

ANTROPOLOGIA DE LA MUERTE

■ Conferencias de Domingo García Sabell

«Antropología de la muerte» fue el tema objeto de un ciclo de conferencias que impartió en la Fundación Juan March el médico y Presidente de la Real Academia Gallega, **Domingo García Sabell**, del 4 al 13 de noviembre pasado. «La muerte es impenetrable, nadie puede salvarse de ella y nadie ha llegado a definirla antropológicamente de forma satisfactoria. Plantea múltiples problemas en todos los campos. Por eso sólo cabe rodear a la muerte, pasear en torno al gran misterio que es la muerte, tratando antropológicamente de los hechos que la delimitan». Este fue el objetivo de las cuatro conferencias del doctor García Sabell, en las que abordó la agonía, la vejez como correlato de la muerte, la eutanasia y otros múltiples aspectos que engloba una visión totalizadora de la muerte. Ofrecemos seguidamente un resumen del ciclo.

Vivimos en una época anti-tabú por excelencia. Sin embargo, el gran sociólogo inglés Geoffrey Gorer afirma que el gran tabú del siglo XX es la muerte. Estamos en el reino de la huida de la muerte, de su negación y ocultación. Y esta ocultación o huida de la muerte se da a través de dos vías: el aplazamiento y la aceptación, ya con resignación o con agonía. Por un lado, tratamos de aplazar la muerte el mayor tiempo posible, y ahí están los procedimientos para retrasar el envejecimiento; de otro, existe la actitud de la



DOMINGO GARCIA SABELL es Doctor en Medicina, académico de número, Presidente de la Real Academia Gallega y Delegado General del Gobierno en Galicia. Miembro fundador de la Sociedad Española de Patología Digestiva y de la Sociedad Española de Patología Psicosomática. Presidente de la Editorial Galaxia, es autor, entre otros trabajos, de «Tres síntomas de Europa», «A pintura como comunicación», «Testimonio personal» y «Cinco subjetividades como paisaje». De 1981 a 1983 fue miembro de la Comisión Asesora de la Fundación Juan March.

aceptación, asumiendo la inevitabilidad de su cita puntual.

«Cuando tú estás, la muerte no está. Y cuando la muerte está, tu ya no estás», decía Epicuro. La muerte, pues, no es experimentable, pero sí puede ser anticipada. ¿Cómo? Admitiéndola, sabiendo de su ineluctable proximidad. Esto es lo que yo llamo «esencialidad vivencial de la muerte propia» y

lo que conforma el rostro antropológico de la agonía. Desde el momento en que se crea la doble certeza —del médico y del enfermo— de que éste último va a morir, aparece lo que Glaser y Strauss denominan la «open awareness», es decir, el manifiesto conocimiento de la situación mortal próxima e inaplazable. Y entonces comienza un proceso de intercomunicación muy curioso y significativo.

La agonía, realidad antropológica

Siete son los estadios que la doctora Elisabeth Kubler-Ross distingue en ese proceso del saberse condenado a muerte por enfermedad: hay una fase primera de *choque*, el «traumatismo tanático». El sujeto experimenta desorientación, desamparo, se siente como un marginado de la vida y, en ocasiones, llega a mostrar un comportamiento superficial, casi infantil. Viene después la fase de *denegación*: el enfermo racionaliza sus síntomas. Se pregunta: ¿y si hubiese un error técnico? Y empieza la peregrinación de médico en médico, de hospital en hospital, acude incluso a curanderos. Como el mal continúa su curso, viene la fase de *cólera* frente al mundo exterior; de cólera, acompañada de egoísmo y soledad. Y la fase de *depresión*, coexistente con la anterior. El sujeto siente desconfianza, siente que los demás le engañan y se sume en una profunda melancolía. Empieza una fase de *trato con la enfermedad*: el enfermo piensa que una cosa es su enfermedad y otra la muerte. Empieza a hacer nuevos programas de vida, promesas. Pero si la gravedad de la

dolencia se acentúa, entra en otra fase: la *aceptación*. Acontece entonces que la conciencia del enfermo alcanza unas profundidades para nosotros inexplicables. ¿Qué es lo que ve? No lo sabemos nunca porque los que acceden a esos umbrales no regresan jamás. El enfermo concibe una esperanza en lo que hay más allá. Experimenta curiosidad y una sensación de miedo. Hay al final como un enriquecimiento espiritual extraño que no podemos captar, y sobreviene la última fase: la *rotura de la comunicación* (la «decathexis», décimo estado de la agonía que distinguían los griegos). La actitud del moribundo es la de un extraño. No sé si hay o no esperanza en él, pero lo cierto es que toda su vida pasa ante los ojos del agonizante como una película.

