
«EL ULTIMO DESEO»: PARA UNA SOCIOLOGIA DE LA MUERTE EN ESPAÑA

Jesús M. de Miguel

Universidad de Barcelona, y University of California San Diego

Cada vez se es más racional, se mira más hacia el futuro¹. Se planifica más la vida... pero no la muerte. La muerte es un tabú. La socialización sobre la muerte se realiza a través de la experiencia moribunda de otros seres queridos, dentro de la propia familia. Pero cada vez hay menos familiares —con los que se conviva— que mueran. Y cada vez los/as pocos que se mueren no lo hacen en casa, sino en el hospital. Su muerte se oculta o se disfraza simbólicamente, aunque a todos/as les llega alguna vez el final, su hora².

Se ha construido un tabú de la muerte. De un hecho normal y familiar se ha pasado a un suceso raro e institucionalizado. La experiencia de la muerte de otras personas es escasa. En España, la persona moribunda no suele saber que se está muriendo; incluso ignora de qué se está muriendo. Menos aún los

¹ Una primera versión de este artículo fue presentada como ponencia en el Quinto Congreso Español de Sociología (Granada, 28-30 septiembre 1995). Agradezco el apoyo de la Fundación Caja de Madrid. El artículo es parte de un estudio sociológico más amplio sobre cambio social para la CICYT.

² Muchas ideas fueron comentadas y discutidas con Omar G. Ponce de León. Agradezco las sugerencias y críticas de Carmen Domínguez Alcón, María Teresa Bazo, Josep A. Rodríguez, Jaume Farràs, Oscar Guasch, Ana Collado, Pablo Marí-Klose, Jordi Caïs y Emilio J. Castilla, así como las ideas de Tamyko Ysa y de Xavier Martín. Gracias especiales a la comunicación epistolar y e-mail con Xavier Coller. Las ideas y sugerencias de Mireya García Durán han sido una gran ayuda.

niños/as o jóvenes dentro de un hogar. Quizás el sida vaya a cambiar este tabú social en el futuro. Algunas personas sí que han tenido estas experiencias con padres y abuelos/as, sobre todo cuando ya son adultos ellos/as mismos. No es posible enfocar la muerte propia de forma adecuada sin haber sido socializado/a antes en la muerte de otros seres queridos. La Sociología se enfrenta aquí con un proceso histórico peculiar.

SOCIOLOGIA DE LA MUERTE

Hasta el siglo XVIII, en Europa las personas estaban familiarizadas con la idea de su propia muerte. La muerte era un ritual organizado por la persona que moría. Era una ceremonia pública: alrededor de la cama del moribundo/a, con los familiares, vecinos, incluyendo a los niños/as. No se evitaba a los niños/as la visión de una persona muriendo, más bien lo contrario. La muerte era, pues, un asunto privado (familiar) pero en el que participaban bastantes personas. La gestión del proceso de la muerte y la muerte estaba básicamente en manos femeninas de la propia familia. Posteriormente, y por razones de higiene, se empezó a limitar el acceso de las personas al dormitorio de la persona moribunda. La muerte se transforma en un asunto de expertos (varones), médicos y hospitales.

En el mundo cristiano, la vida en la antigüedad se consideraba en trozos, en etapas. Existía una vida relativa entre la muerte y el final del mundo. Las personas no terminaban su existencia en la hora de la muerte, sino que continuaban hasta el Día del Juicio Final, en donde iban a ser juzgadas individualmente. Esta creencia suponía una extensión de la vida terrena, hasta ese día no prefijado. En ese día cada persona sería llamada al Juicio Final, y tendría una visión de su vida entera, de lo que había hecho bien y mal.

A partir del siglo XV, el juicio de la vida entera se produce en el momento de la muerte. Se favorece la idea de una visión individual de la propia biografía en el momento de la muerte. La muerte es, pues, cuando una persona adquiere un conocimiento pleno de sí mismo/a. Es el *speculum mortis*: «en el espejo de su propia muerte cada persona descubriría el secreto de su individualidad» (Ariès, 1973: 51-52). La preocupación moderna se centra en la muerte de uno/a mismo, y la importancia de ser individual.

Es en los dos últimos siglos que las personas empiezan a preocuparse por la muerte *de los otros*. Se produce un nuevo culto (romántico) por las tumbas y los cementerios. El teatro barroco sitúa numerosas escenas de amor en los cementerios. En el siglo pasado se exaltan funerales más históricos. Se teme a la muerte, pero sobre todo a la muerte de *los otros*, de otras personas. Se visitan los cementerios como quien hace una visita a un vecino o amigo. «La vida pasa, el recuerdo queda», dicen numerosos recordatorios sobre las tumbas. La memoria, junto con la visita a donde está enterrado el muerto/a, proporciona una cierta inmortalidad social al ser humano. Es como si la sociedad estuviese

compuesta de los vivos y los muertos³. En algunos casos, el culto a los muertos/as es una forma de patriotismo, como los monumentos a los *Caidos por Dios y por España, Presentes*.

En la actualidad la muerte (propia o de los otros) es un tema prohibido, o tabú. En un mundo feliz postmoderno como el actual la muerte es evitada, retrasada al máximo, escondida. No se muere en casa rodeado de los hijos/as, sino en el hospital, incluso en un cuarto aislado (una unidad de cuidados intensivos), intubado, inconsciente. Antes el hospital era el lugar donde iban a morir los pobres: ahora es donde van a morir los ricos. No se va al hospital a ser curado, sino a morir. No hay una ceremonia o un ritual de morir; la escasa simbología mortuoria se traslada al funeral. Normalmente, la persona moribunda no siente su muerte. En España, a menudo se le esconde el hecho de que se está muriendo, se dice que para evitarle el sufrimiento. Suele estar inconsciente. Son los médicos/as quienes diagnostican que la vida ha terminado, sobre un paciente a menudo intubado y en estado inconsciente. Es un suceso secreto, definido por los médicos o el equipo hospitalario.

La muerte es discreta. Se trata de evitar situaciones emotivas. Ya no existen casi manifestaciones externas de duelo. La banda negra en la manga ha desaparecido. No se guarda luto, ni se viste de negro. Se llora en secreto. Con la cremación —cada día más popular— se evita la visita posterior a la tumba. Con la dispersión de las cenizas (románticamente, para ocultar posibles remordimientos: desde un acantilado al mar, desde una montaña al viento) se olvida radicalmente a la persona muerta. No se la puede volver a ir a visitar. Una vez al año existe un recuerdo institucionalizado (el primero de noviembre) de forma ritualística y masiva.

Se ha dicho que en la actualidad la muerte ha reemplazado al sexo como el tema prohibido, secreto, privado, tabú. Una sociedad feliz que exalta la juventud y la alegría, la aventura de viajar, de estar permanentemente contento, anula la idea de la muerte. Se prohíbe la idea de la muerte. Es un hecho que ocurre sólo a personas muy viejas, en el hospital o una residencia-de-ancianos, en estricto secreto, sin que otras personas se enteren demasiado⁴. Se suprime, además, todo aquello que recuerda a la muerte propia. Pensar en la propia muerte es una experiencia mórbida, representa incluso un síntoma de enfermedad mental. Hablar de la muerte en público es de mal gusto. La muerte no se enseña en las universidades, no se investiga, no se publica apenas en España sobre el tema. La muerte es un tema clandestino, incluso para los/as investigadores sociales (Clark, 1993).

³ Un caso sorprendente es el sida, cuyas estadísticas comprenden no sólo los muertos por sida, sino incluso los enfermos de sida: los que van a morir. Las tasas de sida se calculan por millón de habitantes, pero incluyen las muertes por sida durante más de una década (pero no los muertos por otras causas). Esta interpretación crea problemas metodológicos considerables.

⁴ Incluso los personajes reales se mueren sin saber que se están muriendo, como es el caso de don Juan (el padre del rey Juan Carlos), ocultando incluso a la población el diagnóstico *real* hasta después del suceso.

La muerte es un tabú en su triple aspecto del acto de morir⁵, del funeral y del luto. Supone una separación impuesta respecto de un ser querido. Queda algo de culto de la memoria de esos seres queridos, pero se guarda en la mayor intimidad. Nadie piensa en la muerte (sería un signo de enfermedad o de perversión) y se vive como si uno/a mismo, o los seres más queridos, nunca fueran a morir. Cada vez hay más seguros de vida (¡no se llaman seguros de muerte!), pero se vive como si las personas no fuesen mortales⁶. No se permite la idea de la muerte propia, ni la de otros cercanos. Lejos ya la idea de que la hora final es el momento de entender la propia vida, y de congregarse a los seres queridos en torno a la cama en el dormitorio familiar. Uno/a se muere solo, en secreto, intubado, con respiración asistida, inconsciente, en una UCI. Es luego cremado y olvidado. El luto es casi indecente. Se teme casi más la muerte de los seres queridos que la propia. La mayoría de la población se siente inmortal.

La especie humana es la única que muere y que sabe que va a morir. Sin embargo, vivimos como si no fuésemos a morir jamás. La muerte es uno de los pocos aspectos de la sociedad en que la racionalidad apenas si ha entrado. En España, a pesar de la importancia del tema, no existe una *Sociología de la Muerte*, o del proceso de morir⁷. Hay un conocimiento consciente o reprimido de la mortalidad, pero muy poca investigación social. Es como si los sociólogos/as fuésemos los primeros defensores del tabú de la muerte.

