En la medida en la cual la muerte supone un duelo inelaborable, la sociedad está constituida por *Otros* que pueden poseer la misma actitud de-negadora que nosotros mismos. Hasta el extremo de que hoy hablar de la muerte, si no es desde un púlpito o en una confesión, es juzgado como una impertinencia notoria. Los amigos y allegados reaccionan al menos con un *¡Cómo eres!...*

La muerte expropiada, negada, desacralizada, de la cual he hablado a menudo, es un resultado de esta tendencia negadora y de-negadora de la muerte en muchas sociedades actuales, disociadoras de su realidad perenne y cotidiana. Más en nuestra cultura, con la de-sacralización, el final de los ritos funerarios, la desaparición de los ritos de

luto, el escamoteo de los muertos e incluso de los moribundos, la profesionalización del morir, de la agonía y de los cadáveres, la tanatoestética.

Es como si no hubiera más que una forma de estar en el mundo: Maníacamente, siguiendo hasta el final el mito apolíneo. Menos los que necesitan y reclaman cada día su muerte, claro está. Los que piden, imploran o exigen eutanasia. Aquella negación maníaca es una “enfermedad” que tiene “cura”, pero momentánea: las pérdidas psicofísicas de la edad, los signos de invalidez y envejecimiento, las enfermedades. Se trata de “curaciones” tan milagrosas como pasajeras, pues a quien tiende a eludir, a de-negar la muerte y el duelo, le es fácil reinstalarse en la denegación. Esa actitud aparece a menudo incluso en los velatorios o a la vuelta del cementerio. Son intentos de economizar el gran desgaste emocional que supondría pensar una y otra vez, re-cordar una y otra vez *nuestra muerte*. A veces incluso, esa actitud denegadora de la propia muerte, y omnipotente en su máximo extremo, puede favorecer el suicidio “altruista”, como forma de perpetuar el *self* pero perdiendo la vida, pues el que muere por altruismo será omnipresente en las mentes de los otros. O los que fantasean que van a impactar en la mente de los otros, dejándoles un recuerdo imborrable, gracias a su desprecio por la muerte (Recordemos: *Soy el novio de la muerte*, canta el legionario desterrado y, en general, los “valientes hasta la muerte”).

Todo ello a pesar de que generalmente disociamos la muerte, no queremos pensar en ella, nos refugiamos en disociaciones más o menos radicales y groseras o en proyecciones a menudo caricaturescas: vemos la muerte como una realidad de “los otros”, y pocas veces como algo próximo. Entre otras cosas, porque supone el más radical desafío para nuestro *sí-mismo*, nuestro sentimiento como *sujetos*: el trauma de la muerte es la conciencia de que hay algo que puede hacernos desaparecer, diluir radicalmente nuestro *Yo* individual. Es la mayor amenaza existente sobre nuestra conciencia de *nosotros mismos*, el trastorno fundamental y el más peligroso inductor del *desorden más profundo del sí mismo*: la amenaza de su desaparición.

En la medida en la cual la muerte es un objeto interno, y de los más personificados de todos, se vive con esas características de objeto interno, un poco literariamente. Pero, cuando vemos acercarse la propia muerte, lo que se teme más es “*morir con dolor, con sufrimiento, en soledad*”, más que la muerte en sí. Ante la propia muerte que se acerca, muchos piensan o pensamos como Montaigne: “*La muerte es sólo un momento: Cuando termina la agonía*”. Por eso recordaba antes que el mal, el verdadero mal-morir, es morir con sufrimientos, con dolor, en soledad. He ahí *el mal*, el verdadero *mal*. Epicuro decía: “*Ese es el grito de la carne: no tener hambre, no tener sed, no tener frío*”. Es natural y sano el deseo de casi todos nosotros de no sufrir y, sobre todo, no sufrir profunda y visceralmente. Sufrir así -o, anticipatoriamente, la posibilidad de sufrir-, es lo que más atormenta al moribundo. No sólo la despedida o el viaje de Caronte: mucho más el sufrimiento que está teniendo, que teme tener, o que teme que los demás no perciban y no calmen, conforten, consuelen, alivien. No podemos vivir sin la esperanza, pero tampoco se puede morir sin esas *esperanzas*. Ni sin la *confianza* en la integridad de nuestra propia vida y nuestra propia trayectoria y (nuevamente) la esperanza en que los otros lo han apreciado y apreciarán así.