La muerte es el acabamiento de los males físicos y es también el alborear de vivencias transmundanas. Que luego estas vivencias se cumplan o no es algo que nosotros, los científicos, desde esta ribera, no podemos asegurar. Pero que la ilusión de la tras-vida ilumina intensamente el minuto último del hombre, eso no puede ser negado.

La vejez anticipa la vivencia de la muerte. No se puede establecer con exactitud cuándo empieza la madurez y cuándo la vejez. Los clínicos y antropólogos solemos situar el comienzo de la segunda en torno a los 65 años, pero la vida es una continuidad que va por pasos imperceptibles y que da lugar a un progresivo desgaste de energía vital que empieza en el mismo momento de nacer. En los viejos se da una vulnerabilidad progresiva a los ataques del medio externo y algo más que

Antropología de la muerte

DOMINGO GARCÍA-SABELL



NOVIEMBRE 1986

Martes, 4

LA AGONÍA COMO REALIDAD ANTROPOLOGICA

Jueves, 6

LA VEJEZ. CORRELATO DE LA MUERTE

Martes, 11

LA EUTANASIA. EXPERIENCIA DE UNA SITUACIÓN LÍMITE

Jueves, 13

VISION TOTALIZADORA DE LA MUERTE. EL ARTE COMO MEDIADOR



Todos los cursos se celebran los días 19 y 22 de marzo en el Salón de Actos de la Fundación Juan March
Castelló, 27 (2006 Madrid, España) 11€.

un progresivo desgaste: la atrofia senil. Cabe preguntarse si uno puede morir de puro viejo, por mero desgaste y agotamiento de ese continuum vital. Es decir, ¿existe la muerte natural, una muerte sin enfermedades degenerativas? Vischer y Roulet estudiaron casos de viejos que murieron aparentemente sanos. La *adaptabilidad* de los ancianos es notable, poseen una enorme capacidad de subsistir, a pesar de albergar en su cuerpo las enfermedades más feroces.

La vejez es como una *premuerte orgánica*. La vida del anciano es una «vida mínima». Todo es, para él, una prueba difícil y una situación agónica. Y, en el plano espiritual, se da también una regresión a modos de conducta infantiles. Según mi experiencia clínica, en la regresión del viejo se dan unos rasgos constantes: rigidez de conducta (hace las mismas cosas y del mismo modo), progresiva

disminución de la memoria para los sucesos recientes y reactivación, en cambio, de los recuerdos antiguos; ironía ante los jóvenes; tendencia al mutismo y al aislamiento; un temple de matiz depresivo... En lo material, una gula constante, una obsesión por la comida, que el psicoanálisis interpreta (Abraham) como sustitución de la libido sexual por la oral —interpretación que yo no comparto—; en mi opinión, en tales obsesiones está presente otra obsesión: la defensa ante la muerte.

Otro factor constante en la situación del anciano es el de las dos soledades: una, la soledad por el alejamiento de los demás, que dejan de visitarlo; la otra es la soledad reaccional propia. El viejo no entiende nada del mundo que le rodea y se cierra sobre sí mismo. Es ésta una racionalización destinada a enmascarar la invalidez somática y el empobrecimiento espiritual. El anciano relaciona todo con su persona, se vuelve egoísta. Hay también otros rasgos como el desaliño, descuido en la vestimenta, la hosquedad. Se vuelven gruñones, imprevisibles, caprichosos y extravagantes en su pasividad, todo lo cual compone un cuadro clínico que se ha dado en llamar *síndrome de Diógenes*, como expresión de la situación de tipo *agónico* de los ancianos. La dimisión del anciano supone una «contestación», una protesta frente al mundo. El síndrome de Diógenes es el símbolo último de la radical soledad del anciano.

Y, naturalmente, la *pasividad*, la inmovilidad durante horas y horas, que, aunque pueda tener causas orgánicas, conlleva un acontecer antropológico profundo. Es como una esclerosis de

la conducta, como si con la inmovilidad el tiempo pudiera alargarse, detenerse. La inmovilidad crea la ilusión de que el devenir cronológico no nos ataca. Sin olvidar las sucesivas pérdidas que los muchos años traen consigo: baja en la acuidad de los sentidos, especialmente la vista y el oído; los «reúmas» de toda clase; los fallos de la memoria. Y están también las otras pérdidas: los lutos familiares, la desaparición de los amigos íntimos; la jubilación que les aparta de los compañeros del trabajo diario; están las nuevas generaciones, que si no se entienden, contribuyen a subrayar, con su mera presencia, la pérdida del tesoro humano que ya no podrá ser recuperado. Así, pues, aún sin una enfermedad determinada, el anciano se «echa a morir». Y, por paradójico que pueda parecer, se da también una *dictadura del cuerpo desfalleciente*. El cuerpo ya no sirve y, sin embargo, se le dedica toda la atención posible.

