

El encuentro con el habla de alguien que presiente que va a morir.

Elementos para una ética de la vulnerabilidad

Olga Lucía Gómez Fontecha
Grupo de Filosofía del Dolor. Pontificia Universidad Javeriana (Colombia)
fonte3@gmail.com

La consciencia de saberse mortal constituye el horror de aquel que va a su encuentro. Y la consciencia del imposible remedio contra ese enigmático “cofre de la nada”ⁱ representa la base de la tragedia y del destino del hombre. En el Génesis se muestra desde un comienzo la condena del hombre a la muerte; pero sólo a través del conocimiento de su propia mortalidad el hombre llega a comprender el verdadero sentido de su vida. Sin embargo, no podemos tener un conocimiento pleno de lo que propiamente sería la muerte, ya que su experiencia está fuera de todo tiempo y de todo lugar. Sólo nos acercamos a ella con el tormento que nos puede transmitir el cadáver de otro que anticipa nuestro inevitable final. El problema que queremos abordar a continuación es: ¿cómo podemos acoger el habla de un paciente que sabe que va a morir?

1- Hablamos los unos con los otros sobre lo que nos interesa

Desde Aristóteles nos comprendemos como animales racionales; esta comprensión se complementa con el de *zoón politikón* o animal político, pues al vivir en la *polis* nos hallamos vinculados en las relaciones de una comunidad. Como seres inmersos en la vida comunitaria hablamos de manera permanente, comunicando a otros nuestros deseos, necesidades, emociones o, de manera básica, todo aquello que haga posible una vida en sociedad. Vivir la experiencia del habla nos permite alcanzar en lo más interno nuestra propia existencia, en la medida en que el lenguaje, como exteriorización del discurso, configura al *Dasein* en su apertura al mundo (Heidegger, 2009, p.180). Tenemos un entendimiento de las cosas, cuando disponemos de alguna palabra para nombrarlas; no obstante, cuando se habla con el otro no sólo se expresa con palabras y gestos, también se va hablando por medio de suspiros, silencios, respiraciones profundas, exclamaciones reprimidas, interrupciones, en fin, con todos los sonidos no verbales que hacen parte de lo que se entiende por comunicación. Estas expresiones paraverbales, voluntarias o

involuntarias, manifiestan estados emocionales. Quien habla a otro le llama, le notifica y nombra eso que notifica, “quien habla a otro, y sólo por el hecho de hablarle le subyuga o seduce” (Entralgo, 1964, p.310).

En este punto es importante destacar que el paciente a menudo desea recordar y hablar acerca de sí mismo. La conversación estimula la compensación entre el dolor y el bienestar, inclusive cuando el mal no tiene remedio. El diálogo entre paciente y médico, familiares y amigos, permite bajar la tensión de la relación, y a través de la dirección de la conversación se da la ocasión de despertar a su propia actividad interna. Esta actividad se conoce en el ambiente médico como colaboración. Una vez se ve por sí mismo, se abren los caminos para encontrar la palabra exacta o cómo se puede recibir del otro la expresión adecuada para llegar a una correcta comprensión de lo que sucede. Gadamer considera que es necesario integrar a la autodisciplina teórica, que se halla en el fondo de nuestra propia conversación, la “razón práctica” a lo que los griegos definían como *praktike* y como *phronesis*ⁱⁱ. Para Gadamer, lo que entra en juego en el diálogo médico-paciente es el estar “alerta”, en otras palabras, captar bien la situación del instante y poder responder como corresponde. De allí que el objeto de una conversación curativa sea “restablecer en el paciente el flujo de la comunicación que se produce en la vida de experiencias y volver a poner en marcha los contactos con los demás” (Gadamer, 2001, 153). Otras de las grandes fuerzas curativas de la vida la encontramos en el sueño reparador, aquel que permite el olvido. En el sueño dejamos de sentirnos individuos y nos disolvemos en la corriente psíquica de la vida, pues cada vez que despertamos de un sueño profundo experimentamos un renacimiento y, al dormirnos, vivimos una muerte diaria.