Estamos ahí ante otras posibilidades, momentos y formas de vivir la propia muerte, ante otras representaciones del objeto interno “muerte”: Las que prefiero describir y nombrar como la *muerte vivida “en posición reparatoria” o “integradora”*, de las cuales hablaré más adelante. Otras aproximaciones y matices quedarán hoy por hoy fuera de esta reflexión, por falta de espacio y tiempo: Por ejemplo, la relación entre el objeto interno muerte y el objeto interno madre, o las repercusiones de las diversas formas de vivenciar el objeto interno

madre sobre el objeto interno muerte, tal como podríamos ejemplificarlo con las relaciones de esos objetos internos en el melancólico, en el paranoide, con el objeto “madre muerta”, etc.

La muerte como pérdida de la vida y, por tanto, como desencadenante de un duelo inelaborable.

A lo largo de la vida, todos sufrimos pérdidas traumas y conflictos. Las pérdidas, los traumas y conflictos o, si se quiere, un cierto grado de sufrimiento, son inseparables de la vida: no hay vida sin momentos de sufrimiento o, más particularmente, no hay vida sin ansiedad. De ahí que el desarrollo de la especie y el desarrollo mental y social de los humanos haya puesto en pie métodos para aliviar dicho sufrimiento y para integrarlo en el conjunto de la vida y la experiencia: son los *procesos elaborativos*, que incluyen siempre una serie de cambios corporales (endocrino-inmunitarios, bioquímicos, neurológicos), unos cambios psicológicos (fundamentalmente, en nuestras emociones e ideaciones) y unos cambios sociales (fundamentalmente, en nuestras relaciones y roles sociales).

Los *duelos* y los *procesos psicológicos de duelo*, de los cuales he escrito recientemente³, son una variedad de los procesos elaborativos: los que acaecen ante la pérdida afectiva. En nuestra cultura suele entenderse el duelo como la reacción ante la pérdida de un ser querido, aunque los procesos de duelo también pueden ponerse en marcha ante la pérdida de los ideales, de unas capacidades concretas, de unas oportunidades, de un trabajo. En general, toda *pérdida* emocionalmente vivida pone en marcha los *procesos psicológicos de duelo*. Otras manifestaciones básicas del duelo son los ritos o rituales de duelo, mediante los cuales cada sociedad intenta que se conozca la pérdida, así como ayudar a los deudos a afrontarla. Ritos de duelo típicos son los *lutos*, los ritos funerarios, los rituales religiosos, etc.

Como he recordado en otros lugares (Tizón 2004, 2007), con el término *elaboración del duelo* se intenta hacer hincapié en la realidad de que todo duelo supone tanto esfuerzos y trabajos dolorosos (*dolus*), como un desafío y un combate emocional (*duellum*). Al hablar en términos de proceso también dejamos patente que en todo *duelo* se dan cambios temporales, que sus manifestaciones cambian a lo largo de los días, los meses y los años. Hablamos de *duelos complicados*, si sus circunstancias hacen difícil la elaboración, y *duelos patológicos*, si nos llevan al trastorno mental. Como al lector se le habrá sugerido, entiendo que la muerte, la propia muerte, el morir-se es siempre un duelo como poco complicado. ¿Y cómo podría ser de otro modo si supone que el sujeto tiene que utilizar sus propias capacidades e historia interna y externa para afrontar la propia desaparición como sujeto?

Como he descrito en repetidas ocasiones, todo proceso de duelo pasa por diferentes momentos o desarrollos, que pueden durar desde días a años. Elizabeth Kübler-Ross, la conocida psiquiatra suizo-norteamericana, nos propuso su famoso esquema de los momentos de duelo que ella designó con los términos descriptivos de *incredulidad*, *negación*, *negociación*, *depresión* y *aceptación*. Para la utilización en la clínica cotidiana, he propuesto un esquema algo más sencillo, que suelo resumir como sigue (Tizón 2004): Unos primeros momentos de *impacto* y *shock* (con predominio de la confusión, la incredulidad, el sentimiento de vacío o catástrofe); una segunda fase de *turbulencia afectiva* (marcada por la dolorosa alternancia de sentimientos contrapuestos: pena, tristeza profunda, culpa, negación de la culpa, tendencia a evadirse o incluso a olvidar la pérdida, nuevamente tristeza; ira, rabia, desconfianza, nuevamente tristeza); un tercer momento de *desesperanza*, *más o*

menos reversible (en la cual ya predomina la tristeza, la pena); y un último y largo período en el que pueden predominar la *reorganización y revinculación con el mundo* o bien el *desapego*, la desafección (es decir, la retirada más o menos melancólica y depresiva, o desconfiada y paranoide del mundo).