El nacimiento y la muerte se medicalizan. En la evolución histórica, ambos procesos han pasado de ser un tema familiar y en manos no expertas (principalmente mujeres) a realizarse en hospitales, depender de expertos (varones) y

⁵ En español no hay una traducción fácil para la expresión inglesa *dying*. Aunque existe una diferenciación interesante entre morir y morirse. Moribundo existe como adjetivo y como nominativo («se aplica al que está a punto de morir»), pero no existe moribundez. Muriendo es lo más cercano. Quizás se podría traducir por agonía o agonizar, entre la vida y la muerte. No existe una palabra clara para el proceso de morir. A menudo se utiliza mortal. Morir por una persona es amarla en extremo. Existe moridera, como «sensación, generalmente pasajera, de muerte inminente que experimentan algunos enfermos» (DRAE). Existen numerosas palabras referentes a la persona ya muerta, como mortaja, sudario, restos mortales, mortuorio, honras fúnebres, funeral, cuerpo presente, exequias, luto (riguroso, además de medio luto, aliviar el luto), duelo, tanatorio; pero no una expresión clara sobre el proceso de morirse. Se habla con eufemismos a veces vulgares y otras veces finos o espirituales: estirar la pata, tener las horas contadas, estar en capilla, entregar el alma a Dios, diñarla, exhalar el espíritu, fallecer, llamar Dios a juicio, con un pie en el sepulcro o en la tumba, irse de este mundo, cerrar los ojos, palmarla, quedarse como un pajariño, la última hora, exhalar el último suspiro, irse para el otro barrio, la hora suprema, óbito, trance, el más allá, sueño eterno, quedarse en el sitio, la vida eterna, la parca, soltar la pelleja, liar el petate, RIP (*requiescat in pace*), pasar a mejor vida, estar criando malvas. El muerto es el finado, el óbito, el interfecto, el occiso, fallecido. Existe la expresión medio muerto, próxima a la de moribundo. Algo de mala muerte es muy pobre o sin ninguna importancia. Existe el no tener donde caerse muerto. Se escenifica la muerte como un esqueleto con la guadaña, en que se utiliza la expresión debatirse con la muerte, o luchar con la muerte. También se dice estar a las puertas de la muerte. En español existe el muerto de hambre, de miedo, e incluso el de risa, vergüenza y envidia. Y se utiliza coloquialmente la expresión de echarle a alguien el muerto encima.

⁶ Aunque en España los seguros de entierro son muy populares.

⁷ *Dying* en inglés, de difícil traducción.

de alta tecnología. En ambos casos, el movimiento antimédico y pro-humanitario ha hecho replantearse algunos de sus aspectos más negativos de la apropiación experta del principio y del final de la vida humana. En España, la hospitalización del nacimiento ha sido más rápida que la de la muerte. En contrapartida, la muerte aparece más secuestrada, como un tabú mayor. La Sociología, que durante bastante tiempo dejó de lado todo lo relacionado con el cuerpo humano, se dedica cada vez más a estos temas. No hay razón para ocultar el nacimiento, pero sí para hacer invisible (o lo menos visible posible) la muerte. El hecho de que las personas mueran es un problema doble para la sociedad: que no puede impedir que las personas finalmente fallen y abandonen la sociedad (la vida), ni evitar el cambio continuo de la sociedad en generaciones y cohortes. La muerte y el miedo a la muerte es uno de los procesos sociales de más importancia a nivel simbólico y cultural.

Las personas no saben muy bien qué hacer con los muertos/as, ni qué conducta seguir ante un fallecimiento, en un funeral, qué sentimientos tener o cómo expresarlos. No han sido socializados/as, y han tenido pocas ocasiones para aprender. Por eso, la sociedad crea organizaciones (hospitales, industria funeraria, iglesias) que gestionan el proceso de morir y el tratamiento posterior del cadáver. Pero si el problema es considerable respecto de la *muerte de los otros/as*, en el caso de la *muerte propia* los problemas de adaptación son mayores. Las personas no encajan bien su propia muerte. En algunas sociedades (la española entre ellas) se opta por ocultar a los enfermos/as que se están muriendo, incluso cuando están en el hospital.

Se muere en soledad, no únicamente a causa del ocultamiento, sino también a causa de que las personas niegan la muerte y no saben actuar en esas situaciones. El movimiento pro-humanitario en medicina (y hospitales) llama la atención sobre esta situación de creciente desamparo de los moribundos/as. Norbert Elias habla correctamente de *la soledad de los moribundos*⁸. La muerte se ha secuestrado, según algunos/as autores⁹, porque supone un reto para la modernidad, o incluso la postmodernidad. La vida sana, higiénica, consciente del cuerpo, que ahora está de moda, tiende, sin embargo, a ignorar la muerte, que es una realidad que no se puede evitar finalmente.

La Sociología se ha dedicado masivamente a la vida, al estudio de la sociedad, al crecimiento y progreso de las civilizaciones, pero no a la muerte ni a la desaparición de la población¹⁰. Tanto dentro de la Sociología como en la sociedad, recientemente han aparecido movimientos y grupos sociales partidarios de humanizar no sólo la atención sanitaria, sino también la muerte y el duelo. Una de sus expresiones es el control sobre el dolor y el sufrimiento, sobre la decisión de morir (eutanasia), sobre el sitio donde morir (en casa, en una resi-

⁸ Norbert Elias (1987), originalmente escrito en 1982 y 1985.

⁹ Varios en la compilación de David Clark en 1993: Philip Mellor, Michael Mulkay, Jane Littlewood, Neil Small, Sheila Adams, Peter Jupp, Kirsten Costain Schou, y Tony Walter.

¹⁰ Una excepción notable es precisamente la del estudio de Durkheim sobre el suicidio en 1897 (véase la discusión en *El ritmo de la vida social*, de J. M. de Miguel, 1973).

dencia especializada, en el hospital). Hay una cierta ansiedad por definir lo que es una «buena muerte», garantizando a las personas su derecho a diseñar su muerte ideal. Esto ha llevado a un humanitarismo adecuado, pero también a una fragmentación e individualización de la experiencia de la muerte. Apenas se atacan los problemas básicos de la expertización y medicalización previa de la muerte, o sus contenidos políticos, sino que se propone la individualización total de la muerte¹¹.

Parece como si la Sociología participase en esa conspiración del silencio contra la muerte¹². La Sociología de la Medicina, que ha realizado contribuciones considerables en el mundo de la salud y del sector sanitario, apenas se ha dedicado al tema de la muerte. Hay estudios sobre enfermedad, sobre pacientes, pero muy pocos sobre el proceso de morir, y menos aún sobre la gestión y el tratamiento de los cadáveres. Los médicos/as siguen sin enfocar de forma apropiada el tratamiento del proceso de morir, defendiendo su estatus de expertos/as, pero al mismo tiempo marginándose de la muerte. Las personas que mueren no suelen ser tratadas como seres humanos individuales: bastantes de sus derechos no son garantizados y sus deseos son incumplidos. Muchos pacientes/as mueren intubados, inconscientes, en unidades de cuidados intensivos, aislados, rodeados de otros moribundos/as.

La epidemia de sida no sólo ha legitimado el análisis científico (y humanitario) de la conducta sexual, sino que ha llamado la atención sobre el cuerpo humano, y ha permitido nuevos análisis sobre la muerte y el proceso de estar moribundo/a. Hay bastante dinero para temas como sida (sociología médica) o ancianidad (gerontología), pero, curiosamente, en ambos campos los estudios sobre la muerte propiamente dicha son muy escasos. Es necesaria una Sociología del morir (de personas moribundas), de la muerte, y del tratamiento de los/as cadáveres después (funeral, duelo, la muerte en los medios de comunicación). El objetivo es desmitificar el tema y presentarlo abiertamente a la población.

Pero la Sociología se enfrenta con un problema. La tendencia actual es a participar en las corrientes pro-humanitarias que trabajan para que las personas mueran en los hospitales (o residencias), pero de forma suave, indolora, agradable, con un máximo cuidado individual. Pero esta tendencia es poco radical. Muchos problemas no son individuales, ni dependen de mejorar las condiciones dentro de los hospitales. Se trata de desmedicalizar la muerte, de

¹¹ Un estudio extraordinario es el de Omar G. Ponce de León, titulado *Médicos enfermos* (tesis doctoral en la Universitat de Barcelona, 1995). Analiza la reacción de los/as expertos —los médicos/as— ante su propia enfermedad, las limitaciones de la ciencia médica y, en ocasiones, su posible muerte. Es un estudio muy original realizado con entrevistas en profundidad. En la Sociología española representa una nueva forma de analizar la enfermedad y la muerte, utilizando a los/as propios expertos. El estudio ganó el primer premio a tesis doctorales españolas del Centro de Investigaciones Sociológicas.

¹² Un excelente artículo es el de Tony Walter, «Sociologists never die: British sociology and death» (1993).

devolverla a las familias, quizás a manos no expertas. Una Sociología comprometida debe analizar las causas políticas y sociales de que la muerte haya sido secuestrada, despolitizada, estigmatizada, convertida en un tabú casi mayor que el sexual.

La inmediatez de la muerte ha descendido tanto que las personas no se enfrentan con la *muerte de otros* hasta muy tarde en sus vidas. Suponen así que el enfrentamiento con la *muerte propia* no va a ocurrir jamás. En sociedades planificadoras, el movimiento pro-humanitario trata de convencer a las personas de sus derechos por una muerte individual digna. En sociedades más fatalistas (como la española), la planificación de la muerte es evitada incluso por los expertos/as.

En España, la Iglesia Católica ha ido abandonando los hospitales. El proceso de secularización y la medicalización (hospitalización) de la muerte ha llevado a que la religión juegue cada vez una parte más pequeña en el proceso de morir. La cremación lleva a una desaparición rápida de los muertos/as y a la pérdida de la memoria de esos muertos/as y del proceso de morir. *El muerto al hoyo y el vivo al bollo. A rey muerto, rey puesto. Muerto el perro se acabó la rabia.* El médico ha suplantado al sacerdote en la cabecera del moribundo/a. Hay sacerdotes en los hospitales (españoles), pero su función es muy limitada con los moribundos/as¹³. La muerte es un tema cada vez menos espiritual y menos comunitario. Eso no necesariamente supone un progreso.

No se puede hacer desaparecer totalmente la muerte; aunque se la secuestre en hospitales y en unidades de cuidados intensivos, con respiradores artificiales que aíslan aún más a los moribundos/as. Tampoco pueden hacerse desaparecer totalmente los cadáveres, las personas muertas, los huesos, los cuerpos. La gestión de los cadáveres, el trabajo de las empresas funerarias, es un tema algo estudiado en algunas sociedades avanzadas (por ejemplo, el famoso estudio de Mitford sobre *The American Way of Death*)¹⁴, pero poco o nada en España.