El enfermo habla de su enfermedad, habla de sí mismo en cuanto enfermo y de todo lo que en su vida tiene relación con la dolencia que padece. Habla y también calla. En este sentido, palabra y silencio cumplen una función expresiva en el paciente: “Sólo en el silencio puede el hombre entender plenamente lo que en realidad entiende” (Entralgo, 1964, p.310). En el encuentro de unos con otros hablamos, pero también callamos. Somos seres que hablamos de manera permanente sobre lo que nos interesa; no obstante, la relación entre el médico, el paciente, sus familiares y amigos, adquiere un tono peculiar, cuando el paciente se halla ante el límite de la nada, ante su inevitable muerte. Este tono lo describe David Rieff, hijo de Susan Sontag, al detallar las últimas palabras de su madre agónica a la

asistente de enfermería: “Voy a morir”, y relata que de inmediato Sontag comenzó a llorar. Este llanto final nos habla de la constitución precaria y finita del ser humano: somos seres que lloran frente a una realidad definitiva y última.

2- El dolor y el miedo a la muerte rompen la palabra

Cuando la enfermedad hace vivir el riesgo de la propia muerte, se produce el silencio del abismamiento, incluso cuando irrumpe el llanto. Se trata pues de un callar del hombre que se sitúa frente a su ultimidad y frente a la posibilidad de su propia muerte. Este silencio es también un producto de resignación desesperada, del no saber qué decir, del no poder ya decir algo, del pudor y la melancolía. Y en medio de este silencio abismal se levanta el deber de quien acompaña para abrir un espacio que permita interpretar esta mudez.

En el dolor experimentamos nuestra más profunda soledad, allí donde se da “satiación y satiación, en solitario” –*Orchis und Orchis, einzeln*” (Celan, 1999, 321). Lacoëu-Labarthe señala también que el dolor “alcanza y golpea el corazón” (2006, 40). Este carácter íntimo del dolor lo señala también Gadamer, cuando se detiene a pensar los últimos versos que escribió Rilke, padeciendo los punzantes dolores en su agonía: ¿“Hasta qué punto el dolor nos aísla del vasto mundo exterior de nuestras experiencias”? (Gadamer, 2001, 92). El romper la palabra implica el regreso a lo insonoro, al son del silencio, pues “esta ruptura de la palabra es el verdadero paso atrás en el camino del pensamiento” (Heidegger, 2002, 160). Y en este camino transcurre el silencio del dolor en su encuentro.

El miedo de la última hora se asume de manera personal de acuerdo con la singularidad de aquel que la esperaⁱⁱⁱ, y en esos momentos su experiencia de vida y su condición religiosa y cultural juegan un papel crucial. Para Jankélévitch, los últimos instantes agónicos implican un retorno al punto de partida, ya que la vuelta en el tiempo implica un deber ser y una cosa que ha de hacerse (1960, 19). Es decir, el ciclo de nuestra vida es entonces circular^{iv}; pero para cerrarlo se hace necesario tomarse su tiempo. Los dos límites metaempíricos de la vida, el comienzo y el final, designan un solo y mismo principio.

La mortificación para el hombre consiste en morir viviendo y que en su ipseidad renuncia a lo *mío* del *yo*, despojándose de todo aquello que consideraba antes le pertenecía,

pues la vida como la muerte son tan míos, que no puedo ser sin su articulación. En este trance el que presiente la muerte comunica o no comunica, decide guardar cama o seguir de pie; puede responder operativamente para escapar de su situación o para acomodarse finalmente a ella. Nuestras respuestas son siempre tan propias y particulares, aunque estén condicionadas por el carácter, el medio cultural y social en el que nos movemos. En este sentido, la actividad interpretativa que aquí se abre se debe ajustar al modo peculiar de nuestro hablar.

En el momento del aislamiento del moribundo, el dolor y el miedo a la muerte rompen la palabra. Cuando el enfermo habla al médico o a sus acompañantes de sus angustias y temores más fundamentales, busca pues apaciguar su interior y se esclarece íntimamente a sí mismo. De igual forma, puede callar; se entrega por su propia decisión al silencio abismal de la resignación. Palabra y silencio cumplen una función expresiva en el paciente. ¿Cómo es posible entonces el encuentro en el aislamiento?

3- La vulnerabilidad como punto de encuentro

Tanto el médico como el paciente, sus familiares y amigos, se comprenden en un contexto social de mediación. Ninguna comprensión es aislada. Gadamer, siguiendo al *Fedro* de Platón, resalta la relación entre la retórica y el arte de curar. En este diálogo, Sócrates señala que en ambos casos se hace necesario descomponer la naturaleza, la del cuerpo y la del alma. Para lograr la salud, se apela a la medicina, a cierta alimentación o a la retórica. Cuando nos encontramos ante un enfermo terminal que sabe que va a morir, ¿cómo puede darse entonces esta cura y compañía? ¿De qué curación podemos hablar, cuando el paso a seguir parece ser la inevitable muerte?

La mediación médico-paciente está acompañada por la palabra, pero cuando se sabe que de manera inevitable el enfermo va a morir, esta relación cambia. Ahora no basta la simple narración descriptiva de un futuro relativamente cierto, pues el enfermo se convierte en pura percepción de sí mismo, de su fragilidad, en la interpretación personal de lo que en su mundo ha percibido de sus vivencias, “porque el hombre no puede vivir en cuanto tal hombre, sin interpretar lo que vive” (Entralgo, 1964, p.327).

El hombre como ser pensante y hablante, más que oponerse a la ineffectividad de la muerte, indica Hegel en el prólogo de *La fenomenología del espíritu*, debe transigir interiormente con ella; y a pesar de que toda muerte sea en soledad, este momento crucial puede estar acompañado. La atención ofrecida a aquel que yace en su lecho de muerte debe partir del cuidado y de la debida diligencia a la observación de sí, aceptando la propia fragilidad para propiciar el encuentro con ese otro que está por morir. Fragilidad que es tanto del paciente como del tratante o cuidador.

Como lo afirman Luciana Sandrin, Nuria Calduch-Benages y Francesc Torralba, el cuidado de uno mismo constituye uno de los temas fundamentales de la cultura posmoderna, pero ha sido mal enfocado hacia una cultura egológica y narcisita, dando como resultado la sociedad del yo, la cual nos hace más vulnerables, de un lado queriendo ocultar esta vulnerabilidad natural y del otro victimizando a los grupos vulnerables^v. Para examinar las preguntas fundamentales de la existencia humana, se requiere el ejercicio de dos virtudes esenciales: prudencia y humildad; en otras palabras, es necesario tomar distancia de un cuidado exclusivamente corporal y materialista. El cuidado de sí debe partir de la actitud constante de atención y observación de uno mismo, acompañado de una ética fundamentada en la vulnerabilidad o posibilidad de ser herido^{vi}; siempre conscientes de nuestra propia mortalidad y del cuidado que debemos ofrecer a ese otro como sujeto frágil.

Partiendo de la comprensión de la fragilidad constitutiva de la existencia del ser viviente, hallamos la asimetría en la relación con esos otros que de manera natural se encuentran en posiciones de fortaleza o debilidad. En este sentido, el compromiso ético incondicional debe ser la protección de los más débiles, incluyendo por cierto a los animales y a la naturaleza entera; esa extrema vulnerabilidad del otro impone una llamada a la protección de su persona, pues quien no es capaz de prestarse atención a sí mismo, ni de sentirse a gusto consigo mismo, no podrá tampoco prestar atención ni sentirse a gusto con otras personas.

El cuidado de sí constituye una exigencia ética y una condición de posibilidad para llevar a cabo el cuidado del otro. Recordemos pues la parábola del buen samaritano: “Amarás a tu prójimo como a ti mismo”, ¿cómo puedo hacerme prójimo? Se considera así la ética de cuidado de los otros como una ética de las virtudes. El sentirse afectado por la

situación de los otros y la voluntad de responder a esas necesidades lleva al individuo a asumir la responsabilidad de decidir cuál será el cuidado más adecuado. Por ello no se acepta la reducción o apelación a un problema abstracto. Aquí “se pone como principio la relación entre cuidador y sujeto de cuidado, y ello conlleva a desarrollar actitudes diferentes hacia los pacientes” (Sandrin, 2007, p.100).

La ética del cuidado no es pues una ética generalizable, porque responde a un ser único por definición. Siempre es necesario rescatar la diferencia. El regreso alucinante al estado primigenio de la génesis del hombre tiene múltiples caminos y la capacidad de compasión del acompañante puede marcar el contraste entre un paso angustioso de desprendimiento, hasta la continuidad de una consciencia que en plenitud continua en lo absoluto.

Al analizar el acompañamiento de personas en situación de discapacidad múltiple, Corine Pelluchon resalta la diferencia entre los conceptos de vulnerabilidad y fragilidad. Para la filósofa la vulnerabilidad hace referencia a nuestra susceptibilidad al placer, al dolor y a la incompletud del psiquismo, y subraya nuestra necesidad del otro y nuestra apertura a él. La fragilidad, va más allá, pues designa el estado de aquel cuyo bienestar y autoestima dependen completamente del otro. De ahí el riesgo de la dependencia psíquica del discapacitado y su acompañante o cuidador, pues “si es descuidado, si no es escuchado por el otro o si se “discuten” las rupturas ligadas a una intervención quirúrgica o internamiento en una institución, se desploma, lo que no se traduce solamente, como en nosotros, en tristeza o en depresión, sino en muerte” (Pelluchon, 2015, p.247).

La ética de la vulnerabilidad implica que la respuesta a las necesidades del paciente atraviesa un razonamiento particular, contextual y narrativo, y no por la aplicación homogénea de principios universales; de allí que Pelluchon define al acompañamiento como el “dejar al otro ir hasta el final de lo que *él* debe hacer, en buscarlo allí donde *él* está” (Pelluchon, 2015, p.256). Con ello se recalca la necesidad de la singularidad, llevando esta característica como el punto en común entre los actores del cuidado, pues la relación se centra en el empleo del singular, como forma de la racionalidad práctica, cuando se habla de cuidado. En su texto *Elementos para una ética de la vulnerabilidad*, señala que la atención es el despojo de todo pensamiento, miedos o anticipaciones para permitir ser

abordado de manera completa por su objeto. Este primer aspecto moral del encuentro cuidadoso surge de la paz interior del cuidador y requiere la rehabilitación de la imaginación y la creatividad para lograr así interpretar situaciones que se salen del sentido común. Recordemos que el estado de agonía y su experiencia es única, singular y escapa a cualquier lógica ordinaria.

La filósofa propone la inversión de la subjetividad, como base de la construcción de la ética de la vulnerabilidad física, psíquica, social y cultural; para ello, retoma la noción en desuso de la “consideración” (*considerare*), que en latín significa mirar las estrellas. Esta mirada atenta y apacible supone el conocimiento de sí, y requiere la ausencia de proyecciones de expectativas o angustias, demandando “que el ser humano considere su pobreza recordando que salió desnudo del seno de su madre” (Pelluchon, 2015, p.265). La consideración es pues una invitación a tomar en cuenta la alteridad comprendiendo las diferencias entre el *yo* y el *otro*. Esto nos obliga a conocer lo que somos y quiénes somos, no como campo aparte, sino en la dimensión de mi relación con el otro. No obstante, para Pelluchon la aplicación de esta ética va más allá, pues compromete el interés por las instituciones y la reflexión sobre la organización social y política, planteando el problema de la relación del *yo* con su comunidad. La filósofa insiste en las competencias que los cuidadores deben adquirir para brindar los cuidados y en la reflexión sobre la formación del personal que brinda acompañamiento, como necesidad y prioridad en una sociedad.