Por supuesto que la pena y la tristeza profundas, así como la ira y la irritación pueden ser omnipresentes en el duelo por la propia muerte. La depresión que a veces sigue a la muerte anunciada es una complicación y un indicio de duelo patológico que hay que tratar adecuadamente. En definitiva, también frente al duelo de la propia muerte anunciada puede darse ese último momento afectivo de *reorganización y revinculación con el mundo* (que perdemos) o bien de *desapego profundo*, la verdadera depresión del paciente terminal (es decir, la retirada más o menos melancólica y depresiva, o desconfiada y paranoide con respecto al mundo).

De ahí que en la práctica asistencial o del consejo y la orientación sea tan importante tener en cuenta tanto las ideas básicas sobre los procesos de duelo y su evolución, como las ideas más filosóficas reseñadas arriba. O, en su caso, los conocimientos y creencias religiosas.

Porque, en general, existen tres formas de afrontar la muerte del otro, la muerte del prójimo, la muerte del allegado, la muerte de la persona cuidada: Comunicándosela abiertamente de entrada y dándole oportunidad de elaborar ese duelo, y no comunicándosela. Pero también, en tercer lugar, no haciéndolo abierta ni directamente por sistema, sino procurando hacerlo en el momento más oportuno y temprano posible, negociando con las propias tendencias de todos y cada uno de nosotros, por un lado a afrontar y elaborar, y por otro lado, a disociar, denegar y escindir. Son tres vías de afrontar la comunicación de la muerte de la persona querida o cuidada; tres vías que en otro lugar he agrupado en lo que he llamado el "*modelo americano*" (la comunicación es prescriptiva y temprana) y el "*modelo europeo*" que hoy, con algo más de experiencia sobre esta Europa poco unida en la que nos ha tocado vivir, preferiría llamar "*modelo mediterráneo*". El primer modelo, centrado en la autonomía del sujeto muriente, puede enriquecer al segundo, centrado más en la com-pasión con el muriente y su familia y está dando paso a una vía menos "normativizada" y prescriptiva, que obliga a valorar las capacidades del moribundo y su familia para elaborar ese duelo y a negociar progresivamente con el moribundo sus posibilidades de afrontar y elaborar ese duelo y esa pérdida definitiva. En el primer caso, la pena y la tristeza tempranas que siguen a la comunicación de la noticia pueden favorecer la descompensación y la psicopatología. Estas, a su vez, pueden empeorar la vida somato-psíquica del moribundo y su familia y, desde luego, la posibilidad de que se deje cuidar mínimamente bien. Pero ocultar la muerte, retrasarla siempre, ceder ante la hoy omnipresente presión familiar para que "no le diga nada, doctor" (la "*segunda vía*"), deja al sujeto sin la posibilidad de ser sujeto en ese último trance, le cercena tal vez su más radical libertad: la de saber, la de conocer, incluso el destino fatídico. Con el añadido, que complica humana y profesionalmente esa situación, la más humana de todas, de que, si tras la progresiva aproximación y aceptación de la realidad, acabamos comunicando abiertamente la muerte próxima, entonces pueden ponerse en marcha los pasos del "*modelo americano*", del modelo elaborado por Elizabeth Kübler-Ross y estudiado recientemente por autores como Maciejewski, Prigerson y colaboradores (2007). Aún siguiendo adecuadamente este proceso más paulatino, cuidadoso y mediado, también entonces pueden darse descompensaciones psicopatológicas.

La muerte vivida en posición “reparatoria” o “integradora”.

La verdadera tranquilidad ante la muerte (nunca total, sino ambivalente y conflictiva), la verdadera *ataraxia*, sólo puede venir de toda una vida de elaboración de conflictos, sinsabores y pérdidas; de toda una vida cuidando de nosotros mismos al mismo tiempo que de los demás; de la posibilidad consecutiva de haber trascendido nuestro propio ser y nuestro propio transcurso vital mediante los hijos y/o mediante nuestra aportación solidaria, artística, científica, filosófica, política, *productiva o creativa* en su sentido más amplio. Sólo algunas personas logran alcanzar ese *sentimiento, sensación o fantasía inconsciente básica* que Erikson (1964) llamó *integridad del self* y yo simplemente *integridad* (Tizón 1995). El individuo que ha podido enfrentar realísticamente ese conjunto de avatares puede tener entonces una idea realista sobre su papel en el mundo y, por tanto, de su futuro, de su muerte e, incluso, de lo que ha de ocurrir después de ella a sus seres y objetos queridos. Ha podido integrar todos esos avatares en una sola representación interna de un *sentido del sujeto*, de un *sí-mismo* único e irrepetible: el suyo. Puede entonces sentir a nivel profundo, emocional y cognitivo, que la vida ha valido la pena y que hay un cierto orden y valor en esa existencia e incluso en los sufrimientos pasados. Eso es lo que permite la sabia distinción existente en el idioma castellano –y otras lenguas romances- entre el *morir*, propio de un individuo u organismo, y el reflexivo *morirse*, intrínsecamente humano.