Se ha producido un proceso de desposesión de la muerte de las manos no expertas, muchas de ellas mujeres. Sin embargo, el movimiento feminista, que sí ha participado activamente en temas como interrupción voluntaria del embarazo (aborto) y eutanasia, no ha tomado una postura concreta en torno al proceso de morir, muerte, funeral. Existe un movimiento importante a favor de parto natural, y del parto en casa. Sin embargo, no existe un movimiento paralelo a favor del fallecimiento natural. Tampoco se observa un proceso claro de refeminización de la muerte. Algunas ideas provienen de la preocupación por la mortalidad fetal e infantil. Pero la investigación sobre el *cuidado* apenas si se ha desarrollado¹⁵.

¹³ Véase Pablo Marí-Klose, Anna Nos, y Margarita Marí-Klose, «El opio del pueblo enfermo: Burocratización y desacralización de la asistencia religiosa en el Hospital Clínico y Provincial de Barcelona», en *Quinto Congreso Español de Sociología* (Granada, septiembre 1995).

¹⁴ Jessica Mitford (1963).

¹⁵ A pesar de los esfuerzos de sociólogas como Carmen Domínguez (de la Universidad de Barcelona), dedicada a este tema, con una labor investigadora y docente (de doctorado) muy interesante sobre el *cuidado*.

El hecho de que cada vez más personas lleguen a la ancianidad ha desarrollado considerablemente la geriatría y la gerontología, así como la sociología de la ancianidad y otras especialidades. Pero, curiosamente, no se han desarrollado estudios sobre muerte, sino sobre ancianos/as vivos, instituciones o, quizás, sobre enfermedad. Los problemas son analizados desde la perspectiva de lo que preocupa a la sociedad, no de lo que preocupa a los ancianos/as. Lo que está de moda es la buena salud de los ancianos, manuales de cómo llegar a la ancianidad con salud, visiones positivas de la ancianidad, ancianidad y deporte, mejora de los roles frente a la ancianidad. En este contexto «positivo» el tema de la muerte es incómodo: se deja ausente o se hace invisible.

Incluso desde el punto de vista de las organizaciones, no se realiza un análisis de residencias (de ancianos/as) como lugares que controlan una población esperando a morir. La incertidumbre ante la fecha exacta de la muerte suele ser la excusa para no realizar estudios de moribundos/as. Incluso en situaciones claras de mortalidad alta se sigue manejando la presunción de inmortalidad. La experiencia enseña que el tema de la muerte es uno de los que suele «asesinar» a más investigadores/as. Muchas investigaciones sobre el proceso de morir se abandonan, sustituyéndolas por otras más estadísticas y demográficas (como mortalidad infantil o epidemias); se concentran en la enfermedad pero no entrando en el proceso terminal, o se sustituyen por temas totalmente distintos.

El desarrollo del sistema sanitario público español no se origina como un intento de la población por lograr una atención sanitaria primaria, sino como un aseguramiento de hospitalización y de atención en el proceso de morir. Es una red de seguridad en casos terminales, finales. Se asegura la atención médica y hospitalaria final de la población trabajadora y, posteriormente, de las clases medias. El 93 por 100 de la población española reconoce estar asegurada médicamente, pero, además, una de cada cinco (el 22 por 100) tiene un seguro de entierro; una de cada diez, un seguro de accidentes, y un 8 por 100 tiene un seguro de vida (es decir, de muerte).

La tabla 1, con datos de encuesta de 1993, resalta la importancia de esos seguros. El seguro de entierro aumenta con la edad: pasa del 13 por 100 hasta el 29 por 100. No queda claro si depende de la historia (la mayor dependencia de generaciones anteriores de este tipo de seguro) o de si las personas tienden a realizar ese seguro cuando son mayores. Sin embargo, pocos investigadores/as supondrían una importancia tan alta de este tipo de seguros. Los de accidente y los llamados «de vida» son más frecuentes en el grupo de edad de 36 a 45 años, también por ambas razones: generacionales y de edad. El seguro de entierro no depende de la religiosidad de las personas¹⁶. Las personas que se consideran «muy buenos católicos» se aseguran menos de accidentes, de muerte y de entierro. Hay que suponer que la religiosidad se considera ya como un tipo de seguro.

¹⁶ Los datos pueden verse en el Informe Foessa de 1994 (p. 1003), citado como Fundación Foessa (ed.) (1994), en el capítulo de salud y sanidad (pp. 823-1106), de J. M. de Miguel.

TABLA 1

*Seguros sanitarios que posee la población española, por género y edad
(en porcentajes)*

<i>Seguro sanitario que tiene</i>	<i>Total</i>	<i>Género</i>		<i>Grupos de edad (en años)</i>					
		<i>Mujer</i>	<i>Varón</i>	<i>18-21</i>	<i>22-25</i>	<i>26-35</i>	<i>36-45</i>	<i>46-60</i>	<i>Más de 60</i>
Seguridad Social, Insalud	93	93	93	92	94	92	91	94	95
Muface	4,0	3,7	4,3	3,4	3,9	4,5	6,4	3,8	2,0
Otra mutualidad de trabajadores	3,2	2,9	3,5	2,5	2,8	4,8	2,5	3,0	2,9
De la empresa	4,2	2,6	5,8	1,9	3,6	6,1	6,7	4,8	1,0
Seguro libre	3,6	3,7	3,6	2,1	4,8	4,8	4,6	3,1	2,5
Iguala	2,8	2,7	2,8	1,3	1,7	2,8	3,9	2,6	3,1
De entierro	22	22	21	13	17	17	22	24	29
De accidentes	9,7	7,5	12	6,5	8,3	12	15	11	3,8
De vida	8,5	7,5	9,6	3,9	5,7	8,5	12	11	5,8
Otros (*)	1,4	1,5	1,3	0,8	1,2	1,6	1,6	1,1	0,7
Número medio de seguros	1,5	1,5	1,6	1,2	1,4	1,6	1,6	1,5	1,4
N.....	(8.500)	(4.388)	(4.112)	(816)	(764)	(1.696)	(1.522)	(1.841)	(1.860)

(*) Incluye seguro dental, de maternidad, y contra alguna enfermedad determinada (no incluye seguro económico privado, pago por día de enfermedad).

FUENTE: *Encuesta Foessa 5* (junio 1993), 8.500 casos, muestra nacional.

Pregunta 58: *¿Qué tipo de seguro sanitario tiene usted?* (leer y señalar en cada caso).

Existe una asociación clara por estatus socioeconómico. Como puede verse en la tabla 2, las personas con menos recursos son las que prefieren asegurarse de entierro (14 por 100 en la clase alta a 28 por 100 entre los/as pobres), mientras que los/as ricos prefieren los seguros de vida (0 por 100 entre los/as pobres a 22 por 100 en la clase alta). El seguro de entierro es típico de las clases bajas, pero sobre todo en las zonas urbanas. En la España de municipios de 400.000 a un millón de habitantes, nada menos que el 41 por 100 de la población tiene un seguro de entierro. El seguro de entierro es elevado en el norte de la Península (a excepción de Galicia): representa el 54 por 100 de la población en Asturias, 39 por 100 en el País Vasco, 30 por 100 en Cantabria.

Pero la muerte no es un tema únicamente de seguros, como tampoco lo es de hospitales, ni de médicos. Al medicalizar la muerte se la margina de otras esferas de investigación y de gestión, fundamentalmente de las manos no expertas o no organizadas. La tendencia reciente a humanizar la muerte —una causa social laudable— ha supuesto una individualización y fragmentación todavía más acusada del proceso de morir. El tratamiento de la muerte puede

TABLA 2

Seguros sanitarios que posee la población española según la clase social subjetiva (en porcentajes)

<i>Seguro sanitario que tiene</i>	<i>Total</i>	<i>Clase social subjetiva</i>				
		<i>Alta (b)</i>	<i>Media</i>	<i>Media baja</i>	<i>Obrera</i>	<i>Pobre</i>
Seguridad Social, Insalud	93	85	92	94	96	97
Muface	4,0	7,7	5,2	3,6	1,2	—
Otra mutualidad de trabajadores	3,2	6,6	3,4	3,3	1,9	1,3
De la empresa	4,2	5,2	5,3	3,6	2,4	0,3
Seguro libre	3,6	12	4,6	2,2	1,2	—
Iguala	2,8	4,6	2,7	2,6	2,9	1,8
De entierro	22	14	20	21	28	28
De accidentes	9,7	18	11	7,3	6,7	3,1
De vida	8,5	22	10	6,7	4,6	—
Otros (a)	1,4	4,2	1,6	0,8	0,9	0,5
Número medio de seguros	1,5	1,8	1,6	1,4	1,5	1,3
N.....	(8.500)	(469)	(4.195)	(1.613)	(2.047)	(177)

(a) Incluye seguro dental, de maternidad, y contra alguna enfermedad determinada (no incluye seguro económico privado, pago por día de enfermedad).

(b) Incluye alta y media alta (como respuesta dada en la encuesta).

FUENTE: *Encuesta Foessa 5* (junio 1993), 8.500 casos, muestra nacional.

Pregunta 58: *¿Qué tipo de seguro sanitario tiene usted?* (leer y señalar en cada caso).

quedar relegado a los departamentos y campañas de humanización de la práctica médica-hospitalaria. La industria funeraria tiende recientemente a un tratamiento nostálgico e individualista de la muerte, dirigido a clases medias y altas. Se observa la aparición de cementerios privados y opciones individualizadas para los nuevos gustos y modas sobre la muerte: cremación, momificación, funerales vistosos e incluso «alegres», tumbas en jardines o parques que se pueden visitar e ir de *pic-nic*. De nuevo se produce una tendencia clara a la «cementización» de la muerte.