La libertad moral y política se ancla en la libertad de pensar, y ésta se hace posible por medio del lenguaje y la palabra. Por esta razón, consideramos que la ética de la vulnerabilidad implica la reconfiguración de una comunicación centrada en la dignidad y la autonomía del que está por morir, apelando a su consideración y atención especial, que oriente la búsqueda del equilibrio de la relación asimétrica entre el moribundo y sus acompañantes. Sumergidos en este espacio atemporal, muchas veces infraverbal, en donde se expresa aunque no se hable, sólo un modo de escuchar diferente puede traducir en actos los deseos y voluntad de quien yace en la situación agónica de vulnerabilidad o de fragilidad, y lograr el reconocimiento de sí.

i Heidegger, M. “La cosa (1954)”. En PSIKEBA. *Revista de Psicoanálisis y Estudios Culturales*, 2006, pág. 8.

ii El termino terapia, señala Gadamer, viene del griego que significa “servicio”, por eso en todo tratamiento debe haber cautela y consideración; y siguiendo las enseñanzas de Hipócrates, podemos decir que “la conversación forma parte de ese tratamiento y domina la dimensión decisiva de toda acción médica, no sólo en el caso de los psiquiatras” (Gadamer, 2001, 128), sino también de los que quieren curar el cuerpo.

iii En *Ser y tiempo* Heidegger remite a la novela de Tolstói *La muerte de Iván Ilich*, en la que se representa el fenómeno cotidiano de la muerte bajo la expresión “uno se muere”, donde se representa la angustia que produce la toma de conciencia de la “mentira”, palabra que se repite muchas veces en el relato; puesto que a medida que Iván Ilich se adentra en el abismo sin fondo de la muerte, tanto el médico como los acompañantes en su lecho de moribundo, manifiestan falsas palabras de optimismo; “el dolor físico, agudo y recurrente, no es sin embargo lo que más atormenta al enfermo, ya que el mayor tormento era la mentira; “pues no son tan sólo los otros, sino que también el propio Iván Ilich está atrapado en la mentira que consiste en no querer mirar de frente a la muerte” (Dastur, 2008, p.160). Como destaca Heidegger, la muerte, en la medida en que ella “es”, es por esencia cada vez la “mía”. Por más acompañado que podamos estar en nuestra agonía final, realmente estamos condenados inexorablemente a morir solos, “y también por eso cuando lloramos a los muertos, en realidad siempre estamos llorando por nosotros mismos” (Dastur, 2008, p.138), pues ellos anticipan y nos revelan nuestro inevitable fin.

iv El pecado de volver a empezar pone de relieve la maldición de la segunda vez que, para Jankélévitch, implica la interrupción con todas las relaciones, empezando con la ruptura del cuerpo sensible y motor, y a pesar de que el cuerpo pueda ser un compañero ficticio para el alma, el complejo psicossomático es imposible de deshacer. El irreparable mal que desemboca en la inexistencia del existente es propio del ser impuro, por ello el hombre no sólo renuncia a aislarse de un universo físico, sino también a separar lo que es su alma de su cuerpo (Jankélévitch, 1960, 101).

v Para Luciana Sandrin, Nuria Calduch-Benages y Francese Torralba (2007), al victimizar a los grupos vulnerables, pierden ellos su libertad y responsabilidad personal, al igual que su autonomía, dignidad e integridad. Es entonces la victimización tan frecuente que las víctimas se identifican con ese papel. Así pues “el rol de víctima les resulta una suerte de estrategia para sobrevivir y fundar su identidad personal” (Sandrin, 2007, p.92).

vi Concepto de vulnerabilidad de Samuel Gorivitz, al cual se hace referencia en *Cuidarse a sí mismo para ayudar sin quemarse*, de hecho “vulnerabilidad viene de *vulnus*, que significa “herida”. Indica susceptibilidad a la herida” (Sandrin, 2007, p.92).