Podremos vivir la experiencia de nuestra propia muerte si hay consciencia para ello: si las circunstancias externas del óbito (rapidez, percepción y conciencia de la misma) y las circunstancias internas (la negaciones conscientes y las defensas inconscientes) nos permiten aproximarnos a los profundos sentimientos que *morir-se* implica, como proceso de duelo radical que es. Sólo esa postura integradamente auto-reflexiva puede permitir que la *confianza* permanezca a pesar de lo decisivo e irrevocable de la pérdida. Luego vendrán los detalles concretos de la muerte, los accidentes y circunstancias de la agonía. Ante ellos no hemos de caer en idealizaciones: por integrados que tengamos nuestra *mismidad* y nuestro Yo, todos nos morimos mal. Si somos conscientes de lo que se nos avecina, la pérdida es tan grave que sólo ocasionalmente aparecen seres humanos que en ningún momento caen la des-esperanza, la des-confianza, la de-negación, el des-equilibrio, el egoísmo. Y aún en estos casos podemos dudar del componente integrado o negador de esa *ataraxia* continuada. Lo normal es lo opuesto: lo estadísticamente y humanamente "normal", "natural" es que en toda agonía sobrevengan momentos de des-esperación, desconfianza, egoísmo. Sostener lo contrario sería idealizar las capacidades humanas ante la muerte y el duelo y, tal vez, negadora o maníacamente, nuestras propias capacidades. Lo importante es que esos momentos puedan ser pasajeros, no dominantes, puedan reconsiderarse una y otra vez si los avatares de la agonía nos dan tiempo y conciencia para ello. Así, con esos cambios y esos momentos de turbulencia, en los individuos con más impregnación cultural y con una vida más integrada y solidaria, ese devenir favorecerá incluso una visión genealógica, filogenética de la sociedad, la naturaleza y de las microsociedades que nos rodean, y una sensación de proximidad y solidaridad hacia individuos, culturas y formas de vida diferentes y hasta remotas: se trata de manifestaciones de una especie de "*amor postnarcisista*" al género humano y a uno mismo como miembro único, aunque perecedero, de esta especie.

Según mi experiencia y lecturas, en pocas ocasiones puede encontrarse una expresión literaria tan directa de esa vida dominada por la integridad-integración con la naturaleza, la cultura y la humanidad, como en la carta que el caudillo Seattle, gran jefe de la tribu de los Suwamish, contestaba en el año 1855 al Presidente de los Estados Unidos de Norteamérica.

Los muertos del hombre blanco olvidan su tierra cuando comienzan el viaje a través de las estrellas. Nuestros muertos nunca se alejan de la tierra que es la madre. Somos una parte de ella y la flor perfumada, el ciervo, el caballo y el águila majestuosa son nuestros hermanos...

En efecto: Si hay un cierto tiempo y posibilidades culturales, personales y familiares para elaborar esos conflictos, la muerte, incluso la propia muerte, puede enfocarse de forma más *ataráctica*, de forma más *serena y autónoma (autarkeia)*. Por otra parte, si hemos estado presentes en las muertes, duelos y funerales de amigos, compañeros y, si es preciso, de familiares, ello proporcionará una importante e inevitable preparación para ese enfoque de la propia muerte.