Se ha conseguido así que la muerte sea un problema de las personas y de sus familias, no de la sociedad. Ese es el mensaje privatizador y experto en el tratamiento de la muerte. Los médicos/as se encargan del diagnóstico de la muerte; los hospitales, del último cuidado en vida y de la agonía intubada; y las empresas funerarias, de la gestión de los cadáveres, del papeleo burocrático y de la cristalización del recuerdo en formas convencionales. Los sociólogos/as han tendido —y todavía lo hacen— a ignorar al cuerpo humano¹⁷. El cuerpo es parte del tabú sexual y, también, del de la muerte. La Sociología tiene como objetivo racionalizar el contribuir al orden y progreso en la sociedad de los vivos, no al tratamiento de los muertos/as. Es bueno que las personas mueran porque, si no, no existiría el cambio social; el futuro está en los/as jóvenes, no en los/as ancianos que mueren. Este sentimiento contrario a las personas ancianas y moribundas es del que participa la Sociología actual. Pero la mortalidad humana no puede negarse, ni tampoco esconderse totalmente debajo de la alfombra social.

Frente al concepto de mortalidad individual o del cuerpo se desarrolla el concepto de *muerte social*. Con el alargamiento de la vida, la mayoría de personas no mueren de pronto, sino que van declinando gradualmente, siendo apartadas de la vida social. Los moribundos/as sufren una marginación total de la sociedad. El aislamiento y la soledad de las personas ancianas/enfermas es un fenómeno claro. A veces se explica como un funeral anticipado. El alargamiento de la esperanza de vida, sobre todo en las mujeres, conlleva el aislamiento y la pérdida de sentido de la vida de muchas mujeres ancianas. Al mismo tiempo se supone que los niños/as y jóvenes no van a morir; que morir es cosa de viejos/as. En los casos en que se producen esas muertes no-naturales (por *accidente normal*, como diría Perrow)¹⁸, las personas no saben cómo reaccionar ni asimilar sus consecuencias. La muerte fuera de las edades usuales (en los setentas y ochentas) se considera perversa. Se acepta a veces la mala suerte de una enfermedad maligna (leucemia) o de un accidente a destiempo (de coche), pero no una enfermedad por otras causas. La mortalidad biológica es ahora predecible, y está bien organizada (en hospitales e industria funeraria). Pero no se investiga suficientemente el proceso de muerte social.

¹⁷ La *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* ha publicado recientemente un número extraordinario sobre el tema, titulado «Perspectivas en Sociología del Cuerpo», coordinado por Carmen Bañuelos Madera (es el núm. 68, de 1994).

¹⁸ Charles Perrow (1984).

Socialmente está establecido un orden para morir. Se entiende que los abuelos/as mueren primero (normalmente, los abuelos antes que las abuelas), luego los padres y, más tarde, sus hijos/as¹⁹. Cuando este orden establecido se altera se producen conflictos importantes. Son accidentes normales, incluso pueden ser previstos en sus tasas o proporciones, pero trastocan la forma en que se entienden las relaciones familiares y sociales. Un aspecto conflictivo suele ser el de la herencia, ya que los testamentos suelen estar redactados suponiendo ese orden establecido de morir. Las personas jóvenes no piensan en la muerte, entre otras cosas, porque interiorizan ese orden normativo y consideran que todavía no les ha llegado el turno de preocuparse.

Los/as científicos sociales —sobre todo antropólogos/as— han analizado bastante los rituales funerarios. Pero los rituales públicos del funeral y del luto/duelo se realizan cada vez más en la intimidad. Ya desde Gorer, en 1955, se habla de la muerte como un tabú, mayor incluso que el del sexo. En la sociedad actual se ha llegado a una *pornografía de la muerte*, en que ésta es escondida, se representa de forma simbólica, poco realista, y se evita su visión, sobre todo a los jóvenes²⁰. La muerte se considera una cosa vergonzosa y sobre la que se tiene miedo. La profesión funeraria está estigmatizada.

Kübler-Ross, en 1969, analiza las formas en que las personas se enfrentan con la muerte, definiendo cinco etapas emocionales progresivas: negación, rabia, regateo, depresión, y aceptación. Ella considera que la mayoría de las personas pasan por esas cinco etapas de forma natural. Sin embargo, es posible que sean culturales, es decir, creadas por la forma en que las personas actuales, en la cultura presente y a una edad determinada (no muy ancianos/as) tienden a reaccionar frente a un diagnóstico terminal. Pero es una interpretación excesivamente individualista de la aceptación final de la muerte.

El sida ha llamado la atención sobre la forma de morir a destiempo, es decir, demasiado pronto en la vida. Ha generado también una atención particular sobre las historias de vida de enfermos/as, a menudo en forma de confesiones, autobiografías de personas con la enfermedad o muriéndose. Ha permitido también algo insólito hasta ahora, que es la publicación de fotos de personas muriéndose, mes a mes, día a día. Ninguna otra enfermedad había permitido ese nivel de análisis, sobre todo en forma pública y no solamente técnica/médica. Con el sida no sólo se habla más sobre la muerte, sino que, además, se educa sobre la muerte. Gracias al sida, los/as jóvenes actuales es la primera generación después de la segunda Guerra Mundial que son socializados respecto de estos temas. El sida ha permitido también romper algunos otros tabúes sexuales sobre los que existía una cierta conspiración del silencio. La contribución autobiográfica del sida es considerable (aunque fundamentalmente nortee-

¹⁹ Si muere un hijo/a muy pronto, a menudo se sustituye por otro embarazo. Antes había la costumbre de darle el mismo nombre que al muerto/a.

²⁰ Por ejemplo, apenas hay fotos de familiares muertos. Antes había la costumbre de que cuando un niño/a moría se le vestía con las mejores ropas y se le sacaba una foto, a menudo, en brazos de su padre o madre, como si estuviese durmiendo.

americana). Hay ya una historia oral de la epidemia, algo que no había existido hasta ahora con ninguna otra enfermedad, salvo algo con el cáncer. El sida ha desplazado al cáncer en popularidad, así como en recursos nuevos para investigación. La muerte por sida ha demostrado la creatividad e imaginación de las personas ante un proceso mortal predecible y con un diagnóstico preciso. Ha contribuido incluso a un renacimiento artístico en algunas áreas y países.

Con el alargamiento de la esperanza de vida y la progresiva disminución de las enfermedades infecciosas y parasitarias, una persona cualquiera puede esperar estar muriéndose durante varios años. Parte de ese tiempo será en el hospital, pero también en casa. Las enfermedades crónicas suponen un diagnóstico bastante preciso sobre la forma de morir, y las posibilidades vitales durante ese proceso. Pero el sistema sanitario —con la excepción del sida— se resiste a una prognosis clara sobre las enfermedades mortales. Los pacientes pocas veces acceden a una discusión clara sobre la evolución real de su enfermedad, y menos aún sobre su estado moribundo. Si no hay información y comunicación, difícilmente se produce la *muerte social*. Muchos pacientes en España ignoran su estado real, y no pueden prepararse para el proceso de morir. Las justificaciones suelen ser del tipo de incerteza médica, paternalismo o supuestas explicaciones psicológicas de que el/la paciente no asimilaría apropiadamente la noticia. Se produce una conspiración entre el equipo médico, el sanitario y los familiares para engañar sistemáticamente al paciente moribundo/a. La mayoría mueren sin saber que mueren, o sólo sospechándolo. La confianza en los seres más queridos (familiares y amigos/as) es algo que se les roba en los últimos días de sus vidas. Se les engaña o se les abandona.

El tema insoluble de la muerte se descompone en sus aspectos sociales y médicos, que sí permiten tomar acciones racionales. Parte del proceso de medicalización de la muerte proviene de que la organización hospitalaria sí sabe tomar acción respecto de las enfermedades, e incluso los/as pacientes muy graves. Se libera así a la muerte de los contenidos más insolubles y se concentra la atención en los aspectos médicos y técnicos, que pueden ser medidos, controlados, medicados, predecidos. La medicalización de la muerte no debe ser vista como una estrategia clínica por parte de la profesión médica para conseguir más recursos o poder, sino quizás como una salida de la sociedad para domesticar la muerte en un mundo altamente racional²¹.

Las personas ancianas son conscientes de su «mortalidad», es decir, de su posibilidad de morir. No les gusta mucho hablar del tema (especialmente con extraños), pero es parte de su vida cotidiana. La muerte para ellos/as —igual que para el resto de la población, aunque se den menos cuenta— es un factor importante en la estructuración de sus vidas, y en la construcción de la realidad social, y en el proceso de dar sentido a sus vidas. Pero tanto el *nacimiento* como la *muerte* apenas si son experiencias personales. Uno/a no vive su naci-

²¹ La racionalidad es tal que todavía se abren las ventanas al morir un paciente para que el alma pueda salir más fácilmente.

miento, al igual que apenas vive su muerte: ya existe o todavía vive. Son los otros/as los que tienen que explicar ambos sucesos. Nuestra experiencia investigadora sobre la muerte no ha sido fácil. A menudo, los/as entrevistadores se saltaban la pregunta (sobre la muerte). Los/as entrevistados no contestaban. Los grupos de discusión no discutían ese punto. Uno de los entrevistadores (varón) confiesa: «Yo creo que es incluso más difícil preguntar a los jóvenes cómo quieren morir que a los viejos acerca de la muerte. Mis inhibiciones fueron mayores con los jóvenes. Me costó más entrar en el tema. Los ancianos ya me marcaban la pauta. Me iban indicando qué hilo tenía que tocar para hablar de la muerte. En cambio, con los jóvenes en absoluto: el tema caía como una losa. De repente planteaba el tema de la muerte. Ellos hacían un esfuerzo. Incluso se nota en ciertas pausas. Les ha caído de repente, sin esperárselo. Lo planteé discontinuamente»²². Si el tema se deja en manos de entrevistadores/as, nunca aparece. Aun explicitando la pregunta, se evadía sistemáticamente. Nadie quería hablar del tema. Incluso los mejores entrevistadores/as se rindieron ante el tabú de la muerte: «Yo cuando pasé el cuestionario y llegaba a las preguntas finales sobre la muerte, había preguntas que no podía hacer. No sé. Culturalmente había algo que yo no podía decir: *¿cómo le gustaría morir a usted?* No se lo podía preguntar»²³. Difícilmente se contesta a una pregunta jamás realizada.

Pero en Sociología hemos aprendido que cuando un tema es difícil es también importante. En la muerte debe estar el secreto; incluso la estructura de la vida social, como señala Zygmunt Bauman en su libro *Mortality, Immortality and Other Life Strategies* (1992), o Norbert Elias en su excelente *La soledad de los moribundos* (1987). En los pocos casos en que el entrevistador/a sí preguntó, las contestaciones fueron evasivas o estereotipadas: «Se habla con mucha superficialidad de la muerte. En el caso de los ancianos el tema sale fluidamente. Pero ¿en qué medida esto no es una forma de rehuir hablar seriamente de la muerte? En las entrevistas no se profundizó en el tema: que se afrontaba sin temor, que no causaba traumas especiales. Pero no se comenzó a hablar acerca de las neurosis que te producía en el sentido de llegar a tener una enfermedad, de que te comunicaran la muerte, llegar a tener un accidente. Nunca se habló de haber estado cerca de la muerte, de haber tenido una enfermedad y haberse planteado seriamente la muerte. Se habló en términos muy genéricos de la muerte. *La muerte no me preocupa en absoluto, tendrá que llegarme*. Pero no se habló de la muerte en concreto. Se hablaba de la muerte pero no como algo familiar»²⁴. Hay estereotipos para definir el proceso de morir: morir durmiendo, sin sufrir, sin enterarse, sin ser un estorbo o carga para los familiares, rápida, natural²⁵. Son parte de ese análisis superficial de la muerte. Nadie —ni los más viejos/as— quiere debatir el tema de la *muerte propia* en profundidad.

²² GD2, A (es el Grupo de Discusión 2, cinta A).

²³ GD2, A.

²⁴ GD2, A.

²⁵ No queda claro lo que es una «muerte natural». El DRAE la define como «la que viene por enfermedad y no por lesión traumática». María Moliner especifica que no sea por accidente

LA MUERTE DE LOS OTROS

Una primera distinción importante es entre *la muerte de los otros/as* y *la muerte propia*. La muerte de las otras personas suele referirse sobre todo a antepasados. Se critica a las generaciones anteriores que no planificaron el cambio ni miraron hacia el futuro. «No se planteaban el cambio. ¿Tenían el tiempo de plantárselo? Trabajaban más horas que un reloj. Trabajaban duro para conseguir salir adelante. No se escapaba ninguna clase»²⁶. Eran más fatalistas y obedientes. Miraban al presente (trabajando) para sacar la familia adelante, sin plantearse —supuestamente— lo que querían hacer en el futuro. La generación joven considera que ellos sí miran hacia el futuro: «Las personas mayores no hablan mucho de cómo veían en su época el futuro. En teoría, tenían que ponerse a pensar: *¡Hostias, está Franco; pero Franco tiene que morir algún día!* Debían de creer que si moría Franco ya se pondría otro. Son un poco nihilistas. No se planteaban tampoco qué iban a hacer después de los dieciocho años. Ellos vivían al día y ya está. Ahora es más fácil mirar adelante. En seguida te empiezas a hacer hipótesis. Es que ya vivimos con la mirada hacia adelante. Te lo exigen tus propios padres. Te presionan. ¿Y tú qué hacías? Con los estudios también mucha obsesión. Como ellos no pudieron estudiar, pues los hijos sí: *Estudia, estudia*»²⁷. Sin embargo, un tema tan de futuro en sus vidas como es la *enfermedad* y la *muerte* supone un tabú considerable en toda la sociedad, pero especialmente en los más jóvenes.

Nacer y morir en casa antes era lo usual. Ahora es lo extraño, o asociado con clase baja. La mortalidad de seres queridos era una experiencia usual: «En muchos casos la generación de nuestros padres no conocieron mucho a sus padres, se murieron. En algún caso tuvo la madre sola que levantar la familia. Se convivía mucho más con la muerte. También ahora pero de una forma muy distinta. Antes la gente tal como nacía en casa también moría en casa»²⁸. La sociedad había asimilado la muerte en el ámbito familiar con una estructura predeterminada en la que se sustituían hijos/as muertos por nuevos embarazos (a menudo con el mismo nombre) y viudedades por el papel destacado del hijo mayor o, si no, de un cuñado o tío. En las generaciones anteriores la enfermedad y la muerte eran una experiencia usual. La pérdida de seres queridos era normal en la vida de una persona, incluso de un/a joven. La situación actual es bien distinta: «No se piensa en la muerte porque no estamos acostumbrados. Mi abuela ha cuidado a su madre cuando tenía trece años hasta que se murió. Cuidó a su tía cuando tenía veintidós años hasta que se murió; cuidó a su

o violencia. Pero entre la población el término «natural» se acerca más a lo que en Antropología se define como *la buena muerte*: sin dolor, pacífica, sin gran conciencia, no desfigurante. También se utiliza la expresión de «morir en la cama» o la más popular de «morir con las botas puestas». Se realiza una distinción interesante entre *morir* y *morirse*.

²⁶ GD12, A.

²⁷ GD9, A.

²⁸ GD7, A.

abuela cuando tenía veintiséis hasta que se murió. Ha visto morir —pobre mujer— a sus hermanos, a sus tíos, a sus padres, y además cuando ella estaba al lado. De una manera física y tangible. Se murió mi abuelo pero yo los tres días últimos no le vi. Ves la muerte de una manera muy abstracta. Te la esconden. Antes no era así. Ahora se esconde la muerte trágica. El momento de la muerte. Pero el velatorio y la parafernalia del entierro es la misma de hace cien años. Pero se esconde cuando se muere. Cada vez es en lugares más inocuos, más pulcros, casi como un hospital. Ya el mismo hospital te arregla una capillita para que no haya lío con el muerto»²⁹. La muerte aparece continuamente en la televisión y en otros medios de comunicación, pero no en la vida privada.

La muerte se define como un tabú en la sociedad contemporánea. Cada vez menos personas tienen la experiencia de un familiar (en primer grado) que se muere, hasta que llegan ellos/as a la vida adulta: «La muerte siempre es una cosa que está próxima. Pero es un problema cultural. En nuestra cultura, la muerte es una cosa casi clandestina. Antes la gente se moría en casa, ahora se los llevan al hospital, se los llevan al tanatorio. Es casi pecado morir. En los entierros la gente se controla, y procura llorar lo menos posible. Hay un sentimiento de la muerte como si fuese ilegal morir. Ahora es todo muy escondido. Es que la gente ya ni se muere en casa. Antes era diferente. Pero ahora es como un tabú. Se habla de pasada»³⁰. No existe un proceso claro de socialización en el tema de la muerte. No ocurren, y si ocurren se esconden, muertes próximas, con lo que la actitud ante la propia muerte apenas existe o es confusa. Se teoriza sobre la normalidad de la experiencia de la muerte antes, y cómo en la actualidad no existe un proceso de socialización claro: «Dentro de la familia se vivía muchísimo el tema de la muerte. Se tenían muchos hijos, pero también se morían muchos. Una madre podía asistir a siete entierros de hijos suyos. El tema de la muerte tenía que estar muy presente. La muerte era una cosa más normal. Ahora una muerte es una cosa muy fuerte. Cuando ahora se tienen dos hijos, que se muera uno es bastante traumático. En cambio, cuando tienes doce... hay una aceptación total. El tema de la muerte era más asequible, más normal, más natural. Estaba dentro de las posibilidades»³¹. Las experiencias son limitadas y, sobre todo, son escondidas a la infancia y a la juventud. La pérdida de los seres queridos es un tema difícil de investigar y de preguntar. Casi tanto como la propia muerte. Cuando las personas crecen empiezan a conocer alguno de esos casos en su propia familia: «La muerte es un tema tabú. Se menciona de pasada. De la muerte de mi tío me enteré hace cinco años. Hasta hace cinco años yo no sabía que tenía un tío que se murió con dieciocho años. Me enteré por mi abuela. Estaba un día en verano, con todos, y dijo que hacían una misa por mi tío Víctor. Me lo explicaron: se murió de dieciocho años de tal cosa. Pero yo no lo sabía. Nunca se había tratado eso en familia»³².

²⁹ GD2, A.

³⁰ GD12, A.

³¹ GD13, A.

³² GD12, A.

La muerte a edades tempranas, quizás por enfermedad contagiosa, se suele guardar como secreto en muchas familias. Más aún las de recién nacidos o bebés de pocas semanas.

La sociedad antes era forzosamente idealista, religiosa. Tenía que acomodarse al *hambre*, a la *muerte*, por no mencionar los casos de *epidemias*. Los caballos del Apocalipsis suponían un conjunto de valores dominantes. «No hay pérdida de valores, hay cambio de valores. En una sociedad distinta no puede haber los mismos valores. En una sociedad de bienestar los valores cambian totalmente que si hay pobreza. Hay valores más espirituales porque los económicos no los puedes tener. Por eso que si Dios, que el amor... Ahora hay menos de esto, lógico»³³. Actualmente, en situaciones similares se vuelve a valores profundos. La enfermedad y la posible muerte pueden llevar a la práctica religiosa como una solución a la angustia: «Un hermano de una amiga mía se ha muerto de cáncer a los dieciocho años. Aquel tío no tenía ningún tipo de creencia ni de práctica religiosa. Antes de morir se hizo la comunión. Porque era la única cosa que le quedaba en la vida. Tenía dieciocho años y le dijeron que se iba a morir. Para no ser tan pesimista pensó: *¡Qué mierda de vida!* Para no acabar sus días pensando *qué mierda es todo, qué mierda soy yo*, se refugió en el sentimiento religioso»³⁴. La juventud, tan liberal y antirreligiosa en otros aspectos, acepta esta actitud.

Vivimos en una sociedad actual obsesionada por la salud, por el cuerpo, pero muy poco por la muerte. La muerte antes era un suceso familiar normal: «Antes habían muchas muertes: padres, madres, hermanos. En generaciones anteriores eso era más normal. Ahora lo encontramos raro, pero antes era muy normal. Había mucha tuberculosis»³⁵. Las epidemias eran un suceso usual. Actualmente, el sida puede tener la consecuencia —afortunada— de dirigir la atención hacia el proceso de enfermar y, sobre todo, de morir. Algo nuevo es la experiencia de muerte de amigos/as jóvenes debido al sida. Una de las entrevistadoras explica: «Yo cuando he hecho las entrevistas, siempre que preguntaba sobre la muerte todo el mundo te respondía rápido. Es un tema del que no se quiere hablar. Sobre todo piensas cuando se muere alguien. Murió un amigo mío que tenía sida, y esto ya es el colmo. Porque que se muera alguien de un accidente, pues mala suerte. Pero lo del sida a mí me hizo pensar mucho. Ves cómo el último año de su vida es una mierda. La muerte por sida es horrible; para ti y toda la gente que te ve. Los dos últimos meses no te ve nadie porque tú no quieres y porque nadie quiere verte ya. No lo soportan. Al principio no te lo quieren decir. Tú ves que se van adelgazando. Un día te lo cuentan y te pones a llorar. Veintitrés años. No era homosexual. Tenía una pareja estable. Contrajo la enfermedad cuando aún salía con ella. Lo dejaron ocasionalmente. Luego lo retomaron pero cuando él ya estaba enfermo. Pero había posibilidad-

³³ GD9, A.

³⁴ GD3, B.

³⁵ GD10, A.

des de contagio»³⁶. El sida supone un cambio importante en la visión de la muerte. La generación joven, que, según otros factores, no tenía que pensar en la muerte, tiene así una nueva experiencia debido a la epidemia. España es el país de Europa con más casos de sida. Cada vez existe una conciencia más clara sobre este riesgo. La juventud no *duerme* tranquila (nunca mejor dicho). El fantasma del sida está creando una cierta preocupación: «Está la imagen de que: *Uy ésta, qué maja, qué guapa. Esta no puede tener sida.* La imagen de la persona: una persona que sea muy maja pues no puede tener sida. Esto se tiende a pensar»³⁷. Pero este joven (varón) reflexiona sobre el riesgo. Muchos/as jóvenes españoles están empezoando a pensar de forma igual.

Quizás ahora la muerte es un tema más tabú. Pero la estructura profunda de la experiencia de la muerte dentro de la familia apenas ha cambiado. Como señala un joven: «La muerte ni se trataba antes, ni ahora tampoco. La gente lo evita bastante. Porque la muerte de una persona próxima nos está recordando constantemente que tú has de morir. Eso es difícil reconocerlo. Es muy similar en todas las generaciones»³⁸. La pérdida de seres queridos puede aprovecharse para la socialización de jóvenes en la experiencia de su propia muerte. No se trata de cantidad (número de muertos en la familia), sino de tratamiento social que se hace de la realidad de la muerte. Pero el ocultamiento actual del tema hace difícil la investigación sociológica.

Los seres humanos vamos perdiendo a los seres queridos. Es ley de vida. Se nos mueren los abuelos, luego las abuelas, los padres y, progresivamente, nuestros amigos. Los ancianos/as se van quedando solos. Es lo que Norbert Elias llama la atención en su opúsculo sobre *La soledad de los moribundos*. Las personas experimentan la muerte de los otros/as como algo traumático, como una premonición. Pero según crecen las personas en edad la experiencia es diferente. La sociedad contemporánea minimiza el impacto de la muerte de familiares cercanos, incluso la *muerte de los abuelos/as*. Pocos jóvenes tienen experiencias directas de una muerte. A menudo no saben cómo reaccionar. Están confusos, no conocen las pautas. Sólo jóvenes más mayores saben lo que hacer. Los más jóvenes no reaccionan ante una muerte próxima: «Yo recuerdo el primer muerto que vi. Era un vecino mío, que era bastante cachondo. Yo era muy pequeño y no lo vi como nada negativo. Lo vi como que estaba tranquilo. Me subí a la caja y vi su cara. Le vi tranquilo. Vi que no estaba sufriendo. Que no era nada malo. Y de hecho no creo que lo sea»³⁹. Otro se siente mal porque no siente nada. Muestra frialdad ante la muerte de un ser querido: «La muerte de mi abuelo me afectó mucho desde el punto de vista de que me afectó poco. Ahora lo recuerdo, fue un *shock*. Pero no me consumió por dentro. Fue un jarro de agua fría y punto. Al día siguiente ya casi no me acordaba. Luego mi bisabuela

³⁶ GD1, C.

³⁷ GD1, D.

³⁸ GD12, A.

³⁹ E81 (se refiere a la entrevista 81).

fue más duro porque no me afectó, y me sentí fatal. Dije: *No es posible*. Con mis familiares se me pone como una pantalla de acero delante y no entra nada. Eso me fastidia mucho. A mí me gusta sentir. Todo el mundo hecho polvo, y yo pensando: *No es posible, ni siquiera...* Me sentía vacío. Me dolía no sentir nada. Me sentí muy frío, muy cabrón»⁴⁰. Bastantes jóvenes no saben muy bien cómo reaccionar ante una muerte: «Se murió mi abuela. No sé ni cómo me afectó. No sentía ni lástima, no sabía cómo sentirme. El dolor que siente una persona joven, no lo sé. Si la gente siente diferente que yo quiere decir que estoy loco. Es un tema muy complejo. Yo hacía primero de BUP. Cuando se me murió mi abuela no me gustaba expresar mi dolor a la gente. No le dije nada a los amigos. Es algo muy fuerte. Estaba en casa y llamaron del hospital, y mi hermano mayor se fue al hospital. Yo me quedé con mi hermano pequeño. Lo que hice fue comprarme un paquete de *Fortuna*⁴¹. Empecé a fumármelo en la terraza todo seguido, todo seguido. No sabía cómo sentirme. A la mañana siguiente fuimos al entierro»⁴². Quizás estas muertes que no tienen efecto son las primeras, y son de familiares pero no de padres.

Cuando la persona que muere es el padre, el impacto suele ser mayor. Así lo experimenta una mujer: «Mi padre se murió hace cinco años; yo tenía veinte. Mi padre era *muy mayor* (tenía 71 años entonces). Yo siempre, ya desde los diez años, era consciente de que mi padre se podía morir al día siguiente. En casa ya siempre teníamos preparado un vestidito para mí por si se moría. Ya tenía yo la faldita y la camisa preparada, por si acaso. Estaba muy mentalizada. Pero siempre quieres que pase un día más. No me afectó con mucha pena, pero siempre te acuerdas de él, sobre todo el primer año. Lo mitificas mucho, como si fuese una gran persona, y con grandes cualidades. Te olvidas de sus defectos. Muchas veces te gustaría hablar con él. Me gustaría haber hecho más cosas con él»⁴³. En el caso de un varón, la muerte del padre le convierte en padre de la familia, y le otorga una nueva responsabilidad y rol: «Cuando murió mi padre, mi vida dio un giro de trescientos sesenta grados. De ser una persona que no estaba por nada, que estaba haciendo el pampalinas por ahí; pues tuve que aposentarme un poco. Tuve que tomar conciencia un poquillo de que tenía que controlar mi vida, que no podía estar siempre haciendo el loco. Me asenté. Vi que tenía que poner cartas en el asunto para que la casa no se hundiera. Al faltar el padre se tenía que ayudar más en casa, ayudar a la madre. Empecé a buscar los primeros empleos. Es cuando empiezas a ver la muerte de otra manera. Ya ves que te puede llegar en cualquier momento. Me aposenté. En cualquier momento puedes petar, te puede coger un coche, te puede dar un pasmo. Cambié totalmente lo que yo pensaba de la muerte; la ves tan cerca. Tenía unos dieciséis años. Fue un *shock*, un *shock* superbestia. En parte me hizo bien,

⁴⁰ E74.

⁴¹ Marca de cigarrillos de tabaco.

⁴² E83.

⁴³ E70.

me hizo crecer unos añitos de golpe»⁴⁴. Se aprende a reaccionar ante la muerte de otras personas, existe todo un proceso de socialización. Pero no se aprende a morir⁴⁵.

A menudo, las personas conservan una visión dramática de la *muerte de sus padres*, aun insistiendo que no les afectó excesivamente: «La muerte de mi *padre* no me afectó demasiado, quizás porque ya hacía muchos años que estaba con una arteroesclerosis muy fuerte. Era un martirio, porque se escapaba de casa, teníamos que llamar a la policía a que lo buscara. Una persona cuando ya no está con sus facultades mentales es tremendo. Además, él era muy activo y daba lata en cantidad. Tampoco podías hablar con él. No era ya el de antes. No había forma de tener una conversación. No nos conocía. Cuando murió, en el fondo dije: *Va, que descanse él y descansamos nosotros también*. Me dio tristeza pero no me afectó de una forma fuerte. La muerte de mi *madre* quizás me afectó más, porque ella se marchó de vacaciones a casa de mi tía. Allí se puso mal de una hernia umbilical que se le estranguló. La tuvieron que operar de urgencias. Como había tomado cortisona durante muchísimos años, los tejidos se le rompían todos. Al coserla, al cabo de diez días empezó a tener unas hemorragias internas. La volvieron a abrir. Así hasta cuatro veces en un mes. Yo la vi que sufría muchísimo. Llegó un punto que al estar en la UVI (ella había sido enfermera) desconectó ella los cables, se lo desconectó todo. Esto me afectó mucho. Fue una enfermedad de un mes muy dura, y sufriendo muchísimo»⁴⁶. En esta generación la muerte de los padres tiene un impacto especial: «Me afectó fatal. Estuve un par de meses que parecía un esqueleto. No comía. Los añoraba, los encontraba a faltar. Desganado. Al faltar los padres es un desastre. Chafado. Llevaba luto: un brazaletes al brazo izquierdo, negro, de cuatro dedos de ancho, y corbata negra. Sufrí, pero me fui levantando, levantando. Si te dejas tú solo es que te mueres tú también. Te tienes que recuperar. Vas de cuando en cuando al cementerio, una vez al año, a verlos, a llevarles flores. Eso es ley de vida. Es una cadena. *Me tengo que echar piedras al corazón*»⁴⁷. Las dos historias son tremendas: el padre senil que se escapa de casa; la madre (enfermera) con una enfermedad terminal que se desconecta ella misma las sondas y los cables. Pero es una generación secularizada, que interpreta la muerte en clave más laica.

Parece como si existiera un impacto diferencial en la muerte del padre y de la madre: «Mi padre murió cuando yo tenía veinticuatro años. Me afectó muchísimo, muchísimo. Incluso tuve dolor físico de lo que llegué a sufrir. Se murió en quince días, y no nos lo esperábamos. Fue una operación, no la resistió, y se murió. El vacío que nos dejó fue horrible, horrible. Mi padre era un puntal muy fuerte, y una referencia muy fuerte. Encontrarnos de la noche al

⁴⁴ E73.

⁴⁵ Uno de los jóvenes se pregunta: «¿Es que acaso hay que aprender a morir?»

⁴⁶ E49.

⁴⁷ E47.

día que no lo teníamos fue horrible. Al cabo de cuatro o cinco años que había muerto aún pensaba que la única suerte es que eso tan horrible ya lo tenía pasado y no volvería a pasar más. Nos dejó un vacío muy fuerte durante muchos años. No creo que la muerte de mi madre —y estamos muy bien— pueda afectarme ni la mitad que lo que sufrí cuando murió mi padre»⁴⁸. Una mujer, actualmente de 49 años, recuerda así la muerte de su padre: «La muerte de mi *padre* me afectó muchísimo. Mi padre tenía mucha ilusión por todo. Era el alma de la familia. Él disfrutaba mucho de sus nietos, de las reuniones, de cuando estábamos juntos. En cambio, la *mamá* es más apagada en este sentido: no tiene afición a hacer estas cosas. Mi padre tuvo una enfermedad y una muerte muy dolorosa. Veías cómo se iba deteriorando día a día, y que pasaban los días. ¡Y lo que sufría! Entonces esto te afecta realmente muchísimo»⁴⁹. Otra mujer recuerda: «La muerte de mi *padre* no se me quita de la mente. Se murió en el día de mi cumpleaños. Para mí era una persona especial. Tenía un don... creció con él, y eso era único. Me recuerdo mucho de él. Ya han pasado muchos años. Yo le tenía en casa, con nosotros. Mi padre era un caso especial. Era maravilloso. Yo le recordaré toda mi vida. Esa muerte es la que me marcó mucho. Como mi padre ni hablar, hasta ahora ninguno»⁵⁰. El impacto diferencial es normalmente más importante en el caso del padre, quien socialmente ha ocupado el papel importante dentro de la familia. El machismo generalizado de la sociedad española se aplica incluso a la muerte, y al recuerdo de las personas muertas. El padre atrae bastante más la atención.

Al experimentar la muerte del padre, algunos hijos/as se arrepienten de lo que no hicieron con él: «Cuando murió mi *padre* me afectó tanto, tanto, que cada cosa que me lo recordaba lloraba. Al final estábamos en muy buenas relaciones con mi padre. A veces, como estaba muy enfermo no podía salir, nos llamábamos por teléfono, y hablábamos, y tal. Quizás al morirse pensé que quizás podríamos haber tenido mejores relaciones, y no las tuvimos. Aquella época en que nos peleábamos; porque además yo me marché de casa porque era muy rígido conmigo y no me dejaba hacer no sé qué, no sé cuántos. Lo sentí pero muchísimo, muchísimo. Hasta ahora, a veces cuando me acuerdo de mi padre, me acuerdo con mucha ternura. Le admiro porque siendo un hombre tan mayor como era, que por tanto tenía que tener una mentalidad más antigua, me apoyó mucho a estudiar. Se lo agradezco y se lo valoro. Me afectó muchísimo. Me daba por llorar»⁵¹. Es una visión de reconciliación final entre una hija rebelde (típica de la generación del 68, que se va de casa) y un padre autoritario.

En el proceso de morir, los recuerdos de la agonía son importantes. Este es el de un padre que, según su hijo, se murió *de pena*: «Primero murió mi

⁴⁸ E51.

⁴⁹ E46.

⁵⁰ E41.

⁵¹ E43.

madre, y al año siguiente murió mi padre: *de pena*, no de enfermedad. Estaba más sano que yo. Con sesenta y tres años y lo que había trabajado estaba más sano que yo, y que todos. Pero murió de pena. Los médicos dijeron: *Este hombre está sano*. Vieron que murió de pena, no de hambre, ni de esas tonte-rías. Al faltarle lo que tú más quieres, la mujer, entonces van muriendo por dentro, no por fuera. Eso nadie lo entiende. Sólo un médico que sepa. Yo tampoco lo entiendo; yo lo sé porque me lo dijo el médico. Pero yo no quiero morir de esta manera. De viejo y punto»⁵². Otra recuerda la agonía y muerte de su marido, con quien se llevaba mal: «Mi *marido* tampoco era malo. Tenía ideas equivocadas. No era malo. Y ver a una persona sufrir tanto tiempo... Sufrió mucho. Estuvo tres meses y medio a puro grito. Pobrecito; me da mucha pena. Yo lo pasé muy mal. Estuve todo el tiempo sin poder dormir. Día y noche me lo pasaba con él. No dormía. Cada momento dándole friegas, poniéndole inyecciones, que si quería comer algo, que si levantarme. Ay, ay, ay. Venir a trabajar, volver, para arriba y para abajo, la comida, la compra, la casa. Mi madre venía —que no me hacía nada—, pero encima de que yo no dormía no me ayudaba en nada. El pobre a última hora se arrepintió; que lo perdonara. Pobrecito. De verdad que ya lo he perdonado, y tanto. Hacía cosas que se hacía mal a él también. Era un desgraciado de la vida»⁵³. La enfermedad y muerte de los familiares más próximos impacta mucho en esta generación que ronda ya los cincuenta años, y que se siente en un cierto declinar de la vida. Empiezan ellos/as mismos a ver más cerca la ancianidad.

En la sociedad actual, las personas experimentan la muerte de seres muy queridos a menudo cuando alcanzan la década de los cuarenta años de edad. Pero la experiencia es progresiva o creciente (en número) de la muerte de otras personas y se concentra en la *progresiva soledad de los ancianos/as*. Todos/as han sufrido, además, la muerte de su padre o madre (o ambos). Con la muerte del padre, muchos de ellos/as experimentaron un cambio sustancial en el rol familiar. Un ejemplo de este proceso: «Cuando murió mi padre no me di tanta cuenta como cuando murió mi madre. Incluso quise, de cara a mi madre, hacerme fuerte. Me costó mucho llorar por la muerte de mi padre. Hasta que al cabo de veinte días o un mes pude llorar de forma amplia y quedé descansado. Entonces pensé que había sido muy estúpido de hacerlo así. Cuando murió mi madre expresé mi dolor y mis sentimientos ya de forma inmediata. Me afectó desde el punto de vista de que era un cambio radical en mi vida. Era un cambio de ser un *hijo de familia* a convertirme ya —cuando murió mi padre— en *padre de familia*. El cambio fue muy sustancial y muy fuerte»⁵⁴. Con la muerte del padre, muchos hijos varones tienen que asumir el rol de cabeza de familia. Al dolor por la muerte de un ser querido se suma el protagonismo que adquiere esa generación.

⁵² E47.

⁵³ E41.

⁵⁴ E18.

La experiencia de la muerte de otras personas (queridas o cercanas) no es agradable. La mayoría recuerda mal las muertes: «Me afectó más la muerte de mi padre. Pobrecito, murió que no podía hablar. Cuando fui a verle, él me quería decir cosas y no podía. Se puso a llorar, a llorar. Mi madre yo estuve allí mucho tiempo, pobrecita, pero tenía noventa y ocho años. Ya qué quieres, a noventa y ocho años no se puede esperar gran cosa. Lo que tuvo es una agonía, la pobre, muy larga. Vi sufrir tanto a mi marido, *pobret*. Él sí que sufrió horrores»⁵⁵. El impacto de la muerte del padre suele ser mayor que el de otras personas de la familia, sobre todo si es el padre idealizado: «Para mí, en mi juventud y mi manera de pensar, mi padre era un ideal. Me parecía que mi padre era el hombre ideal de mi vida. Me hubiera gustado tener un marido que hubiera sido como mi padre; exactamente igual. La muerte de mi padre me afectó mucho. Yo era casada, tenía treinta años. Estuve muchos años—incluso ahora— presente siempre mi padre, y por delante de muchas cosas. Me afectó muchísimo»⁵⁶. En cambio, la muerte de la madre generalmente tiene menos impacto en esta generación⁵⁷.

Una persona expresa así la pena por la muerte de su madre, que, al ser súbita, no le permitió cuidarla: «Cuando yo me casé me vine aquí a vivir con mis padres. Yo les cuidé. Cuando murió mi padre, que estuvo un tiempo enfermo, entre mi madre y yo lo cuidábamos. Contentas de poderlo cuidar. Mi madre murió casi de repente. Estuvo tres meses que no se encontraba muy bien de la cabeza. Pero a pesar de esto ella razonaba, se vestía, se lavaba; cada día se había levantado, se hacía su cama, comía bien. Pero aquello que tenía la cabeza mal. Un día, de la noche a la mañana... estaba allí comiendo, y pom, se cayó y quedó muerta. Es una muerte muy de repente que te duele mucho. Yo a veces lo decía: *Yo que te hubiese podido cuidar, y te hubiese cuidado con ganas de cuidarte, me has dejado así*. No me hubiese importado tenerla que cuidar. Me supo mal no poder hacer nada por ella, no poderla cuidar»⁵⁸. Las muertes hacen reflexionar a los familiares sobre las cosas que no hicieron con esas personas. Es típico en todas las generaciones.

Un caso dramático es una mujer que su madre *se le aparece* después de muerta. Con sus mismas palabras: «Cuando murió mi padre me afectó poco, porque como siempre nos peleábamos... Cuando murió mi madre me afectó mucho, porque se murió el mismo día que nació mi hija, la segunda. No creo en los espíritus, pero yo sé que mi madre me vino a ver. La vi tal y como la enterraron. De pie. Y me llamó. Me cogió un pánico horrible. Estuve un mes con una hemorragia constante. Cuando me levantaba a las doce de la noche a

⁵⁵ E7.

⁵⁶ E16.

⁵⁷ «Mi madre murió a los noventa y ocho años. Vivía con mi hermano, que era el heredero. Ella mientras pudo bajaba y pasaba un mes o dos conmigo, aquí en la ciudad. Pero ya luego decía: *Yo no quiero bajar más, porque si me pongo enferma yo quiero morir en el pueblo. Ya no quiero bajar*» (E7).

⁵⁸ E15.

darle el biberón⁵⁹ a la nena veía pasar a mi madre por el pasillo. Cuando yo encendía la luz de la habitación una mano me cogía, una mano helada. Iba por el pasillo y me sujetaba los brazos. Lo pasé muy mal, durante todo un mes. Me cogía como un ahogo de ver aquella sombra que pasaba. No es que yo me lo imaginara, es que era verdad. La muerte de mi madre me afectó muchísimo. Me quedé así de delgada del pánico que me daba moverme, de miedo. La primera noche que vino me llamó dos veces. Yo estaba durmiendo. Estaba de pie, con las manos en cruz, y una mantilla que la cubría así casi la cara. La vi perfectamente. Era verdad. Cuando estaba dando el biberón y miraba para el pasillo la veía pasearse. Yo me moría de miedo»⁶⁰. El impacto de la muerte de un ser querido —sobre todo del padre o la madre— puede ser importante, hasta llegar al caso de esta mujer. Todos esos recuerdos tienden a enfrentarse con la propia muerte, quizás el tabú más importante de la sociedad contemporánea.

LA MUERTE PROPIA

La muerte propia es bien distinta que la muerte de los otros/as. El tabú es reconocido por todos/as. La muerte no es un tema de conversación: «Se plantea un tabú frente a la muerte. Nunca se habla directamente de la muerte. De *tu muerte*. Los ancianos no dicen *yo me moriré*. No lo piensan. Piensan y tienen miedo. No hablan abiertamente»⁶¹. Tampoco expresan claro este miedo, la angustia. Es un tabú incluso para los/as investigadores sociales. El individualismo propio de las generaciones actualmente más jóvenes podría llevar a imaginar y reflexionar sobre la propia muerte. Pero para un joven de esa generación el efecto es el contrario: «Yo creo que no se piensa en la muerte y es tabú porque cuestiona el individuo. Es lo más sagrado ahora. La muerte es la que cuestiona al individuo; lo cuestiona porque se lo carga, vaya. El individualismo —que es la ideología que impera— se ve amenazado por la muerte y prefiere apartarla. Los viejos, la gente más mayor, que quizás no estén tan imbuidos de este individualismo, quizás expliquen esto»⁶². Veamos si es cierto que los ancianos/as pueden explicar el proceso de la muerte propia.

Los ancianos/as que en España se enfrentan actualmente al proceso de morir no sólo han sido socializados en la muerte (han visto bastantes, dentro incluso de su propia familia), sino que, además, han sido socializados en la religión católica (sean o no católicos ellos/as mismos): «Todo lo que te imponen muy machaconamente te acabas rebelando contra ello aunque no quieras. ¡Ostras, España es un país católico y de repente se acaba la transición y las iglesias están vacías! Creyentes pero practicantes ya no hay ni uno. Antes eran cre-

⁵⁹ Dada la época, es posible que el biberón sea un recuerdo inexacto y que se refiera a otra forma de alimentación de su hija.

⁶⁰ E9.

⁶¹ GD3, B.

⁶² GD2, A.

yentes por fuerza. Ir a la iglesia era un acto social. Si eras de clase alta tenías tus bancos. Era mucho de mantener un estatus. Era como una muestra pequeña de la sociedad. Si te clasificaban de ateo era muy malo. Todas las escuelas eran religiosas. Han cambiado, pero la educación que recibieron aún se les nota. Son liberales y más tolerantes, pero en algunos casos lo notas. Les impusieron algunos valores, muy duros, muy estrictos. Después ven que sus hijos han roto con todo, y no les convence. Ellos nunca tuvieron que pensar la religión: estaba ya allí»⁶³. Esa religión que *estaba ya allí* les va a permitir interpretar su propio proceso de morir, si es que su familia les deja participar en su propia muerte. Pero las generaciones posteriores lo van a tener más complicado. Muchas personas ancianas desean no ser un estorbo, no hacer sufrir a sus familiares, no ser una carga para sus seres queridos. Algunos hacen explícito ese deseo de *morir sin estorbar*. Un nieto (varón) lo explica así: «Los viejos tienen muy asumida la muerte. Yo creo que es un tabú para los de cuarenta a cincuenta años. Es una edad buena, que normalmente la persona está estabilizada, y la muerte representa un mal rollo horroroso. Además, es un período en el cual hay mucha preocupación por ataques al corazón, por cáncer. La gente está muy jodida por el tema. En cambio, los abuelos y las abuelas están en un plan: *Lo tengo asumidísimo. No quiero estar mal ni dejar mal a la familia. Ni que me cuiden. Ni sentir dolor. Si sufro un poco o soy un estorbo, me muero tranquilísima. Mi abuela siempre dice: Yo rezo para que un día me quede así, tesa en la cama. Y ningún problema para nadie: ni para mí ni para nadie*»⁶⁴. Es un tema de edad. Los ancianos/as más jóvenes les preocupa la muerte, pero no toman decisiones sobre ella. Los viejos/as contemplan el proceso de morir como más real y cercano, y son capaces de expresar ya preferencias o decisiones.

La *aceptación del proceso de morir* se atribuye con facilidad a las personas ancianas: «Los ancianos aceptan la muerte. Has de aceptar la vida y has de aceptar la muerte, porque es parte de la vida. Cuando eran jóvenes la muerte no la aceptaban tanto. Estaban igual de cagados que nosotros cuando pensaban en la muerte. ¡*Hostias, yo no quiero morir!* Pero según te haces mayor lo vas aceptando que te toca morir un día u otro. Cuando tienes ochenta años piensas: *igual mañana la palmo, o pasado mañana*. Cuanto mayor te haces es más fácil aceptar la muerte, porque la tienes más cerca»⁶⁵. Pero este principio no es tan fácil. Nadie suele querer morir. Vivimos como si nunca fuésemos a morir, incluso las personas mayores.

Una forma de dejar de pensar en el proceso de morir es no llegar a imaginarse como un anciano/a. Los/as jóvenes tienen serias dificultades de verse como ancianos/as: «Yo cuando pienso en la muerte no pienso para nada en la enfermedad. Pienso en accidente o algo súbito. Yo siempre he tenido la manía de que me moriré de joven. No sé si es por el hecho que *yo no me imagino de*

⁶³ GD9, B.

⁶⁴ GD2, A.

⁶⁵ GD10, A.

vieja. Me da la sensación de que no llegaré a vieja, que me moriré de joven. Pero tampoco es que piense *Te vas a morir la semana que viene*. Tampoco me preocupa»⁶⁶. No se imaginan de ancianos/as y tampoco reflexionan cómo van a morir de adultos. La muerte se escamotea. Los seres humanos no vivimos nuestro nacimiento ni nuestra muerte, por lo que imaginar ambas experiencias es difícil. Incluso puede ser considerado como una enfermedad mental o una perversión.

Antes, el casamiento, al ser casi obligatorio y monógamo, suponía no sólo una unión para tener hijos/as, sino también para morirse. Uno elegía la persona con la que quería hacerse viejo y morir (sobre todo los varones). Este ya no es el caso: «Lo que ha cambiado es que ahora está mucho más aceptado que no es la primera pareja la que se muere contigo. La vida es muy larga y hay diferentes parejas. A lo mejor tienes hijos con una de estas parejas o no tienes nunca. El matrimonio te puedes equivocar, dejarlo, y volver a comenzar. ¿Qué número de parejas? Eso es lo difícil de saber. Todo el mundo termina viviendo en pareja, con hijos o sin hijos»⁶⁷. Eso produce que el tabú de la muerte se incremente, pues el *amor* no se identifica con la *muerte*. Una persona se enamora de otra, pero seguramente muere en brazos de otra distinta. Este proceso no suele indicarse, incluso no se suele tener en cuenta, y, sin embargo, tiene más importancia de lo que parece.

El suicidio no es un pensamiento extraño. Bastantes personas lo piensan alguna vez, aunque se matan pocas. Pero si la muerte accidental es tabú, el suicidio aún más. Algún joven (varón) confiesa: «Prefiero evitar pensar en la muerte. Todo lo que sea pensamientos así tristes es mejor no pensar. De momento no tengo ningunas ganas de morirme. Algunas temporadas dices: *Ahora acabaría con todo ya*. Luego lo piensas: *Lo que me queda por ver y tal*. Con mis amigos todos en algún momento u otro hemos pensado. No sé si es que somos degenerados, o que a lo mejor las cosas no nos van tan bien como deberían de ir. Siempre lo piensas. Empiezas a plantear el suicidio en primero de BUP. Un compañero se tiró de una ventana. En una familia igual que la tuya, vivía cerca de tu casa. Era tope de cercano, no sólo porque lo conocieras. Tenía los mismos problemas que tú. Si el fin de semana pillaba unas curdas, las pillaba contigo. Te lo planteas. Esporádicamente y tampoco muy en serio. Si no ya lo hubieras hecho»⁶⁸. Automatarse se suele pensar como un acto ilegal, inadecuado, de locos/as. No se suele entender ni debatir como un acto racional. Quizás la generación más joven incorpore ese nuevo significado.

La *eutanasia* no es tampoco un debate profundo en la sociedad española. Poquísimas familias se plantean esa posibilidad: «Yo creo que cuando tienen cuarenta años están a favor de la eutanasia; cuando tienen sesenta, según qué casos; pero cuando tienen ochenta no están a favor de la eutanasia ni de nada.

⁶⁶ GD2, A.

⁶⁷ GD12, B.

⁶⁸ GD1, C.

Mi suegra la hemos tenido muy enferma y siempre dice: *Yo como esté como hasta ahora...* ¡Y mira que está pocha! Ya se habría muerto no sé cuántas veces. