



CAMPUS ARAGON

623.

LA EXPERIENCIA DE LA MURTE
EN LA FORMACION MEDICA.

T E S I S

Para obtener el Título de:

MAESTRO EN ENSEÑANZA SUPERIOR

P r e s e n t a:

JOSE ANTONIO VARGAS PEREZ

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D. F. 1998

264887



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE



INTRODUCCIÓN	1
<i>MARCO REFERENCIAL</i>	6
ENCUADRE HISTÓRICO	6
ENCUADRE INSTITUCIONAL Y OPERATIVO	9
DIMENSIÓN INSTITUCIONAL	9
<i>DIMENSIÓN OPERATIVA</i>	11
CARACTERIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	15
CONCIENCIA REAL	16
CONTEXTO DE LA CONCIENCIA REAL	19
PROSPECTIVA EN TÉRMINOS DE CONCIENCIA POSIBLE	21
PROPÓSITOS	27
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
<i>PRIMER ACTO</i>	30
<i>SEGUNDO ACTO</i>	31
<i>TERCER ACTO</i>	32
MARCO HIPOTÉTICO	34

POSICIÓN Y DESPLIEGUE EPISTÉMICO	36
CARACTERIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	36
TIPO DE INVESTIGACIÓN	38
LA MULTIRREFERENCIALIDAD EN EL ABORDAJE DE LA EXPERIENCIA DE LA MUERTE	38
REFERENTES TEORÉTICOS	41
I. LA ARQUEOLOGÍA DE LA MIRADA MÉDICA	43
II. FENOMENOLOGÍA Y EDUCACIÓN	47
PRELIMINARES	47
I A CONCIENCIA SUBJETIVA	49
LA CONCIENCIA OTORGADORA DE SIGNIFICADOS	53
LAS ESTRUCTURAS DE LA CONCIENCIA	56
III. PSICOANÁLISIS Y MUERTE	60
PULSIONES SEXUALES Y PULSIONES DE AUTOCONSERVACIÓN	61
PULSIONES DE VIDA Y PULSIONES DE MUERTE	63
IV. LA TANATOLOGÍA	73
TANATOLOGÍA MÉDICO-LEGAL	73
LOS APORTES DE KÜBLER-ROSS	76
V. ANÁLISIS INSTITUCIONAL	81
LAS TEORÍAS INSTITUCIONALES	81
LA EXPERIENCIA DE LA MUERTE EN EL PROCESO DE FORMACIÓN MÉDICA COMO UN ANALIZADOR DE LA INSTITUCIÓN MÉDICA ESCOLAR	87

DESARROLLOS MULTIRREFERENCIALES	92
INTROITO: LA CRISIS DEL MÉDICO MODERNO	92
PREGUNTAS Y RESPUESTAS MULTIRREFERENCIALES	95
1. LA EXPERIENCIA DE LA MUERTE <DEL OTRO> EN LA SUBJETIVIDAD MÉDICA	98
LA NEUROSIS DE MUERTE	100
2. LA EXPERIENCIA DE LA MUERTE EN EL GRUPO MÉDICO	105
LO IMAGINARIO SOCIAL DE CASTORIADIS	106
EL DISPOSITIVO GRUPAL	110
RECONSTRUCCIÓN DE LA SESIÓN	111
3. LA EXPERIENCIA DE LA MUERTE EN LA INSTITUCIÓN MÉDICA Y LA CULTURA OCCIDENTAL	119
4. LA EXPERIENCIA DE LA MUERTE EN LA EDUCACIÓN MÉDICA	128
LA EDUCACIÓN MÉDICA EN MÉXICO	128
EL CURRÍCULO OCULTO DE LA EXPERIENCIA DE LA MUERTE	133
HERMENÉUSIS FINAL	141
HACIA UN NUEVO PARADIGMA DE LA EDUCACIÓN MÉDICA	146
LA EDUCACIÓN DE LA MUERTE - Recapitulación a modo de conclusiones-	149
CIERRE	153

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CURRICULAR	156
PROPUESTA DE REDISEÑO DEL CURRÍCULO MÉDICO	157
LA OPERATIVIDAD DE LA PROPUESTA	159
LOS VACÍOS DE ESTA INVESTIGACIÓN - Autoevaluación crítica por el autor-	161
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	165

INTRODUCCIÓN

Difícilmente se puede encontrar un tema que cause tanto silencio dentro de las escuelas de medicina y hospitales como ocurre con el de la muerte.

La muerte, es una experiencia que inquieta permanentemente al médico a lo largo de su formación profesional, se trata de un asunto que se afronta con silencio y la fantasía de la neutralidad, la asepsia, la supuesta invulnerabilidad ante el fallecimiento del otro, en la que sólo hay lugar para la racionalidad médica científica.

Las actuales investigaciones médicas de corte experimentalista, desde luego, han soslayado sistemáticamente la cuestión. La Medicina no se ocupa de la muerte. Quizá el primer problema importante en relación con la muerte sea precisamente el de saber por qué la muerte no constituye un problema en la Medicina moderna.

La intención de la presente tesis de investigación es aproximarnos multirreferencialmente, a partir de la articulación de diversos marcos teóricos, a una experiencia que por haber sido vivida de una manera muy inmediata y repetida, me ha preocupado como médico y educador de modo especial en el curso de los últimos años y sobre la que, en cuanto objeto de estudio, apenas se ha insinuado <algo> en la educación médica.

Concretamente, se alude al problema que plantea la experiencia de la muerte en la Carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Z) de la UNAM,

en sus vínculos complejos con las dimensiones de la cultura, la institución, el currículo y la subjetividad.

Partimos de la asunción de que el mutismo del médico frente a la muerte traduce la negación de la existencia misma de la muerte en la cultura occidental. La muerte es la nada, y sin embargo nada dirige más profundamente una cultura que el lugar que le da a la muerte.

Su rechazo sistemático en la escuela y el hospital sugiere la existencia de un dispositivo de orden institucional y cultural que opera a lo largo del proceso de formación médica.

La estrategia simbólica de negación de la muerte que refuncionaliza la institución médica-escolar, priva al futuro médico de su finitud conduciéndolo a su reificación, y censura como sujeto activo de la historia.¹

La clásica imagen fantaseada del médico como guardián de la vida combatiendo contra las fuerzas de la destrucción y la muerte, encuentra su encarnación en la actitud tanatofóbica que anima la práctica del galeno moderno, quien se obstina en considerar a su paciente como enfermo curable, hasta un cierto momento... el instante en que se declara que "ha muerto".

Así, la experiencia de la muerte atraviesa de modo siempre inesperado la formación profesional del médico en la escuela o el hospital, tarde o temprano, la auténtica <muerte del otro> sorprende al alumno.

Pese al carácter inminente y eminente de la experiencia, resulta significativo corroborar el número reducido, por no decir nulo, de investigaciones educativas en nuestro medio que

¹ ZIEGLER, Jean (1976), *Los vivos y la muerte*, Editorial siglo XXI, México, p. 18.

intenten dar cuenta de la complejidad del fenómeno. Baste, destacar con preocupación el hecho de que se desconoce la influencia que pudiera ejercer esta vivencia sobre el futuro desarrollo profesional y humano de los médicos.

Mientras, que la muerte se siga considerando como un fenómeno oscuro y silente, en menoscabo de su <realidad> y de su posibilidad de ser hablada, contemplaremos más generaciones de médicos egresados que tendrán que lidiar, sin saber que hacer, con su tanta experiencia de muerte.

Antes de adentrarnos en la investigación adelantemos algunas consideraciones previas que pueden sernos útiles para comprender la naturaleza de la metodología que se pondrá en juego. Reconozcamos que todo discurso, toda construcción será siempre parcial. En efecto, la posibilidad de aproximarnos a la realidad desde un exclusivo marco de referencia resultará siempre insuficiente para comprenderla, so pena de derivar en conclusiones parciales o fragmentarias. Por otra parte propender, como es nuestro caso, hacia una articulación del mayor número de ángulos de visión teórica nos permitirá dar cuenta con mayor anchura de la complejidad del objeto.

Al plantear las cosas de este modo, se puede <observar> como los objetos estudiados en las *Geisteswissenschaften*, a las que el sociólogo francés Edgar Morin denomina como "ciencias antro-po-sociales", tienen la característica de volverse cada vez más complejos, pues el trabajo que se efectúa sobre ellos no los simplifica como lo refiere la metáfora de la "descomposición", dirigiéndose a estados de mayor transparencia, sino por el

contrario, el trabajo que de ellos se efectúa los inserta en redes de significado y relación cada vez mayores, tornándose más densos hacia una creciente "opacidad".²

Frente a una lectura con estas características, no queda sino prepararnos para "hacer necesariamente el duelo de la homogeneidad"³, es decir, abandonar la pretendida y siempre anhelante ilusión de control omnipotente que trasluce todo acto de explicación; todo malabarismo que intencione ceñir las diferencias a homogeneidades artificiales.

El reto está en poder aproximarnos multirreferencialmente a la complejidad del objeto -en nuestro caso la experiencia de la muerte y sus relaciones con la institución, el currículo, la formación y la subjetividad médica- en su heterogeneidad, sin reduccionismo, ni eclecticismos.

Puntualizando aún más, optamos por construir nuestro objeto de estudio en torno a los elementos que tocan el orden de las significaciones individuales y sociales que son sustantivas a la percepción de la muerte del alumno de medicina.

A partir de lo dicho queda como tarea lograr que nuestras argumentaciones y construcciones sean consistentes y se sostengan por sí mismas.

Para la edificación de nuestro objeto de estudio se trabajarán las aportaciones epistemológicas-metodológicas de Jacques Ardoino, George Devereux y Edgar Morin, como los autores que han avanzado en la construcción de propuestas enriquecedoras

² MORÍN, Edgar (1977), *El Método I. La Naturaleza de la Naturaleza*, Ediciones Cátedra, Madrid, pp. 22, 24.

³ ARDOINO, Jacques (1988), *La multirreferencialidad en torno a los problemas de investigación*, Conferencia del 21 de noviembre de 1988, UAM-Xochimilco, México, p. 13.

para trabajar el problema de la complejidad de los campos conceptuales.⁴

La tarea será construir co-rrrelatos entre las diversas perspectivas teóricas que constituirán al marco multirreferencial en torno a nuestro objeto de investigación.

Por ello mismo nos hemos fijado como propósito el bregar en el camino donde se hilvanan y relacionan, pero también donde se apartan y contradicen esas perspectivas.

A modo de colofón, diremos que la investigación que aquí presentamos, no representa la conclusión definitiva de un final de jornada. Constituye por el contrario, los primeros pasos de una actividad extensa y dilatada

⁴ La multirreferencialidad es una categoría epistemológica construida en el ámbito del análisis institucional y aportada por Jacques Ardoino. Para este autor hay "que comprender al análisis multirreferencial como una lectura plural, bajo diferentes ángulos, en función de sistemas de referencias distintos, supuestamente irreductibles unos a otros, de los objetos que quiere aprehender. La Educación, por ejemplo, definida como una función social global, asegurada y traducida por cierto número de prácticas, compete evidentemente al pedagogo, como al psicólogo, al psicólogo social, tanto al economista, como al sociólogo, tanto al filósofo como al historiador, etc.", por ello su análisis no se puede realizar seriamente "más que a partir del conocimiento de su complejidad y en consecuencias, de una comprensión considerablemente modificada del "estatuto" de su opacidad". ARDOINO, J. (1988), ob. cit., p. 9.

MARCO REFERENCIAL

ENCUADRE HISTORICO

La formulación explícita de las funciones sociales del médico ante la muerte, se configura a partir del siglo XVII, con el surgimiento de la institución médica moderna.

Sus raíces históricas se hunden con el nacimiento de la llamada cultura occidental. Que a su vez, es considerada como una expresión del programa de modernidad instaurado por la burguesía, después de su triunfo en la revolución francesa de 1789.⁵

Las funciones sociales se han constituido a partir de una serie de inscripciones socio-históricas que han definido el ejercicio moderno de la medicina. Destaquemos, la consideración que se

⁵ No podemos dejar de mencionar que, precisamente por esta razón, Foucault plantea la necesidad social del surgimiento de un conjunto de saberes que realizando "una microfísica" de poder logren disciplinar al hombre para una sociedad capitalista. "Estas ciencias con las que nuestra humanidad se encanta...tienen su matriz técnica en la minucia crítica y aviesa de las disciplinas y de sus investigaciones. Éstas son quizá la psicología, la psiquiatría, la pedagogía, la criminología". En FOUCAULT, M., (1976), *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*, Editorial Siglo XXI, México, p. 142.

Ésta es la cercanía conceptual que Foucault ve entre saberes psiquiátricos y clínica (hospital), pedagógicos y disciplina militar. En DIAZ, Barriga, A. (1995), *Didáctica. Aportes*

hace del médico como el único profesional en la sociedad encargado de lidiar con la muerte. La encomienda, también, corre paralela como imaginario de la medicina moderna que se legitima como una historia de la medicalización de lucha contra la muerte.⁶

En este sentido, Ivan Illich afirma que:

"La imagen de una muerte natural, una muerte que llega con el paciente bajo cuidado médico, y que nos encuentra a edad anciana y en un buen estado de salud, es un ideal muy reciente"⁷.

En efecto, se trata de una representación configurada por la civilización occidental entre los siglos XVI y principios del XX.

En nuestra cultura, el papel social del médico como el único profesional que se interpone entre los vivos y la inexorabilidad de la muerte es indiscutible. Este hecho se constata en el protagonismo que el médico tiene en la elaboración del certificado de defunción, y en el acto de que los agonizantes sean llevados al hospital para morir aunque no sean susceptibles de recibir ayuda.

El siglo XX asistió a la consolidación de la figura del médico como la única socialmente legitimada para mediar el acontecimiento de la muerte a través de su inscripción en la red burocrática hospitalaria.

para una polémica, Aique Grupo Editor, Buenos Aires, p. 21.

⁶ IVAN, Illich (1976), *Limits of medicine. Medical Nemesi: The expropriation of health*, Penguin Books, p.180.

⁷ *Ibidem*, p. 4

En México, es la Ley General de la Salud la encargada de legislar todo lo relacionado con la certificación de la muerte. Hasta el año de 1934, la legislación imponía que el médico que había atendido la última enfermedad del paciente, sería el único que podía expedir su certificado de defunción.

En la actualidad, el certificado de defunción, se considera como un documento médico legal que tiene varios objetivos, el más importante es dar por cierto el hecho de la muerte, es certificar que sí está muerto el ser humano.^{8,9}

Esta cuestión acaba por dar la razón a I. Illich cuando afirma algo tan simple y a la vez tan dramático como que "el hombre occidental ha perdido el derecho a presidir el acto de su propia muerte".¹⁰

En verdad, en nuestra cultura no hay espacio socialmente definido para una vivencia tan clara y contundente, como la de la muerte como hecho *inexorable*.

⁸ COVARRUBIAS, R. G. (1985), *Medicina Legal Mexicana*. Edición privada. México, p. 167.

⁹ En los casos de poblaciones o rancherías, en donde no exista médico, podrá certificar la muerte el pasante en servicio social, un cirujano dentista, una partera, el C. agente del Ministerio Público, el C. Presidente Municipal, el Recaudador de rentas, en fin en los casos *extremos*, en los *caseríos*, la máxima autoridad civil o militar del lugar, podrá certificar la muerte. *Ibidem*, p. 168.

¹⁰ IVAN, illich, ob. cit., p. 120.

ENCUADRE INSTITUCIONAL Y OPERATIVO

Es posible concebir a la educación médica como un sistema, este sistema se diseñó bajo un paradigma de control institucional con la visión de formar médicos acordes con las necesidades del orden hegemónico político-económico en materia de salud, enfermedad y muerte. Como proyecto de imaginación del Estado, la educación médica necesariamente re-edita, descubre y reproduce el dispositivo curricular impuesto por vía de la institución médica.

Así, la posibilidad de comprender los sentidos, sin sentidos, contrasentidos y vacíos de la experiencia de la muerte, entraña la des-construcción, la de-velación de los contextos instituidos. Por tanto, nos resultará conveniente abordar de manera preliminar los rasgos formales de la institución educativa-médica y del currículo que enmarcan nuestro objeto de estudio.

DIMENSIÓN INSTITUCIONAL

La Facultad de Estudios Superiores (FES) "Zaragoza" surgió de una serie de circunstancias históricas y políticas que plantearon a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) configurar una política de modernización universitaria.

En 1974, el H. Consejo Universitario, a sugerencia del entonces Rector Dr. Pablo González Casanova, decidió la creación de las Escuelas Nacionales de Estudios profesionales (ENEP), las cuales fueron concebidas con el objeto de atender el incremento de la

demanda de educación superior en el área metropolitana de la Ciudad de México, bajo un modelo de modernización educativa vinculado a la problemática social existente.

Se intentaba dar una respuesta a la crisis del desarrollo económico y social del Estado, aunque también se menciona que la verdadera razón de la misma fue orientar la función de la universidad con las exigencias del desarrollo capitalista.¹¹

Las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales estaban pensadas como centros orientados hacia nuevas formas de organización.

La FES Zaragoza de la UNAM, inició sus actividades académicas el 19 de enero de 1976 ofreciendo las licenciaturas de Médico Cirujano, Biología, Cirujano Dentista, Enfermería a nivel técnico, Psicología, Ingeniería Química y Químico Farmacéutico Biólogo.

El plan de enseñanza modular de la Carrera de Médico Cirujano, surgió como una propuesta de Educación Médica alternativa que presumiblemente se orientaría por las necesidades de salud del país, los avances científicos de la Medicina, y las innovaciones pedagógicas de la Educación superior.¹²

En correspondencia, los objetivos generales del plan de estudios propusieron:

"Formar un profesional de la medicina general socialmente útil, que promueva la realización de los más altos valores científicos y humanísticos de la medicina. Formar a un

¹¹ NAVARRO, P. G., *et al.* (1993), *Panorámica del currículum en la ENEP Zaragoza, en la revista Imágenes Educativas*, Vol. 1, No. 1, FES Zaragoza UNAM, p. 6.

médico general para realizar funciones profesionales de servicio de primer contacto y de prevención primaria, secundaria y terciaria, orientadas al control de las enfermedades más frecuentes del país, que contribuyan a la preservación y restauración del estado de salud de individuos, familias y comunidades, así como prepararlo para coordinar tareas de equipos de salud multidisciplinarios".¹³

DIMENSIÓN OPERATIVA

En el aspecto académico se planteó un sistema de enseñanza innovador al que se le denominó Sistema de Enseñanza Modular (SEM)¹⁴, que tenía como ideas centrales el organizar los contenidos de enseñanza tomando como base las necesidades sociales y capacitar al alumno para resolver problemas reales, de esta forma se cumpliría con uno de los objetivos curriculares reconocidos como de máxima importancia: vincular a la Universidad con la sociedad.¹⁵

Este sistema planteaba, entre otros puntos, la introducción de metodologías innovadoras de la enseñanza para enfrentar los problemas de la educación médica.

¹² *Plan de Estudios de la Carrera de Médico Cirujano 1989*, FES Zaragoza. UNAM, p. 86.

¹³ *Ibidem.*, p. 93.

¹⁴ El SEM constituyó la piedra angular del modelo de enseñanza de la FES Zaragoza, la cual se vio fuertemente influido por la Tecnología Educativa como acción hegemónica de una forma de concepción de la enseñanza.

¹⁵ TORRES, H.R. (1984), "*Análisis del desarrollo del Sistema de Enseñanza Modular en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza*". Trabajo presentado en el Foro de Enseñanza Modular en Educación Superior", UEDC, ENEP-Zaragoza UNAM, México, p. 5.

Desde la perspectiva modular los planes de estudio están constituidos por módulos, los cuales se conceptualizan como estructuras multidisciplinarias de actividades de aprendizaje, que en un lapso flexible permiten alcanzar objetivos educacionales de capacidades, destrezas y actitudes que le posibilitarán al alumno desempeñar funciones profesionales.¹⁶

A través de este diseño curricular se intentaba propiciar la integración teoría-práctica y el acercamiento escuela-comunidad. El alumno acudía a los escenarios de aprendizaje en busca de los problemas en torno a los cuales se definían sus actividades. Lo anterior se concebía como un proceso de transformación de estructuras simples en otras de mayor complejidad como consecuencia de la interacción del sujeto y el objeto de conocimiento.

Aún cuando no existió una conceptualización uniforme con respecto al SEM se puede decir que los ejes básicos¹⁷ que intentaron sustentar el currículo médico fueron:

- La integración teoría-práctica.
- La integración multidisciplinaria.
- La integración docencia-investigación.
- La integración docencia-servicio.
- La integración estudio independiente-enseñanza tutorial-enseñanza grupal.
- La integración multiprofesional.
- La enseñanza orientada a la solución de problemas.

¹⁶ *Enseñanza Modular*. E. de O. de la UABC, CLATES, México, 1976, p. 13.

¹⁷ *Plan de Estudios*, ob. cit., p. 93.

La propuesta modular¹⁸ intentaba orientar el quehacer de los docentes y alumnos hacia:

- La reflexión de los problemas de la realidad.
- La búsqueda del proceso de aprendizaje, a partir del trabajo sobre el objeto de estudio.
- La interrelación profunda de los contenidos y experiencias del módulo con las demás unidades del currículo.

En la enseñanza modular, se proponía que los docentes de diferentes formaciones profesionales trabajarán en equipos interdisciplinarios, orientados hacia el proceso educativo de un grupo escolar, que se beneficiaría con los diversos enfoques disciplinarios en torno a un problema.¹⁹

En 1987, la carrera de Médico Cirujano decidió realizar una evaluación de su currículo modular, basándose en el modelo de Stoffebeam y Scriven.²⁰ Los resultados mostraron que muchas de las propuestas teóricas no encontraron traducción operativa mientras que las propuestas de corte pragmático carecían de un sustento teórico convincente.²¹

¹⁸ OCAMPO M. J.(1984). "El papel del docente en el sistema de enseñanza modular de la medicina", en Revista *Perfiles Educativos*, No. 4, 1984, CISE UNAM, p. 41-42.

¹⁹ APOSTEL, E. (1989), *Interdisciplinariedad. Problemas de enseñanza e investigación en las Universidades*, ANUIES, México, p. 3.

²⁰ En este modelo se concibe a la evaluación como el proceso de delineación, obtención y provisión de información útil para juzgar alternativas de decisión. Citado en NAVARRO, ob. cit. p 13.

²¹ MORENO, Sánchez J. (1990), *et al.*, "Experiencia de Evaluación Curricular de la Carrera de Médico Cirujano de la ENEP Zaragoza", en *Evaluación Curricular. Memoria del VI Encuentro de Unidades de Planeación: Cuadernos de Planeación Universitaria*, 3a Epoca, Año 4, No. 4, UNAM, México, pp. 299-318.

En resumen, a dos décadas del establecimiento del sistema modular en la Carrera de Médico Cirujano, la enseñanza de la medicina esta lejos de alcanzar medianamente los objetivos modulares.

Hasta aquí con la caracterización formal de los contextos institucionales y curriculares que enmarcan la experiencia de la muerte en la formación del médico zaragozano.

CARACTERIZACION DE LA SITUACION DEL OBJETO DE ESTUDIO

La conciencia es una categoría clave para cualquier investigación en las ciencias sociales y humanas, su inclusión ha permitido comprender al propio proceso de la investigación como un proceso de desarrollo de la conciencia de los sujetos. El desarrollo concienical operado por la investigación y sus productos, inicia a partir de lo que se ha dado en llamar el nivel de la conciencia real (lo dado) hasta los límites establecidos por la conciencia posible de los grupos. Empero ¿qué es la conciencia? ¿qué se debe entender por la conciencia real y posible? y lo que es más importante ¿cuáles son los rasgos de la conciencia real del grupo médico de la FES Zaragoza frente a la experiencia de la muerte y los alcances de la conciencia posible que podrán desarrollarse tras esta investigación? .

Para el presente capítulo recobramos algunas categorías del trabajo teórico del sociólogo Lucien Goldman acerca de la conciencia²². En sus propias palabras, su aporte tiene la doble ventaja de elucidar la estrecha relación que existe entre la conciencia y la vida social y de esclarecer, al mismo tiempo, determinados problemas metodológicos.

²² GOOLDMAN, Lucien (1975), Capítulo 5. Conciencia real y conciencia posible, conciencia adecuada y conciencia falsa, en *Marxismo y ciencias humanas*, Editorial Amorrortu, Buenos Aires, pp. 96-102.

CONCIENCIA REAL

De acuerdo con Goldman²³ todos sabemos bastante bien qué es la conciencia, aunque no podamos expresarlo con precisión. La dificultad, dice, deriva del carácter reflexivo de cualquier afirmación sobre la conciencia, dado que cuando hablamos de ella, la conciencia aparece como sujeto y objeto de la frase. Se podría caracterizar la conciencia:

"como cierto aspecto de todo comportamiento humano que implica la división del trabajo...toda forma humana de división de trabajo supone un mínimo de planificación y la posibilidad implícita de designar los seres y las cosas en el plano teórico, para ponerse de acuerdo sobre el comportamiento que se debe adoptar ante ellos" ^{24,25}

Las palabras "cierto aspecto" pueden ser precisados en el sentido de un aspecto que implique siempre un elemento cognitivo, lo cual supone en todo hecho de conciencia la existencia de un sujeto que conoce y de un objeto al que se

²³ Goldman es un pensador influido por Luckács y Piaget. Trata de hacer valer, en una síntesis original, los datos aportados por ambos pensadores. De ahí brota un estructuralismo genético marxista que trata de fijar los principios de una metodología de las ciencias humanas.

²⁴ Conviene precisar el alcance y los límites de tal definición. Se ha decidido utilizar para los apartados de conciencia real y posible la definición de L. Goldman aportada desde el marxismo. El mismo autor, reconoce que puede haber hechos de conciencia en vivencias puramente individuales, o que haya elementos de conciencia en ciertos animales sin estar ligados obligatoriamente a posiciones determinadas por la división del trabajo. Se advierte, que la misma categoría en sucesivos capítulos no necesariamente corresponderá con ésta, en cualquier caso se advertirá sobre ello. Recuérdese que la riqueza de la metodología multireferencial estriba precisamente en la articulación de diversos marcos teóricos en torno a un mismo objeto de estudio.

refiere el conocimiento.

Lo anterior, plantea uno de los problemas epistemológicos más complejos que sólo nos limitamos a mencionar: La naturaleza del sujeto cognoscente, que no es ni el individuo aislado ni el grupo *lisa y llanamente*, sino una estructura extremadamente variable, en la cual entran a la vez el individuo y el grupo, o un cierto número de grupos.²⁶

De todas formas cuando el objeto de conocimiento es el individuo mismo o bien cualquier hecho histórico o social, sujeto y objeto coinciden de modo total o parcial, y la conciencia adquiere un carácter más o menos reflexivo.

Las principales aportaciones de Gooldman, de interés para nuestro estudio, se resumen a continuación:

- a) Todo hecho social implica hechos de conciencia, sin cuya comprensión él no podría ser estudiado de manera operativa.
- b) El principal rasgo-estructural de tales hechos de conciencia es su grado de adecuación, y el corolario de este, su grado de inadecuación a la realidad.²⁷
- c) El conocimiento comprensivo y explicativo de esos hechos de conciencia y de su grado de adecuación o de inadecuación,

²⁵ GOOLDMAN, ob. cit., p. 96.

²⁶ *Ibidem*, p. 97.

²⁷ En consecuencia, el primer problema a plantearse cuando se trata de estudiar cualquier hecho de conciencia se refiere al grado de adecuación entre este y su objeto, un grado que nunca puede ser total -para ello sería necesario que la conciencia abarcara el conjunto del cosmos y la historia-, pero que corresponde al menos establecer con el mayor rigor posible. Y dado que: a) a través de sus aspectos esenciales, todo hecho social es un hecho de conciencia y b) toda conciencia es, ante todo, una representación más o menos adecuada de un determinado sector de la realidad, una sociología diferencial del conocimiento, centrada en el grado de adecuación, pasa a ser el fundamento indispensable de toda investigación social-humana que pretende ser

verdad o falsedad, no puede ser establecido sino insertándolos en totalidades sociales más amplias, único medio que permitirá comprender su significación y su necesidad.

Ahora intentemos abordar el principal problema operativo de toda investigación social de los hechos de conciencia: el de las relaciones entre la "conciencia posible" y la "conciencia real" de un grupo.

En todo momento cualquier grupo social, tiene sobre las diferentes cuestiones que se le plantean, así como sobre las realidades que enfrenta, una determinada conciencia de hecho o conciencia real, cuya estructura y contenido se explican por un número considerable de factores de toda índole, que han contribuido en diversa medida a su constitución.²⁸

De acuerdo con lo referido, la presente investigación tratará de dar cuenta, acercarse, a las dimensiones imbricadas en la experiencia de la muerte, a partir de los siguientes interrogantes:

¿Cuáles son los rasgos de la conciencia real del grupo médico frente a esta experiencia? ¿cómo es percibida, vivida por los médicos?, reflexionar acerca de ¿cómo podría ser integrada al currículo médico? y de la posibilidad de su sistematización como aprendizaje dentro de la formación, ¿hay correlato entre lo que se enseña de ella y lo que se quiere saber? ¿por qué es tan difícil tratar este asunto para la conciencia real del médico?

realmente operativa. *Ibid.*, p. 98.

²⁸ *Ibid.*, p. 99.

La conciencia real en torno a la muerte se configura en los médicos durante sus primeros años de la Carrera, cuando son iniciados en esta vivencia que se disfraza académicamente como asistencias a la práctica de disección. En los años subsiguientes, la experiencia se continuará en las múltiples defunciones que serán presenciadas en los diferentes servicios hospitalarios

Es significativo, constatar como durante el proceso de formación médica se aplicarán dispositivos que intentarán ocultar y escamotear los signos de la muerte. Por su parte, la Institución hospitalaria se hará cargo del cuerpo de los fallecidos de manera burocrática y silenciosa, esperando que la muerte pase desapercibida para los vivos.