Pero junto a este sombrío lienzo de la vejez, hay otro luminoso, el de las vejeces ejemplares o ilustres. Me refiero a los viejos que reciben la muerte con el mismo sosiego con el que aceptaron la vida. Ellos dejan tras de sí el entrañable recuerdo que deja un paisaje familiar. Fueron el arquetipo de lo contrario de la senescencia, la apertura generosa y gozosa del mundo. De estos hombres no tiene demasiado que decir la ciencia médica. En todo caso, suscitan en nosotros grandes dudas acerca del entrelazado causal entre el soma y el espíritu. Ni síndrome de Diógenes, ni enquistamiento, sino todo lo contrario: actividad, alegría, colaboración y paz. En ellos no se vive la vejez como agonía.

Es el caso de los ancianos creadores, como Goethe, que escribió el segundo *Fausto* entre los 70 y los 80 años de edad; o el de Humboldt, que compuso su *Kosmos* (cinco volúmenes) entre los 76 y los 89; y de tantos otros. La vejez de Picasso constituye un notabilísimo modelo: el hombre anciano que se enfrenta con la muerte empujando su propia creación transindividual; el hombre que trasiega la específica, individual agonía hacia el cauce jamás agotado, jamás seco, de la propia obra.

La eutanasia, experiencia de una situación límite

Desde no hace muchos años, el hecho de morir ha cambiado de signo. Antes, se moría en un determinado momento, con toda claridad y sin posibles dudas. Morir era un *acto*. Esta es la que yo llamo *muerte antigua*. Las cosas han cambiado. Al socaire de los avances técnicos fue naciendo la *muerte moderna*, que consiste en la capacidad que posee la Medicina de nuestro tiempo para alargar indefinidamente la vida vegetativa de los pacientes. Esto plantea dos problemas: por un lado, la dificultad de delimitar el paso de la vida a la muerte. Por otra parte, nos encontramos ante *el muerto sin cadáver*, sensación que a cualquier médico le produce escalofríos. La muerte moderna es, pues, no un acontecimiento bien delimitado, sino más bien un devenir paulatino, una realidad aplazada. Es la muerte, digo yo, *puesta entre paréntesis*. De ahí la dificultad moderna de llegar a una definición válida del morir. Pero nuestra época también se carac-

teriza por la contradicción, y frente a la muerte encubierta y prolongada aparece cada día con más acuidad la obsesión por aligerar la defunción, de hacerla súbita y fácil. Se intenta, en fin, acelerar la muerte.

Es la eutanasia, la muerte hermosa, dulce, tranquila, paulatina y sin mayores sufrimientos. Existe, de hecho, una gran confusión en el significado de la eutanasia. Hay una eutanasia *pasiva* (el clínico se limita a dejar que el morbo cumpla su letal destino); otra *activa* (lo que los anglosajones llaman «mercy killing», «muerte por compasión»); está la eutanasia *lenta* (los viejos excesivamente atendidos ven prolongarse estéril y cruelmente su vitalidad); la *social* (enfermos, no sólo viejos, sin esperanza, que son improductivos para la sociedad); la *racial* (genocidio, como el que llevó a cabo el Tercer Reich). Pero el problema de fondo es que la eutanasia, con el añadido calificador que se quiera, abraza realidades absolutamente distintas. Cada forma suscita problemas morales, religiosos, legales, sociales. Hay quienes sostienen, por ejemplo, que el distingo entre «matar» y «dejar morir» no posee, en sí mismo, «importancia moral». Y que, en muchos casos, la eutanasia activa es «más humana» que la pasiva.

Como se ve, son grandes las confusiones. Tantas, que ya comienza a perfilarse una nueva tendencia, a saber, la de abandonar la palabra *eutanasia* y buscar otra de mayor perímetro significativo y de menor compromiso *conceptual*. Cuando se habla de eutanasia conviene aclarar antes a qué clase de muerte «facilitada» se alude, en qué condiciones se produce, etc. Y aquí asoma una dificultad: ese

instante dramático en el que, agotadas todas las posibilidades curativas, llega la sazón de los calmantes. Estos no son del todo inofensivos. También ellos, de algún modo, matan. Lentamente, imperceptiblemente, pero matan. Con ese proceder, además de aliviar las penalidades del paciente, aligeramos, acortamos la duración del morbo. He aquí la eutanasia de todos los días. La que no suscita problemas morales o religiosos.

Los problemas y matices se imbrican, pero lo cierto es que una cosa queda en pie: la realidad del morir dignamente, que es salirse de esta vida, no en la soledad aséptica y deshumanizada del hospital, eliminando la situación de intubado, inyectado, sumergido en monitores, goteiros y demás expedientes técnicos que ya a nada conducen. Se trata de curar o aliviar. De poner todo al servicio del paciente. Mas no experimentar, por lo menos a costa de la persona humana. Pienso que hay que distinguir netamente entre lo que es aún un proceso morboso justificativo de tratamiento médico, y lo que es, más adelante, sólo destino. El destino no es accesible a los fármacos ni es una enfermedad.

En definitiva, el problema clínico se convierte en un problema moral y precisa de una decisión legal. La eutanasia, legitimada desde un punto de vista moral, no lo estaría desde el punto de vista legal. Por eso, la eutanasia «stricto sensu» es, hoy por hoy, una cuestión insoluble, que no se arregla utilizando en su lugar otras palabras como *distanasia*, que abarcaría cualquier proceso del acontecer mortal, desde el más simple, la muerte natural, hasta el más complicado, la muerte asis-

tida en una unidad de cuidados intensivos.

La naturaleza camina hacia la muerte. Dejémosla seguir su camino. En eso estriba morir con dignidad. Morir con dignidad no consiste en asignar el tránsito a las potencialidades técnicas. Morir en el hogar, si ello es posible, entre los seres queridos, entregado, sin duda, al morbo, pero entregado, además, al afecto sosegador de los familiares y de los amigos. Y a la serena conciencia de lo que se aproxima y se adivina como un relámpago de luz trascendente y de esperanza transindividual. Yo, médico, quisiera para mí esa muerte.

Visión totalizadora de la muerte

Morir es pasar por una radical experiencia. Para muchos clínicos y antropólogos, morir supone *vivir* la más honda y más estremecedora experiencia que un hombre pueda resistir. Todo moribundo, si se recupera, porta en su alma un tesoro vivencial al que los demás no llegamos, y que él, por otra parte, no es capaz de concretar en palabras inteligibles.

El muerto muestra dos líneas de fuerza contradictorias: por un lado, la cesión de la persona; por otro, un enriquecimiento de ella. Es el no-ser-sin-dejar-de-ser. Es la persona que ya no es persona. El amigo que ya no es amigo. Es la ironía imposible, pero presente. En el hueco, no todo es vacío. Y entonces podríamos distinguir entre el *cadáver* —la podredumbre que hora tras hora, se cumple— y el *difunto*, que es la vibración inmóvil que semeja resistir al acabamiento irreversi-

ble. De ahí el ansia de los familiares por hacer compañía al muerto, por contemplarlo, etc. Pues se trata de persistir en la comunicación más allá de toda corrupción.

El cadáver ejerce una innegable fascinación en quien lo contempla. Aquí comienza lo inevitable, aquello de lo que no es posible hablar. *El silencio locutivo que es el silencio de los muertos*, el silencio que anula las contradicciones y alisa las ambigüedades. El silencio de los muertos es el instante de la eternidad, el instante que se sitúa más allá de la cronología y, por ende, más allá del cadáver.

Una visión totalizadora de la muerte sería la que la definiría por la pérdida de la excentricidad existencial y por la desinserción del tiempo. La muerte, hemos visto, hace acto de presencia en los tiempos que la preceden, con mucho, a las etapas finales de la enfermedad o de la vejez. Llevamos la muerte dentro de nosotros mismos. Pero llevamos también otras muertes: las de nuestros seres queridos. Su constante rememoración nos guía, una y otra vez, acaso sin que de ello nos percatemos, nuestros pasos por la vida, al tiempo que la ilumina. Unamuno escribió: «No quiero morir, no, no quiero ni quiero quererlo; quiero vivir siempre, siempre, y vivir yo, este pobre yo que me soy y me siento ser ahora y aquí, y por eso me tortura el problema de la duración de mi alma, de la mía propia». Pero, frente a esta rebelión, cultivemos la presencia viva, dentro de nuestro espíritu, de aquellos muertos, de aquellos desvanecidos que fueron norte y ejemplo entrañable en nuestra existencia. ■