Como con cualquier pérdida o duelo, la existencia de un exceso de culpa, la *culpa persecutoria*, la *culpa insoportable*, dificulta gravemente la elaboración. Y mucho más en el caso de la propia muerte. Necesitamos un cierto grado de *tolerancia* o *indulgencia* para con nosotros mismos, y de los demás para con nosotros, con el fin de acercarnos con cierta *ataraxia* hacia la muerte. Pero para poder admitir nuestras culpas, y sobre todo en trance tan definitivo, necesitamos la *esperanza* de que sean perdonables, y una cierta *confianza* en que nuestros allegados nos las van a perdonar, que han sido y serán indulgentes con ellas. ¿Cómo podemos transmitir confianza e incluso esperanza *los que vamos a vivir a los que van a morir?* Sólo mediante nuestras propias *funciones emocionales* y, en particular, a través de las *funciones emocionales introyectivas*. Particularmente, pudiendo expresar hacia ellos *amor, solidaridad, esperanza, confianza, contención*. Por eso ante la proximidad de la muerte son tan necesarias la contención, por un lado, y las expresiones abiertas, explícitas del amor y la solidaridad: desde las expresiones más intelectuales (palabras, recuerdos, poemas, libros...) hasta las expresiones más sensoriales (caricias, abrazos, coger la mano, cuidados físicos, perfumes...). Para el que va a morir, para los que vamos a morir, son la expresión directa de que perdonamos. *Perdonamos porque amamos y amamos porque perdonamos*. Eso es lo que puede consolar(nos) en tan insufrible trance. Pero de forma equivalente, el que muere puede (y debe) consolar a los que le sobrevivirán. Como poco, intentado que la vida de éstos sea lo menos complicada posible, intentado ayudarles a afrontar la pérdida y no complicándosela con imprevisiones, rigideces o resentimientos antiguos. De ahí la importancia de preparar el deceso y la herencia, si ello es posible. El testamento, las "últimas voluntades", el "testamento vital", las listas "tipo Manitoba" son formas de cuidar el que muere a los que sobre-viven (Tizón 2004). Son formas de intentar elaborar la envidia en el más radical de los pozos de la envidia: la del que muere ante los que le sobreviven. Por eso, dejar las cosas preparadas (que no "atadas") para después de que uno muera es una obsesión para unos y una preocupación para los más. Pero puede tratarse de la forma última y postrera de expresar el resentimiento. Como en el famoso chiste gallego, recogido por Castelao:

-- *Si muero en Pateliños de Abaixo, quiero que me entierren en Pateliños de Arriba. Y si muero en Pateliños de Arriba, que me entierren en Pateliños de Abajo.*

-- *¿Y eso por qué, Pepiño?. ¿Eso por qué?.*

-- *Para fastidiar, sólo para fastidiar...*

Desgraciadamente, sin embargo, la situación más frecuente es la contraria: la del moribundo al que le faltan capacidades físicas o mentales para arreglar, preparar los últimos arreglos y trabajos, la herencia, el propio funeral incluso. La de-negación de la muerte y la propia aleatoriedad de ésta colaboran en crear frecuentemente esas dolorosas situaciones.

Con el agravante de que no es posible afrontar la propia muerte con cierta entereza, con *cierta integridad*, con *ataraxia* y *autarquía*, si no hemos podido arreglar al menos mínimamente nuestro propio tránsito, al menos en relación con los que aquí dejamos: por eso se está extendiendo en los países tecnológicos la idea y los documentos de "últimas voluntades" y las listas "tipo Manitoba". Desgraciadamente, a menudo siguen entendiéndose las "últimas voluntades" como "últimas voluntades" biológicas (el *testamento vital*) o económicas (el *testamento*), en un espectro excesivamente restrictivo del término. De ahí que resulte tan importante ese movimiento cultural y social que mencionábamos más arriba: el que tiende a incluir como últimas voluntades y "documento de últimas voluntades" las propias ideas con respecto a funerales, donación de órganos, cremación, herencia, albaceas.

Consecuencias asistenciales.

Encontramos pues, en nuestro mundo, diversas perspectivas ante la muerte, y tanto a nivel cultural como a nivel individual. Quería terminar recordando simplemente que dichas perspectivas poseen directas repercusiones asistenciales. Por ejemplo, en las situaciones que recientemente he denominado *los muertos vivientes* y *los muertos aplazados* (Tizón 2004). Esas nociones parten de la observación de que, a menudo, la medicina se dedica artificialmente a una supuesta "prolongación de la vida" que, en realidad, oculta una real "prolongación de la muerte", con su correlato de sufrimiento, angustia, agonía. Los *muertos vivientes* son esos entes inconscientes, en coma profundo e irreversible, que han perdido (¿irremisiblemente?) el contacto con los demás y con el mundo. Pero en ocasiones es tan difícil determinar cuándo ese coma es "irreversible" que, también a menudo, ello lleva a largas y dolorosas prolongaciones del mismo. Los motivos pueden ser múltiples y no podemos aquí sino enumerarlos: esperanzas realistas o irrealistas de recuperación (en ocasiones se han dado recuperaciones en contra de todo pronóstico), errores diagnósticos o pronósticos, actitudes religiosas, disposiciones y conflictos legales. Pero, sobre todo, la negación-denegación de la muerte.

El conflicto, el dilema y la duda pueden ser aún mayores en los *muertos aplazados*, los pacientes terminales: son los pacientes de los cuales se piensa que la medicina moderna no puede ya ayudar en su problema principal, pero a quienes, con mayor o menor "intervencionismo terapéutico", se insiste en mantener vivos, con "funciones asistidas", reanimar en los momentos críticos, suplir sus carencias biológicas. Se insiste tanto que, a menudo, parece que más que intentar hacerles lo más digna, llevadera y vivible la poca vida que les queda, lo que hacemos o nos piden que hagamos es emprender una estéril, omnipotente y maníaca "lucha contra la muerte", a menudo sin tener para nada en cuenta sus deseos como sujetos, a veces incluso expresados abiertamente. Más que ayudarles a vivir, en ocasiones parece que sólo se intenta "prolongar la vida". Pero ¿qué vida?

El extremo de estas prácticas es el "**enseñamiento pseudo-terapéutico**": el encadenamiento de una y otra exploración, de una y otra intervención paliativa (¿) pero agresiva se justifican, en último extremo, con la mera y estrecha racionalización de que son posibles. La técnica se utiliza ya no como forma de realizar una *asistencia centrada en el consultante como miembro de una comunidad*, sino en función de su mera disponibilidad. El enfermo terminal y el anciano son las principales categorías de seres humanos que caen bajo la égida delicuescente del *aplazamiento tecnificado de la muerte*. La tecnología permite hoy prolongar la vida de personas que, de otro modo, habrían fallecido de "muerte natural". Ello plantea problemas de muy difícil solución, pero problemas fundamentales de la práctica

sanitaria de nuestros días. ¿Hasta cuándo vale la pena tratar a los pacientes terminales? ¿Cuándo y cómo dejar que "la naturaleza" imponga sus leyes?. Detrás pueden esconderse desconfianzas y temores de todo tipo. Por ejemplo ¿Hay una *equidad* ante los servicios sanitarios para los terminales o, más bien, los pobres, ancianos y solitarios son desposeído de gran parte de los cuidados en beneficio de los ciudadanos ricos, influyentes, acompañados?. Y recordemos que hasta la tercera parte de los gastos sanitarios de un individuo en el mundo industrializado viene determinada por los cuidados sanitarios del último año de vida. En ciertos casos, ejemplarizados entre nosotros por la muerte de Francisco Franco, esa influencia, riqueza y poder es la cédula que implica un mayor "ensañamiento terapéutico"? ¿Cuándo, cómo, dónde poner los límites?.

El debate es amplio, complejo, profundo y, además, se entrecruza con el debate acerca de la *eutanasia* (al menos, de la *eutanasia pasiva*). No puedo aquí entrar ni mínimamente en tal problemática ética, deontológica, legal, afectiva y psicológica, por lo que me limito recordarla. No olvidemos empero que, en su sentido etimológico, *eutanasia* (*eu-thanatos*) significa muerte tranquila, sin sufrimiento, sin graves alteraciones anímicas. Nada que ver con el "ensañamiento pseudoterapéutico". Además, existen indicios más que razonables que tienden a hacernos pensar que el *ensañamiento pseudoterapéutico* se aplica con más "dedicación" a los moribundos de clase alta que de clase baja: estos últimos son cuidados (descuidados) por la medicina occidental y, sobre todo, por las administraciones, con mayor ocultación y silencio, con la rutinización, con escasos esfuerzos reanimadores y con una actitud que, aunque luego se niegue y se racionalice, a menudo hace pensar en una *eutanasia pasiva* generalizada. A menudo, parece que a determinadas administraciones no les preocupa atender al bienestar de nuestros últimos días, lo que llevaría inmediatamente a pensar no sólo en la *eutanasia activa asistida* sino, mucho antes, a organizar auténticos servicios de *cuidados paliativos* y *cuidados domiciliarios*. O incluso de *hospicios o moritorios*, según el modelo anglosajón, para quien no tiene familia u hogar en cuyo seno morir.

Esas situaciones están haciendo emerger a la luz, a menudo tras el telón de agrias discusiones sobre la eutanasia, una serie de *nuevos y viejos conflictos ante la muerte*. No están muy lejanos los tiempos en los cuales se realizaba aquella reunión a menudo dramatizada, que unía a los familiares, allegados y cuidadores, junto con el (posible) moribundo: era la *reunión de despedida o "de últimas voluntades"*. Hoy, en su lugar se van instalando entre nosotros una serie de conflictos, en parte nuevos y en parte viejos: conflictos entre el enfermo y el médico, conflictos entre la familia y el médico y conflictos entre el enfermo y la familia. ¡Como para que haya quien quiera complicarlo ahora con conflictos entre la administración y los médicos que atienden esas situaciones, médicos a menudo pagados a diez-veinte euros por hora de guardia!

Los *conflictos actuales entre el médico y el enfermo* acerca de la muerte y sus cuidados tienen hoy dos caras: Por un lado, es cierto que aflora en ocasiones una cierta falta de sensibilidad y empatía emocional de los sanitarios con respecto al sufrimiento del paciente terminal, falta de sensibilidad que puede desembocar en una pasividad terapéutica o en el encarnizamiento pseudoterapéutico. Es cierto que puede darse, pero también es cierto que es una situación minoritaria, al menos en nuestros medios y, en general, en los países mediterráneos. Pero puede crecer: No olvidemos que los médicos somos también miembros de esta cultura y esta sociedad que vive sólo de cara al "éxito" y "el triunfo" y que, por tanto, tiende a desdeñar o "pasar rápidamente por alto" las situaciones de pérdida, frustración, dolor y, con ellas, a los sumergidos, doloridos, marginados, indefensos. ¿Cómo podíamos evitar el riesgo de contagiarnos nosotros mismos de las tendencias de esa

sociedad? El "activismo terapéutico" suele asentarse en actitudes personales o de formación científica del profesional y, en algunos países y sociedades, en la *medicina defensiva*: a menudo, el ensañamiento (en este caso claramente *pseudoterapéutico*) se practica con el fin de evitar demandas de responsabilidad civil o penal contra los médicos y hospitales por no "haber hecho todo lo posible" para la supervivencia del paciente. En consecuencia, como ya hace años lleva ocurriendo en Norteamérica, la inminencia de la muerte anunciada puede provocar cada vez más conflictos entre el paciente y el equipo médico. Y no olvidemos que el último elemento de nuestra *mismidad*, de nuestra identidad, es *nuestra muerte*, nuestra forma de morir.

Los *conflictos entre la familia y el médico* en estos casos terminales a menudo se centran alrededor de lo que he llamado *la representación de la tragi-comedia*: en definitiva, no se disputa, no se lucha por el derecho a la tragedia, el derecho a afrontar la tragedia, como estaban obligados a afrontar los ciudadanos griegos con sus tragedias dramatizadas. La marginalización y expropiación actuales de la muerte hacen mucho más difícil esa labor de afrontamiento, de elaboración. Por causa de defensas culturales y personales inadecuadas, todos ocultan a todos lo que saben, en vez de intentar compartir conocimientos, experiencias, emociones.

La situación empeora si, como sucede a menudo, en esa coyuntura, el médico –o la sanidad, o los políticos- toma partido por una de las facciones de la familia, con lo cual se convierten en juez y parte de una decisión no compartida: a los problemas y conflictos de la decisión se añade entonces una *confusión del rol*. Ya no es un médico que decide sobre cuestiones médicas más o menos amplias, sino que actúa como juez, teólogo, especialista en ética. Demasiado para un ser humano y un profesional. Y más si está teniendo que tomar varias decisiones graves cada hora, a menudo en interminables guardias (aún) de 24 horas. Y más si consideramos que, a menudo, nadie le ha ayudado a formarse en la atención a los procesos de duelo e incluso en temas mucho más elementales, tales como la entrevista familiar.

El *conflicto entre el enfermo y su familia* suele surgir casi siempre que hay tiempo y condiciones para ello: si hay que determinar hasta qué punto la familia debe respetar las decisiones que tomó el enfermo cuando aún estaba lúcido, *en plena posesión de sus facultades mentales*. A veces la familia se arroga el derecho del paciente de negarse al activismo una vez que la muerte parece irremediable: aparentemente, se hace por solidaridad, por compasión, por caridad, pero a menudo se entremezcla con esa actitud la necesidad de evitar convivir con la culpa y otros sentimientos que la muerte de un familiar reaviva en nosotros; es decir, que a menudo esa insistencia en las terapias o en su evitación total es una forma de *desculpabilización*, es una forma de evitar los complejos sentimientos que toda pérdida importante reaviva en nosotros, en los que vamos a seguir viviendo. En otros casos, la familia elude la responsabilidad de reivindicar y aplicar la voluntad conocida del enfermo: cede todo el poder al "cuerpo médico", le firma un "cheque en blanco". Con ello, sobre todo si el encuadre es de medicina privada y/o defensiva o si la persona puede considerarse un VIP, se corre el riesgo de la *medicalización abusiva de la muerte* y de lo que antes hemos llamado *el ensañamiento pseudoterapéutico*.

En el fondo, tanto en un caso como en otro, subyacen los poderes cuasi-autónomos de la tecnociencia, por un lado, y las dificultades que todos tenemos (y tal vez más en nuestra cultura) para aceptar, civilizar y familiarizarse con los duelos y la muerte. Porque en estos ámbitos la dialéctica no es o no debería ser entre enseñamiento pseudoterapéutico y eutanasia, sino entre heteronomía y medicalización por un lado y autonomía y ataraxia, por

el otro. Y sólo esta segunda postura puede permitir el que seamos sujetos hasta en la última y más radical de nuestras pérdidas. O que, si no podemos serlo, alguien a nuestro lado lo comprenda y nos acompañe en el trance. Es la versión actual del mandato sempiterno que podríamos resumir con,

Dale la mano al moribundo... Tú sabes dónde está y el no sabe a dónde va...

REFERENCIAS

- Bauman, Z. (2000). *Modernidad Líquida*. Buenos Aires: FCE; 2002.
- Béjar, H. (2007). *Identidades inciertas: Zygmunt Bauman*. Barcelona: Herder; 2007.
- Candib, L.M. (2002) Truth telling and Advance Planning at the End of Life: Problems with Autonomy in a Multicultural World. *Family Systems and Health* 2002; 20(3): 213-228.
- Castilla, C. (1991). *Un estudio sobre la depresión: Fundamentos de antropología dialéctica*. Barcelona: Península.
- Castilla, C. (1995). *Celos, locura, muerte*. Madrid: Temas de Hoy.
- Erikson, E.H. (1963). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Paidós; 1980.
- Ferrater, J. (1988). *El ser y la muerte*. Madrid: Alianza Ed.
- Ferrater, J. (1997). *Diccionario de filosofía* (4 vols). Madrid: Alianza Ed.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. En : *Obras completas*, tomo I. Madrid: Biblioteca Nueva; 1967 (también como "La aflicción y la melancolía". *Obras Completas*, tomo 14. Buenos Aires: Amorrortu; 1989).
- Freud, S. (1918) Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En: *Obras Completas*, tomo XVII (pp. 155-164). Buenos Aires: Amorrortu; 1989.
- Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit*. (Traducción al castellano: *Ser y Tiempo*. Madrid: Trotta 2006).
- Kübler-Ross, E (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo; 2000.
- Maciejewski, P.K, Zhang B, Block SD, Prigerson HG. (2007). An Empirical Examination of the Stage Theory of Grief. *JAMA*. 2007;297(7):716-723.
- Nulan, S.B. (1993). *Cómo morimos*. Madrid: Alianza Ed.
- Quill, T.E. (2002). Autonomy in a Relational Context: Balancing Individual, Family, Cultural and Medical Interest. *Family Systems and Health* 2002;20(3): 229-232.
- Seale, C. (2000). Changing patterns of death and dying. *Soc Sci Med* 2000; 51: 917-930.
- Tizón, J. L (1996). *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Barcelona: Bibliària; 1988.
- Tizón, J. L (2004). *Pérdida, pena, duelo: Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Paidós.
- Tizón, J. L (2005). *El humor en la relación asistencial*. Barcelona: Herder Ed.
- Tizón, J. L (2007). *Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis*. Barcelona: Herder Ed.
- Unamuno, M. (1913). *Del sentimiento trágico de la vida*. Buenos Aires: Espasa-Calpe 1939.

NOTAS

¹ Psiquiatra, psicólogo, psicoanalista. Director del Equipo de Prevención en Salud Mental - EAPPP (Equip d'Atenció Precoç als Pacients amb risc de Psicosi). Dirección de contacto: Institut Català de la Salut. C/ Córsega 544, 08025-Barcelona. Correo electrónico: jtizon.pbcn@ics.scs.es

² Que el pueblo llano siempre ha parafraseado en diversas cantigas y *carmine*, casi todos ellos coincidentes con la idea de "*Ven muerte tan definida/haz que te sienta venir/dame el recurso de huir/Déjame alargar la vida*".

³ En la obras, recientemente publicadas, "Pérdida, Pena, duelo: Vivencias, investigación y asistencia". Barcelona: Paidós; 2004,2007 y "Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis". Barcelona: Herder; 2007.