Planteadas así las cosas, cabe destacar la trascendencia de los planos institucional y curricular en la conformación de la conciencia real. Tratemos de avanzar sobre estas líneas contextualizando la influencia de los referidos planos sobre la conformación de la conciencia real de la muerte en el grupo médico zaragozano.

CONTEXTOS DE LA CONCIENCIA REAL

En torno a la Carrera de Médico Cirujano de la FES Zaragoza, se anudan de manera compleja: las presiones externas de los procesos económicos de neoliberalización mundial, las exigencias democráticas del país, los requerimientos que la sociedad mexicana plantea a la enseñanza universitaria

superior, así como la condición de un currículo maleable ante las exigencias del paradigma neopositivo de la ciencia, de la llamada racionalidad científica de la medicina moderna²⁹, que lo ha conformado por más de dos décadas.

Como producto de las diferentes tensiones y relaciones complejas que se dan entre estos contextos, institucional y curricular, se conforman las características del perfil del egresado, que pueden ser homologados con los rasgos mismos de la conciencia real del médico, a saber: actuar siempre como sabedor, como sanador pero esencialmente como preventor. Es decir, capacitado para prevenir y atajar los avances de la enfermedad antes de que se desarrolle.

Así la noción de prevención resulta clave para comprender la conciencia real del médico moderno. Es a partir de la de la década de los setenta cuando el marco científico de la medicina se vio obligado a reconocer la participación de los factores sociales en la historia natural de las enfermedades.³⁰

En los países subdesarrollados, se impusieron políticas de prevención y modelos de medicina social comunitaria, dispositivos emanados de la hegemonía de la OMS, con la

²⁹ Reducida a sus rasgos característicos, cuatro serían los aspectos que configuran el contenido del vocablo racionalidad médica moderna: 1) El monismo metodológico: Los objetos abordados por la medicina son diversos, pero hay unidad de método (método científico) y homogeneidad doctrinal. 2) El modelo de las ciencias naturales exactas: La ciencia médica tiene como canon metodológico a la ciencia físico-matemática. 3) La explicación causal: La medicina trata de responder a la pregunta "por qué" ha sucedido un hecho, por consiguiente la explicación médica es causalista, expresada también en la búsqueda de leyes generales hipotéticas. 4) El interés dominador: El conocimiento médico científico es enfático en la predicción de los fenómenos fisiológicos.

Para una mayor ampliación del tema ver MARDONES, J.M. y URSUA, N. (1982), Nota histórica de una polémica incesante, en *Filosofía de las Ciencias Humanas y Sociales*, Editorial Fontamara, México, pp. 15-38.

³⁰ TRONCOSO, M., R., *Una crítica a la práctica y saber médicos*, p. 57. Material fotocopiado

intención de delimitar concretamente los márgenes del quehacer médico, e imponer una serie de mandatos y encargos institucionales que convergían de manera obsesiva en la instauración de la actitud de prevención en la conciencia (real) del médico.

Si bien, no se puede negar que esta actitud ha posibilitado múltiples beneficios económicos y humanos en muchos ámbitos de la medicina, también es necesario reconocer que esta lógica <ilógica> de evitar a cualquier costo el desarrollo de toda enfermedad y su culminación irreversible ha traído consigo una incapacidad onto-epistémica para comprender los sentidos de la inexorabilidad y los significados de esta vivencia en el proceso de formación del médico, amén del gran fondo de ansiedad y angustia y conductas neuróticas que genera.

PROSPECTIVA EN TÉRMINOS DE CONCIENCIA POSIBLE

Una vez reconocida, la actitud de prevención y su corolario de rechazo a la muerte como el rasgo más conspicuo de la conciencia real del grupo médico, cabría cuestionarse: ¿Qué orientaciones posibilitará la presente investigación en términos de la conciencia posible de los médicos? ¿qué intervenciones sobre el currículo médico tendrían que darse para su logro? ¿bajo qué áreas del conocimiento o paradigmas debiera estructurarse el currículo para formar un médico con otra conciencia?, concomitantemente ¿qué repercusiones se

Bibliografía pendiente.

esperan producir en las dimensiones de la institución? ¿cómo se está proyectando la Carrera de Médico Cirujano de la FES Zaragoza hacia el siglo XXI? ¿cómo se imagina al médico del siglo XXI? y lo más importante ¿qué transformaciones concretas se esperan con la presente investigación?

Para aproximarse tempranamente a estos interrogantes de gran calibre, que en realidad permean toda la investigación, intentemos profundizar la noción de conciencia posible.

De acuerdo con Goldman, el estudio de los hechos de conciencia colectiva -en nuestro caso la experiencia de la muerte-, y más exactamente el grado en que la conciencia de los grupos se adecua (penetra, atraviesa, devela) a la realidad, debe comenzar por la distinción primordial entre la conciencia real -con su contenido- y la conciencia posible, o sea, el máximo de develación, de penetración que podría alcanzar el grupo sin cambiar por ello de naturaleza.³¹

Por tanto, es dentro de los marcos de la conciencia posible del grupo médico, es decir del máximo de penetración de la realidad de que su conciencia es capaz, donde es preciso plantear el problema de la conciencia real y de las razones por las cuales queda retrasada respecto de la primera.

Para intentar desglosar los alcances de esta conciencia posible en el grupo médico, es necesario construir los vínculos entre la experiencia de la muerte y la educación médica, para ello se requerirá tomar en cuenta la complejidad de la problemática en juego. En ella se involucran básicamente tres planos: El primero corresponde al plano fenomenológico de la experiencia

³¹ GOLDMAN, ob. cit., p. 100.

de la muerte que se registra en los alumnos. El segundo, alude a la especificidad del proceso universitario de formación médica determinado por la dimensión curricular. En el tercero, se sitúa el plano de la institución médica.

Estos planos se imbrican de manera dialéctica en la *historización* del proceso educativo de la Carrera de Médico Cirujano de la FES Zaragoza.

Así, las diferentes administraciones que han regido los destinos <macro> de la Facultad y <micro> de la Carrera han manifestado siempre su interés por la aplicación de enfoques educativos innovadores para la formación de los profesionales de las ciencias de la salud. Sin embargo, a más de 20 años de la fundación de la dependencia, no se cuentan con investigaciones de evaluación educativa permanente que ratifiquen o rectifiquen lo señalado. Paralelamente, es cada vez mayor la necesidad de cambiar, reformular, y ajustar a la FES Zaragoza a los requerimientos sociales de la población, en contraste con una historia de incapacidad, ambivalencia y confusión para hacerlo.

En este sentido, es posible constatar históricamente como cada sociedad ha manifestado sus propias y particulares exigencias a sus instituciones educativas; cómo se han producido un sin número de reestructuraciones en este terreno; cómo bajo cada nuevo estrato de *significación cultural*, a la sociedad en turno, se le hacen visibles determinadas condiciones que le llevan a enunciar un estado de <crisis> no sólo en lo educativo, pero que constantemente se ve un desplazamiento sobre dicho

campo.³²

Si prestamos atención a las condiciones que prevalecen en nuestra Carrera y en la Universidad en general, no es difícil advertir un verdadero estado de <crisis> educativa. Ante este hecho innegable, se han ido configurando diversas posiciones respecto del papel educativo y social de la Universidad:

"Algunas de éstas sostienen que la Universidad es una institución que debe dedicarse a formar un profesional eficiente para el mercado de trabajo; otras, la consideran una institución cuyos fines deben ser el continuar formando para un ejercicio profesional liberal. Asimismo, se concibe como una instancia educativa que coadyuva al cambio social, mediante la formación de profesionales críticos de su práctica. Otras posiciones ponen en cuestión que la Universidad continúe desarrollando estas funciones."³³

Consideramos, que en el marco de la crisis y del cambio social, así como de las condiciones actuales del mercado laboral, atañe al grupo médico alcanzar el mayor nivel de conciencia posible que le permita la construcción de los procedimientos y recursos que inicien una verdadera evaluación de los procesos institucionales y educativos de su carrera, con el fin de formar profesional y humanamente a médicos sensibles de la problemática socio-biológica de la salud/enfermedad/muerte

³² COMBONI, Salas Sonia (1994), "Universidad, sociedad y cambio tecnológico, en Rodríguez Robertó y Casanova Hugo (Coordinadores), *Universidad contemporánea. Racionalidad, política y vinculación social*, CESU-Porrúa, México, pp. 87-109.

³³ MARÍN, Méndez, Dora (1993), *La formación profesional y el currículum universitario*,

de nuestra realidad nacional, y del papel crítico y transformador de su ejercicio.

Por su parte, la presente investigación intentará contribuir al arribo de la referida conciencia posible, a partir de las repercusiones que sus hallazgos en torno a la experiencia de la muerte produzcan sobre el currículo y la institución.

La tarea que nos hemos impuesto, en términos de la conciencia posible, es la de poder abordar el hecho ya "consabido" de la experiencia de la muerte, a partir de miradas frescas, de comenzar una serie de nuevas aproximaciones que problematicen y amplíen los horizontes de visibilidad reinantes en el grupo médico³⁴, intentando superar los reduccionismos producidos al respecto, pues de la concepción o representación que se tenga de esto se desprenderán las diferentes imágenes que re-inventaran al médico en el marco de la escuela y el hospital, como una cuestión filosófica y política de la formación de los seres humanos.

En su dimensión microsocia, la Carrera de Médico Cirujano de la FES Zaragoza, deberá ser un proyecto de imaginación que descubra, crea e invente la identidad del futuro médico que se pondrá a prueba, día a día en todos los salones de clase, las salas de hospital, en sus vinculaciones con lo social.

De tal forma que uno de los grandes retos que se imponen, es trabajar grupalmente para transformar las actuales condiciones de la Carrera, ampliando los pocos espacios de enunciación

Editorial Diana, México, p. 124.

³⁴ Si se parte de la idea, que la creación se edifica sobre lo ya dicho, sobre lo ya hecho, se verá cuan fundamental resulta re-plantearse las cosas de otro modo, en una nueva combinatoria de lo precedente, pues allí radica el potencial de lo creativo.

existentes para la participación colectiva de la comunidad médica.

Compréndase pues, el presente estudio, como un catalizador de acciones tendientes a la transformación de la institución, a partir de la reestructuración del currículo y la transformación de la enseñanza de la Medicina considerada en la actualidad como una exclusiva prestación de servicio docente omitiéndose la posibilidad de investigación sobre sí misma, como su propio objeto de estudio.

PROPÓSITOS

Intentaremos en nuestra investigación atravesar el referido mutismo de la experiencia de la muerte, el tan señalado silencio, dándonos a la tarea de construir significados y sentidos que permitan la inteligibilidad de este fenómeno.

El reto está en poder aproximarnos multireferencialmente³⁴ a la complejidad del objeto de estudio, nuestra apuesta en juego es:

- Caracterizar fenomenológicamente la experiencia de la <muerte del otro> en los alumnos de la Carrera de Médico Cirujano de la FES Zaragoza.
- Explicitar las líneas generales del imaginario social de la comunidad médica zaragozana en torno a la muerte.
- Elaborar sentidos que den cuenta sobre los significados de la experiencia de la muerte en la formación del médico.
- Posibilitar a partir de los hallazgos hermenéuticos-clínicos de la experiencia de la muerte la construcción colectiva de un nuevo paradigma de la educación médica, que se traduzca en una nueva comprensión y práctica de la Medicina.

³⁴ Para J. Ardoino hay "que comprender al análisis multireferencial como una lectura plural, bajo diferentes ángulos, en función de sistemas de referencia distintos de los objetos que quiere aprehender".. El reto está en poder aproximarnos a esa misma complejidad de los procesos en su heterogeneidad, sin reduccionismo, ni eclecticismo. ARDOINO, ob. cit.,

- Incidir, a partir de una propuesta generada por las conclusivas de la investigación, en la reestructuración curricular de planes y programas de estudio de la Carrera de Médico Cirujano de la FES Zaragoza.
- Generar líneas de investigación y evaluación educativa médica.
- Constituir una Academia Médica de Estudios sobre la muerte con base inter(trans)disciplinaria.
- Contribuir con lo develado a la arqueología del saber médico.
- Propiciar en el campo de la Tanatología médica el interés por la investigación de la subjetividad médica.
- Organizar foros académicos dentro y fuera de la FES Zaragoza que socialicen los resultados y propósitos de la investigación.
- Divulgar la investigación en publicaciones nacionales e internacionales para establecer relaciones con interesados en la problemática.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la tarea de precisar y delimitar los contextos de problematización de nuestro objeto de estudio, construyamos una *tramoya* e imaginémosla de la siguiente manera.

Se puede representar a la muerte como un personaje que se presenta en los escenarios de la formación médica, en una obra que comprende tres actos: *la escuela de medicina, el hospital y la subjetividad del médico.*

En cada uno de estos actos, la muerte como personaje representa dos roles diferentes y complementarios: el formal y el informal.

Hablemos de los roles. Por formal entenderemos todo aquello que aparece en el ámbito de los conocimientos, de lo conceptual, de lo racional, convencional y lo socialmente aceptado.

En el orden de lo informal ubicaremos esa modalidad de la *persona* y de nuestro personaje, la muerte, que aparece como miedos, temores, angustias, rechazos y menos reconocibles aún en el chiste, la broma, lo vulgar, lo prosaico, en el malestar y en el síntoma.

Estos dos roles co-actúan como dos polos que en la formación del médico conforman un sólo elemento, que de parejas aparentemente opuestas resultan ser complementarias.

Iniciase la puesta en escena:

PRIMER ACTO

Durante los dos primeros años en la escuela, el alumno acude cotidianamente al museo de anatomía y a las salas de disección, donde de acuerdo con el plan de estudios se desarrolla el aprendizaje de las estructuras anatómicas sobre los cuerpos destazados, los miembros amputados, los órganos seccionados.

Este esfuerzo memorístico muchas veces se tornará inútil, ya que los conocimientos retenidos se olvidarán paulatinamente después de la fecha de aplicación del examen. Sin embargo, es necesario destacar que las experiencias adquiridas en estos escenarios apuntan en conjunto hacia un aprendizaje "oscuro" no explicitado, cuyas resonancias se dejarán sentir en los alumnos como vivencias de carácter fundacional. Representaciones impuestas por la institución que los <iniciarán> a la mirada médica, es decir al dispositivo de intervención médica sobre el cuerpo y al uso <absoluto> de la observación como fuente de conocimiento.

Así, la experiencia cadavérica debe entenderse más como un <verdadero ritual> de iniciación que como una actividad práctica de adquisición de conocimientos, que configura las subjetividades de los alumnos.

En apariencia, este ver e intervenir es asumido por los alumnos como una actividad neutral y su decir superficial expresa que la presencia del cadáver no les incomoda ni les sorprende.

Bajo estas actividades formales de aprendizaje en la escuela, el

dispositivo de la mirada corre e intenta instaurar en las subjetividades de los futuros médicos la percepción de distancia, de neutralidad, de indiferencia frente al objeto no vivo.

De acuerdo con M. Foucault, la clave que permite comprender a la institución médica moderna es su reconocimiento como dispositivo específico de mirar el cuerpo, surgido en el siglo XVII.³⁵

SEGUNDO ACTO

Durante los últimos años de la Carrera, los escenarios cambian, ahora es el hospital ya no más la escuela, sin embargo, el dispositivo de la mirada continua y se consolida en las subjetividades de los alumnos al re-escribir con mayor fuerza sus marcas.

Del mismo modo que en las salas de disección los estudiantes constataban lo exhibido -los cadáveres- en las salas de hospitalización constatan a los enfermos graves y agonizantes.

La figura del enfermo incurable, tan frecuente en los espacios hospitalarios, ya no es una representación de la muerte, es la presentación cruda del propio acto indescifrable de morir.

Hay una continuidad, ya referida, en la tarea institucional de la escuela y el hospital de exhibir a la muerte para que sea vista en forma *despersonalizada*, pero ahora sustituyendo el cadáver por la enfermedad. Esto porque el cadáver, en tanto símbolo de la muerte, se encuentra vacío de cualquier significado.

Los símbolos macabros no son vistos más como símbolos de la

³⁵ FOUCAULT, Michel (1966), *El nacimiento de la clínica*, Editorial siglo XXI, México, pp. 4-7.

muerte, y la propia muerte, en cuanto hecho consumado puede ser vista con indiferencia.

TERCER ACTO

Se trata de re-conocer en esta escena a la subjetividad del alumno, como un campo complejo donde los vectores de la transferencia, contratransferencia y la implicación están interrelacionados y donde se ponen en juego los operadores del dispositivo de la mirada médica que tratan de controlar el modo individual de experimentar la <muerte del otro>, y homogeneizar esta vivencia en el grupo.

El paradigma de la mirada médica no es una simple visión del cuerpo, sino modos de control de un discurso y una práctica, operadores de un poder cristalizado en la institución médica y escolar donde se hegemoniza un cierto modo de concepción y apropiación de un determinado sector de la realidad.

A diferencia del resto del personal del hospital, el médico no evade contemplar al enfermo agonizante, lo aborda persistiendo en su relato clínico que se afianza en el énfasis de la observación de lo que se ve.

No obstante, la subjetividad del alumno no logra experimentar la <muerte del otro> como un acontecimiento sin importancia, hay algo que le molesta, que lo inquieta, no sabe, sólo siente que convive mal con esta presencia que lo perturba, que lo atraviesa sin que él se lo pueda explicar. Entonces sólo hay lugar para el silencio.

Hasta aquí con la obra, lo que ella nos permite <ver> y

<valorar> es esa unidad de lo formal e informal que se vive en los diversos momentos de lo cotidiano de la formación del médico.

Dado que lo formal se expresa en el currículo de la Carrera, resulta entonces que el ámbito de las cuestiones informales ha quedado marginado: por ejemplo, la aparente actitud neutral y despersonalizada del alumno frente al hecho de la muerte, el no decir nada, el establecer un ocultamiento de la experiencia en el hospital. Por lo que nos interrogamos:

¿Cómo se representan, se figuran, se simbolizan en el médico, estos elementos informales referidos a la muerte, tales como miedos, temores, angustias, rechazos, etc.? Es decir, queremos saber ¿cómo los médicos expresan eso que viven y fantasean en torno a la muerte?.

Aun más, ¿de qué manera interpretar los registros de lo informal y posibilitar su integración con lo formal del currículo y el proceso de formación médica? ¿De qué modo las dimensiones culturales, institucionales y curriculares determinan y son determinadas por la subjetivación de la experiencia de la muerte en los sujetos?.

¿Qué direcciones tomarán o deberían de tomar los procesos subjetivos-sociales tras la resignificación total de la experiencia de la muerte?.

Por último, ¿Qué estragos traerá aparejada la resignificación de esta vivencia dentro de mi propia autoconstrucción, dándole nuevos sentidos a mi ejercicio docente y actividad investigativa?

MARCO HIPOTÉTICO

- Si la experiencia de la muerte no se agota en la actitud "neutral", indiferente del alumno, ni en un saber sobre la enfermedad y las causas "científicas" de la defunción, entonces resulta que lo sustancial de la experiencia involucra elementos informales, de lo fantaseado e imaginado por el médico.
- Si el alumno tiene un saber acerca de la muerte, que hace referencias a lo vivido, a lo real, entonces eso construido por él, es lo que va a determinar su realidad, su posición respecto a ella, concretizada en la actitud que asume en su práctica profesional.
- Si la muerte es un objeto complejo, su comprensión no se agota en lo exclusivamente biológico. Su complejidad involucra dimensiones fenomenológicas, psicoanalíticas, educativas, institucionales, culturales, etc.
- Si la vivencia de la <muerte del otro> está presente en todos lados de la formación del médico, siendo ineludible, y por eso se intenta silenciar sin éxito; entonces lo pertinente más que su eliminación, será permitir su verbalización en un espacio grupal que posibilite plantear y replantear su emergencia para elaborar sentidos e interpretar significados.

- Si la subjetividad médica es una construcción histórico-social en devenir, entonces sus resignificaciones y elaboraciones, se concretarán en praxis, que perturbará (transformará) las dimensiones de lo grupal, institucional, y cultural, a través de los cambios operados en la matriz de lo imaginario social.

POSICIÓN Y DESPLIEGUE EPISTÉMICO

CARACTERIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

Cuestión central: ¿desde qué lugar es posible mirar la complejidad de la experiencia de la muerte en la formación del médico?

Cuestión concomitante: ¿cómo aproximarse a la experiencia vivida por los alumnos?; ¿trabajando con los registros formales e informales de la vivencia como si fueran planos idénticos?, ¿buscando complementar lo faltante de un registro en otro, como si fuera un problema de sumatorias? o ¿limitándose a describir el mayor número de experiencias, a fin de lograr un universo homogéneo, como si fuera posible simplificar y englobarlas en un todo?

O, ¿reduciendo el proceso de la muerte a un asunto que sólo toca y es exclusivo del moribundo, donde el médico se convierte en un simple asistente de lo fúnebre, como lo imagina la Tanatología?

Más importante aún, dentro de los procesos de enseñanza universitaria, en el marco de la formación del médico: ¿se puede omitir la complejidad de las problemáticas epistemológicas y éticas que subyacen a la racionalidad médica moderna en su entrenamiento para la muerte?. Asumiendo que las experiencias y aprendizajes de los primeros

años de la Carrera son fundamentales para determinar la actitud del médico; ¿se debe concebir su proceso formante, como regido sólo por la dimensión informativa excluyendo el problema de la implicación?^{36,37}, ¿Por qué, cuando se ha pensado en la re-estructuración curricular del plan de estudios, las modificaciones parecen agotarse en la actualización bibliográfica, con la exclusión de la vivencia de la muerte?

³⁶ Para todo estudioso de los procesos sociales (el redactor de estas líneas concibe que la práctica del médico opera en el terreno social y cultural, que se constituye propiamente en nuestro "campo de análisis", la problemática de la Implicación (im-plicare) es un "campo de conceptos" en plena construcción, que frente a la huidiza noción de "distancia óptima", donde se intenta fallidamente eliminar las perturbaciones in-excluíbles que el objeto produce en el investigador, se "impone" como una necesidad aparecida en el seno del estudio de las prácticas de formación (de la pedagogía institucional, de la intervención socioanalítica y del análisis institucional).

³⁷ La categoría de la implicación (plicara, poner en claro) es acuñada en el seno del análisis institucional por René Lourau, quien alude a ella como "el lugar desde el cual se juega el investigador con respecto al sistema de encargos y demandas institucionales conscientes e inconscientes". En LOURAU, René (1970), *El Análisis Institucional*, Editorial Amorrortu, Bs. As. p. 35.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Al plantearse las cosas de este modo, se puede observar como los objetos estudiados en las ciencias antro-po-sociales³⁸, tienen la característica de volverse más complejos, pues el trabajo que se efectúa sobre ellos no los simplifica.

LA MULTIRREFERENCIALIDAD EN EL ABORDAJE DE LA EXPERIENCIA DE LA MUERTE.

La categoría de la "multirreferencialidad" es acuñada por Jacques Ardoino en el contexto del Análisis Institucional. Con esto se intenta posibilitar un abordaje epistemológico que no reduzca los contextos de problematización, a partir de los cuales se hace la lectura de los fenómenos. "No pretende agotar la riqueza del objeto, sino alimentar el desarrollo de un cierto número de puntos de vista contradictorios y heterogéneos"³⁹ que hagan más complejo el objeto mismo y permitan desarrollar nuevas líneas en el interior de cada perspectiva teórica, al ser trabajadas las fronteras, zonas de exclusión y de inter-influencia compartidas.⁴⁰

En algún momento de su propuesta Ardoino habla de la capacidad políglota, que se esperaría que el investigador poseyera para realizar la lectura de un campo de

³⁸ MORÍN, ob. cit., p. 22.

³⁹ ARDOINO, ob. cit., p. 8.

⁴⁰ DELAHANTY Guillermo y PERRÉS José (1994). *Piaget y el Psicoanálisis*, Universidad

problematizaciones.

Para el psicoanalista J. Perrés, la propuesta de la multirreferencialidad descubre cierto resabio de esa pretendida "búsqueda de la unidad del conocimiento".⁴¹

La multirreferencialidad para el antropólogo George Devereux es más bien una "complementariedad pluridisciplinaria" entendida ésta como el auxilio no homogéneo que distintas disciplinas pueden brindarse para comprender un objeto de estudio⁴², a diferencia de la tan mencionada interdisciplinaria donde no hay transformación-aportación al interior de cada teoría o perspectiva.

Devereux se opone a las acciones aditivas fusionantes de las interacciones que buscan simultaneidad, proponiendo "un doble discurso obligatorio y sucesivo que evitaría las amalgamas imposibles y los sincretismos reduccionistas"⁴³.

Ante todo esto, ¿cómo hacer uso de las categorías teóricas?
¿existirán puntos de articulación comunes sobre los que sea probable fincar las diferencias y semejanzas teóricas de las posturas que integrarán nuestro marco multirreferencial?
¿podría realizarse un análisis de la experiencia de la muerte en la formación del médico, acudiendo a los diferentes encuadres teóricos para intentar una lectura compleja?

Consideramos que sí.

Nuestro planteamiento consiste en suponer la existencia de lo

Autónoma Metropolitana Xochimilco, México, p. 426.

⁴¹ DELAHANTY, ob. cit., p. 426.

⁴² DEVEREUX, George (1972), *Etnopsicoanálisis complementarista*, Editorial Amorrortu, Bs. As., p. 37.

que llamaremos <núcleos articulares de problematización>, a saber:

1. La experiencia de la muerte <del otro> en la subjetividad médica.
2. La experiencia de la muerte en el grupo médico.
3. La experiencia de la muerte en la institución médica y la cultura occidental.
4. La experiencia de la muerte en la educación médica.

Dichos nudos, representan elementos discursivos básicos comunes entre los diferentes marcos teóricos, y a su vez, los puntos donde es probable la *divergencia* y *contraposición*.

A través de los <núcleos articulares>, es posible rastrear al interior de cada discurso, <zonas indefinidas>, en las cuales el ejercicio del pensamiento permita construir y avanzar sobre esas regiones poco exploradas.

⁴³ DELAHANTY, ob. cit., p. 432.

REFERENTES TEORÉTICOS

Dado que hace tiempo que el positivismo agotó sus posibilidades de basar la "objetividad" en lo <percibido> y nuevas orientaciones epistemológicas demostraron que tanto los <hechos> como los <observables> están en el orden de las relaciones <atribuidas y posibles>.⁴⁴ Hoy lo mínimo que se puede admitir al hacer referencia a las <cosas humanas>, entre ellas la experiencia de la muerte, es que éstas se fundan entre lo objetivo y lo subjetivo; entre la producción material y simbólica; entre lo llamado interno-individual y lo externo-social; lo cual lleva a reconocer la necesidad de evitar reducir o privilegiar mecánicamente un plano sobre otro. Teóricamente, de manera abstracta se pueden diferenciar éstos al forjar un nuevo saber, empero, muchas veces también se entorpece el hacer, al empeñarse en diferenciar fenomenológicamente fronteras, allí

⁴⁴ Quizá uno de los epistemólogos más importantes de este siglo, Jean Piaget, sea el que de alguna manera más sistemática ha demostrado la relatividad de los observables y los hechos dentro de la experiencia. Él, en distintas obras (*Las teorías de la causalidad*, *Las explicaciones causales*, *Las explicaciones en las ciencias*) habló de la necesidad de distinguir dos problemas alrededor de los hechos observables: a) las condiciones de lectura de ese observable de la cual el sujeto toma conciencia, y b) las relaciones que están en juego pero que pueden no ser consideradas por el mismo sujeto en ese momento, debido a que la "puesta en relación" de las condiciones de lectura se supeditan a "coordinaciones lógicas exteriores a los comportamientos actuales". Ej. cuando el niño hacia los once o doce años comienza a comprobar que un peso se hunde de manera diferente sobre objetos de resistencia diferente, él dirá en algunos casos "el hierro se apoya muy fuerte sobre la espuma de goma y menos fuerte sobre una madera delgada". Así Piaget dice: en ese momento algunos niños introducen un observable que no existe, y declaran -yo veo que se hunde-, -yo veo que desciende un poquito-. Está claro, pues, que el niño impone sus conclusiones lógicas a la experiencia y no las extrae directamente de la observación".

donde sólo existe continuidad entre el <afuera y el adentro>.⁴⁵ De esta manera, los referentes teóricos que constituyen nuestro marco multirreferencial se pueden rastrear fundamentalmente de siete perspectivas:

- 1) La arqueología de la mirada médica (Michel Foucault).
- 2) La Fenomenología (Bernard Curtis).
- 3) El Psicoanálisis (Sigmund Freud).
- 4) El Análisis institucional (René Lourau, Felix Guattari, George Lapassade).
- 5) La Tanatología médica (Elisabeth Kübler-Ross).
- 6) La Sociología de la muerte (David Sudnow, Jean Ziegler, Norbert Elías).
- 7) El imaginario social (Cornelio Castoriadis).

No está por demás recordar que el <corpus> de cada una de los marcos teóricos a considerar es vasto y rico, en este sentido nuestra pretensión se aleja de su manejo <in extenso>, así se recurrirá a ellos con el objeto de recuperar algunas categorías, de importancia para los <núcleos articulares> y establecer el nexo entre el planteamiento del problema y las hipótesis que vertebran la presente investigación; como es la función de todo marco referencial.⁴⁶

⁴⁵ En la matemática fue Moebius quién ejemplificó a través de una cinta que en sus extremos se une como es susceptible dependiendo del observador de mostrar la tajante diferenciación entre el adentro y el afuera o forciendo la misma cinta se comprueba que un continuo.

⁴⁶ DIETRICH, Heinz, *et al.*(1985), *Guía de investigación científica*, UAM Xochimilco, México, pp. 37-39.

I. LA ARQUEOLOGÍA DE LA MIRADA MÉDICA.

El pensamiento de M. Foucault propone refutar, a partir de las aportaciones de F. Nietzsche y de M. Heidegger, la concepción humanista por la cual el sujeto, resultante última de la historia y del saber, se autorrepresenta culturalmente como fundamento del devenir histórico y cognoscitivo. Según Foucault, el carácter central del sujeto, que arranca con el Renacimiento para culminar en las ciencias humanas del siglo XX implica que el sujeto mismo sea concebido como un dato inmediato positivo, y que la historia, entendida como el resultado de un proyecto humano, siga un trayecto continuo y lineal.⁴⁷

Así pues, las primeras dos obras de F. (*La historia de la locura en la época clásica*, 1961; *El nacimiento de la clínica*, 1963) están dirigidas a demostrar que la positividad del sujeto del devenir histórico es en realidad el resultado de una represión de la desviación psíquica y física, concebida como negativa y definida como patológica, y que dicha represión no se produce según un proceso lineal, sino a través de bruscos cortes epistemológicos a menudo contradictorios.⁴⁸

En *el nacimiento de la clínica* se percibe con nitidez el enfoque epistemológico, por tratar un problema de la historia de la ciencia en un minucioso repaso de la literatura médica entre

⁴⁷ *Enciclopedia Garzanti di Filosofia*, Officine Grafiche Garzanti. Milan, Italy. pp. 359-360.

⁴⁸ "La trayectoria de F. parece definirse como una línea que iría mostrando, por su desarrollo, la naturaleza misma de su investigación. En principio, toda su obra constituye un conjunto de historias que versan sobre objetos antes no muy bien definidos (la locura, la clínica y la muerte, la penalidad, el control del cuerpo), pero relacionados entre sí desde una perspectiva muy general: todas ellas vienen a caracterizar, la cultura europea; reparando, sobre todo, en la historia moderna." Citado en JALÓN, Mauricio (1994), *El laboratorio de Foucault*, Editorial Anthropos, Barcelona, p. 31.

1780 y 1820. La particularidad de su tema -el despliegue del espacio y de la mirada médica-, avicina ya su proyecto de historizar a las ideas y desenvuelve una de sus preocupaciones centrales la sugerencia que la experiencia de la individualidad contemporánea está vinculada, con obstinación a la de la muerte,⁴⁹ y subraya el papel de la medicina en la constitución de las ciencias del hombre, pues le afecta al apresarle como blanco del saber positivo.⁵⁰

El nacimiento de la clínica, se presenta con las siguientes palabras "Este libro trata del espacio, del lenguaje y de la muerte, trata de la mirada."⁵¹ En efecto, el libro acaba por descubrir esa mirada distinta, la mirada <objetiva>, la mirada física, la mirada que observa, que controla, que espía hasta la profundidad de los huesos y las entrañas.

Esa mirada objetiva permite la producción de un saber sobre un espacio diferente cuyo límite es la epidermis, la piel que envuelve el cuerpo. Esa mirada y ese espacio requieren un lenguaje, palabras que sean capaces de describir el cuerpo por dentro y por fuera.⁵² Mirada además que tiene siempre presente la muerte, la posibilidad de desaparición de ese espacio y es en función de ella que adquiere sentido y definición la enfermedad. Esa mirada que enfrenta a la muerte y busca las palabras para describirla, rompe su silencio y conjura sus

⁴⁹ Es decir, a F. le intriga que el discurso clínico tome por objeto al hombre a partir precisamente del momento de su desaparición, de su finitud: "de la integración a la muerte, en el pensamiento médico, ha nacido una medicina que se da como ciencia del individuo", en FOUCAULT, ob. cit., p. 201.

⁵⁰ *Ibidem*, pp. 274, 276-277.

⁵¹ *Ibid.*, p. 1.

⁵² GARCIA, María Inés (1990), *El loco, el Guerrero, el Artista. Fabulaciones sobre la obra de Michel Foucault*, Editores Plaza y Valdés UAM-Xochimilco, p. 44.

fantasmas:

"La mirada no es ya reductora, sino fundadora del individuo en su calidad irreductible. Y por eso se hace posible organizar alrededor de él un lenguaje racional. El objeto del discurso puede bien ser así un sujeto, sin que las figuras de la objetividad, sean, por ello mismo, modificadas".⁵³

Aquí, F. se interroga sobre el orden de los discursos que toman como objeto al ser humano.

El cuerpo del hombre, ese nuevo espacio a describir, se hace objeto del discurso científico, se accederá a él por medio de la mirada del ojo humano ayudado por los otros sentidos. F. quiere atender a lo que pareciera ser un nuevo régimen de enunciación de la verdad en el dominio de la medicina.⁵⁴

Es entonces en la formación de la mirada médica, donde F. va a rastrear la formación de un dominio específico que objetiva al individuo convirtiéndolo en sujeto. Por ello, su investigación se dirige a analizar las condiciones de posibilidad en las cuales emergió la experiencia de la clínica moderna⁵⁵; es decir se orienta a establecer el <apriori> histórico que permitió la confrontación de una nueva mirada en el ámbito de la medicina, que incluso modificó la propia experiencia del médico en relación con el enfermo y con la enfermedad misma.

⁵³ FOUCAULT, ob. cit., p. 31.

⁵⁴ MARTIARENA, Oscar (1995), *Michel Foucault: Historiador de la subjetividad*, ITESM-CEM/EL EQUILIBRISTA, p. 162.

⁵⁵ "La búsqueda aquí emprendida implica por lo tanto el proyecto deliberado de ser crítica, en la medida en que se trata, fuera de toda intención prescriptiva, de determinar las condiciones de posibilidad de la experiencia médica, tal como la época moderna la ha conocido", en FOUCAULT, ob. cit., p. 27.

Sin duda, para que la experiencia clínica fuera posible como forma de conocimiento fue necesario que la sociedad estableciera una organización del campo hospitalario; que se diese una definición del estatuto de enfermo y que fuese posible a través de una serie de prácticas generar un espacio colectivo y homogéneo, donde el enfermo pudiese ser asistido y *aprender con él* a través de la experiencia.

Así, en *el nacimiento de la clínica*, F. estudió la disolución de ciertos mitos epistemológicos relativos a la nosología, en los umbrales del siglo XIX. Para que la experiencia clínica se diese como forma de conocimiento, se requirió una fuerte reorganización del campo hospitalario y desde luego "abrir el lenguaje a todo un dominio nuevo: el de la correlación perpetua y objetivamente fundada de lo visible y lo enunciable",⁵⁶ una definición nueva del estatuto del enfermo en la sociedad y la instauración de una cierta *relación entre la asistencia y la experiencia, el auxilio y el saber*; se ha debido envolver al enfermo en un espacio colectivo y homogéneo.

Lo paradójico, de acuerdo con F., es que para la constitución de un discurso positivo que hace que el individuo sea a la vez sujeto y objeto de conocimiento, haya sido necesario que el hombre pensara en su finitud.⁵⁷

⁵⁶ *Ibidem*, p. 275.

⁵⁷ MARTIARENA, ob. cit., p.176.

II. FENOMENOLOGÍA Y EDUCACIÓN.

PRELIMINARES

El término fenomenología, en el uso filosófico se remonta a J. H. Lambert en el *Nuevo Órgano* (1764), sin embargo, en la actualidad el término se hace referir al campo teórico específico de una escuela que incluye la doctrina y al método inaugurado por E. Husserl.

Husserl define la fenomenología como un "retorno a las cosas mismas". Las cosas mismas son los "fenómenos", no como "apariencias" contrapuestas a hipotéticas "cosas en sí", sino como manifestación originaria de la realidad de la conciencia. Así, la fenomenología se propone describir el fenómeno "tal como éste se da", para aprender su pura forma, o esencia, o idea.⁵⁸

En Husserl la intencionalidad de la conciencia adquiere una dimensión estrictamente filosófica y que ya preanuncia la especificidad del método fenomenológico: la conciencia tiene un carácter trascendental, esto es, opera como condición de posibilidad de la "objetividad" de los objetos, o sea, que la conciencia adquiere en Husserl un carácter de fundamento.⁵⁹

De acuerdo con Husserl el "yo" se descubre como el fundamento último, como la certeza indubitable, como condición de posibilidad de la certeza y la verdad.⁶⁰

⁵⁸ *Enciclopedia Garzanti*, ob. cit., p. 334.

⁵⁹ PARISI, Alberto (1987), "Raíces clásicas de la filosofía contemporánea", en De Alba, Alicia (comp.), *¿Teoría pedagógica? Lecturas introductorias*, CESU-UNAM, México, p. 30.

⁶⁰ Eso quiere decir "trascendental" o "puro".

Si, el "yo trascendental" aparece como el fundamento indubitable. Husserl afirma que debemos poner entre paréntesis o dejar en suspenso todas nuestras anteriores opiniones o certezas sobre la realidad, hasta poder refundamentarla desde la indubitabilidad del yo trascendental.

Esta operación metódica de "puesta entre paréntesis" de todas nuestras anteriores certezas, se denomina epojé fenomenológica. Mediante la epojé queda al descubierto el "yo trascendental".⁶¹

El "yo trascendental" no es vacío; es el yo donde la realidad y su sentido se fundamentan en última instancia. Toda realidad es, pues, fenómeno del yo; eso quiere decir: es realidad, porque lo es "para" el yo como fundamento.

La fenomenología, más que un pensamiento es una corriente de pensamiento y ya dentro del campo teórico específico de la escuela, se destaca una corriente fenomenológica clásica (Husserl, Scheler, Merleau Ponty, etc.), el existencialismo (Sartre, Jaspers, Marcel, etc.) y la filosofía de la existencia (Heidegger).⁶²

Los fenomenólogos han tenido diferencias entre sí sobre las cuestiones más importantes, así que hay versiones diferentes de la fenomenología. Sin embargo, entre los puntos sobre los cuales

⁶¹ La palabra griega "epoje" indica la acción de suspender o poner entre paréntesis.

⁶² PARISI, ob. cit., p. 27.

hay un consenso cercano más o menos general figuran los siguientes⁶³:

- 1) Estar ciertos de la importancia y del sentido de primacía de la conciencia subjetiva.
- 2) Tomar en cuenta la conciencia como activa, como otorgadora de significado.
- 3) Estar seguros de que hay ciertas estructuras esenciales de la conciencia, de las cuales podemos obtener conocimiento directo por medio de un cierto tipo de reflexión. Exactamente cuáles son estas estructuras, es el punto en el que han discrepado los fenomenólogos.

Como lo apuntamos, sería una tarea mayor y fuera de toda intención explicitar detalladamente lo que entrañan estas tres afirmaciones. Sin embargo, se puede decir lo suficiente de cada una, de modo tal que nos permita ver sus implicaciones sobre la fenomenología de la experiencia de la muerte en el médico.

LA CONCIENCIA SUBJETIVA

La noción de la conciencia subjetiva puede ilustrarse al estudiar la percepción.⁶⁴ La percepción consciente implica percatarnos "fuera de conciencia" de la cosa que vemos, o del sonido que escuchamos, y también nuestra conciencia de verla o escucharlo.

⁶³ CURTIS, B. y MAYS, W. (1984), *Fenomenología y Educación*, Editorial Fondo de Cultura Económica, pp. 15-16.

⁶⁴ CURTIS, ob. cit., p. 15.

Podemos distinguir como aspectos componentes de la percepción consciente de la experiencia de la muerte, tanto el darse cuenta en el mundo exterior del paciente que agoniza y muere, y la percepción de la conciencia de uno mismo, que permite este mundo para sí. Pero estamos conscientes de la unidad del mundo exterior y conscientes de la unidad de nuestra propia conciencia del mundo.⁶⁵

Cuando veo a un paciente morir, estoy consciente de la presencia para mí de este paciente con signos corporales comprobables a simple vista, y estoy consciente de que lo veo, como he visto a otros moribundos. Esto no quiere decir que al ver a un paciente morir esté yo precisamente prestando atención a todos estos aspectos de mi experiencia. Sin embargo, al reflexionar sobre lo que es ver algo, descubro estos aspectos de mi visión. Una característica importante de esta descripción es que tal conciencia o el darse cuenta supone que existe un mundo exterior a mí, del cual uno puede estar consciente, y que el mundo exterior, al revelarse ante nosotros, requiere de una conciencia. Cada uno es para la conciencia como una contraparte del otro, de tal manera que, al reflexionar sobre la conciencia, estamos también reflexionando sobre el mundo del que está consciente, y viceversa. Al reflexionar sobre una experiencia consciente de percepción visual estamos reflexionando sobre Lebenswelt (vida-mundo), que incluye las experiencias visuales de cosas visibles.⁶⁶

⁶⁵ *Ibidem*, p. 16.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 17.

Yo y mi mundo existimos conjuntamente. Este es el dato radical, el hecho primordial con que me encuentro al percatarme de mi contingencia y de la contingencia del mundo. Mi estar es un co-estar con el mundo. El mundo -objetividad- me es tan patente como mi intimidad.

Por eso José Ortega y Gasset insistió, desde comienzos del siglo, que:

"la realidad primordial, el hecho de todos los hechos, el dato para el universo, lo que me es dado es... "mi vida" -no mi yo solo, ni mi conciencia hermética, estas cosas son ya interpretaciones, la interpretación idealista... Lo primero, pues, que ha de hacer la filosofía es definir ese dato, definir lo que es "mi vida", "nuestra vida", la de cada cual. Vivir es el modo de ser radical: Toda otra cosa y modo de ser lo encuentro en mi vida, dentro de ella, como detalle de ella y referido a ella. En ella todo lo demás es y es lo que sea para ella, lo que sea como vivido. La ecuación más absurda de la matemática, el concepto más solemne y abstracto de la filosofía, el Universo mismo, Dios mismo son cosas que encuentro en mi vida, son cosas que vivo. Y su ser radical y primario es, por tanto, ese ser vivida por mí y no puedo definir lo que son en cuanto vividas si no averiguo qué es vivir".⁶⁷

⁶⁷ ORTEGA Y GASET, J. *¿Qué es la Filosofía?* (Obras inéditas), Editorial Revista de Occidente, pp. 213-214. Citado en, BASAVE, Fernández del Valle, A. (1973), *Metafísica de la muerte*, Editorial JUS, México, p. 31.

La muerte le sucede a la vida. Y le acaece a la totalidad del ser humano. Marchamos hacia adelante, persistiendo en el esfuerzo por alcanzar lo que aún no somos y proyectamos ser. El afán de plenitud subsistencial nos desborda siempre. La muerte, mientras vivimos, está siempre después.

Θανατος en griego, y mors en latín, son sustantivos que se aplican primordialmente a los hombres, a la condición mortal de la humanidad.⁶⁸

Para un alumno de medicina, la muerte se ofrece a su vida, a primera vista, como un fenómeno evidente que no requiere de artificios intelectuales ni reflexiones profundas. Basta abrir sus ojos para contemplar el hecho de la muerte, como experiencia inmediata que no requiere demostración. El estudiante sabrá que, aunque la ciencia médica duplique o triplique la edad del hombre sobre la tierra, habrá siempre un límite infranqueable. La enfermedad o accidente que arrebatara la vida es causa próxima y natural de la muerte. Podrá hablar de muerte prematura, de muerte violenta, de muerte repentina. En todo caso se percata que morirá infaliblemente. Aunque la vida sea incertidumbre y riesgo, la muerte es la conciencia de su propio límite.⁶⁹ Pero ya en esta actitud se fija cierta dirección que se encamina a la búsqueda del sentido de la experiencia de la muerte en su vida.

⁶⁸ MALISHEV, M. (1996), *Amor, culpa y muerte: dimensiones vivenciales*, Universidad Autónoma del Estado de México, Colección: Acordeones/2, p. 54.

⁶⁹ BASAVE, ob. cit., p. 10.

LA CONCIENCIA OTORGADORA DE SIGNIFICADOS

La perspectiva general es que la conciencia utiliza los signos para explicarse a sí misma los significados que otorga. La pretensión de un significado y la expresión por un signo son dos aspectos de un mismo acto.⁷⁰

Al ver a un paciente morir estoy consciente de su presencia (exterior a mí), consciente de verlo, y también, como ahora veremos, consciente de expresar por medio de signos ("moribundo", por ejemplo) el significado que pretendo darle. Pero, repito, esto no quiere decir que esté generalmente prestando atención a todos estos aspectos, aunque pueden ser descubiertos en el acto de reflexionar apropiadamente. Ahora bien el significado que pretendo en tal caso siempre se proyecta más allá de la experiencia inmediata, más allá del plano de las causas eficientes de la explicación científica. Así, mi pretensión de otorgar significado, y mi experiencia consciente que esto implica, no pueden explicarse como una derivación causada por lo que se le presenta exclusivamente a los órganos de los sentidos.

En realidad, tal pretensión de otorgar significado es un *prerrequisito* para que yo tenga la experiencia, en primera instancia.⁷¹

La vida, en su sentido biológico, es proceso. Tiene principio y término. El término es confin, horizonte que acaba. Cara a la muerte, el tiempo se nos convierte en tiempo-oportunidad. Cada instante es insustituible e irrepetible. No es cuestión de

⁷⁰ CURTIS, ob. cit., p. 19.

⁷¹ *Ibidem*, p. 20.

matar el tiempo, sino que el tiempo nos está matando. Esta temporalidad contada, limitada, nos apremia a existir apretadamente. Si el viaje es breve, la vida tiene un carácter de urgencia. Más allá del mero vivir biológico, experimentamos un dinamismo ascensional -orgiástico y delirante algunas veces- porque tenemos hambre de inmortalidad; porque nuestras tensiones y pretensiones se proyectan más allá de la cesación del vivir biológico; porque no tiene razón de ser ni sentido acariciar una plenitud si es que no existe la plenitud. Entonces la muerte de un hombre -enfermo o no- nos empobrece, nos llena de asombro, de angustia y de protestas calladas. Puesto que suponemos que somos más que vida biológica, puesto que proyectamos, poetizamos y fundamentamos, anhelamos per-vivir. Vivir más y vivir siempre, es algo más que una simple intención. Trátase de un afán de plenitud subsistencial donde la idea y la aspiración se complementan.⁷²

Como negación de la vida, la muerte es algo que directamente nos impacta, es lo que a cada ser humano le recuerda la conclusión de su propio discurso, le representa el resumen de su propia vida. Por consiguiente, la muerte puede ser considerada en dos aspectos: como un fin natural de cada ser vivo, hecho irrevocable en la serie de fenómenos de la naturaleza y, como una vivencia vinculada al modo de ser específicamente humano, como un componente inalienable de su espíritu.⁷³

La experiencia de ver morir al otro enmarca la idea de "tener que morir uno". Ante la idea de "tener que morir" se asume una

⁷² BASAVE, ob. cit., p. 8.

⁷³ MALISHEV, ob. cit., p. 16.

u otra posición, es una vivencia configuradora de la vida humana. En todo caso, esta idea, honda y dramática, marca la existencia del hombre y le lleva a saborear en la vida, un cierto "sabor". Ante esta idea de "tener que morir" caben tantas actitudes como hombres existen sobre la tierra. La llamada "muerte eludida y negada" en los estudiantes de medicina es tan sólo una vital actitud preliminar a la muerte frecuente y a la idea de su propia muerte. Se trata de ocultar la preocupación de la muerte, mientras el organismo esté más o menos sano.

Para la vida hospitalaria banal e inauténtica, el muerto es un importuno. Es preciso deshacerse de él, de su presencia ausente, de su recuerdo. Es necesario ocultar ese horror a los enfermos más graves. La dureza y la frialdad de los médicos reservan al moribundo, si es posible, el rincón más retirado. Hay que recobrar el ritmo de la vida ordinaria, el buen tono, olvidando la lección de la muerte. La mayoría de los médicos pretenden poner sobre sus ojos -síntoma del envilecimiento de la institución médica- una venda de indiferencia ante el drama del agonizante. Ya no se quiere ver en este drama de solemne grandeza un comienzo, sólo se piensa en una aniquilación. Muchos son los enfermos que no quieren morir, como perros en el hospital. Pero la verdad es que la muerte en el hospital deshonra, no al que muere, sino a los que viven, a los que se niegan a participar del momento trágico.

Los éxitos más brillantes del médico nunca serán más que una moratoria que la muerte le otorga, tarde o temprano de ella será la última palabra. Los médicos incrédulos se rebelan ante

la muerte como si fuese una injuria personal, una traición, una injusticia.

LAS ESTRUCTURAS DE LA CONCIENCIA

Para explorar un poco más la manera en que la pretensión de otorgar significado se proyecta más allá de lo que está presente inmediatamente. Cuando la conciencia otorga el significado, lo hace de tal manera que se relaciona con la estructura del significado que ya se posee. Se supone que nace una estructura mínima de creencia cuando la conciencia despierta por primera vez. Esto significa que hay un grado de unidad <unidad de estructura> en la conciencia.⁷⁴

Los signos por medio de los cuales se expresa el significado forman alguna clase de conjunto relacionado con tales signos. Más aún: hay un deseo, incluso una ansiedad, de la conciencia de otorgar significado de este modo. Así que, lejos de que un caso donde se otorgue significado o se pretenda un significado sea explicable como efecto de alguna causa eficiente fuera de la conciencia, tiene que entenderse en términos de la propia estructura y de las propias necesidades (conscientes) de la conciencia.⁷⁵

Ante la muerte, como posibilidad intrínseca, cierta y necesaria, la conciencia exige una toma de posición, una actitud. Mientras la vida, siempre proyectada hacia el futuro, es incertidumbre y riesgo, la muerte, conclusión de nuestro porvenir temporal, es certidumbre y fijación definitiva. "Tener que morir", llevando la

⁷⁴ CURTIS, ob. cit., p. 20.

⁷⁵ *Ibidem*, p. 21.

muerte al costado, es tener que decidirse a adoptar una cierta actitud ante la terminación de nuestra vida, es buscar un sentido a la propia muerte.

Ante el acecho incesante de la muerte, surge el vértigo ontológico. Y con el vértigo ontológico se da el retorno sobre sí mismo. Hay mil y mil manera de morir. Por eso la muerte es análoga. En rigor, hay tantas muertes como individuos. La muerte en general, no existe. Es una abstracción natural y necesaria. Los caracteres esenciales del concepto "muerte" sólo se dan, como ingredientes, en el morir de cada cual.⁷⁶

Ante la cuestión del sentido de la muerte de los otros y del sentido de su propia muerte, la conciencia exige significados. Ciertamente que la muerte no es pura transparencia racional, pero tampoco es pura irracionalidad. Nuestra inteligencia topará, al final de cuentas con el misterio de la muerte. Sólo que "el misterio -como lo ha dicho Gustavo Thibon- no es un muro donde la inteligencia se rompe, sino un océano donde se pierde".⁷⁷

Veo a un paciente agonizar y me desagrada, mi percepción se proyecta hacia otros agonizantes y situaciones que me han agradado y desagradado. Se proyecta hacia lo que anticipo hacer por y con este paciente, y así se proyecta hacia preguntas que conciernen a lo que es aconsejable que yo haga, y si quiero o no comprometerme a ser la clase de médico que hace tales cosas. Aunque en ese momento yo no esté

⁷⁶ BASAVE, ob. cit., p. 109.

⁷⁷ *Ibidem.*, p. 110.

prestando atención a todos esos detalles por separado, lo que siento, como reacción a la agonía de mi paciente, de una manera u otra, matiza lo que él me inspira.

Pero la muerte del otro, ese día, me grita al oído. Desde ese momento surge el sentimiento de encontrarme prisionero de la finitud. Puedo prever que mi muerte será absolutamente cierta, aunque sus circunstancias <el cómo y el cuándo> permanezcan envueltas en la incertidumbre.

Mi muerte, esencialmente inexperimentable mientras viva, será estrictamente personal y única.

Algunas de las implicaciones que tiene el punto de vista fenomenológico para la experiencia de la muerte en la formación del médico se pueden resumir a grandes rasgos, de la manera siguiente:

La opinión que expresa la primacía de la conciencia parece ser la afirmación de que la conciencia de la "muerte del otro" implica la conciencia de la "muerte de sí mismo" y de que, en cierta forma, depende de ella. El conocimiento de la conciencia subjetiva de sí mismo acompaña, y en algunos aspectos hasta precede, al conocimiento fuera de la conciencia, incluyendo el conocimiento de las otras personas. Así, si pretendemos ayudar a un alumno para que llegue a comprender la vivencia de la "muerte del otro", debemos recordar que lo hacemos tratando de ayudarlo a que llegue a comprender su conciencia sobre "su propia muerte".

Más aun: reconocer que la conciencia es activa, y que atribuir significado es reconocer; por ejemplo, que estar consciente de

ver algo es cuestión de entender qué se ve, aunque en ocasiones sólo entendamos que lo vemos como algo extraño; como algo que no podemos entender, por así decirlo.

Al formar a un alumno, estamos tratando de ayudarlo a que él entienda las cosas por sí mismo. Finalmente, afirmar que la conciencia tiene una estructura esencial, es sustentar que la comprensión de las cosas por parte de la conciencia está estructurada de maneras esenciales. Exactamente qué es esta estructura esencial, y cómo se puede revelar, son cuestiones en las que los fenomenólogos han discrepado. Parece claro, no obstante, que la estructura esencial de la conciencia desempeñaría un papel fundamental en la formación del médico.

III. PSICOANÁLISIS Y MUERTE

En la cultura moderna occidental, la idea de la muerte es fundamental en la experiencia de la individualidad.

La muerte es un hecho pero también es un escándalo. Y el hombre está obligado a trasvertir de virtud esta miseria con el fin de racionalizar y de negar el escándalo. La experiencia de la muerte debe ser explicada, racionalizada, entendida y los temores que provoca deben cercarse.

Para Freud, "La meta de toda vida es la muerte". Y con igual fundamento: "Lo inanimado era antes que lo animado".⁷⁸

Su idea es que los organismos mueren por razones internas, la muerte no es un accidente externo, la muerte es una parte intrínseca de la vida. Sugiere que en el nivel biológico la vida y la muerte no están en conflicto, sino que son en cierto modo lo mismo. Es decir, que son una especie de unidad dialéctica.

Como dijo Heráclito:

"Es lo mismo en nosotros lo que está vivo y lo que está muerto, dormido y despierto, lo que es joven y viejo: por una inversión los anteriores son los posteriores y los posteriores se convierten en los anteriores".⁷⁹

La aceptación de la finitud que establece lo negativo, muestra también la positividad de la vida; los dos polos se enfrentan en una lucha sin cuartel.

⁷⁸ FREUD, S., *Más allá del Principio del Placer*, en *Obras completas*, Vol. XVIII, Editorial Amorrotu, Bs. As., 1977, p. 1096.

El restablecimiento de la no-vida no es sólo un detenimiento de la vida. La muerte no es únicamente la cesación de los procesos vitales, pues esto no sería más que la anabiosis que nos servirá, quizás, un día para conservar la vida. La muerte es una destrucción de los mecanismos vitales, una des-estructuración irreversible de la materia viva. La muerte pasa por la descomposición. La cesación de los procesos vitales, puede ser, en principio, algo diferente de la muerte.⁸⁰

La vida es el camino certero hacia la muerte, pero es el sujeto quien fija su trayectoria consciente o inconsciente. De alguna manera toda muerte es un suicidio.⁸¹

Sin entrar en mayores desarrollos, que escaparían a los propósitos de este capítulo, consideremos las nociones psiconalíticas pertinentes a nuestro objeto de estudio.

PULSIONES SEXUALES Y PULSIONES DE AUTOCONSERVACIÓN

La pulsión (en alemán *trieb*) es un término psicoanalítico de importancia central, utilizado sistemáticamente por Freud a partir de 1905.⁸² La pulsión consiste en un "impulso" que tiene su fuente en un estado de tensión interna del organismo y que alcanza su fin suprimiendo ese estado de tensión tanto en el objeto como mediante el objeto. No siendo ni una fuerza completamente somática, ni pura energía psíquica, sino más bien un proceso dinámico en el límite entre soma y psique, la

⁷⁹ HERÁCLITO, *La realidad en la sabiduría presocrática*, Visión libros, Barcelona, p. 35.

⁸⁰ CARUSO, A.I. (1974), *psicoanálisis, marxismo y utopía*, Editorial siglo XXI, México, p. 29.

⁸¹ GARCIA, ob. cit., p. 49.

pulsión freudiana, sea del tipo que sea, nace del "ello", pero actúa también el ámbito de las otras dos instancias psíquicas (yo y super yo). A diferencia del "instinto" (en alemán *instink*), un término que Freud también utiliza a veces, como muchos autores antes que él, y que por lo tanto no debe usarse como equivalente de "pulsión" en la terminología psicoanalítica española.⁸³

La pulsión no está preformada ni orientada de antemano a ciertos fines, sino que se construye en las primeras fases de la existencia individual y tiende a diversos fines.

La teoría de las pulsiones mantiene en Freud la estructura de un dualismo entre clases contrapuestas. Así en el primer período de su pensamiento (antes de 1920), distingue una clase de "pulsiones sexuales" como opuesta a la de las "pulsiones del yo" o "pulsiones de autoconservación".

La pulsión sexual cuyo material está constituido por la libido, es aquella sobre cuya base se ejerce el proceso fundamental de la represión en el ámbito del conflicto psíquico.

Se manifiesta no sólo en la conducta sexual, sino también en representaciones y comportamientos aparentemente muy alejados de la sexualidad: constituye un resultado construido al término de una larga evolución ontogenética, en la que la satisfacción genital, correspondiente a la "pulsión sexual unificada", puede preceder las distintas satisfacciones locales (placer del órgano) correspondiente a las "pulsiones sexuales

⁸² FREUD, S., *Tres ensayos sobre la teoría sexual*, en *Obras Completas*, Vol. VII, Editorial Amorrortu, Bs. As., 1977, p. 23.

⁸³ *Enciclopedia Garzanti*, ob. cit., p. 818.

parciales" (oral, anal, etc.).⁸⁴ Estas últimas, inicialmente detectables en lo que Freud llama la "perversión polimorfa" del niño, nunca desaparecen del todo en el adulto.

En cuanto a las pulsiones de autoconservación, corresponden en términos generales a las grandes funciones orgánicas (nutrición, defecación, actividad muscular, etc.); son llamadas también pulsiones del yo, porque en el conflicto defensivo el yo recurre a su carga energética.⁸⁵

PULSIONES DE VIDA Y PULSIONES DE MUERTE

La incapacidad de la primera conceptualización para explicar la agresión y las neurosis que presentaron los soldados en la primera guerra mundial, llevó a Freud a elaborar una nueva teoría en la cual postuló la pulsión de muerte, como la tendencia de la vida orgánica a regresar al estado inorgánico del cual había surgido. Consideró que tanto la agresión como la tendencia a la repetición se encuentran ligadas a esta pulsión. En su Teoría de la libido, Freud escribirá:

"Unos de estos impulsos, que laboran silenciosamente en el fondo, perseguirían el fin de conducir a la muerte al ser

⁸⁴ FEDIDA, P. (1979), *Diccionario de Psicoanálisis*, Editorial Alianza, Madrid, pp. 144-145.

⁸⁵ Una vez que Freud descubre la sexualidad infantil y nombra las pulsiones sexuales, se acaba de dar un gran paso para la comprensión de la psicología, que puede funcionar normalmente o producir neurosis. Las pulsiones se desarrollan al principio sobre las funciones de autoconservación. En su preocupación por explicar el conflicto defensivo contra las pulsiones sexuales, Freud las opone a las pulsiones de autoconservación, o pulsiones del yo. Este es el primer dualismo pulsional en Freud. Para que el yo pueda defenderse contra las pulsiones sexuales y reprimirlas, Freud necesita explicar de dónde obtiene la energía para hacerlo. Este primer dualismo pulsional es correlativo de otro dualismo: el de la oposición entre el principio del placer y el principio de realidad. Citado en AZOURI, C. (1995), *El Psicoanálisis*, Editorial Acento, Madrid, pp. 51-52.

vivo; merecerían, por tanto el nombre de pulsiones de muerte y emergerían, vueltos hacia el exterior por la acción conjunta de los muchos organismos elementales celulares, como tendencias de destrucción o de agresión. Los otros serían las pulsiones sexuales o pulsiones de vida libidinosos (el Eros), mejor conocidos analíticamente, cuya intención sería formar con la sustancia viva unidades cada vez más amplias, conservar así la perduración de la vida y llevarla evoluciones superiores. En el ser animado, las pulsiones eróticas y las de la muerte habrían constituido regularmente mezclas y aleaciones de los mismos. La vida consistiría en las manifestaciones del conflicto o de la interferencia de ambas clases de instintos, venciendo los de destrucción con la muerte y los de la vida con la reproducción"⁸⁶

Su primera teoría resultaba ahora limitada, la vida del hombre se mostraba como algo más que el simple alivio de la tensión sexual, ya que el mero hecho de vivir, implica un estado de tensión y en el hombre se encuentra siempre un impulso hacia la muerte, que es un alivio para la tensión.⁸⁷

Lo que llevó a Freud a este nuevo y último dualismo pulsional (pulsiones de vida y de muerte), fue la necesidad de dar cuenta de ciertos hechos observados clínicamente que el dualismo

⁸⁶ FREUD, S., *Teoría del libido*, en Obras completas, Vol. IX, Editorial Amorrortu, Bs. As., 1977, p. 31.

⁸⁷ THOMPSON, C. (1951), *El Psicoanálisis*, Editorial Fondo de Cultura Económica, Breviario 47, México, p. 57.

precedente (pulsiones sexuales y de autoconservación) no podía explicar.

¿Cómo comprender la compulsión de repetir situaciones no placenteras, desagradables o dolorosas? ¿Cómo comprender la importancia de los autorreproches en una afección como la melancolía? ¿Cómo comprender el masoquismo primario y el odio?

Freud presenta en su *Más allá del principio del placer* (1920) la segunda conceptualización donde "las pulsiones de vida" se contraponen a las "pulsiones de muerte".

Las primeras comprenden tanto las pulsiones sexuales como las pulsiones de autoconservación. Designada con el término "eros", están encaminadas a la conservación de la unidad de lo vivo. Más fuertes que ellas, al punto de prevalecer sobre el mismo principio del placer⁸⁸, son las "pulsiones de la muerte" identificables en las primeras fases de la vida individual con la tendencia a la autodestrucción, se dirigen posteriormente hacia objetos externos especificándose como "pulsiones agresivas" y "pulsiones destructivas".⁸⁹ De acuerdo con Freud:

"La especulación hace actuar al 'eros', desde el principio mismo de la vida, como 'pulsión de vida', opuesto a la 'pulsión de muerte', surgido por la animación de lo anorgánico... En su lugar apareció otra (antítesis) entre

⁸⁸ Concebido por Freud para explicar la tendencia del psiquismo a querer descargar de forma inmediata toda tensión desagradable. Hasta su segunda tópica, introducida en 1920, Freud consideraba el placer ligado a la reducción de una excitación, y el displacer, procedente de una acumulación de estas excitaciones. En lo referente al principio de la realidad, éste interviene como regulador del principio del placer. Citado en AZOURI, ob. cit., p. 52.

pulsiones libidinosas (pulsiones del yo y del objeto) y los demás que pueden estatuirse en el yo y constituir quizá las pulsiones de destrucción. La especulación transforma esta antítesis en las pulsiones de la vida (eros) y pulsiones de muerte."⁹⁰

Uno de las nociones clave asociadas a la pulsión de muerte es la compulsión de repetición. Para Freud, la compulsión de repetición es una ley general en psicología, en virtud de la cual todos los dinamismos psíquicos tienden al restablecimiento de su estado inicial. Basta definir el comienzo para descifrar el tema.

"En el origen existía la muerte.

La vida tiende al restablecimiento de sus orígenes.

Luego el fin al cual tiende en último término la vida, es la muerte."⁹¹

De este modo, para Freud, la vida y la muerte son en cierto modo una unidad en el nivel orgánico, no obstante, en el nivel humano están separadas en opuestos en conflicto. La *extroversión* de la pulsión de la muerte es el modo de resolver este conflicto que no existe en el nivel orgánico. Entonces la neurosis⁹² permanece, como un estado estrictamente humano; *la vida y la muerte no enferman a la naturaleza.*⁹³

⁸⁹ THOMPSON, ob. cit., p. 57.

⁹⁰ FREUD, *Más allá del principio del placer*, ob. cit., p. 1116.

⁹¹ CARUSO, ob. cit., p. 24.

⁹² Afección psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa. La teoría psicoanalítica de la neurosis nos exige postular una

La muerte para Freud, es el principio y el fin, es ella la que se encuentra antes de la vida, es a ella hacia quien nos dirigimos, a quien nos entregamos como destino inexorable, como mito pasivo, como mujer y como madre.⁹⁴

Si la muerte es una parte de la vida, hay una peculiar morbidez en la actitud humana hacia la muerte, una morbidez que Freud reconoció, pero que no vinculó a su teoría de la pulsión de muerte.⁹⁵

Lo que distingue al hombre de los demás animales -dice Unamuno-, es que en una u otra forma, cuida sus muertos, ¿y de qué los protege tan vehementemente? La conciencia mezquina se reduce ante su propia aniquilación...

"El gorila, el chimpancé, el orangután, y sus congéneres deben de considerar como un pobre animal enfermo al hombre, que hasta almacena sus muertos".⁹⁶

ambivalencia verdadera de las pulsiones en el hombre. La posibilidad de curación depende del reconocimiento de que la ambivalencia de las pulsiones es una prerrogativa humana, ausente en el nivel animal y en correlación con la represión en el nivel humano, y por consiguiente superable en principio, si la represión puede ser superada. LAPLANCHE, J. y PONTALIS, B.J. (1993), *Diccionario de Psicoanálisis*, Editorial Labor, Barcelona, p. 236.

⁹³ BROWN, O.N. (1967), *Eros y Tanatos. El sentido psicoanalítico de la historia*, Editorial Joaquín Mortiz, México, p.108.

⁹⁴ En 1913, Freud publicó un comentario psicoanalítico sobre dos escenas de El mercader de Venecia de Shakespeare. Terminaba su ensayo con las palabras siguientes : "Podríamos decir que para el hombre existen tres relaciones inevitables con la mujer, aquí representadas: la madre, la compañera y la destructora". O las tres formas que adopta la imagen de la madre en el curso de la vida : la madre misma, la amada, elegida a su imagen, y por último, la madre tierra, que la acoge de nuevo en su seno. Pero el anciano busca en vano el amor de la mujer, tal como primero lo obtuvo de su madre, y sólo la tercera de las mujeres del Destino, la muda diosa de la Muerte, le tomará en sus brazos." Citado en CARUSO, ob. cit., p. 21.

⁹⁵ BROWN, ob. cit., p.123.

⁹⁶ UNAMUNO, M. *Del sentimiento trágico de la vida*, Editorial Aguilar, México, 1965, pp. 20, 41.

No es la conciencia de la muerte sino la huida de la muerte lo que distingue al hombre de los animales. Desde los tiempos de los primeros hombres, se comprueba que el enterrar a los muertos constituye signo distintivo del hombre. Desde los tiempos muy remotos, donde el entierro se cumplía rodeado de infinita solemnidad, utilizando joyas y objetos de arte destinados a honrar al muerto, hasta los ritos funerarios de Hollywood, la huida de la muerte ha sido como dijo Unamuno, el corazón de toda religión. Las pirámides y los rascacielos muestran hasta qué punto la actividad económica del mundo es también en realidad una huida de la muerte. Si la muerte es una parte de la vida, si hay una pulsión de la muerte (tendencia a la autodestrucción y agresión dirigida hacia el exterior) así como una pulsión de la vida (eros=pulsiones sexuales + pulsiones de autoconservación) el hombre huye de su propia muerte como huye de su propia sexualidad. Si la muerte es una parte de la vida, el hombre reprime su propia muerte como reprime su propia vida.⁹⁷

De acuerdo con Freud, la agresividad salva al organismo de la innata tendencia autodestructiva de la pulsión de muerte, al extrovertirla, sustituyendo el deseo de matar por el deseo de morir.⁹⁸

Por el contrario de Freud, O. Brown sugiere que esta extroversión de la pulsión de muerte es la peculiar solución humana de un problema peculiar humano. La huida de la muerte es la que

⁹⁷ THOMPSON, ob. cit., pp. 61-65.

⁹⁸ Freud, ob. cit., *Más allá del principio del placer*, p. 74-75, *El yo y el Ello*, p. 56-57.

plantea a la humanidad el problema de qué hacer con su propia muerte biológica innata, de qué hacer con su propia muerte reprimida.

En los animales la muerte es parte de la vida y utilizan la pulsión de muerte para morir: el hombre construye agresivamente culturas inmortales y hace la historia para escapar a la muerte.⁹⁹ El estudio de la compulsión de la repetición indica que la represión engendra el tiempo histórico al engendrar una fijación determinada de los instintos en el pasado reprimido, y al poner así en marcha un movimiento dialéctico hacia el futuro que es al mismo tiempo un esfuerzo por recuperar el pasado.¹⁰⁰

¿Cuál es la relación entre la fijación en el pasado y la represión de la muerte? El término intermedio es evidente: es el rehusarse a envejecer. En el nivel biológico los organismos viven su vida y no tienen historia porque vivir y morir, es decir envejecer, es en ellos una unidad inseparable.

En el nivel humano, la reprimida pulsión de muerte no puede afirmar la vida afirmando la muerte; la vida, estando reprimida, no puede afirmar la muerte y por eso tiene que huir de ella.¹⁰¹

La destrucción de la unidad biológica de la vida y la muerte transforma la homeostasis de la vida orgánica en el principio del placer, transforma la compulsión de la repetición en una fijación en el pasado infantil, y transforma la pulsión de la muerte en un principio agresivo de negación. Y estas tres características específicamente humanas -el principio del

⁹⁹ BROWN, ob. cit., p. 124.

¹⁰⁰ ESPAÑA, M. (1982), *La temporalidad en el psicoanálisis*, Universidad Autónoma de Guadalajara, México., p. 43.

¹⁰¹ BROWN, ob. cit., p. 126.

placer, la fijación del pasado y la negación agresiva- son aspectos del modo de ser cacterísticamente humano, del tiempo histórico.¹⁰²

Así, resulta posible que en virtud del reiterado contacto que vive el estudiante de medicina con la muerte geste la separación de la unidad en opuestos en conflicto -la vida vs. la muerte-, y someta entonces los opuestos en conflicto a represión.

Desde luego la represión de la pulsión de muerte tratará en vano de aparecer "pasiva", "muda", "silenciosa".

Es necesario preguntarnos al término de esta exposición si, ¿es posible en la realidad para el médico aceptar, desde el punto de vista de su razón y de su cultura el necesario destino del hombre que no es otro que el morir, y no solamente matar o ser muerto, sino morir? ¿acaso para el médico sólo la muerte debe ser fatalmente "el fin", la terminación, el límite de la vida?.

Destaquemos que el término pulsión de muerte es un término peligroso, pero creemos que no carente de utilidad en el ámbito de la formación médica. Es un término que genera resistencias...

"Incluso Freud, y mucho más aún los psicoterapeutas que lo siguieron, chocan contra la pulsión de muerte como contra un obstáculo *insuperable en su labor terapéutica*. Como les falta el coraje estoico de Freud, los epígonos prefieren abandonar la pulsión de muerte, sin remplazarla por otra hipótesis. Pero quien cierre los ojos para no ver las causas

¹⁰² *Ibidem*, p. 127.

que condujeron a Freud a su pesimismo, no ganará en cambio ninguna posibilidad terapéutica".^{103, 104}

Es pues ¿la pulsión de muerte una pulsión que provenga de la muerte? ¿es una pulsión "sin salida? ¿es imposible la satisfacción plena de la necesidad y la presencia en el seno de la vida del principio conservador de la muerte? ¿es posible el avance del Eros frente a la conservación (los dos órdenes de hecho no son sino las caras de una misma medalla)? ¿el acrecentamiento del Eros podría ser considerado como algo más que un lujo ficticio y engañoso, como algo más que una ilusión, una emboscada?

¿es posible para el médico una elaboración más allá de una simple respuesta científica a la muerte?, es decir ¿es concebible una propuesta permeada por el Eros que posibilite la esperanza? y lo más importante ¿es permisible la esperanza utópica por la institución médica moderna, la formación médica vigente y el diseño curricular actual de la carrera de médico cirujano?

Actualmente, las resistencias del médico no han cesado de reemplazar la "praxis" clínica de la esperanza por las defensas

¹⁰³ En Norman O. Brown, *Life against Death*, Wesleyan-University Press, Middletown, 4ª ed., 1961, p. 75. Citado a su vez en CARUSO, ob. cit., p.112.

¹⁰⁴ Los discípulos de Freud no acogieron con entusiasmo la idea de la pulsión de muerte; pero, en cambio, la compulsión de repelición y la hipótesis de que la agresión reprimida tiene un papel importante en la neurosis, fueron aceptadas inmediatamente y encontraron aplicación en la terapia. El punto más discutible de la teoría de Freud es su idea de que la amenaza contra la vida y la seguridad proviene de una fuerza congénita que se encuentra dentro de nosotros. Si la teoría fuera cierta, entonces un niño que viviera en un ambiente perfectamente benigno tendría, no obstante, dentro de sí mismo, una poderosa fuerza destructiva que sería una amenaza constantemente necesitada de control. Citado en THOMPSON, ob. cit., p. 61.

de la adulación de sí mismo (la omnipotencia del médico distante de la muerte del otro), la creencia en la <superstición científica> (la reducción del fenómeno de la muerte a un accidente puramente biológico), los consuelos lenitivos hospitalarios (el ocultamiento burocrático del cadáver) o las mentiras tanatológicas estimulantes (la supuesta "neutralidad" de la subjetividad del médico ante la muerte).

Quizá por que la esperanza es difícil de soportar: la esperanza compromete al médico.

Lo compromete con una visión dialéctica del mundo y por tanto a un modo dialéctico de pensamiento: el más exigente de todos.

IV. LA TANATOLOGÍA

Durante este siglo, el tema de la muerte ha sido considerado desde muy diversas perspectivas.

Fue el ruso Elie Metchnikoff quien en 1901 acuñó el término <tanatología> para denominar a la ciencia encargada de estudiar la muerte. Presumió que esta ciencia debería de incluir todas las perspectivas complementarias que permitieran una comprensión global e integral del fenómeno¹⁰⁵.

Sin embargo, la intención de Metchnikoff de construir una ciencia multidisciplinaria de la muerte, se vio truncada por las limitaciones teóricas impuestas por la racionalidad médica a las fases tempranas del desarrollo de la tanatología.

La lógica médico-científica, redujo la multidimensionalidad del fenómeno de la muerte a su dimensión exclusivamente biológica, y se impuso la idea de la muerte como el fin de un proceso biológico.

Así, en la actualidad, el término tanatología remite a un campo de estudio de la medicina; la medicina legal.

TANATOLOGÍA MÉDICO-LEGAL

De acuerdo con el campo medico-legal, la tanatología se concibe como el estudio de la muerte, en sus diferentes formas,

¹⁰⁵ Ramos, F. y Sánchez -Caro, M.J. (1986), *La muerte: realidad y misterio*, Editorial Aula Abierta Salvat, Madrid, p. 4.

tipos y manifestaciones, atendiendo a criterios clínico, histológico, toxicológico y médico legal.¹⁰⁶

Los problemas tanatológicos se circunscriben a la definición y determinación de la muerte,¹⁰⁷ con omisión de problemáticas nodales: como el reconocimiento de las perturbaciones de la experiencia de la muerte sobre la subjetividad de los médicos, el estudio de las repercusiones de dicha experiencia en la formación, el currículo y la institución médico-escolar.

Para avanzar en la comprensión del discurso de la tanatología moderna, resulta necesario abordar grosso modo su cuerpo teórico.

El primer problema planteado por la perspectiva médico-legal es el de la definición de la muerte. En torno a él, se ha generado un alud de definiciones, entre ellas:

"La muerte, es la cesación irreversible de todos los fenómenos vitales, incluyendo respiración, circulación y latido cardíaco. La muerte sólo se puede definir en sentido negativo, pero ello no significa que se manifieste únicamente como un defecto de los citados fenómenos vitales, ya que el organismo va acompañada y seguida de diversa y evidentes modificaciones que condicionan en su conjunto los fenómenos cadavéricos."¹⁰⁸

¹⁰⁶ RAMIREZ, ob. cit., p. 158.

¹⁰⁷ *Ibidem*, p.159.

¹⁰⁸ *El mundo de la medicina desde la A hasta la Z*. Anesa/Noguer/Rizzoli/Larousse, Vol. 3, p. 211.

Desde 1906, se ha utilizado la definición: "La muerte, es el cese de la respiración y del latido cardíaco".

En 1975, se decía "Para todos los propósitos legales, un cuerpo humano con irreversible cese de la función de todo el cerebro, incluyendo el tallo cerebral, deberá ser considerado muerto".¹⁰⁹

El segundo problema, el del diagnóstico, es decir el de la determinación de la hora de la muerte, se considera como el más importante y delicado, ya que puede ocasionar múltiples situaciones embarazosas, debido a que existen muchas manifestaciones de muerte y su determinación puede hacerse bajo muchos parámetros y puntos de vista.

Así, por ejemplo: Frente a un herido por proyectil de arma de fuego en cráneo, con lesión importante del cerebro, al realizar su certificado de lesiones, tendrá que decirse que está vivo, aunque en peligro de muerte. Pero si es examinado por un neurocirujano, podría declararlo "neurológicamente muerto". Pero cuando sus procesos vitales se detengan, será declarado "fisiológicamente muerto", por lo tanto se podrá decir que está "oficialmente muerto". Sin embargo, de acuerdo con la patología, la división celular continúa hasta dos semanas después de enterrado y hasta esa fecha podría ser declarado con "muerte celular", se podría decir entonces que está "físicamente muerto", que esta "totalmente muerto", "muerte integral".¹¹⁰

Basta esta breve revisión del pensamiento médico-legal para poner inmediatamente de manifiesto la intención permanente

¹⁰⁹ *Diccionario Médico*, Editorial Salvat, Barcelona, 1986, p. 78.

¹¹⁰ RAMIREZ, ob. cit., p.159.

de racionalizar el fenómeno de la muerte como un hecho puramente biológico, con implicaciones legales.

Este abordaje contemporáneo de la muerte traduce uno de los rasgos más significativos de nuestra sociedad: la negación de la muerte, su ocultamiento, su minimización.

¿Por qué ha mostrado nuestra sociedad una tendencia a silenciar su muerte?

LOS APORTES DE KÜBLER-ROSS

Los estudios de la psiquiatra suiza Elisabeth Kübler-Ross, en la década de los sesenta, permitieron recobrar en cierto sentido a la tanatología del marco estrictamente médico-legal. En su libro titulado "Sobre la muerte y los moribundos", publicado en 1969, presentó su teoría que se orienta al estudio de las fases psicológicas de los agonizantes.

Sabemos que el reconocimiento de las necesidades especiales de los pacientes en agonía y la idea de brindarles un cuidado especial, ciertamente no es algo nuevo. Ya que desde la segunda mitad del siglo pasado existía un reducido número de instituciones dedicadas al cuidado de los moribundos fundadas en su mayoría por enfermeras religiosas.¹¹¹ Sin embargo, la sistematización de las fases que atraviesa el paciente terminal que morirá, ciertamente fue abordado por primera vez por la doctora Kübler-Ross, de la Universidad de Chicago.¹¹²

¹¹¹ SHERR, Lorraine (1992), *Agonía, muerte y duelo*, Editorial Manual Moderno, México, p. 1.

¹¹² KÜBLER-ROSS, E. (1969), *On death and dying*, McMillan Company, New York, pp. 35-37.

Según ella, el enfermo que se encuentra bruscamente con el anuncio de una enfermedad *sin solución* pasa, de forma más o menos consciente, por una serie de fases o estadios¹¹³:

1) Fase de negación (denial). "No, no yo."

El paciente se niega a admitir el diagnóstico; piensa que se trata de un error. En último término, rechaza la posibilidad de *que su problema no tenga solución*.

2) Fase de rabia, indignación, angustia (*anger*). "¿Por qué yo?"

Asumida en cierta forma la situación actual, la cólera sustituye a la duda. Es la fase del *¿por qué a mí?* El paciente permanece enojado, la convivencia con él es difícil.

3) Fase de regateo o de pacto (*bargaining*). "Sí, se trata de mí, pero."

Se trata de un estadio en el que el paciente tiende establecer acuerdos o componendas con Dios y con los hombres. Racionaliza las ventajas de una aceptación de lo inevitable y solicita las compensaciones materiales y espirituales a las que se siente acreedor.

4) Fase de depresión (*depression*). "Si, se trata de mí."

Es el momento del "todo se acaba", del "no hay remedio posible". Suele coincidir con los momentos en que la

¹¹³ RIBERA, Manuel (1982), *Reflexiones sobre la propia muerte*, Editorial Mezquita, Madrid, pp 25-26.

sintomatología se hace más florida y evidente para el propio enfermo. A esta depresión suelen contribuir las preocupaciones de orden económico, personales y familiares.

5) Fase de aceptación (acceptance). "Sí, estoy muriéndome y quiero ser recordado por mis familiares y amigos."

En ella se percibe una pérdida de sensibilidad y de interés por todo tipo de problemas. Se prefiere la soledad y el silencio. Se agradece, sin embargo, el interés de los demás, aunque las visitas suelen resultar molestas. El enfermo es consciente de que nada se puede hacer por él y se prepara para recibir la muerte de la mejor manera posible.

Es indudable, que los aportes de la Dra. Kübler-Ross son fundamentales para el desarrollo interdisciplinar de la tanatología. A pesar de su esquematismo, de sus indudables ambigüedades y de haber sido establecida esta clasificación en un contexto sociológico no explicitado,¹¹⁴

Las investigaciones de Kübler-Ross descubrieron la subjetividad del que agoniza y pretendieron su sistematización. De esta manera, la muerte y el moribundo se constituyeron en objetos de interés creciente en los años recientes para otros profesionistas no médicos.

Si bien, los esfuerzos precursores de la doctora Kübler-Ross y otros tanatólogos han posibilitado una mayor comprensión de este tópico, sus aportes se circunscriben exclusivamente al estudio de la subjetividad del agonizante, sus estudios se

¹¹⁴ *Ibidem*, p. 26.

agotan en presentar a la muerte relacionada únicamente con el moribundo y sugerir cómo pueden enfrentarse "eficazmente", tanto el médico como el personal sanitario al paciente moribundo.¹¹⁵

¿Por qué ha sido excluida la subjetividad del médico en el proceso de la muerte del otro?

¿Por qué no se reconoce la necesidad de investigar acerca de las perturbaciones generadas por la experiencia de la muerte sobre la subjetividad del médico?

¿Es propio y parte de la tanatología abordar las resonancias de esta vivencia sobre el proceso de formación del médico?

¿Debería la tanatología intervenir sobre el currículo médico o favorecer cambios en la institución medico-escolar tomando como eje de acción el tema de la muerte?

¿Por qué le resulta tan difícil hablar de este asunto a la tanatología?

Este silencio de la tanatología es intrínseco a su propio origen. Como "ciencia" surgida en la transición del siglo XIX y XX bajo el amparo de la racionalidad médica, quien presupone como objetivo supremo manipular la vida para preservarla y rechazar las fronteras de la muerte, la tanatología se ofrece como campo contradictorio, que intenta estudiar la muerte con la implicación obvia de que la muerte es la enemiga.

Si bien, los aportes de la doctora Kübler-Ross permitieron que la muerte superará el marco estrictamente médico legal, la muerte sigue escamoteada y se oculta a la subjetividad del médico, de

¹¹⁵ BARROCAS, Albert, *La muerte y el moribundo. Enfoque de atención en equipo*, Medicina de Postgrado 1981, Nov; 11: p. 20.

quien no se dice nada. Así, la doctora no pudo hablar de su propia muerte, y el silencio apareció.

Es cierto que el desarrollo de la tecnología le ha proporcionado al médico la facultad de prolongar la existencia humana (más no la vida), de vencer a la enemiga por algún tiempo, pero al mismo también le ha generado un gran monto de angustia, ansiedad, confusión y miedo ante la muerte.

V. ANÁLISIS INSTITUCIONAL

LAS TEORIAS INSTITUCIONALES

Gran parte de las tareas, funciones, propósitos y contradicciones que se anudan en torno a la institución médica, son elementos heredados de esa red tan compleja que *representa la relación entre hospital, cultura y muerte*, clave específica que recorre de arriba a abajo su estructura organizacional.

Los orígenes modernos de la institución médica se datan hacia el siglo XVII, en un periodo caracterizado por la expansión del capitalismo, el triunfo de la racionalidad técnica-administrativa y el avance espectacular de la ciencia y la tecnología.¹¹⁶

La institución hospitalaria como producto del programa de la modernidad instaurado por la burguesía¹¹⁷, trajo una serie de inscripciones constitutivas sobre los procesos de formación médica. Las actitudes de *sanación, sabiduría y prevención a todo trance* se erigieron como rasgos profesionalmente deseables del médico moderno, auspiciados por la norma y la *organización hospitalaria*.

En la actualidad, no es posible concebir ninguna política de salud sin remitirse al enfoque preventivo. La interiorización de esta actitud en la subjetividad del médico ha determinado con mucho la obsesión por contener a cualquier precio la aparición y el avance de la enfermedad.

¹¹⁶ HAYWARD, A., J. (1956), *Historia de la Medicina*, Editorial Fondo de Cultura Económica, México, p. 40.

Si bien, hoy no se puede dudar de los múltiples logros de la prevención en materia sanitaria, también es innegable que el enfoque ha generado en el médico una serie de confusiones y problemas para comprender su posición frente a la cotidianidad de la muerte, acontecimiento inexorable que permanentemente desestructura su discurso y erosiona los basamentos modernos de su identidad.

La situación se agrava ante el hecho de que el médico es erigido por la institución y la cultura como el único profesional para determinar la muerte de los otros, encomienda patente en la importancia que tiene la expedición del certificado de defunción, actividad que se constituye en una fuente permanente de perturbación¹¹⁸.

Planteadas así las cosas, el abordaje de la relación entre la institución médica y la cultura moderna, resulta una tarea impostergable. En este capítulo nos aproximaremos al estudio de la institución y de sus posibilidades de transformación desde la teoría del <Análisis Institucional>.

"El concepto de institución en nuestra civilización y en la teoría, es de origen cristiano. Es de inicio un concepto teológico muy importante. Podemos decir que en el debate teológico alrededor de dicho concepto se ha dicho prácticamente todo".¹¹⁹

¹¹⁷ PÁNIKER, Salvador (1982), *Aproximación al origen*, Editorial Kairós, Barcelona, p. 8

¹¹⁸ OLIVEIRA, De Araújo J. (1992), *Educación y asistencia médica: su postura implícita ante la muerte*, en la Revista Educación Médica de la ANFEM, Vol. II, No. 4, México.

¹¹⁹ LOURAU. Ob. cit., p. 16

Sin embargo, en el marco jurídico y normativo se han producido nuevos acercamientos que superan las nociones engendradas inicialmente.

Uno de estos, es el que se construye a partir de la práctica de intervención institucional y la reflexión teórica de esa práctica que se edifica en el llamado <Análisis Institucional>.

De entrada, señalemos la imposibilidad a nivel conceptual de considerar al análisis institucional como una teoría acabada, como una concepción homogénea de los hechos sociales. Al contrario, los conceptos del análisis institucional han sido importados o contruidos en momentos distintos de su historia, frente a problemáticas disímiles. Quizás, si alguna unidad pudiera encontrarse, sería en el sentido de la posición anti-institucional de las prácticas que están en el origen de sus conceptos constituyentes.¹²⁰

Desde el análisis institucional, la institución se articula a través de los planos formal e informal, real e ideal; distinguiendo entre el plano institucional y organizativo; considera la importancia de la correspondencia entre lo instituido y lo instituyente, recuperando e identificando los analizadores propios de la institución para desmontar los procesos de aletargamiento y serialidad engendrados en los mismos espacios del establecimiento.¹²¹

Sin pretender una revisión a profundidad de estos referentes, lo cual constituiría una exigencia fuera de los límites de esta

¹²⁰ MANERO, Brito R. (1990), "Introducción al análisis Institucional", en Revista *Tramas*, No. 4, UAM-Xochimilco, p. 120.

¹²¹ LOURAU, René (1977), *Análisis institucional y socioanálisis*, Editorial Nueva Imagen, México, pp. 9-30.

investigación¹²², precisaremos apenas una visión básica, pero suficiente, para ser convocada posteriormente como marco teórico en el abordaje multirreferencial de nuestro objeto de estudio.

A modo de introducción al análisis institucional, se presentarán a continuación algunas categorías fundamentales de su práctica y su teoría.

Analizador

Es toda persona, grupo o situación, que por su acción sobre el campo, es capaz de desconstruir o desarmar las formas sociales instituidas, es decir el orden establecido o condición de inercia en la que se suele instalar el movimiento en las instituciones. Este trabajo de negación puede tener una mayor virulencia o menor virulencia, y estar situado en diferentes momentos, fundamentalmente por sus formas de manifestación y sus modos de acción.¹²³

Asamblea general socioanalítica.

Es uno de los recursos de intervención del análisis institucional consistente en la participación colectiva o grupal de todos aquellos que tengan que ver con la encomienda o encargo de

¹²² Para los interesados en comprender el proceso de gestación y desarrollo del Análisis Institucional, consultar a MANERO, Brito, R. (1992), *La novela institucional del socioanálisis*, Editorial Colofón, México.

¹²³ LAPASSADE, George. (1979), *El analizador y el analista*, Editorial Gedisa, Barcelona, p. 30.

intervención¹²⁴, es decir, aquellos que colocados en uno u otro nivel de la problemática quieran o estén requeridos para plantear la lectura de los procesos en los que se está involucrado.

La tarea del dispositivo socialanalítico consiste en trastornar, descomponer el recorte espacio-temporal de los intercambios y del trabajo instituido, la desestructuración provisoria del organigrama, la desinstitucionalización más o menos profunda, de acuerdo con las posibilidades del establecimiento.

Implicación.

Como lo señala Lourau, el concepto de implicación une al <corpus> del análisis institucional y refiere a la problemática de la relación entre observador-observado, entre sujeto-objeto, entre investigación-intervención, entre participación y pertenencia institucional.

A través de esta se busca interrogar y explicitar las colocaciones, determinaciones, funciones y obligaciones que tanto los equipos de intervención como los sujetos pertenecientes a determinado establecimiento tienen, independientemente de ser conscientes o no de ello.¹²⁵

Transversalidad

Tratar de hacer visible y enunciable los atravesamientos de las fuerzas que circulan entre la institución, los grupos y los sujetos,

¹²⁴ Lourau, señala que en el análisis institucional se concibe que la demanda es siempre primero o antes que el encargo, el encargo esta provocado por una o varias demandas y su formulación es una desviación de la misma.

¹²⁵ LOURAU, ob. cit., pp. 270-272

cuyo origen es en muchas ocasiones desconocido y articulado por el no-saber de estos mismos atravesamientos.

"En la elucidación de la transversalidad no buscamos un equilibrio entre la verticalidad y la horizontalidad, que sería el de la ausencia de la Historia, sino una confrontación, un conflicto, una contradicción por resolver o resuelta a nuestro pesar en la acción, primer y último analizador" ¹²⁶

Pero esta denominación no tiene sentido sino en relación con dos problemas: el de la verticalidad y la horizontalidad.

La verticalidad designa las relaciones sociales institucionalizadas, jerarquizadas, mediatizadas en función de un tipo de sociedad, de un sistema económico, etcétera. La autonomización de la dimensión vertical conduce a los grupos a un nivel ideológico, y a la alienación y reificación de las relaciones sociales reales: vivas, contradictorias, en movimiento perpetuo.

La horizontalidad designa las relaciones inmediatas, no mediatizadas por las instituciones. La autonomía de la dimensión horizontal conduce a los grupos a un nivel libidinal, en donde no existe nada más que las relaciones inmediatas, correspondiente a una ideología libidinalista que hace abstracción de otras dimensiones. ¹²⁷

¹²⁶ MANERO, *Introducción al análisis institucional*, ob. cit., p. 143.

¹²⁷ *Ibidem*, p.141.

Esta elucidación de la relación entre verticalidad y horizontalidad que atraviesa el grupo es su coeficiente de transversalidad.

Lo hasta aquí presentado, como lo advertimos, es apenas una visión elemental de los referentes que constituyen el campo ubicuo del análisis institucional. En lo siguiente, explicitaremos algunas consideraciones que permitan una discusión crítica a partir de estas categorías en torno a la problemática que nos ocupa

LA EXPERIENCIA DE LA MUERTE EN EL PROCESO DE FORMACIÓN MÉDICA COMO UN ANALIZADOR DE LA INSTITUCIÓN MÉDICA ESCOLAR

Se ha considerado que el *analizador* es un concepto básico del análisis institucional. Hablar del *analizador* es hablar del principio mismo del análisis.

Podemos decir que la vivencia reiterada de <la muerte del otro> en el proceso de formación médica es un analizador que amenaza con desconstruir lo instituido de la institución médica. Y en esta afirmación encontramos ya una serie de elementos interesantes.

El primer elemento en el que podríamos situar la atención es precisamente el que nos señala que lo que realiza el análisis es el *analizador*.

El análisis es una acción de desconstrucción que tiene efectos inmediatos y mediatos en función de las relaciones de poder,

de autoridad, del saber de los participantes de toda la estructura oculta de la institución médica, revelada más o menos virulenta por este *analizador*.

De este modo, nuestro *analizador* -la experiencia de la muerte- tiene que ver más con una acción específica, una acción de denuncia o de develar las situaciones que conforman el no-saber de los alumnos y médicos respecto a la institución a la que pertenecen.

La acción de este *analizador* se opone a las fuerzas institucionales, que pugnan por mantener un secreto, un no-saber, incluso de ellas mismas, que constituye la base del funcionamiento y la funcionalidad institucional.

El segundo elemento es el referido a la institución. Cuando desde el lenguaje corriente hablamos de la institución médica lo hacemos desde dos perspectivas; en primer lugar, desde una perspectiva social, que hace referencia a una forma de organizar la vida en un hospital-escuela. En segundo lugar, nos remite a establecimientos específicos, con su base material, su existencia visible.

Estas dos formas de concebir la institución han permanecido, sin embargo, es necesario reconocer que para designar a la institución, hacemos un llamado a lo instituido. La institución médica se presenta como un sistema de normas o reglas que están ya ahí, con una existencia transformada por los contextos, pero de alguna manera con una estructura rígida que la define. A lo largo de la historia se han presentado dos polos de conceptualización para el concepto institución: el primer polo, lo instituido, privilegia las estructuras existentes y determinantes,

las estructuras heredadas en el concepto de institución; la segunda, privilegia los procesos instituyentes, los procesos de transformación, de cambio, que albergan los gérmenes de otra institución.

Bajo esta perspectiva, la institución médica se sitúa en la problemática de las relaciones entre la transformación y la inalterabilidad, el cambio y la permanencia, lo instituyente y lo instituido.

La función de nuestro *analizador* estriba en la posibilidad de desconstruir lo instituido de la institución médica para dar paso a lo instituyente.

Desde la perspectiva del análisis institucional se opera una metodología de análisis crítico de la institución hospitalaria y del saber de sus supuestos "especialistas", con el objetivo de develar dimensiones no percibidas por el <sentido común>. Así, el concepto de *analizador* es un concepto que tiene que ver más con una acción específica, una acción de denuncia o de develación de situaciones que conforman el no-saber de los miembros respecto de la institución a la que pertenecen.

La acción de la experiencia de la muerte como *analizador* se opone a las fuerzas institucionales, que pugnan por mantener un secreto, un no-saber, incluso de ellas mismas, que constituye la base del funcionamiento y la funcionalidad institucional.

Vale destacar, que desde esta perspectiva la institución no es sinónima de establecimiento. Ejemplo de establecimiento: la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza o los Hospitales adyacentes. El establecimiento es el lugar en donde se entrecruzan segmentariamente una infinidad de instituciones:

por ejemplo, en el hospital se cruza la institución de la tanatología y su discurso, al mismo tiempo que las formas instituidas socialmente de manipulación burocrática del cadáver. El duelo, la enseñanza médica, el ocultamiento burocrático del cuerpo del fallecido, el silencio, son todas instituciones sociales que no se deben confundir con los establecimientos.

A partir de la elucidación de la *transversalidad*, la institución médica aparece como una práctica social, como un proceso dinámico que esta constituida por diversos momentos y es una forma en que se manifiesta la praxis humana.

El problema de la *transversalidad* hace aparecer al grupo médico, como un grupo médico-sujeto, cuando frente al problema de la experiencia de la muerte se reconoce permanentemente atravesado por fuerzas cuyo origen es muchas veces desconocido, y por el no-saber de estos atravesamientos.

En contraposición, el grupos médico-objeto es aquel que cae en cualquiera de las dos autonomizaciones:

La autonomización de la dimensión vertical. El grupo médico fuertemente burocratizado, que no se reconoce sino en función de la jerarquía que aparentemente los funda, que se resiste a ver la trascendencia de la experiencia de la muerte para el proceso de formación médica y la vida de las instituciones, racionalizando la experiencia como un hecho exclusivamente biológico y burocrático.

La autonomización de la dimensión horizontal. Los pequeños grupos médicos, que no pueden reconocer sus atravesamientos

verticales, en función de una horizontalidad de sus relaciones que se constituye como ley. Se trata de escasos grupúsculos médicos subversivos al orden institucional que generan un estilo de resistencia aglutinante, sin consolidación de una propuesta contra-institucional y siempre en riesgo de ser cesados. Su posición frente a la experiencia de la muerte es dispersa, pero unánimemente rechazan su reducción burocrática.

Según Guattari¹²⁸, el pasaje al grupo sujeto se da en la elaboración de estas dos formas de alienación. En este sentido, la elaboración de la verticalidad y la horizontalidad -la *transversalidad*- del grupo médico lo remite a su estar en el mundo, a su situación y, en última instancia, al sin sentido, en ese proceso de totalización y destotalización que constituye a toda forma colectiva.

En suma, las categorías de la *transversalidad*, del *analizador*, de lo *instituido-instituyente* se ofrecen como cuestiones centrales para comprender a la institución médica moderna. Sin duda alguna los tiempos actuales no son propicios para las experiencias instituyentes (contra-institucionales), ¿pero cuando los han sido?. Por otro lado, sólo baste recordar que las formulaciones de la contra-institución son el núcleo de la esperanza, la esperanza de la comunidad médica por una institución cada vez más humana y menos reificadora, cosificadora.

¹²⁸ GUATTARI, F. (1976). *Psicoanálisis y transversalidad*, Editorial Siglo XXI, México, p. 34.

DESARROLLOS MULTIRREFERENCIALES

INTROITO: LA CRISIS DEL MÉDICO MODERNO

En la actualidad, la identidad médica que había sido consagrada por la modernidad¹²⁹, se encuentra lanzada tanto en el plano social como en el profesional a un mundo de rupturas y participaciones cada vez más regresivas.

Durante los últimos años se ha generalizado en occidente el convencimiento de que se vive en medio de una crisis de *ingentes dimensiones*, de orden sistémico y planetario.

La sociedad en su conjunto ha constatado su evidencia a través de los hechos diarios: La rivalidad imperialista por el reparto del planeta, la concurrencia del proyecto neoliberal de globalización económica, la destrucción de los sistemas ecológicos terrestres, el desequilibrio económico, sobreexplotación de los recursos, el temor, la angustia, la tremenda y creciente lucha por la vida, la pérdida de valores y de sentidos, la carencia de gobernantes y políticos que mejoren la situación de los pueblos, los espectros de la explosión demográfica, el hambre, la crisis económica, la contaminación

¹²⁹ Inaugurada con los grandes descubrimientos geográficos, el desarrollo del comercio mundial, el colonialismo, la revolución en la técnica y la ciencia, la Reforma Protestante, las *Revoluciones Burguesas* y la Revolución Industrial, procesos que dieron lugar a un nuevo orden de la burguesía y del liberalismo. Modelo gestado a partir del siglo XVI a través de las cadenas del colonialismo, prolongado al XVII, XVIII y XIX; y profundizado y "eternizado" en el siglo XX a través del neocolonialismo y en últimas fechas por el

ambiental, la injusticia social y el desempleo, la violencia (guerra, revoluciones, delincuencia, terrorismo), y el incremento de los índices de alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia.¹³⁰

El nacimiento de las instituciones modernas y el triunfo de la racionalidad instrumental en el siglo XVII, impusieron un paradigma reduccionista y simplificador que favoreció la constitución de un ciudadano, aislado, egoísta, con un incansable deseo de poder y dominio sobre la naturaleza y los demás.¹³¹

Por su parte, la institución médica favoreció la formación de un médico egoísta, racional, escrupulosamente científico, pretensioso y ufano por su supuesto dominio sobre la enfermedad y la muerte.

Los clásicos trabajos de B. Waitzkin, B. Waterman¹³², G. Maccacaro¹³³, A. Jores¹³⁴, L. Conti, y en nuestro país los de C. Laurell¹³⁵ han abordado diferentes aspectos de la cuestión.

Un hecho invariable presente en los trabajos -y que se ofrece como uno de los rasgos del proceso de formación médica- es el

neoliberalismo, para "felicidad" de los países norte (corporaciones transnacionales) y para ignominia de los países sur (tres mil millones de seres humanos).

¹³⁰ VIGIL, L., C. (1984), *La crisis del dramático siglo XX*, Editorial Limusa, México, pp. 141-144.

¹³¹ La civilización supondría un proceso de especialización y jerarquización que privilegiaría determinadas zonas configurando las épocas según ejes preponderantes. Para la época moderna, a partir del siglo XVII, estos ejes vendrían dados por el racionalismo, el desarrollo capitalista y el despliegue científico-técnico. En ARGULLOL, R. y TRÍAS, E. (1992), *El consorcio de Occidente*, Ediciones Destino Áncora y Delfín, México, p. 74.

¹³² WAITZKIN, B y WATERMAN, B. (1981), *La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista*, Editorial Nueva Imagen, México

¹³³ MACCACARO, Giulio, *Clase y salud*, Material Fotocopiado. Bibliografía pendiente.

¹³⁴ JORES, A. (1967), *La medicina en la crisis de nuestro tiempo*, Editorial Siglo XXI, México.

¹³⁵ LAURELL, Cristina. (1976), *Enfermedad y desarrollo*, en Revista mexicana de ciencias políticas y sociales, No. 84 [abril-junio].

relacionado con la pérdida de lo humano en la relación médico-paciente y de la ausencia de ese <auténtico> saber que posibilita el encuentro del médico como ser humano con otro ser humano que padece, más allá de las decisiones administrativas y los recursos de las tecnologías.¹³⁶

Si a partir de estas referencias, se piensa en el problema más importante de la crisis de la medicina, se podrá ver que atañe a lo educativo cuyos puntos más delicados tocan los planos éticos, axiológicos y teleológicos de la formación del médico; la tarea, entonces, está en comprender la naturaleza de los cambios que se deben producir, y de que modo la reflexión sobre la experiencia de la muerte coadyuva en ello.

El profesor Farnsworth de la Universidad de Harvard en una de sus conferencias ante la American Medical Association, ha precisado con gran profundidad la cuestión:

"La medicina se enfrenta actualmente a la tarea de ampliar su función. En un periodo de crisis como el que estamos experimentando, los médicos tienen necesariamente que ocuparse de la filosofía. La gran enfermedad de nuestra época es la falta de rumbo, el hastío, y la falta de sentido y finalidad".¹³⁷

¹³⁶ PERERA, M. R. (1978), *Cero menos Uno. El caos de la consulta en el Seguro Social*, Editores de Comunicación, México.

¹³⁷ Citado en FRANKL, E.V. (1978), *Psicoanálisis y Existencialismo*, Editorial Fondo de Cultura Económica, 2da. Edición, México, p. 16.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS MULTIRREFERENCIALES

A partir de lo dicho, nos resulta fundamental interrogarnos:

¿Cuáles son los rasgos que impone la modernidad sobre la educación médica? ¿cómo se manifiestan los signos de la crisis en la escuela-hospital? ¿cuáles son las repercusiones concretas sobre la formación profesional? y sobre todo ¿qué relación tiene todo ello con la experiencia de la muerte?

Ante estos interrogantes de alto calibre, la investigación multirreferencial se torna un trabajo imprescindible para comprender el entramado contradictorio y antagónico de los procesos sociales, culturales, institucionales e ideológicos, que convergen en la educación médica y determinan los modos subjetivos de abordar la experiencia de la muerte.

Los contextos de la modernidad fraguaron los rasgos que caracterizan la posición médica frente al fenómeno de la muerte, que en suma traduce la aversión y el rechazo de la cultura por este acontecimiento. Terrible tragedia y gran desafío para la educación médica en la antesala del tercer milenio.

Diversos aspectos de la cuestión han sido abordados por brillantes producciones teóricas, calificadas como pioneras, críticas y develadoras: Foucault (1966), Canguilhem (1971), Sudnow (1971), Morin (1974), Ziegler (1976), Elías (1987), Gadamer (1993).

El aporte de la presente investigación estriba en su trabajo de contextualización compleja de la experiencia de la muerte en la formación del médico, a partir de categorías comprensivas

pertenecientes a diversas miradas teóricas articuladas bajo una metodología multirreferencial.

Tratamos de enunciar los elementos que integran y caracterizan la experiencia del médico de la <muerte del otro> en los ámbitos de la escuela y el hospital, para comprender la naturaleza de los cambios e intervenciones que se deben realizar sobre el currículo y la institución médica, pero sobre todo, colaborar en la construcción de un "nuevo" paradigma de la educación médica, que permita un <auténtico> proceso de formación integral profesional y humano congruente con las necesidades antro-po-socio-históricas del presente.

Es decir, repensar la experiencia de la muerte como un *analizador* de la institución médica que posibilite un ejercicio multirreferencial, crítico y práxico, fundamental para la resignificación de la identidad del médico en los umbrales del siglo XXI.

Para edificar la multidimensionalidad de nuestro objeto de estudio y paralelamente intentar responder los diversos interrogantes sembrados a lo largo de nuestro documento, propongo trabajar los nudos articulares y que nos permitirán alrededor suyo construir la urdimbre de la multirreferencialidad, a saber:

1. La experiencia de la <muerte del otro> en la subjetividad médica.
2. La experiencia de la <muerte del otro> en el grupo médico.

3. La experiencia de la muerte en la institución médica y la cultura occidental.
4. La experiencia de la muerte en la educación médica.

La erección del andamiaje destinado para trabajar cada uno de estos núcleos articulares recobrará las categorías provenientes de los diferentes marcos teóricos presentados.

1.1. LA EXPERIENCIA DE LA MUERTE <DEL OTRO> EN LA SUBJETIVIDAD MÉDICA.

La subjetividad del médico que había sido consagrada por el mundo burgués de los siglos XVII y XVIII, ha resentido durante el siglo XX los cada vez mayores estragos de una crisis sistémica que erosiona los fundamentos del mundo occidental.¹³⁸

La revolución científica y el avance de la tecnología enmarcaron la constitución de la subjetividad del médico.

El currículo de la escuela-hospital instalaría un proceso de formación proclive a la alienación médica en actividades de curación y prevención a ultranza. Reducida, así, la formación del médico a un ámbito de adquisición de decisiones técnicas sobre la salud y la enfermedad, se constituye un paradigma de dominación de la vida y la muerte de los seres humanos. Lo importante, ya no es el ser humano, sino solamente la técnica a utilizar de una manera despersonalizante, en cuanto que detrás de la enfermedad ya no se ve a la persona: el ser humano es reificado -se le convierte en cosa- o es incluso manipulado -se le convierte en medio para un fin.¹³⁹

¹³⁸ Que no se reduce sólo a las crisis económicas del sistema capitalista, sino a los conflictos surgidos de la lucha de clases, confluyendo todas esas crisis en una crisis de civilización que afecta a los problemas de la transformación del <medio> humano. En MORIN, El hombre y la muerte. Ob. cit., p. 300.

¹³⁹ "El paciente no sólo se siente despreciado en su ser hombre cuando el médico se interesa exclusivamente en sus funciones corporales, sino también cuando se sabe que es objeto de estudios, comparaciones y manipulaciones psicológicas. No sólo existe el frío objetivismo de la medicina ciencia de la naturaleza, sino también el frío objetivismo de una medicina impregnada de psicología" en W. Von Baeyer. Gesundheitsfürsorge-Gesundheitspolitik, citado en FRANKL, ob. cit., p. 14.

La medicina en la actualidad rechaza la muerte, brega en vano contra ella, sin saber que hacer con su presencia diaria en los hospitales y escuelas.

Por lo dicho se ve claramente que la negación del acontecimiento de la muerte funge como uno de los ejes principales que estructuran la subjetividad del médico moderno. En efecto, el reconocimiento del estatuto de la muerte como acontecimiento le resulta insoportable, en correspondencia con el rechazo neurótico de la cultura.

No obstante, para su infortunio, el galeno será llevado frecuentemente al paroxismo de la perturbación tras el encargo que la propia cultura vía la institución ha depositado en él: intermediar con la muerte.

Esta constitución contradictoria de su subjetividad, entre las expectativas que les son impuestas por su formación profesional tendientes a comprometerlo con la prevención y cura de la enfermedad, el aplazamiento y combate contra la muerte, y por otro, su compromiso institucional de asistir a los moribundos, de responsabilizarse por aquel que va a morir en los hospitales. Situación ambigua para la subjetividad que lo lleva al reencuentro y la reiteración de la perturbación, el desequilibrio y en consecuencia con la desgracia.

Así, su primera actitud ante la <muerte del otro>, es el rechazo en el silencio, la contemplación muda frente al encumbramiento de la muerte en el otro.

Desde de esta soledad silente, intenta anteponer pensamientos que racionalicen lo que está aconteciendo, extraviado entre las causas "razonables" fisiopatológicas que expliquen esa muerte,

esgrime sofisticaciones científicas despiadadas que intenten reducir y simplificar la complejidad de la muerte a un asunto de orden técnico-administrativo, como si se tratará de otro hecho cualquiera en el hospital.

Por su parte los deudos, expresarán su dolor absoluto, absolutamente impotente, de lo que en adelante no podrá olvidarse fácilmente.

Así, la subjetividad médica frente a la inexorable mortalidad del ser humano, coincidiendo con esta angustia de la muerte y agravándola, propende con obsesión la investigación científica para descubrir el secreto de la vida que aplace la muerte, su propia muerte.

Para ser más preciso, sería necesario hablar de un intento cultural operado desde esta subjetividad por desmitificar la muerte y, por ende la vida, como parte de la lógica de la ilustración de la ciencia.¹⁴⁰

Sin embargo, pese a todos los imaginarios científicos de la modernidad, el hombre está prometido a la muerte, y es el médico quien mejor lo sabe, aunque pretendé no querer saberlo.

LA NEUROSIS DE MUERTE

El médico se comporta como un sujeto escrupuloso, preocupado e informado sobre el estado de salud de su

¹⁴⁰ GADAMER, G.H. (1993), *El estado oculto de la salud*, Editorial Gedisa, Barcelona, España, p. 77

paciente, para así poder continuar interviniéndole, así hasta el momento en que ya nada puede hacerse, la muerte se columbra, entonces obsesivo controla todo exceso, se domina, se muestra contenido, neutro y poco expresivo ante lo que se despliega frente y dentro de él.

La presencia reiterada de estos movimientos subjetivos de represión lo conducen en mayor o menor medida a la neurosis de muerte.¹⁴¹

"La neurosis es una regresión a una participación anterior; pero la adaptación a esta participación anterior raramente es perfecta, y la angustia subsiste, es decir la conciencia difusa de la inadecuación, a la vez a las relaciones actuales y a las relaciones regresivas halladas en la neurosis...la neurosis de muerte...provoca reacciones y comportamientos, a la vez infantiles y mórbidos. Ahora sabemos que <el hombre es un niño perdido ante la muerte> (Marie Leneru)."^{142,143}

Subrayemos, pues, que la causa última de la represión y de la neurosis es la angustia, y la angustia diría Freud es "la angustia de la separación de la madre protectora"¹⁴⁴.

¹⁴¹ MORIN, ob. cit., p. 306.

¹⁴² *Ibidem*, p. 306.

¹⁴³ El poeta romano Lucrecio dijo que los hombres temen a la muerte como los niños tienen miedo de la oscuridad: porque no saben lo que es. Citado en RAMOS, ob. cit., p. 18.

¹⁴⁴ FREUD, *Más allá del principio del placer*, ob. cit., p. 35.

En efecto, hay una peculiar morbidez en la actitud humana hacia la muerte, una morbidez que Freud reconoció, y que nuestra medicina occidental ha patologizado¹⁴⁵

Así, la represión de la muerte es una actitud intrínsecamente humana, que se adopta con respecto a la propia vida, concentrada en la decisión de reforzar, de cualquier manera, la voluntad de existir de los sujetos.

De este modo, frente a la angustia desgarradora de la certidumbre de la propia muerte, la racionalización científica adquiere proporciones insospechadas para la subjetividad del médico, en tanto sea capaz de proporcionarle consuelo, y pueda llegar a detener su neurosis de muerte.

De igual manera, entre los enfermos graves y agonizantes, el rechazo de la muerte los llevará frecuentemente a producir con fuerza ilusiones conque intentarán aferrarse a la vida.

Aunque Freud no estableció los vínculos teóricos necesarios entre la angustia y la pulsión de la muerte, dijo que lo que el ego teme en la angustia "es de la naturaleza de la destrucción o de la extinción"¹⁴⁶, podemos decir que, si hay una pulsión de la muerte así como una pulsión de la vida (eros) entonces la subjetividad humana huye de su propia muerte como huye de su propia sexualidad.

En este sentido, podemos comprender el advenimiento de la Tanatología en el siglo XX como la irrupción en el plano institucional de la huida neurótica de la muerte, la configuración de un campo que permitiría desplazar la

¹⁴⁵ BROWN, ob. cit., p. 123.

¹⁴⁶ *Ibidem.* p. 133.

negación de la muerte a los terrenos de la institución, con sus correspondientes repercusiones en el currículo y los procesos de formación médica.

Vale señalar que si bien las aportaciones de la Dra. Kübler-Ross en la década de los sesenta posibilitaron repensar a la tanatología como algo más que la simple determinación de la hora y la causa de una defunción, en lo general no se apartan de la actitud tanatofóbica de la cultura.

En resumen, la tanatología de Kübler-Ross circunscribió la experiencia de la muerte a la esfera del paciente moribundo, configurando un modelo *irreal* de neutralidad y asepsia que excluye la subjetividad del médico que no resulta perturbada en apariencia, esta descentración de la figura del médico de la vivencia de la <muerte del otro> intenta imaginarlo como un simple espectador del teatro de la vida y de la muerte.

¿Por qué le resulta tan difícil a la subjetividad del médico hablar sobre la muerte? ¿Qué significa que el médico comprenda algo acerca de la <muerte del otro>?

Con lo argumentado hasta el momento, es posible reconocer la existencia de una relación estrecha entre el saber algo acerca de la <muerte del otro> y la conciencia de la propia finitud -es decir, la certeza de que algún día uno va a morir- y ese casi vehementemente no querer saber nada acerca de esa conciencia.

Para Gadamer, fundador de la ontología hermenéutica, es posible que parte de la relación interna entre la vida y la represión de la muerte estriba en que la certeza del fin de la

propia existencia permanezca oculta, aun cuando se vaya afirmando lentamente en todo ser humano en desarrollo como un conocimiento interno muy profundo.¹⁴⁷

Podemos entonces afirmar, que la huida de la muerte es la que plantea a la subjetividad del médico el problema de qué hacer con su muerte, con su propia muerte reprimida.

¹⁴⁷ GADAMER, ob cit., p. 81.

2. LA EXPERIENCIA DE LA MUERTE EN EL GRUPO MÉDICO

La precedente reflexión fenomenológica y psicoanalítica nos develaron la participación inconciente de la represión en el silencio del médico frente a la muerte.

El presente capítulo, complejiza esta posición al recuperar la categoría de lo imaginario social del filósofo francés Cornelius Castoriadis y elementos de la psicología de los procesos grupales para intentar una aproximación a la dimensión imaginaria de nuestro objeto de estudio.

Así mismo, aquí, realizaremos el anclaje, la articulación entre nuestros planteamientos multirreferenciales y los <hechos reales>, concretada en una experiencia grupal con alumnos de los distintos años de la Carrera de Médico Cirujano a partir de un dispositivo de grupo operativo¹⁴⁸, que posibilitó la emergencia de su discurso que contiene lo vivido, representado, figurado y puesto en la carne y el cuerpo de cada sujeto en torno a la experiencia de la muerte.

Aclaremos, por un lado, que esta experiencia no puede, ni pretendió ser una <verdadera> *asamblea general socioanalítica*, aunque retomamos sus principios operativos, por el otro, tampoco la lectura que se desprende de ella como una

¹⁴⁸ Las sesiones de grupo operativo se llevaron a cabo en la Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza de la UNAM durante la última semana de noviembre de 1997. El grupo se integró por 18 alumnos seleccionados al azar correspondientes a los seis años escolares de la Carrera de Médico Cirujano. Se desarrollaron tres sesiones grupales con una duración aproximada de 2 horas.

Omitimos mayores informes técnicos por considerar que la descripción de los procedimientos que precedieron a los dispositivos son de menor importancia para la metodología multirreferencial, que más bien intenta recobrar lo dicho para construir el plano de lo imaginario de nuestro objeto de estudio, que se devela cada vez más complejo.

<ortodoxa> interpretación psicoanalítica, más bien, considérese lo siguiente como la emergencia de un plano más en la complejidad de nuestro objeto, el plano imaginario del grupo médico que se volcó en palabras para romper el silencio de la muerte.

Se decidió, por cuestión de espacio, *reconstruir* lo sucedido en las tres sesiones en una sola, donde se intentó recobrar lo más significativo de lo dicho. Paralelamente, se intercalan en el texto interpretaciones que puntualizan amarres entre los diversos planteamientos teóricos realizados y las enunciaciones de la experiencia de los alumnos.

Antes de iniciar con la tarea, valoremos la concepción del imaginario social de Castoriadis.

LO IMAGINARIO SOCIAL DE CASTORIADIS

Según Castoriadis reconocer a la sociedad y sus instituciones - en nuestro caso la institución médica- como elementos reducibles a las funciones mismas que realiza o a las exigencias de la infraestructura, es cerrar los ojos y olvidar que si lo social-histórico se mantiene, *esto tiene origen en un registro y en un orden distinto al económico funcional:*

"Una sociedad no puede existir más que si una serie de funciones se cumplen constantemente (producción, parto y educación, gestación de la colectividad, regulación de los litigios, etc.) pero no se reduce a esto, ni la manera de hacer frente a sus problemas le son dictadas de una vez por todas por

su 'naturaleza'; la sociedad inventa y define para sí tanto nuevos modos de responder a sus necesidades como nuevas necesidades...lo que debe proporcionar el punto de partida...es la manera de ser bajo la cual se da la institución, -a saber, lo simbólico e imaginario-".¹⁴⁹

Si lo simbólico¹⁵⁰ -advierte Castoriadis- tiene la facultad de reproducir el mundo y recrearlo, en la medida de que al nombrarlo se identifica, jerarquiza y ordenan "las cosas", lo imaginario se puede figurar como "el cemento invisible que mantiene conglomerado este inmenso batiburrillo de lo real, relacional, simbólico que constituye toda sociedad".¹⁵¹

Las significaciones imaginarias son registros que tienen como efecto la capacidad de ver en una cosa algo que no es en sí misma sino que se enlaza a imágenes vivenciales de lo social o de lo individual, "es un modo de no-ser" que sólo se puede captar "de manera derivada y oblicua".¹⁵²

¹⁴⁹ CASTORIADIS, Cornelius (1975), *La institución imaginaria de la sociedad*, Editorial Tusquets, Barcelona, Vol. 1, p. 201.

¹⁵⁰ "La lengua re-produce la realidad. Esto hay que entenderlo de la manera más literal: la realidad es producida de nuevo por medio del lenguaje. El que habla hace renacer por su discurso el acontecimiento y su experiencia del acontecimiento. El que oye capta primero el discurso y a través de este discurso el acontecimiento reproducido. Esto hace del lenguaje el instrumento mismo de la comunicación intersubjetiva". Así, en la medida en que el lenguaje reproduce el mundo sometándolo a su organización propia y en virtud de que la "la polaridad yo:tú individuo y sociedad no son ya términos complementarios", se puede entender el "poder misterioso que reside en la lengua" para estatuir el orden subjetivo y social que instaura a su vez "una realidad imaginaria", esto es "la facultad de simbolizar". En BENVENISTE, Emile. (1989), *Problemas de lingüística general I*, Editorial Siglo XXI, 15ava edición, México, p. 22.

¹⁵¹ CASTORIADIS, ob. cit., p. 249.

¹⁵² *Ibidem*, p. 248.

Así, todo lo que se hace, se produce o se vive colectivamente, en grupo o en las instituciones, se encuentra sostenido por una red de significaciones sociales que imprimen en lo cotidiano historizado efectos que luego se autonomizan, es decir, se vuelven independientes de los sujetos soporte y se imponen a los mismos como necesarias, algunas veces en las tradiciones, otras en los malestares.

Lo central de toda esta construcción es que ciertos componentes de estas significaciones se comportan como valores, criterios y juicios que socialmente se validan y configuran un "real" asumido, demandado y muchas otras despreciable. Al respecto, el autor apunta:

"Así mismo, cada sociedad define y elabora una imagen del mundo natural, del universo en el que vive, intentando cada vez hacer un conjunto significativo, en el cual debe ciertamente encontrar su lugar los objetos y seres naturales que importan para la vida de la colectividad".¹⁵³

Por ejemplo:

"la simple inscripción en la oposición 'instintiva' nutritivo-no nutritivo (que 'vale' también para los animales) y que establece, en el interior de lo nutritivo, la distinción de lo comestible y lo no comestible que crea el alimento en el sentido cultural y ordena los alimentos en una jerarquía, los clasifica en 'mejores' y 'menos buenos' (...esto no tiene) apoyo en los datos naturales...Es la necesidad social la que

¹⁵³ *Ibid.*, p. 258.

crea la rareza como rareza social, y no a la inversa. No es ni la disponibilidad, ni la rareza de los caracoles y de las ranas lo que hace que, para culturas parientes, contemporáneas o próximas, sean aquí, plato de fino gastrónomo, allá vómito o de indudable eficacia".¹⁵⁴

Si como lo dice Castoriadis, la sociedad se caracteriza por su constante insatisfacción que hace surgir cada vez más objetos que en apariencia le satisfacen pero que nunca le colman, porque lo humano es incolmable, y "el hombre no puede existir sino definiéndose cada vez como un conjunto de necesidades y de objetos correspondientes"¹⁵⁵, entonces podemos afirmar, con pertinencia para nuestro objeto de estudio, que la mortalidad del homo, en tanto humana, está organizada constante y permanentemente por los paralelos de la significación intrasubjetiva constituyentes del orden simbólico e imaginario.

En efecto, el médico para actuar profesionalmente en la sociedad, requiere que sus actos y vínculos de comunicación a través del lenguaje sean aceptados socialmente, esto es, se aproximasen a la representación social que se ha venido forjando en las subjetividades en términos simbólicos e imaginarios del "médico ideal".

La contribución del dispositivo institucional de la educación médica es relevante para este encargo. Hay que entender, que una de las modalidades del lenguaje-acto refuncionalizada en diversos momentos del proceso de formación del médico es la

¹⁵⁴ *Ibid.*, pp. 260-261.

¹⁵⁵ *Ibid.*, p. 235.

que tiene que ver con la significación de la muerte. Entonces, se puede decir que con la representación simbólica e imaginaria de la muerte se funda la realidad síquica médica en la escuela-hospital.

Así, el médico al nombrar a la <muerte> la simboliza, la representa; sus nombres son múltiples: la llama complicación cardiaca, renal, pulmonar, ácido-base, etc.. Convoca a su razonamiento más abstruso para conjurar conceptualizaciones de orden molecular, bioquímico, fisiológico que intenten nombrar lo innombrable, concebir lo inconcebible de la muerte misma. Pero, más allá de la simbolización, o mejor dicho entreverado con ella, lo imaginario social en el médico toca el orden de sus significaciones sustantivas a la muerte.

Puntualizando aún más, cuando se habla de significaciones se hace referencia a todo aquello que remite al universo de cosas imaginables y que tienen un sentido, un valor y un poder que movilizan e imponen al sujeto.

EL DISPOSITIVO GRUPAL

Dentro de este orden de cosas la tarea aquí desarrollada será rastrear aquello perteneciente a las significaciones mismas que tienen que ver con los elementos simbólicos e imaginarios que son el núcleo mismo de la muerte en la subjetividad del grupo médico.

Para ello utilizamos el dispositivo de trabajo Grupo operativo empleando los principios de la asamblea socianalítica que nos

permitió ver la forma en que es fantaseada, imaginada, comprendida la muerte por el médico en el plano informal. El dispositivo da la posibilidad de expresión en un marco permisivo que basado en la no omisión, ni en la abstinencia, permita a los participantes compartir un ambiente no persecutorio, en el que puedan escuchar a los otros y puedan expresarse a través de un intercambio de experiencias, que son analizadas en forma conjunta. Así mismo, se da la movilización de estructuras cosificadas aflorándolas al darse la oportunidad de pensarlas, dejando al participante en la posibilidad de encontrar nuevos modos de acción.

RECONSTRUCCIÓN DE LA SESIÓN

El equipo de coordinadores¹³⁶ se presenta y precisa la tarea, enseguida se interroga al grupo sobre sus experiencias relacionadas con la muerte durante su formación médica, lo que les inquieta, lo que les significa mirar cadáveres o enfermos agonizantes, a lo que responden con intercambio de miradas, rigidez y seriedad de rostros, movimientos corporales diversos que sustituyen las palabras aparecidas en sus pensamientos que no comunican.

Se toma otra vía y se les pregunta sobre las expectativas despertadas alrededor de este trabajo anunciado por la

¹³⁶ Agradezco la participación de la Lic. Claudia Marina Vicario Solorzano y del Dr. Alfredo Miranda Sánchez.

jefatura de la Carrera. Se les propone que comenten cosas a la par de su presentación.

Concluido esto, sonrisas nerviosas, reaparecen movimientos y reacomodaciones en sus propios asientos. Se les interroga "que más imaginan...qué les intranquiliza". Entonces un portavoz de lo emergente comenta la importancia que tiene la "ayuda" que pueden brindar los profesores que "saben" sobre este asunto.

De ahí se les invita a comentar el contenido y características de la información que han recibido por parte de sus profesores con relación al tema.

Un alumno de 5to año nos dice que su primera experiencia con la muerte fue deprimente, recuerda que con el moribundo llegó a establecer lazos de amistad, el día de su deceso y tras asistirlo con las medidas de resucitación del caso se dirigió profundamente abatido con su médico jefe de guardia para informar lo sucedido, quien molesto le advirtió de modo lacónico "aquí tienes que acostumbrarte".

¿Y ya te acostumbraste?, se le pregunta, "mire doctor, yo creo que nadie se acostumbra a eso, me parece que la experiencia en los hospitales te permite controlar tus sentimientos, digamos no pensar sobre el asunto y poder mostrarte fuerte, duro ante los doctores, compañeros y sobre todo ante los que empiezan, sino ¿imagínese? ¿que se les vas a enseñar?".

Esta enunciación que intentando ilustrar en lo manifiesto aquello enseñable, encubre de cierta manera el saber que ellos decían no poseer, un aprendizaje negativo, oculto de la indiferencia frente a la muerte. Una serie de inscripciones constitutivas a lo largo de su proceso de formación que definirán su práctica profesional futura.

Al comunicarles esa interpretación guardan silencio y los cuerpos con sus movimientos vuelven a expresarse.

Una alumna de primer año nos dice, "mi primera experiencia con la muerte, fue en el museo de anatomía, allí por primera vez vi a un muerto...bueno a un cadáver...el museo ya saben huele muy mal, al principio me horrorizaba la visión de los cadáveres ahora ya no me impresionan, inclusive pueden estar en descomposición, de cualquier modo ya no parecen personas".

Otro alumno de 2do año, dice con presunción "yo hace siete meses que estoy disecando y hasta he comido a lado de los cadáveres, son como cosas".

Las verbalizaciones de los estudiantes coinciden con Foucault¹⁵⁷ por lo que se refiere a considerar a la medicina, al proceso de formación profesional del médico, como un modo específico de desarrollar la mirada y la intervención sobre el cuerpo humano. Tocar, cortar, manipular el cadáver se constituye entonces en

¹⁵⁷ FOUCAULT, ob. cit., p. 32.

un ritual de iniciación al ejercicio médico moderno. Se espera que este *ver e intervenir se experimente con dominio y distancia.*

Se les dice "la escuela intenta tornar a los estudiantes de medicina indiferentes a las imágenes de la muerte, ya sea a la presencia de sangre, órganos, miembros amputados o animales torturados y sacrificados en modelos experimentales. Ahí se pretende una enseñanza extraña: la del olvido de la muerte".

De vuelta al silencio, gravedad en los rostros, algunos sonríen y los movimientos se hacen presentes.

Entonces, un nuevo portavoz interviene, "yo pense que se iba hablar sobre avances genéticos, de la información reciente del proyecto genoma relacionada con la clave de la vida y de la muerte".

Aparece la resistencia propia de aquel contenido que se sabe se tiene registrado, pero no se deja expresar. La enunciación en boca del sujeto también ha sido la voz del imaginario moderno de la medicina: la medicina como una historia de la medicalización contra la muerte.¹⁵⁸

Se les dice:

"la imagen de una muerte natural, una muerte que llega con el paciente bajo cuidado médico, y que nos encuentra

¹⁵⁸ ILLICH, ob. cit., p. 175.

a edad anciana y en buen estado de salud, es un ideal muy reciente".¹⁵⁹

De vuelta a la pregunta a ellos mismos. Aparece el silencio y luego de unos momentos se les pregunta: "¿Hay cosas que se tienen que callar? ¿qué sean de cada uno?". Asientan con la cabeza. "¿qué cosas no se pueden contar?...o más fácil...¿qué sí se puede decir?".

Una alumna de 4to año, nos dice "en el curso de medicina legal se nos ha hablado sobre la tanatología, sin embargo, lo que ustedes dicen es extraño y me provoca algo difícil de explicar".

Se le refiere nuestro interés por explorar la subjetividad del alumno de medicina en términos de descubrir sus significaciones acerca de la muerte, como parte de un estudio más amplio sobre la formación del médico. Además se le ofrece nuestro punto de vista sobre la tanatología actual, convenimos sobre la importancia de las investigaciones de Kübler-Ross, que por un lado, lograron captar la atención popular sobre el tema y, por el otro, abrió la posibilidad de un mejor conocimiento de los pacientes terminales, de sus necesidades y de su entorno, sin embargo, también circunscribió la experiencia a la esfera exclusiva del paciente con exclusión de la subjetividad del médico, como si éste último pudiera mantenerse al margen de lo sucedido, neutral ante sus transferencias y contratransferencias, inmortal ante lo mortal.

¹⁵⁹ ILLICH, ob. cit., p. 180.

De pronto, las cavilaciones del grupo son interrumpidas por la llegada de D., alumno de 5to año cuyos retardos son conocidos por todos. El ingreso de D. al grupo es puesto a consideración de los elementos que conforman éste. Como no les es desconocido aceptan su integración.

Con la admisión de este nuevo integrante que denunciará un saber, un conocer en torno a la muerte que no se quiere reconocer, ni hablar, la sesión cobrará una nueva apertura.

D., desde su ingreso se va a colocar como emergente del grupo; su participación es precisa, su conocimiento revela lo que la muerte es en el ambiente médico de los estudiantes: en muchas; el chiste, la ocasión de burlarse de los demás, la broma. En otras; lo circunspecto, el sentirse mal. En muy pocas veces; el querer pensar en su propia muerte.

Nos cuenta D. que un día, en sus primeros años en la escuela, en complicidad con sus amigos, decidieron amputarle una mano a un cadáver del museo, la que introdujeron en la manga de una bata. Aquella tarde, le extendieron la mano a todos en la facultad, sin que se percatarán de lo sucedido, "simplemente nos moríamos de risa, ante la mirada atónita de los vivos sorprendidos".

El mismo D., nos refiere como su profesor de patología ofrece puntos de calificación por chistes sobre enfermos moribundos, así recuerda haber obtenido una "muy buena calificación" en esa materia. "Por supuesto, en sus más de 20 años de servicio,

nuestro profesor contaba con un repertorio gigantesco de chistes, siempre nos comentó la idea de publicarlo en un libro".

Como colofón a su participación, precisa "En esto de la muerte, hay varios tipos de médicos, desde el médico, jefe de piso, que frente a sus subordinados, casi hasta llora cuando ocurre la muerte en una de sus salas, para posteriormente en privado comentarte que de lo que se trata es de guardar las apariencias, porque después te etiquetan como déspota y sin sentimientos, hasta el verdadero Dr. Hielo, que ni la muerte de su madre, lo conmovió, es un amargado, o muerto viviente, pasando por el médico que le vale todo, y siempre se está riendo de todo, de la enfermedad, de la muerte, de la muerte de los otros y hasta de su propia muerte".

La muerte presenta dos caras opuestas, extremos que van de lo grave, lo serio a lo irreverente, a lo risible.

D. narra lo que ha visto en su vida como alumno de medicina, su historia, lo que sus profesores muestran de la muerte; la intriga, la estereotipación de roles, el enjuiciamiento, lo cómico.

Además como refiere D., la sustitución del cadáver por la enfermedad en la sala de hospitalización, se acompaña de la sustitución del chiste por el silencio.

D. expresa a viva voz lo que es su experiencia de la muerte, el grupo al parecer no quiere escuchar eso. Ellos reconocen que eso, es también conocido por ellos y que si no es hablado ni

escuchado es porque en el grupo al que pertenecen, al grupo médico, está prohibido hablar mal de los propios médicos. Por tanto, no les pertenece hablar de ello, pese a que todos lo viven. Lo sienten, lo escuchan, deben fingir, actuar, mostrándose como indiferentes.

Así es como al final de la sesión toda esa carga moralizante surte su efecto y reacciona provocando en el grupo cierta hostilidad hacia D, señalándolo como él que da "problemas", él que es necesario expulsar, dominar, doblegar. Se les hace interpretación de ello manifestándoles que D. al igual que la muerte es aquello que inquieta, que da problemas, que amenaza con desestructurar el orden médico establecido.

En la defensa que hacen de mantenerse en el papel imaginario que se les asigna socialmente, de mantenerse marginados del saber de la muerte recurren a la amenaza, mencionan que D. es nieto del Dr. F., médico reconocido en el ambiente de la facultad por su severidad, y capacidad de represión ante lo que juzgue un mal comportamiento.

De esta forma la muerte se ve investida también de lo institucional, de autoridades, jerarquías, poder; se relaciona también a la organización, al trabajo, que se da en el grupo, en tanto que encierra, da contorno a lo que es propio de nuestra cultura: lo tanatofóbico.

3. LA EXPERIENCIA DE LA MUERTE EN LA INSTITUCIÓN MÉDICA Y LA CULTURA OCCIDENTAL.

Se ha señalado, muchas veces a lo largo de este trabajo, que el hombre occidental, propone una auténtica negación de la muerte. El misterio de la premisa <el hombre es mortal> ha perdido la fuerza de otros tiempos, siendo sustituida en nuestros días por la filistea frase <el hombre muere> por accidente, por negligencia, porque no ha seguido ciertas prescripciones de salud, o simplemente, porque la ciencia médica no ha encontrado todavía la manera de curar todas las enfermedades. En consecuencia, hoy el hombre "no es mortal" sino que "muere de alguna cosa".¹⁶⁰

Desde una perspectiva histórica, el autor francés Ph. Ariès considera que existe un proceso de periodización en la percepción de la muerte en occidente: Del siglo VI al XII los difuntos son seres familiares y el hombre es el maestro de su muerte, que no es interpretada como interrupción de la continuidad del ser. Del siglo XII hasta el siglo XV predomina el amor visceral por las cosas y el sentido de la biografía, por la cual la muerte es percibida como la pérdida del yo. A partir del siglo XVI, el difunto fascina pero el cementerio abandona el centro de la ciudad, de tal forma que la muerte se siente a la vez próxima y lejana. El rechazo patético de la muerte del otro a través de ruidosos duelos y un cierto "culto de cementerio" es la característica del siglo XIX. Hoy la muerte es "inversée", generalizándose un rechazo de duelo y de los difuntos. El

¹⁶⁰ RAMOS, ob. cit. p. 6.

hombre no es ya el "maestro" de su muerte sino, que se la encomienda a los profesionales (pompas fúnebres, servicios tanatológicos, etcétera).¹⁶¹

El siglo XX asistió a la transformación de la muerte de un evento público a un hecho íntimo que provoca pudor y horror.

Una de las situaciones que probablemente más ha influido en esta concepción, es el lugar donde el hombre muere.

La imagen de la "buena muerte", asociada a la escena de quien muere concientemente en su casa rodeado de los suyos ha dado paso a la muerte anónima, solitaria e impersonal de un centro hospitalario. En los Estados Unidos, por ejemplo, el 80% de las defunciones tiene lugar en instituciones médicas y solo una persona de cada cinco muere en su casa.¹⁶²

Por tanto, cabe presagiar que si las cosas no cambian, muchos de nosotros estamos irremediabilmente condenados a morir en un hospital.

Escribe D. Sudnow, en *La organización social de la muerte*¹⁶³:

"Es común que un paciente muera desatendido y que su fallecimiento solo se descubra más tarde, cuando una

¹⁶¹ ARIES, Ph. (1982), *La muerte en Occidente*, Editorial Argos-Vergara, Barcelona, pp. 31-33.

¹⁶² RAMOS, ob. cit., p. 10.

¹⁶³ Sudnow realizó este trabajo mientras se encontraba en la Universidad de California, bajo la dirección de Erving Goffman. David Sudnow permaneció durante nueve meses en un hospital de caridad al que acuden personas de clase baja, y cinco meses en un hospital general que recibe pacientes de clase media y media-alta. Su estudio es un apasionante recorrido de los procesos sociales que rodean a la muerte y al morir. El autor describe las diferencias en el modo de cuidar a los moribundos; en la transmisión de las "malas noticias"; en los rituales de duelo; en el procesamiento y manipulación de los cuerpos; en la manera, en fin, en que la muerte

enfermera, un auxiliar o un médico entre eventualmente en la habitación".¹⁶⁴

La muerte hospitalaria se ha convertido en uno de los productos más típicos de una sociedad que, fascinada por el desarrollo científico-tecnológico se ha deshumanizado vertiginosamente.

¿Cómo muere la gente en el hospital? ¿en qué medida el hospital mata a los enfermos? ¿qué papel juega el médico?

La investigación sociológica nos ha proporcionado interesantes aproximaciones. La idea central que domina en los resultados de las mismas es que hay que cambiar el rostro deshumanizado de la muerte hospitalaria, hay que recuperar la muerte y darle un significado humano; porque todo hombre tiene derecho a vivir su propia muerte, y nadie (médico, hospital, sociedad) puede apropiarse de la muerte de una persona. En decir, la muerte no puede concebirse solamente como un proceso biológico individual, excluyéndose a lo social.

Dice Sudnow:

"Pese a que la muerte constituye uno de los temas de mayor interés entre antropólogos, médicos, psiquiatras, artistas y escritores, se ha prestado muy poca atención a la investigación empírica de las circunstancias que rodean el acto de morir en la sociedad occidental contemporánea...No tenemos una etnografía de la muerte; no sabemos cómo se manipulan los

afecta al personal del hospital y en que el personal a su vez afecta el proceso de la muerte.

¹⁶⁴ SUDNOW, D. (1971), *La Organización social de la muerte*, Editorial Tiempo Contemporáneo, Bs. As., p. 13.

cadáveres en los hospitales, qué clase de asistencia reciben los pacientes moribundos, de qué modo se informa a las familias de los fallecidos, cómo la organización del hospital afecta y es afectada a su vez por la ocurrencia de las muertes que se producen dentro de sus límites."¹⁶⁵

Así las formas de mirar la muerte, los moribundos y los cuerpos de los fallecidos, están estrechamente vinculadas con el saber y el poder de la institución médica.

"Las muertes ocurren dentro de un orden social. Los pensamientos, intereses, actividades, proyectos, planes y esperanzas de los otros están más o menos vinculados a la persona que muere y al hecho de su muerte. El carácter de este vínculo está dado en parte por la ubicación de la persona en una diversidad de estructuras sociales, es decir, la familia, el hospital, las carreras ocupacionalmente estructuradas de la sociedad, el sistema de edades, etc., y proporciona a su vez variados grados de importancia a la anticipación de la muerte y al establecimiento de cursos de acción sobre la base de tal anticipación. Las muertes ocurren también dentro de un orden médico organizacional. La programación de los tratamientos, las actividades de diagnóstico y pronóstico, la disposición de tiempo, interés y dinero, son elementos que integran los intereses prácticos y autorizados de los profesionales

¹⁶⁵ SUDNOW, ob. cit., pp. 13, 15.

médicos y la anticipación de las muertes figura en un lugar muy importante dentro de su organización concreta"¹⁶⁶

La medicina es una institución social; de ahí que las definiciones de salud, enfermedad y muerte no sean constantes, sino que varíen en diferentes contextos culturales.¹⁶⁷ Casi todas las sociedades han configurado funciones relacionadas con la salud, la enfermedad y la muerte, tales como la enfermera, médico, paciente, administrador, afanador, etc. Las expectativas sobre cada una de las funciones relacionadas con la medicina, determinan el comportamiento tanto de los enfermos como de los profesionales de la salud. El conjunto de funciones y expectativas relacionadas con la salud, la enfermedad y la muerte integran la institución médica.¹⁶⁸

Uno de los rasgos más conspicuos de la institución médica moderna es su procuración, afanosa, de llevar a la perfección burocrática la tendencia a la represión de la muerte. Por eso desplaza por completo esta experiencia hasta marginarla de la vida pública.

El paciente moribundo supone entonces un fracaso tanto para el hospital, como institución como para el personal médico. Ante esta realidad, el hospital en aras de preservar su identidad y la finalidad para la que ha sido creado aísla al agonizante y le deja morir en solitario, de modo que pueda pasar inadvertido. El cadáver es retirado inmediatamente del espacio que ocupaba y se le lleva a salas especiales (mortuorios) donde, a veces, si es

¹⁶⁶ *Ibid.*, p. 25.

¹⁶⁷ WAITZKIN y WATERMAN, ob. cit., p. 30.

necesario se le practica la autopsia o se ofrece a los estudiantes como material para sus disecciones. Cuando ya no es útil a nadie, se le amortaja y se le pone una etiqueta para identificarlo cuando venga la familia a buscarle.

Pero, aparte de este rechazo institucional, el hospital y el personal sanitario imponen al moribundo lo que los sociólogos norteamericanos Glaser y Straus han denominado "estilo aceptable de morir"¹⁶⁹: el paciente, sepa o no que va a morir, no debe demostrarlo; debe controlar su miedo, su dolor, su aflicción y su pena; debe confiar en su médico, creer en su diagnóstico, seguir sus instrucciones; debe aceptar los cuidados de las enfermeras, mostrarse esperanzado, ser un buen compañero; en definitiva, molestar lo menos posible y no dar lugar a escenas que puedan perturbar la serenidad del hospital. ¿Cómo explicar el establecimiento de este orden perverso en nuestros hospitales? ¿de qué modo se instauró en los cuerpos de los médicos tornándolos cuerpos acorazados, encubiertos por las mascarás de la indiferencia, la sordidez y lo siniestro?

Fue en el siglo XVII, en el llamado siglo de las luces, cuando la institución médica le encargaría al médico sustituir al taumaturgo del orden antiguo como el personaje que mediaría entre el mundo de los vivos y el momento inexorable de la muerte.

El cuerpo de explicaciones médicas se tornaría gradualmente empírico y nomológico en correspondencia con el modelo de racionalidad científica que se hegemonizaba; una ciencia que

¹⁶⁸ *Ibidem*, p. 31.

¹⁶⁹ RAMOS, ob. cit., p. 11.

se desarrollaba a partir de la modificación de la Antigüedad pagana emprendida por el cristianismo.

Un nuevo afán de medición, un nuevo ideal de construcción racional, fundarían este nuevo imperio. Un imperio regido por el ideal del saber dominante, que en forma de investigación iría desplazando permanentemente los límites de lo no conocido.¹⁷⁰ Sin embargo, mientras la sabiduría tradicional del taumaturgo provenía de la sustitución del significado de la muerte en un contexto mágico, el conocimiento del médico estaba basado en el paradigma de la ciencia, en la racionalidad científica moderna.

Consecuentemente el trabajo de mediación realizado por el médico tenía otro sentido. El taumaturgo utilizaba sus conocimientos para inducir la aceptación de la muerte próxima, facilitar el paso de este mundo hacia el otro y consolar a los familiares y demás personas por la inevitable pérdida, señal de sumisión del hombre a designios mayores que los de su voluntad. En tanto, el médico aplicador del conocimiento científico y experto en una técnica de intervención sobre el cuerpo, no trabajaba para propiciar la aceptación de los hechos naturales y sí para intervenir sobre ellos, dominándolos o combatiéndolos hasta donde fuera posible.

Así, la sociedad moderna no pide al médico que enseñe la aceptación de la muerte o el consuelo en la idea de una vida eterna y sí que la aplace lo más posible.

¹⁷⁰ GADAMER, ob. cit., p 85.

En verdad, hoy en día en la cultura occidental no hay espacio socialmente definido para una vivencia clara y explícita de la muerte como un hecho inexorable.

Al respecto, el antropólogo francés Thomas ha estudiado las características de la muerte en la cultura occidental en contraste con la negro-africana, y su estudio pone de relieve la existencia de profundas diferencias:

"La cultura negro-africana posee un mayor carácter simbólico, y muertos y vivos son percibidos como integrantes de una misma comunidad; la muerte es respetada, aceptada e integrada en el circuito vital y el muerto podrá reencarnarse. La cultura occidental, por el contrario, es una civilización de ruptura: la muerte es lo radicalmente opuesto a la vida, por eso angustia y obsesiona; la actitud ante ella es un intento de defensa que consiste en su rechazo y negación. Estas formas de defensa proceden tanto de sistemas religiosos (liberación, redención, resurrección, vida eterna) como de valores socioculturales (mitos científicos, hibernación, etc.)".¹⁷¹

En última instancia, la pluralidad de sentido que tiene la muerte nos remite al sistema sociocultural en que se gesta el sentido aludido. Cada pueblo, cultura o civilización tiene su propia concepción de la muerte y, paralelo a ella, desarrolla un sistema en el que integra todos sus contenidos significativos: costumbres, actos, ritos, valores, creencias. Aproximarse a la

¹⁷¹ THOMAS, L. V. (1976), *Antropologie de la mort*, Payot, París, p. 301.

muerte implica penetrar en el contexto de cada sistema cultural, en su religión, filosofía, psicología, política, economía y pedagogía.

En la sociedad moderna, predomina la exaltación del <aquí y ahora> de la vida, pretendiendo olvidar la seguridad de la muerte. Dicha noción se encuentra determinada por una serie de inscripciones históricas concretas: el avance feroz de la ciencia y de la técnica, el establecimiento a cualquier precio de una sociedad industrial basada en la producción para el consumo y el desarrollo forzado de las instituciones.

Así, la conceptualización de la muerte en occidente se ha caracterizado por ser un proceso desenfrenado de racionalización, desacralización y desocialización. Indudablemente, todo ello ha contribuido a acrecentar el carácter de tabú que la muerte ha poseído siempre en la cultura judeocristiana.

4. LA EXPERIENCIA DE LA MUERTE EN LA EDUCACIÓN MÉDICA

El presente capítulo apuesta recobrar lo construido, lo elaborado, para aproximarnos multirreferencialmente a nuestro objeto de estudio en los contextos de la Carrera de Médico Cirujano de la FES Zaragoza.

Para intentar lo señalado, este apartado se ofrece en dos momentos interdependientes; en el primero se historiza y caracteriza la noción de educación médica vigente en nuestro medio; en el segundo momento, se alude a la dimensión del currículo oculto y su develación en lo concerniente a la vivencia médica de la muerte en la escuela y el hospital.

LA EDUCACIÓN MÉDICA EN MÉXICO

En 1974 el Dr. José Laguna, entonces Director de la Facultad de Medicina de la UNAM, dijo que el objetivo principal de la educación médica era la formación de profesionales que mejorarían las condiciones de salud de la sociedad.

"En principio, los estudiantes no deben buscar su adiestramiento como una finalidad en sí misma, sino como un medio para crear cambios benéficos en la sociedad a la que pertenecen y para la que trabajarán. Esta definición nos obliga a aceptar que el esfuerzo educativo, para ser eficaz, debe estar ligado estrechamente a la sociedad y a

sus necesidades, por ende, a los propios sistemas de impartición de la salud.”¹⁷²

Con estas palabras se inauguraba un nuevo paradigma de educación médica en México. La noción anterior había consolidado el modelo de alta especialización en Medicina en el sistema de seguridad social (con la complicidad del Estado en la producción de servicios médicos), con la orientación predominante de formar médicos en la práctica curativa y hospitalaria de especialización.

Los profundos cambios sociopolíticos internacionales de la década de los sesenta impondrían no sólo la transformación exclusiva de la institución médica sino en general de todo los sistemas del Estado.

Como parte del discurso oficial se argüiría el hecho de se había dejado de lado la atención médica preventiva y de primer nivel. Se dijo en ese momento que se ocuparon:

“...los recursos financieros para la atención médica y se concentraron en el 20 por ciento de la población del país lo que conllevó a no prestar atención a la población rural y urbana no asalariada”.¹⁷³

Así, la inversión de los objetivos de la formación profesional -de médico especialista a médico generalista-, materializaba las

¹⁷² LAGUNA, José, “La formación del médico como antecedente para su educación continua”, en la Revista *Facultad de Medicina*, Vol. XVIII, año 18, No. 2, UNAM, p. 57.

"recomendaciones" gravadas en materia de salud y recursos humanos por los organismos internacionales (OMS y la OPS) a las instituciones de enseñanza médica de los países en vías de desarrollo.

El nuevo encargo que depositaba el Estado a las instituciones era la formación de un médico comunitario que fuese capaz de desarrollar acciones de tipo preventivo, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la patología más común en el país (diarreas y neumonías), con los recursos de la atención primaria que no requerían del concurso de personal o equipo especializado¹⁷⁴.

Como trasfondo histórico se situaban los muy recientes conflictos sociales, estudiantiles y sindicales de la década de los sesenta, y la problemática del sector médico.¹⁷⁵

Bajo estas condiciones complejas, surgen en 1974 las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales (ENEP), instituciones educativas periféricas de la UNAM que "oficialmente" fueron creadas con el objetivo de modernizar los modelos educativos prevalecientes, así como reorientar la práctica profesional dominante e intentar dar respuesta a la problemática social existente, aunque desde una mirada crítica se ha dilucidado que la razón de las mismas fue orientar la función de la Universidad de acuerdo con las exigencias del desarrollo

¹⁷³ ÁLVAREZ, Manilla, J.M., *El Plan A-36. Plan Experimental de Enseñanza de la Medicina General Integral*, en Memorias del Simposio Experiencias Curriculares en la última década, vol. 1, p. 32.

¹⁷⁴ LAGUNA, J., et al. Plan A-36, "*Proyecto del plan de estudios piloto Medicina General Integral*", UNAM, pp. 1.2.

¹⁷⁵ POZAS, R. (1979), "*El movimiento médico en México 1964-1965*", en Cuadernos Políticos núm. 19, Editorial Era, México

capitalista.¹⁷⁶ En realidad se ensayaba una respuesta a la crisis de desarrollo económico y social que padecía el Estado.

Con respecto a la creación de la Carrera de Médico Cirujano de la ENEP Zaragoza (ahora FES) en 1975, se le presentó por parte de las autoridades como un proyecto que concretizaría el nuevo modelo de formación médica surgido directamente de la política de modernización universitaria.

En el aspecto académico se planteó un sistema de enseñanza que se consideró innovador al que se le denominó Sistema de Enseñanza Modular (SEM), el cual se vio fuertemente influido por la orientación de la Tecnología Educativa. La intencionalidad de esta propuesta curricular era el cuestionamiento del plan tradicional de la Facultad de Medicina y de su modelo de médico especialista.

A más de cuatro lustros de la fundación de la Carrera, aún no existe una conceptualización definida del SEM y se está lejos de alcanzar la operativización de su propuesta en el currículo médico.

A continuación, se explicitan algunos rasgos que caracterizan a la educación médica vigente en nuestro medio:

- La educación médica en sus dimensiones macro-sociales mantiene relaciones complejas con los contextos político, económico y cultural, que determinan sus bases epistémicas, teóricas, filosóficas, políticas, organizacionales a través del control que se realiza sobre el currículo de la institución médica.

¹⁷⁶ NAVARRO, ob. cit., p. 10.

- Así, la educación médica como uno más de los proyectos de imaginación del Estado necesariamente reedita y refuncionaliza sus intereses e ideología, bajo el paradigma del control social y con la visión de conservar las estructuras sociales vigentes.
- El advenimiento del neoliberalismo económico como el brazo armado del proyecto de globalización mundial impuesto con lujo de cinismo por los Estados Unidos a todos los países sin capacidad de respuesta autónoma y productiva, tras el agotamiento del capitalismo industrial en la década de los sesenta, encuentra a una de sus fieles aliadas en la educación médica como reproductora del paradigma hegemónico de la salud/enfermedad/muerte de la cultura.
- La finalidad aparentemente se ha cumplido: la formación de un médico ahistórico, apolítico, obediente de la jerarquía, técnico-racional, obsesivo de la prevención, silente ante lo inexorable y con ceguera epistemológica para reconocer la muerte como un acontecimiento social. Bajo la presión de la excelencia, productividad, rendimiento, eficacia, que traducen el perfil del egresado acorde con el neoliberalismo.
- Si la finalidad se ha cumplido es a un precio muy alto, el empobrecimiento humano del médico, que agrava la crisis de la Medicina moderna, caracterizada en estos últimos tiempos por la ineficacia de la institución médica ante las diversas problemáticas de salud de la población, del fracaso de la identidad del médico comunitario y preventivo, la carencia en el suministro de medicamentos y materiales de uso frecuente en hospitales y clínicas, por último la contracción

de la bolsa de trabajo hospitalaria con sus correspondientes devaluaciones en el psiquismo del médico cuya imagen social se menosprecia aceleradamente.

- El daño sigue operando en el desquebrajamiento de la identidad del médico, que la modernidad manipuló con lujo de demagogia, como un proyecto y una realidad-ficción de la educación médica.

EL CURRÍCULO OCULTO DE LA EXPERIENCIA DE LA MUERTE

Para el estudio de la orientación y de las formas teórica-metodológicas de la formación médica, es importante partir de la mediación del currículo¹⁷⁷. Sabemos que el currículo es el eje que estructura las actividades académicas y administrativas de una institución educativa. Este refleja la construcción y organización pedagógica de un proyecto cultural y de formación profesional, conformado por sus fundamentos educativos, un perfil profesional a formar, los grandes contenidos disciplinarios de la estructura organizativa del plan de estudios y su caracterización, los programas de enseñanza, y los criterios de certificación del logro de los propósitos educativos.¹⁷⁸

¹⁷⁷ "Cuando definimos el currículum, estamos describiendo la concreción de las funciones de la propia escuela y la forma particular de enfocarla en un momento histórico y social determinado, para un nivel o modalidad de educación, en un entramado institucional". En GIMENO, Sacristán, J., (1988), *El currículum: una reflexión sobre la práctica*, Ediciones Morata, Madrid, p. 16.

¹⁷⁸ MARIN, ob. cit., p. 33.

Como categoría de análisis, el currículo reviste distintos significados de modo que puede estudiarse de diversas formas: como plan de estudios formal, como currículo en acción, como currículo realizado, y currículo oculto.¹⁷⁹

Por las características de nuestro objeto de estudio y el tipo de investigación que desarrollamos, nos parece apropiado considerar la dimensión del currículo oculto, con la intención de comprender como se constituyen las formas subjetivas con las cuales el médico aborda la experiencia de la muerte en los diferentes momentos de su formación profesional.

La noción del currículo oculto¹⁸⁰ ha terminado por ser uno de los más valiosos recursos para develar los distintos mecanismos que se conjugan para conformar la función ideológica de la escuela. De este modo, pensamos también, que puede convertirse en la categoría central de un cuerpo teórico capaz de señalar alternativas concretas al educador que actúa bajo la dominación simbólica y que a la vez abra cauce a la alternativa *contra-institucional* que requiere de su momento *instituyente*.

¿Cómo enfrenta el currículo formal a la experiencia de la muerte?

¹⁷⁹ GIMENO, ob. cit., pp. 119-126.

¹⁸⁰ A manera de síntesis, conceptuamos el currículo oculto como un currículo no-académico proveedor de enseñanzas encubiertas, latentes; enseñanzas institucionales no-explicitas, brindadas por la escuela debido a su condición de microcosmos del sistema social de valores. Enseñanzas que corresponden al plano del desarrollo moral porque incluyen funciones tales como inculcación de valores, socialización política, sentido de la obediencia y de aceptación del orden social; funciones todas estas que, en conjunto, vinculan estrechamente la institución escolar con el establecimiento moral, social y político que rodea a la escuela. En ARCINIEGAS, Duarte, Orlando (1982), "Sobre el currículo oculto". Revista *PLANIUC*, publicación trimestral de la Dirección de Planificación y Promoción, año 1, No. 2, diciembre, Universidad de Carabobo, Venezuela, p. 71.

¿Desde qué lugar del currículo oculto podría abordarse la experiencia de la muerte?

Más importante aún, ¿Podría ser posible la configuración de un espacio curricular donde se posibilitará la elaboración del silencio de la muerte por parte de los médicos formantes?

Frente a esto, es necesario reconocer con preocupación que las experiencias que el estudiante tiene de la muerte, es decir los modos de apropiación subjetiva del fenómeno, jamás han recibido una atención académica, no forman parte de los contenidos temáticos, en síntesis, nunca hayan sido consideradas por el currículo formal. Nos resta saber si este "aprendizaje silencioso" tiene repercusiones en las dimensiones psicológicas de los sujetos y si también conlleva a distorsiones formativas con la adopción de actitudes y conductas inadecuadas en su práctica profesional desde el punto de vista ético y técnico.

Las facultades de Medicina que enseñan muchas cosas, ciertamente no enseñan éstas. La Universidad de Texas realizó un estudio entre sus médicos residentes en el que se pone de manifiesto que un gran número de ellos sienten una tremenda ansiedad y/o falta de preparación cuando se ponen en contacto con pacientes diagnosticados de procesos irreversibles. El estudio evidenciaba la existencia de conflictos importantes entre los sentimientos personales y las normas de conducta. Así, por ejemplo, mientras el 83 por 100 de los encuestados estimaba que los pacientes deberían ser informados sobre su enfermedad y la evolución de la misma, el 94 por 100 hacía referencia a las dificultades para informar al

paciente sobre una próxima muerte, y el 76 por 100 señalaba que sus relaciones con los moribundos eran habitualmente incómodas.¹⁸¹

A conclusiones similares se han arribado en los pocos trabajos realizados sobre el asunto, en uno publicado en 1973 se concluye que los médicos jóvenes muestran ansiedad y responden con mecanismos de defensa inadecuados, sobre todo con cólera y con actitudes negativistas, cuando se enfrentan con pacientes en situación terminal¹⁸². En otro, los resultados han reportado "dificultades emocionales" asociadas con esta convivencia entre sus estudiantes.¹⁸³

En nuestro medio son pocos los estudios al respecto; con lo que las actitudes de inhibición, las conductas estereotipadas con arreglo a un arquetipo institucional constituyen las normas de comportamiento médico más frecuente, donde la cuestión de la muerte está prácticamente cerrada.

No existe ninguna disciplina en la licenciatura de Médico Cirujano que afronte estos temas. Tampoco en la práctica hospitalaria durante los periodos de formación de pregrado o posgrado, y salvando siempre algunas excepciones, se suelen plantear de una manera mínimamente sistematizada. En las publicaciones especializadas o de divulgación la norma es no encontrar este tipo de problemática. Excepcionalmente algún artículo, por lo general en el ámbito de difusión tanatológica suele presentar el asunto con pretensiones propiamente "científicas" excluyendo el <quid> de lo subjetivo social.

¹⁸¹ Revista *Geriatrics*, edición española, diciembre 1979.

¹⁸² *New England J. Med.*, 1973, 288: 1210.

Nuestra facultad considera cumplida su misión si logra hacer del estudiante un buen técnico. Resulta inútil intentar encontrar en los libros de texto de Medicina escritos en México e incorporados a la bibliografía cualquier tipo de orientación, bien teórica, bien basada en la propia experiencia de sus autores (de nuestros profesores), que puedan servir como material de consulta, de reflexión y de investigación.

De este modo, el currículo formal trata los aspectos de nuestra relación con el moribundo en cuanto ser humano, y no digamos de todas las perturbaciones que nos produce la experiencia de la muerte, como algo que rebasa el campo de la Medicina y quedara relegado a lo que, no siempre con el respeto debido sobre todo en nuestro medio, suele ser calificado como de tarea para los <humanistas>.

El currículo formal médico establece en la práctica una separación que sitúa en un campo lo técnico-científico y en el otro los valores humanos, sin apenas dejar margen para algún que otro solitario puente entre ambos.

Si el currículo formal se empeña en mantener un silencio, que es difícil adjetivar, ante la experiencia de la muerte, ¿qué cosas nos dice su dimensión oculta, el currículo oculto?

Para Philip Jakson, a quien se considera el acuñador del término, el currículo oculto tiene que ver con el 90 por 100 de lo que ocurre en las aulas escolares¹⁸³. Así, contra la idea que supone la inexistencia de un modelo preciso de aprendizaje de la muerte, podemos empezar a reconocer a partir del currículo

¹⁸³ BRIM, G. Levine (1970), *The Dying Patient*, N.York, Russel Sage, p. 37.

¹⁸⁴ ARCINIEGOS, ob. cit., p. 72.

oculto los rasgos de un <verdadero> modelo de aprendizaje silencioso y <negativo> *fundamentado en la indiferencia* que vertebra toda la formación del médico.

En efecto, la indiferencia es aprendida y reforzada en las mesas de disección de la facultad y en las salas de hospitalización. Ahí se ejecuta una tarea compleja: la de inducir al alumno a olvidarse de la muerte, no por su ocultamiento directo, sino por su exhibición -aquí estriba el carácter de lo negativo-. La tarea *se cumple de forma satisfactoria* a través de la despersonalización del cadáver. Se trata de aprender a mirar pero de tal modo que solamente se observe lo que es específico del cuerpo o la enfermedad. Simultáneamente se aprende a no ver el hecho personal, una existencia o una conciencia humana. Por supuesto, que el éxito de esta empresa no es siempre total, pero el currículo oculto lo intenta brindando las *experiencias que conectan*, como una estación intermedia, la vida familiar, las relaciones personales con la vida social y política de una sociedad impersonal con los futuros roles de médico orientados hacia los objetivos de una institución médica neoliberal. La facultad es así un agente de socialización que prepara la vida del médico para "acostumbrarse" a la muerte, despersonalizando a los cuerpos a través de la indiferencia, el silencio y el chiste. Hay una continuidad en la tarea hospitalaria de exhibir a la muerte para que sea vista en forma despersonalizada, pero ahora sustituyendo al cadáver por la enfermedad, paulatinamente la muerte se torna invisible.

Según Clavreul¹⁸⁵, el objeto principal de la Medicina es la enfermedad y el médico sólo se interesa por ésta. El enfermo y la tarea de cuidarlo en su padecer y su agonía son molestias inevitables del trabajo médico, jamás el objeto de su atención. Este interés exclusivo por la enfermedad, no se explica por sí mismo. Es una forma de escamotear, una manera de ocultar la inevitabilidad de la muerte.

"Si es mentira que con el médico el paciente muere curado, por otro lado es verdad que cuando muere dentro del orden, del Orden Médico, cuando se sabe qué fue lo que lo mató, alguna cosa se gana sobre la muerte: un punto ha sido marcado a favor para las futuras luchas de la humanidad contra el destino"¹⁸⁶

Así, en tanto el médico esté encargado del ocultamiento de la muerte no permitirá que ocurra como un hecho natural, pues sería una confesión de impotencia frente a la naturaleza. No es posible decir que murió porque tenía que morir, se dirá que murió porque tenía diabetes, hipertensión, etc. De esto modo, queda la imaginación de que en caso de que el paciente no tuviese hipertensión o diabetes no habría muerto.

El acto diagnóstico en este momento sirve mucho más para tranquilizar y provocar la fantasía de que la naturaleza está bajo control, que para formular propuestas terapéuticas. Por el contrario, una vez realizado el diagnóstico y constatada la

¹⁸⁵ CLAVREUL (1983), *A ordem Médica, poder e impotência do discurso médico*, S. Paulo, Brasiliense, p. 11.

situación del enfermo incurable, el alumno asiste al abandono del mismo y termina por aprender a no verlo. Así, el futuro médico no percibirá más la proximidad de la muerte.

¹⁸⁶ *ibidem*, p. 12.

HERMENÉUSIS FINAL

La sobredeterminación cultural-ideológica operada en los últimos tres siglos sobre la tanatopraxis occidental sustenta la privación de la agonía, del duelo y de la conciencia de la finitud del médico moderno. El desarrollo de la ciencia experimental y su aplicación en técnicas de todo tipo en la Medicina, llevó a la prolongación inesperada de la vida con la correspondiente deshumanización de la muerte. La muerte ya no fue percibida como un fenómeno natural sino artificial, porque su aparición se hizo depender de una decisión tecnocientífica.

El avance tecnológico de esta centuria ha creado dos nuevas categorías de muertos: los <muertos vivientes> y los <muertos aplazados>. ¹⁸⁷

Con el nombre de <muertos vivientes> se agrupa a los pacientes inconscientes, sumidos en coma profundo e irreversible con pérdida irremediable del contacto con los demás que son mantenidos con <vida vegetativa> a través de recursos técnicos. Son el producto directo de una tecnología excepcional de uso indiscriminado, que en últimas fechas ha planteado una serie de interrogantes y de conflictos tanto para la ética como para el derecho.

La clase de los <muertos aplazados> incluye a aquellas pacientes conscientes a los que la ciencia médica ya no puede curar, pero a los que se insiste reanimar con la intervención

¹⁸⁷ BAUDOQUIN, J.L. y BLONDEAU, D. (1995), *La ética ante la muerte y el derecho de morir*, Editorial Herder, Barcelona, p. 29.

técnica en sus momentos críticos para posponer la muerte que sabe inevitable.

Así, en la lucha perpetua, pero también perpetuamente perdida, de la Medicina contra la muerte, la técnica se constituye ya no en un medio sino en un fin, es decir, una vez aplicada encuentra su justificación diaria en su propia existencia sin importar los valores del enfermo o del médico que quedan ocultos. La técnica ya no se usa en función de los intereses del ser humano, más bien convierte al médico en un simple instrumento social y por ello en un reflejo de la sociedad en la que se inserta y la que lo determina.

El médico moderno desligado de sus orígenes antiguos, cansado de los poderes fantásticos de la ciencia, estupefacto por la profusión y riqueza de los avances tecnológicos, apenas consigue imaginar otros modos de abordar la muerte que no sean reglas de conducta técnica.

La crisis actual de sentidos y valores de la Medicina, en consecuencia, resultaba inevitable e incluso previsible.

Para Baudouin y Blondeau¹⁸⁸ el problema de la técnica en nuestra cultura se resume en:

" Así como el pintor no pertenece al cuadro y al mundo que acaba de crear, el hombre moderno parece vivir en su universo como un extranjero. Crear, creación, creador. Ahí reside sin duda el problema del hombre moderno...El drama acontece cuando el ser humano, jugando a ser Dios, se burla de la naturaleza, porque el vacío que crea entonces

¹⁸⁸ *Ibidem*, pp. 9-10.

acaba por absorberlo y negarlo. Ésta es la paradoja de la técnica que vemos por todas partes. por un lado, control y dominio extraordinarios; por el otro subordinación y alienación

Con la modernidad, la muerte pierde su estatuto social y se convierte en tabú. El malestar de la muerte procede del rechazo de la sociedad actual a admitir la inmutabilidad y la permanencia de la realidad de la muerte, porque nunca en la historia de la humanidad había estado tan en contradicción con los valores socioculturales.

La negación de la muerte es la reificación del hombre en el capitalismo, con ello el ser humano occidental en lo sucesivo deviene en mercancía.

He aquí la hipótesis de Ziegler¹⁸⁹:

"El tabú con el cual la sociedad capitalista rodea a la muerte, no es más que un aspecto de una estrategia del ocultamiento más vasta: es la estrategia cultural que la clase dominante pone a funcionar para salvaguardar, ocultar y reforzar el sistema de desigualdades que la beneficia. La reintroducción de la muerte en el campo del discurso no restablece, por lo tanto, por sí misma, la integridad del hombre. Para que ese hombre reificado, mutilado, privado de la conciencia de su finitud, por lo tanto de su libertad, pueda volver a encontrar una existencia con destino, se necesitará que el antiguo campo

¹⁸⁹ ZIEGLER, ob cit., p. 18.

de la realidad sea destruido piedra por piedra pues la reificación total de las existencias humanas por la sociedad mercantil no puede ser destruida sino por una totalidad de significaciones alternativas."

¿Pero cómo concebir esa totalidad nueva? ¿cuáles son esas nuevas significaciones y cómo seleccionar entre éstas y las otras?

Ante ello, resulta necesario replantear las actitudes médicas frente a la finalidad humana y el concepto que de ella han elaborado nuestras sociedades occidentales del siglo XX.

La deshumanización y despersonalización de la muerte son desgraciadamente una realidad de la medicina moderna. El problema reside en que la "ciencia médica"

de orientación neopositiva es incapaz de proponer tanto las referencias éticas necesarias para su uso y desarrollo, como los límites de su poder, que hoy considera ilimitado. La "ciencia médica" no puede ser conciencia. En cambio, le convendría admitir que una mayor reflexión ética le es urgente a su campo. Así, los médicos deberían considerar que estar al servicio de los seres humanos no significa ocupar su lugar, ni sobre todo decidir en su lugar, puesto que ocultar la presencia de lo humano contribuye a la pérdida básica del sentido de la vida y de la muerte.

El desmedro del sentido acompaña a la <tecnologización> de la muerte y tiene su reflejo concreto en la prolongación del sufrimiento, la angustia y la agonía de los enfermos que no

acaban de morir por decisión médica. Con la tecnologización se intenta objetivar la muerte y convertirla en una extraña.

Visiblemente, la cultura no sabe qué hacer con sus muertos. Acontecimiento casi clandestino, la muerte de nuestros semejantes es rechazada por el grupo.

"Todo se echa a andar para que los vivos no se den cuenta de nada. En unas cuantas horas su presencia se borra, su cuerpo se lleva, su recuerdo se coagula. El ruido de la ciudad oculta el terror. Mezclado con el tránsito, un cortejo atraviesa la ciudad. Un cercado reservado lo acoge. Detrás del cerco: una fosa abierta. Algunas palabras al borde de la tumba -siempre las misma, por otra parte-, de una insignificancia y de una vulgaridad que son como una última agresión. Un cambio de registro civil, una distribución de bienes, simple o complicado; eso es todo. El cementerio mismo plantea problema, ya que el terreno urbano es costoso y el sistema de la maximización de la renta de bienes raíces apenas admite el despilfarro. También para ganar lugar la sociedad mercantil prefiere incinerar a los muertos. Quizá llegara el día en que una técnica nueva permitirá prescindir de la urna y, al mismo tiempo, de los pocos centímetros cuadrados que necesita."¹⁹⁰

Un paréntesis; nuestra sociedad neoliberal obtiene beneficio hasta de la muerte. En efecto, en los alrededores de los hospitales los servicios fúnebres de los vivos combaten

¹⁹⁰ *Ibidem*, pp. 158-159.

encarnizadamente por la muerte-mercancía. Morir se reduce así a una simple transacción ordinaria, en un acto que los vivos pueden integrar a su vil conciencia de consumidores.¹⁹¹

HACIA UN NUEVO PARADIGMA DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

Ante esta problemática de implicaciones tan complejas, nos preguntamos: ¿Qué rasgos les serán propios a las significaciones de una nueva totalidad para posibilitar la restitución en el orden fugaz de lo moderno el sentido continuo de la muerte de los hombres? ¿qué referentes constituirían a un nuevo paradigma de la educación médica que posibilitaría otra mirada, otra colocación del médico ante la muerte? ¿cómo se arribaría a esos referentes? La posibilidad de dar respuestas a estas preguntas no puede orientarse más que a la investigación multirreferencial del objeto, por una parte, y por la otra, a las elaboraciones crítica-cognitivas que se construyan a partir de esta metodología como reivindicaciones surgidas de la subjetividad más irreductible del médico, promisorias de la transformación de las condiciones institucionales y curriculares que determinan su formación profesional.

Pero, ¿cómo elegir entre las reivindicaciones significativas y las que no lo son, puesto que, justamente, sola la subjetividad funda unas y otras?. Esto parece una paradoja. Sin embargo, si ninguna estructura sociológica nos revela esos criterios, las

¹⁹¹ *Ibid.*, p. 159.

referencias de la subjetividad nos indican ciertos elementos constitutivos.

En este sentido, tengamos presente que el surgimiento de las reivindicaciones colectivas o individuales de los hombres no se debe exclusivamente a la interiorización de la normatividad cuya observancia es necesaria para el funcionamiento de una sociedad. Más bien, las elaboraciones y construcciones candidatas a constituir cualquier nuevo proyecto derivan de las estructuras esenciales de la conciencia, del momento instituyente humano y de las dinámicas del imaginario social.

Es indudable, que no se puede negar más que lo que existe. La negación de una forma de paradigma cultural, de formación, de currículo o de institución está limitada de alguna manera por las formas y los contenidos objetivos de la sociedad. Una negación que sobrepasa los límites de la antítesis tiene forzosamente fuentes <autónomas>, es decir, que se sitúan más allá de la sociedad. Los términos de estructura esencial fenomenológica, momento instituyente e imaginario social se oponen, pues, al término de estructura sociológica tomado en su sentido tradicional.

Los puntos claves de la estructura sociológica vigente relacionados con la muerte, que se ofrecen como los de mayor <negación> y por ende cruciales para la evaluación del currículo médico -hacia la construcción de un nuevo paradigma de la Educación médica-, son:

1. La pérdida de la alteridad del morir en la formación médica que se traduce no sólo como la negación <racional> y

<academizada> del proceso de la muerte, sino también de su existencia misma, en las actitudes de prevención y curación <a ultranza> mediadas por el soporte tecnológico.

2. El profundo antagonismo que los valores socioculturales de la práctica médica oponen entre la vida y la muerte. Con el consiguiente rechazo de la muerte por parte de la institución médica como fenómeno incompatible y contradictorio a su orden. Esto conlleva a la marginación del moribundo y el ocultamiento burocrático del cadáver.

3. La cada vez mayor desacralización, deshumanización y desocialización del acontecimiento de la muerte en el paradigma moderno de la educación médica.

4. La simulación y el simulacro que se instaura tras lo anterior en los roles de los diferentes actores:

El médico que rechaza y niega la <muerte del otro> intentando escapar al "traumatismo de la muerte"¹⁹², a la referencia de su propia muerte, a reavivar la angustia de su mortalidad.

El moribundo que intenta disfrazar su realidad porque le permite imaginariamente rechazar y relegar la muerte.

La institución y la sociedad que crean las condiciones simbólicas para negar la muerte como acontecimiento social.

Uno de nuestros propósitos es incidir, vía currículo, en la transformación de la institución médica¹⁹³, ya que hoy se abre la posibilidad de <revoluciones educativas> como resultado de la intención expresa del plan de desarrollo 1997-2000 del programa

¹⁹² MORIN, ob. cit., p. 33.

de trabajo Barnés para la Universidad, que señala como una de las misiones de la Universidad en el nuevo milenio:

"Educar a mujeres y hombres con una formación humanista que les permita encontrar sentido y razón a su vida y a su práctica profesional".¹⁹⁴

LA EDUCACIÓN DE LA MUERTE

-Recapitulación a modo de conclusiones-

Un aforismo romano afirmaba que "Como fue la vida, así será la muerte". Hoy, dicho a la inversa, nos recuerda un hecho irrefutable: el modo cultural de morir es significativo del modo cultural de vivir. En efecto, los tiempos modernos se caracterizan por la desaparición de la muerte del horizonte social. El tipo de vida y organización social han arrebatado al hombre su propia muerte, e incluso han quitado a los sobrevivientes la facultad de expresar su luto.

Para A. Spinsanti¹⁹⁵:

"las prohibiciones y tabúes que rodean a la muerte en las sociedades tecnológicamente avanzadas son muy similares a las que rodeaban a la sexualidad en el pasado".

¹⁹³ REYES, Esparza, R. *Lucha por un nuevo currículo. Lucha por una nueva institución*. Cuaderno DIE 12. IPN.

¹⁹⁴ *Plan de desarrollo 1997-2000. Programa de trabajo 1998*. Síntesis., en Gaceta UNAM. 7 de Mayo de 1998.

Hay como una conjura alrededor del paciente moribundo, para que no se entere de que la muerte llega; familiares y médicos se toman esta tarea como una obligación moral <para no inquietar al enfermo>. Y el paciente se convierte en una especie de menor edad, que no puede decidir ya por sí mismo. Sólo se le pide que muera sin molestar demasiado a los vivos, que salga de esta vida <como de puntillas>. Y todo está organizado para conseguirlo.

La tendencia a una muerte anónima e impersonal, a destruir todo lo individual y dramático que tiene la muerte, se percibe como rasgo preponderante de las instituciones médicas de los países más tecnificados. Y si este modelo de morir pertenece al modelo de la sociedad neoliberal, no cabe duda de que está destinado a propagarse con la globalización.

La muerte le resulta al médico cada vez más extraña y cada vez quiere ignorarse del modo más eficaz. Pero si el médico moderno banaliza así la muerte. ¿no está a punto también de banalizar su vida?

Algunas voces comienzan a escucharse que se levantan contra esta falsificación de la realidad. Médicos y pacientes ya no están dispuestos a sufrir esas muertes inhumanas justificadas por el imperio de las nuevas técnicas y artefactos en <aras de la salud del hombre y gloria de la Medicina>.

Hoy, resulta cada vez de mayor trascendencia discutir sobre las alternativas entre perfección técnica y humanidad. Es necesario replantear que la técnica médica no puede convertirse en

¹⁹⁹ MALISHER, ob. cit., p. 20.

autofinalidad, hay que delimitar claramente sus niveles de participación y omisión.

La plenitud del hombre incluye el respeto ante su muerte y el desarrollo de nuevas actitudes que superen el desbancado temor a la muerte, que conduce inevitablemente a ese terrible tratamiento técnico del moribundo.

Frente a la actitud fría, aséptica, inauténtica, que incluso trata de predecir cuándo el paciente va a morir para prevenir sus consecuencias, cabe oponer una actitud más humana: la nueva educación de la muerte debe trascender el concepto cosificador de enfermedad y abarcar el proceso de morir. Por tanto, su objetivo no es solo hacer todo lo posible para que el enfermo viva o evitar que sufra, sino también ayudarlo a morir con la dignidad de la persona que es.

Resulta perentorio para el nuevo paradigma de educación médica abordar los aspectos educativos del fenómeno de la muerte: ¿cómo comprenderla? ¿qué hacer? ¿cómo intervenir? ¿cómo prepararse?, etc. son algunas de las cuestiones que tienen que ver con el hecho de enfrentarse concientemente a la muerte en cualquiera de sus apariencias por parte del médico.

Téngase en cuenta que la construcción de un nuevo paradigma de la educación médica es una tarea colectiva que le compete tanto a médicos, estudiantes, pacientes, autoridades y a la sociedad en general, ya que en última instancia nos encontramos ante la gestación de una transformación cultural más vasta.

Así, ubicamos a la formación médica como un proceso, y no como un momento, consideramos que una epistemología constructivista y humana puede dar cuenta de la dialéctica entre la exterioridad e interioridad en el proceso de formación que modifica tanto al formante como al contenido de la formación, y entiende la formación como un proceso activo, en el que el médico formante debe superar los obstáculos epistemológicos -como el de la muerte- por medio de un proceso científico a la manera bachelardiana.¹⁹⁶

Por otra parte, la educación de la muerte tendrá que rebasar los <exclusivos> ámbitos médicos y desplazarse a la familia y a la sociedad para la construcción de cauces de relación más intensos con el moribundo en los espacios hospitalarios, que se beneficiaría considerablemente de ello. Esto es, la pedagogía del encuentro¹⁹⁷, <encuentro> como fenómeno que tendrá que ocupar el centro de gravedad de la educación médica. El médico ya no es un simple individuo, sino que alcanza su madurez en la confrontación viva con sus pacientes -otras personas-. El interraccionalismo que se desarrolla en la relación médico-paciente es la posibilidad de transformar la formación de los médicos, tanto en la formación misma, como durante su ejercicio profesional.

El médico no puede seguir ignorando que morir con dignidad es uno de los derechos universales del hombre. Cualquier excusa

¹⁹⁶ REYES, Esparza, R. (1993), "La formación de maestros desde la postura teórica de Gaston Bachelard", en Revista *Cero en Conducta*, no. 35, México, p. 30.

¹⁹⁷ PROHASKA, Leopoldo (1981), *Pedagogía del encuentro*. Editorial Herder, Barcelona, p. 35.

que trate de escamotear este derecho, como evitar un dolor, atenta contra la propia humanidad del ser humano.

Así, sólo se es completamente hombre y mujer cuando se asume todo lo que la muerte supone. Porque asumir la muerte, la propia muerte, con dignidad y respeto, es una de las condiciones ineludibles para decidirse por una existencia auténticamente humana.

CIERRE

Difícilmente al iniciar una investigación se tiene la certeza sobre los hallazgos que van aparecer. En nuestro caso, los elementos teóricos de los que partimos para construir el marco multirreferencial son elaboraciones reconocidas en sus respectivos discursos, sin embargo, no se sabía como se articularían en la investigación. En mí no había duda de que la presente investigación cumpliría las expectativas de los propósitos y daría cuenta del marco hipotético, lo que se mantenía en suspenso era sí lo supuesto se realizaría. Así, procedamos a cerrar momentáneamente nuestra investigación, comunicando que:

Con relación a la primera hipótesis, después de haber logrado conocer las formas figuradas y simbólicas en las que los alumnos y médicos se refieren a la experiencia de la muerte, hallamos que ésta, efectivamente no se agota en la actitud "neutral", indiferente del alumno, ni en un saber sobre la enfermedad y las causas "científicas" de la defunción, sino que además ello

involucra elementos informales, de lo fantaseado e imaginado por el sujeto constituyendo algo altamente significativo para él mismo.

Con referencia a la segunda hipótesis, al haber analizado el discurso en el que se encuentran descritas las elaboraciones comunicadas, descubrimos que las vivencias y referencias que constituyen la experiencia de la muerte en el alumno determinan su posición respecto a ella, concretizada en la actitud que asume en la práctica profesional.

Valorando la experiencia en su conjunto, encontramos que por más censurada que se tenga, la muerte emerge, brota en todos lados de la formación del médico, siendo ineludible, por lo que resulta primordial la apertura de espacios donde a través de un dispositivo adecuado se permita su verbalización, el plantear y replantear su emergencia, así como la elaboración e interpretación de sentidos y significados nuevos de la experiencia.

Con todo esto se puede afirmar que la muerte es un objeto complejo que involucra aspectos fenomenológicos, psicoanalíticos, educativos, institucionales, culturales, sociales, etc. tantos como se intenten desentrañar.

Con relación a la cuarta hipótesis resulta comprensible que las diferentes elaboraciones y verbalizaciones de los alumnos se encuentren mediadas por las determinantes socio-históricas de su subjetividad.

Por lo que respecta a la segunda parte de la hipótesis, la concretización de lo teórico, diremos que actualmente bregamos para materializar todo lo escrito en actividades

praxicas que inauguren proyectos en el imaginario social de la comunidad zaragozana capaces de transformar el paradigma de la educación médica en sus dimensiones *curricular*, institucional, y cultural hacia una noción de formación integral profesional-humana en el médico. El desenlace y resultados de esta experiencia se ofrecerán como el material sustantivo de discusión y reflexión para el subsiguiente nivel de doctorado.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CURRICULAR

Con base a lo hallado, lo descubierto y reflexionado por esta investigación se ha construido la siguiente propuesta de intervención (evaluación y rediseño) curricular para la Carrera de Médico Cirujano de la FES Zaragoza.

La intención fundamental es convocar la construcción colectiva de un nuevo *telos*, *phatos* y *ethos* de la formación médica a partir de una transformación curricular sin precedentes en nuestro medio, que se concrete, entre otras, en una mayor flexibilidad de la normatividad y organización escolar-hospitalaria, y un retorno hacia la humanización del médico.

El diseño de la propuesta facilita la identificación de los puntos más importantes y susceptibles de intervención, puntos siempre relacionados con nuestro objeto de estudio.

En aras de una mayor explicitación los diversos aspectos han sido contextualizados en siete dimensiones del currículo, a saber: epistemológica, psicológica, pedagógica, institucional, cultural, humana e ideológica.

Bajo esta perspectiva, se intenta proponer líneas de evaluación y rediseño del currículo de la Carrera de Médico Cirujano, a mediano plazo.

PROPUESTA DE REDISEÑO DEL CURRÍCULO MÉDICO

NIVEL

OBJETO-MUERTE

1. Epistemológico

- Reconocer la muerte como problema de conocimiento en la lógica de la racionalidad médica moderna.
- Resignificar el conocimiento de la muerte como elemento crítico-cognitivo en la construcción de la realidad del alumno.
- Posibilitar la elaboración epistémica permanente de la representación de la muerte por parte del alumno como condición de un currículo que se transforma continuamente (auto-organización) en correspondencia con la evolución cognitiva de los formantes.
- Incorporar los constructos epistémicos de frontera de las ciencias naturales y de las ciencias sociales que permitan la construcción de una plataforma transdisciplinaria curricular para abordar el objeto-muerte.

2. Psicológico

- Abordar psicológicamente al objeto-muerte para intelegirlo como una experiencia de aprendizaje del sujeto.
- Articular un marco explicativo desde los diversos encuadres teóricos de la psicología que permita dar cuenta de las repercusiones de la experiencia de la muerte en el mundo cognitivo del alumno, así como sus perturbaciones.
- Abrir espacios de experiencia grupal que permitan la emergencia de los discursos de los alumnos para su interpretación y elaboración de sentidos.

3. Pedagógico
- Reflexionar sobre la constitución del médico del siglo XXI y la experiencia de la muerte repensando las dimensiones axiológica, praxiológica, ética y crítica de su formación en el currículo, hacia la construcción de un nuevo paradigma de la educación médica.
4. Institucional
- Recobrar en el currículo el papel de *analizador* que tiene la muerte para la evaluación de los procesos institucionales que subsumen la formación del médico.
5. Cultural
- En correspondencia con la función universitaria sustantiva de difusión de la cultura, es menester instaurar en el currículo la impronta de una nueva cultura de la muerte que rebase la exclusividad del campo médico y se extienda hacia la sociedad en general.
6. Humano
- Crear las condiciones para que el propio alumno sea sujeto activo de su formación, leyéndola en toda su complejidad, viéndola como parte principal de su proceso de desarrollo humano.
 - Recobrar curricularmente la subjetividad del ser humano agonizante y la subjetividad del alumno en una unidad dialéctica indisociable como experiencia de aprendizaje humano.
7. Ideológico
- Develar las reacciones de defensa y resistencia que se instaurarán por parte de los sujetos y la institución ante el proceso de cambio del paradigma de la educación médica.

LA OPERATIVIDAD DE LA PROPUESTA

Llegamos al cómo hacerlo, el aspecto operativo de la propuesta. ¿Es posible materializar el presente proyecto, a pesar de los mecanismos de defensa y resistencia de los sujetos y de la institución ante el cambio?

Considero que lo apuntado es por lo demás factible, o al menos abordable, pero implica, sobre todo, la necesidad de diálogo, comprensión y elaboración colectiva de los involucrados, a fin de coordinar esfuerzos que reviertan necesariamente en la constitución paulatina de un nuevo paradigma de la educación médica. Por otra parte, también reconozco que aquí subyace la mayor dificultad para emprender y concretizar cualquier tipo de proyecto.

Actualmente, me he dado a la tarea de construir los cimientos de un proyecto de currículo alternativo para la Carrera de Médico Cirujano que considere los puntos acotados. Dicho proyecto será turnado en breve al comité académico de la Carrera para su consideración y observaciones. El proyecto de base colectiva requerirá el concurso de la comunidad de profesores, los cuales serán los responsables de intervenir curricularmente sobre sus respectivos campos disciplinares en términos de configurar los programas académicos bajo el diseño modular y las orientaciones previstas por la propuesta de rediseño curricular.

La operativización de la propuesta incluye las siguientes actividades:

- *Constituir una Academia Médica de Estudios sobre la muerte de orientación inter(trans)disciplinaria como espacio de convergencia para los profesores e investigadores interesados en el tema.*
- *Socializar los propósitos del proyecto al Sistema Abierto para el Desarrollo Docente, actual instancia responsable de los asuntos pedagógicos en la FES Zaragoza, en espera de sugerencias y ayuda académico-administrativa.*
- *Organizar un foro académico para difundir entre la comunidad zaragozana, con invitación a los jefes de las Carreras del área de la Salud, las conclusiones y propósitos de la investigación.*
- *Organizar un foro académico con las Carreras de Medicina de la UNAM para socializar el proyecto de la creación de un nuevo paradigma de la educación médica.*
- *Informar a la ANFEM (Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Medicina) de los resultados de la experiencia para amplificar el proyecto.*
- *Divulgar la investigación a través de una serie de artículos en publicaciones nacionales e internacionales para establecer una red de relaciones con todos los interesados en el tema.*

LOS VACÍOS DE ESTA INVESTIGACIÓN

-Autoevaluación crítica por el autor-

Si bien la presente investigación multirreferencial ha generado hallazgos significativos en torno a nuestro objeto de estudio, también resulta necesario reconocer que algunos aspectos del objeto no fueron abordados. Creo que esto es comprensible si se tiene presente que la naturaleza compleja de cualquier objeto de estudio siempre impondrá un número de dimensiones prácticamente imposibles de ser trabajadas en su totalidad por cualquier investigación.

Así, todo proceso de investigación en el fondo es inconcluso frente a un objeto nunca acabado.

Muchos de los vacíos se pueden considerar deliberados ante la ignorancia confesada de las temáticas y que el tiempo establecido para la investigación ya no me permitía indagar, en otros casos fue la necesidad de imponer un límite a la presente tesis de investigación que amenazaba con jamás ser concluida por su constante resignificación, con la consiguiente exclusión de dimensiones del objeto.

Frente a ello, sólo puedo acertar diciendo que serán considerados en una etapa subsiguiente, la cual se ofrecerá como el <continuum> de esta investigación que declaro permanentemente abierta.

Estos son los aspectos no escudriñados, los lados no reconocidos del objeto por esta investigación:

- La dimensión cultural que enmarcó el estudio de la experiencia de la muerte se constriñó en todo momento al ámbito de la cultura occidental omitiendo las implicaciones polimorfas de nuestra cultura mexicana de entrecruzamientos complejos. En este sentido, se ha insistido en representar la actitud del mexicano frente a la muerte como un asunto ligero, despreocupado y hasta cómico, ¿de qué manera estos rasgos se juegan en el médico mexicano en sus experiencias con la muerte?. Me parece, que en un siguiente momento, la investigación puede extenderse sobre esta orientación.
- Considero que la reflexión axiológica, praxiológica, ética y crítica de la formación médica debe ser ensanchada, como un trabajo de mayor profundidad sobre la dimensión filosófica del currículo médico tendiente a la constitución de una pedagogía de la muerte.
- Existe la necesidad de teorizar desde un enfoque dialéctico, las relaciones que se establecen entre las subjetividades del enfermo agonizante y la del médico asistente con el propósito de concretizar una relación humana y liberadora.
- Otro vacío, tiene que ver con el problema de la eutanasia, activa o pasiva, voluntaria o involuntaria, como variedades de la experiencia de la muerte. En efecto, en determinados casos se sabe que los enfermos jamás volverán a recobrar la

conciencia ni podrán volver a sentir ni pensar como seres humanos. Entonces, ¿por qué mantener artificialmente su <vida vegetal>, si pese a los avances tecnológicos y científicos la muerte sigue siendo el destino inevitable de los seres vivos?

- La muerte de los niños plantea una doble problemática compleja para la subjetividad del médico, por un lado el rechazo mismo de la muerte y, por el otro, la confusión que nuestra cultura tiene por incluir en ese mundo "ingenuo de ensueño y fantasía" un acontecimiento "tan trágico" que se asocia con el mundo de los adultos. El doble silencio es patente en nuestra cultura, baste recordar el hecho de que si uno pierde a su padre se es huérfano, si se pierde al marido se es viuda, pero no existe ninguna palabra para designar la situación cuando se pierde un hijo.
- La reciente aproximación científica a los estados alterados de conciencia replantea el siempre difícil y espinoso problema de la definición de la muerte. Con el nacimiento de la tanatología la muerte fue objeto de estudio preponderante de la biología, y en menor medida de la psicología y la sociología, por lo que casi sin excepción, el trabajo de los tanatólogos se ha basado en la suposición teórica de que con la muerte termina la existencia humana. Pese a ello, de entre los trabajos que han intentado analizar de un modo diferente la conceptualización de la muerte, destaca los estudios publicados en 1975 por el Dr. Raimond Moody, cuyo impacto en la sociedad norteamericana fue excepcional. Bajo el título de Vida después de la vida, Moody recopiló las experiencias

vividas por un grupo de personas que por alguna causa grave (accidente o enfermedad) se habían encontrado muy cerca de la muerte, junto a las de otros que en algún momento fueron considerados como clínicamente muertos y que, posteriormente, por una u otra causa, continuaran viviendo para poder contar su experiencia. A pesar de que Moody intenta analizar las coincidencias existentes en su propuesta con las hipótesis formuladas desde todos los puntos de la ciencia, reconoce que su estudio no es científico y que este tipo de fenómenos, si bien son muy significativos, no prueban de forma concluyente la existencia de una vida después de la vida, aunque él personalmente aboga por esta proposición y dice creer que lo que ha analizado es una manifestación que podría ser indicio de la existencia de esa vida. Es indudable, que el abordaje de esta dimensión desembocaría en construcciones insospechadas, que ratificarían de nueva cuenta la complejidad inagotable del objeto -muerte-.

Para ser honestos, ante lo escrito, creo que la última palabra de esta investigación multirreferencial que habla del objeto muerte se escapó otra vez.

Lamento decirlo, pero tendré que re-construir nuevamente la obra; fueron tantos viajes hacia las minas donde se extrajeron tantos materiales que, posiblemente, la última palabra se me perdió en el camino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIBROS

1. APOSTEL, E., *Interdisciplinariedad. Problemas de enseñanza e investigación en las Universidades*, ANUIES, México, 1989.
2. ARIES, Ph., *La muerte en Occidente*, Editorial Argos-Vergara, Barcelona, 1982.
3. ARGULLOL, R. y TRIAS, E., *El cansancio de occidente*, Editorial Destinos Ancora y Delfín, México, 1992.
4. BASAVE, Fernández del Valle, A., *Metafísica de la muerte*, Editorial Jus, México, 1973.
5. BAUDIN, Jean-Louis y BLONDEAU, Danielle, *La ética ante la muerte y el derecho de morir*, Editorial Herder, Barcelona, 1995.
6. BENVENISTE, Emile, *Problemas de lingüística general I*, Editorial Siglo XXI, 15ava edición, México, 1985.
7. BRIM, G., L., *The Dying Patient*, Russel Sage, N. York, 1970.
8. BROWN, O., N., *Eros y Tanatos*, Editorial Joaquín Mortiz, México, 1980.
9. CARUSO, A., Igor, *Psicoanálisis, marxismo y utopía*, Siglo XXI editores, México, 1974.

10. CASTORIADIS, Cornelius, *La institución imaginaria de la sociedad*, Editorial Tusquets, Barcelona, 1975.
11. CLAUREUL, *A ordem Médica, poder e impotência do discurso médico*, S. Paulo. Brasiliense, 1983.
12. CURTIS, B. y MAYS, W., *Fenomenología y Educación*, Fondo de Cultura Económica, Breviario No. 354, México, 1984.
13. CHAWKI, Azouri, *El Psicoanálisis*, Acento Editorial, Madrid, 1995.
14. DE ALBA, Alicia (comp.), *¿Teoría pedagógica? Lecturas introductorias*, CESU-UNAM, 1987.
15. DELAHANTY, G. y PERRES, J., *Piaget y el Psicoanálisis*, UAM-Xochimilco, México, 1994.
16. DEVEREUX, George, *Etnopsicoanálisis Complementarista*, Editorial Amorrortu, Bs. As., 1972.
17. *Diccionario médico*, Editorial Salvat, Barcelona, 1986.
18. DIAZ, Barriga, A., *Didáctica. Aportes para una polémica*, AIQUE Grupo Editor, Bs. As., 1995.
19. DIETRICH, Heinz, et al., *Guía de investigación científica*, UAM Xochimilco, México, 1985.

20. *El mundo de la medicina desde la A hasta la Z*, AMESA/NOGUER/RIZZOLI/LAROUSSE. 1976.
21. *Enciclopedia Garzanti di filosofia*, Garzanti Editore, Milan, Italy, 1981.
22. FRANKL, E.V., *Psicoanálisis y Existencialismo*, Fondo de Cultura Económica, Breviario No. 27, México, 1950.
23. FEDIDA, Pierre, *Diccionario de Psicoanálisis*, Alianza Editorial, Madrid, 1979.
24. FOUCAULT, Michel, *Vigilar y Castigar, el nacimiento de la prisión*, Editorial Siglo XXI, México, 1976.
25. FOUCAULT, Michel, *El nacimiento de la clínica*, Editorial Siglo XXI, México, 1966.
26. FREUD, S. Obras completas, Ed. Amorrortu, Bs. As., 1977, los siguientes títulos:
Vol. VII
"Tres ensayos de teoría sexual".
Vol. IX
"Teoría del libido".
Vol. XVIII
"Más allá del principio del placer".
27. GADAMER, Hans-Georg, *El estado oculto de la salud*, Editorial Gedisa, Barcelona, 1996.

28. GARCIA, Canal, M., *El Loco, el Guerrero, el Artista. Fabulaciones sobre la obra de Michel Foucault*, Editores Plaza y Valdés UAM-X, México, 1990.
29. GIMENO, Sacristán, J., *El currículum: una reflexión sobre la práctica*, Ediciones Morata, Madrid, 1988.
30. GOOLDMAN, Lucien, *Marxismo y ciencias humanas*, Editorial Amorrortu, Bs. As., 1975.
31. GUATTARI, F., *Psicoanálisis y Transversalidad*, Editorial Siglo XXI, México, 1976.
32. HAYWARD, A., *Historia de la Medicina*, Fondo de Cultura Económica, Breviario No. 110., México, 1956.
33. HERÁCLITO, *La realidad en la sabiduría presocrática*, Editorial Visión Libros, Barcelona.
34. ILLICH, Ivan, *Limits of medicine. Medical Nemesis: the expropriation of health*, Penguin Books, 1976.
35. JALON, Mauricio, *El laboratorio de Foucault. Descifrar y ordenar*, Editorial Anthropos, Barcelona, 1994.
36. JORES, A., *La medicina en la crisis de nuestro tiempo*, Editorial Siglo XXI, México, 1967.

37. KÜBLER-ROSS, E., *On death and dying*, Mc Millan Company, New York, 1969.
38. LAPASSADE, George., *El analizador y el analista*, Editorial Gedisa, Barcelona, 1979.
39. LAPLANCHE, J. y PONTALIS, B., *Diccionario de Psicoanálisis*, Editorial Labor, Barcelona, 1993.
40. LOURAU, René, *El análisis institucional*, Editorial Amorrortu, Bs. As., 1975.
41. LOURAU, René, *Análisis institucional y Socioanálisis*, Editorial Nueva Imagen, México, 1977.
42. MALISHER, M., *Amor, culpa y muerte: dimensiones vivenciales*, Universidad Autónoma del Estado de México, Colección Acordeones 12, México, 1996.
43. MANERO, Brito, R., *La novela institucional del socrionálisis. Ensayo sobre la institucionalización*, Editorial Colofón, México, 1992.
44. MARDONES, M. y URSUA, N., *Filosofía de las Ciencias Humanas y Sociales. Materiales para una fundamentación científica*, Editorial Fontamara, México, 1987.

45. MARÍN, Méndez, D., *La formación profesional y el currículum universitario*, Editorial Diana, México, 1993.
46. MARTIARENA, Óscar, *Michel Foucault: Historiador de la subjetividad*, Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey. Campus estado de México, 1995.
47. MORÍN, Edgar, *El hombre y la muerte*, Editorial Kairós, Barcelona, 1974.
48. MORÍN, Edgar, *El Método 1. La Naturaleza de la Naturaleza*, Ediciones Cátedra, Madrid, 1977.
49. PÁNIKER, Salvador, *Aproximación al origen*, Editorial Kairós, Barcelona, 1982.
50. PEREIRA, Merino, R., *Cero menos Uno. El caos de la consulta en el Seguro Social*, Editores de Comunicación, S.A., México, 1978.
51. PÓZAS, R., El movimiento médico en México 1964-1965, en Cuadernos Políticos, núm. 19, Ed Era, México, 1979.
52. PROHASKA, L., *Pedagogía del encuentro*, Editorial Herder, Barcelona, 1981.
53. RAMÍREZ, Covarrubias, G., *Medicina legal mexicana*, Ediciones privadas, México, 1985.

54.RAMOS, Francisco., *La muerte: realidad y misterio*, Editorial Salvat, Barcelona, 1986.

55.RIBERA, José Manuel., *Reflexiones sobre la propia muerte*, Editorial Mezquita, Madrid, 1982.

56.RODRIGUEZ, Roberto y CASANOVA, Hugo, *Universidad contemporánea. racionalidad, política y vinculación social*, CESU-Porrúa, México, 1994.

57.SHERR, Lorraine, *Agonía, muerte y duelo*, Editorial Manual Moderno, México, 1992.

58.SUDNOW, David, *La organización social de la muerte*, Editorial Tiempo Contemporáneo, Bs. As., 1971.

59.THOMAS, L., *Antropologie de la mort*, Payot, Paris, 1976.

60.THOMPSON, C., *El Psicoanálisis*, Fondo de Cultura Económica, Breviario No. 47, México, 1951.

61.UNAMUNO, Miguel, *Del sentimiento trágico de la vida*, Editorial Aguilar, México, 1975

62.VIGIL, Lagarde, C., *La crisis del dramático siglo XX*, Editorial Limusa, México, 1984.

63. WAITZKIN, B. y WATERMAN, B., *La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista*, Editorial Nueva Imagen, México, 1981.

ARTÍCULOS

1. ALVARES, Manilla, J., El plan A-36, Plan experimental de enseñanza de la Medicina General Integral, en memorias del simposio Experiencias curriculares en la última década, Vol I, UNAM.

2. ARCINIEGAS, Duarte, O., "Sobre el currículum oculto", en PLANIUC, publicación de la Dirección de Planificación y Promoción, año 1, no. 2, diciembre, Universidad de Carabobo, Venezuela. 1982.

3. ARDOINO, Jacques. La multirreferencialidad en torno a los problemas de investigación. Conferencia del 21 de noviembre de 1988, UAM-Xochimilco, México.

4. BARROCAS, Albert, "La muerte y el moribundo. Enfoque de atención en equipo". *Medicina de Postgrado*. 1981 Nov; 11: p. 20

5. CLATES. Enseñanza Modular, E. de O. de la UABC, México, 1976.

6. *Geriatrics*, edición española, diciembre de 1979.

7.LAGUNA. J., *et al.* PLAN A-36 "Proyecto del plan de estudios piloto Medicina General Integral", UNAM.

8.LAGUNA, J., "La formación del médico como antecedente para su educación continua", en la Revista Facultad de Medicina, Vol. XVIII, año 18, No. 2, UNAM.

9.LAURELL, Cristina., "Enfermedad y desarrollo", en *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*, No. 84 (abril-junio), México, 1976.

10.MACCACARO, Giulio, Clase y salud. Material Fotocopiado. Ficha bibliográfica pendiente.

11.MANERO, Brito, R. "Introducción al análisis institucional", en Revista *Tramas* No. 4, UAM-Xochimilco, México, 1990.

12.MORENO, Sánchez, J., et al., Experiencia de Evaluación Curricular de la Carrera de Médico Cirujano de la ENEP Zaragoza, en Evaluación Curricular Memoria del VI Encuentro de Unidades de Planeación. Cuadernos de Planeación Universitaria, 3º. Época, Año 4, No. 4, UNAM, México.

13.NAVARRO, P., *et al.*, "Panorámica del curriculum en la ENEP Zaragoza", en la *Revista Imágenes Educativas*, Vol. 1, FES Zaragoza, México.1993.

14. *New England J Med*, 1973, 288:1210.

15. OCAMPO, M., "El papel del docente en el sistema de enseñanza modular de la medicina", en *Revista Perfiles Educativos*, No. 4, CISE UNAM, 1984.

16. OLIVEIRA, De Araujo. "Educación y asistencia médica: Su postura implícita ante la muerte", en la *Revista de Educación Médica de la ANFEM*, Vol. II, No. 4, México, 1992.

17. REYES, Esparza, R., *La lucha por un nuevo currículo, Lucha por una nueva institución*. Cuadernos DIE 12. IPN.

18. Reyes, Esparza, R., "La formación de maestros desde la postura teórica de Gaston Bachelard", en *Revista Cero en Conducta*, no. 35, México, 1993.

19. TORRES, H., "Análisis del desarrollo del Sistema de Enseñanza Modular en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza", Trabajo presentado en el Foro de Enseñanza Modular en Educación Superior, UEDC, ENEP Zaragoza UNAM, México, 1984.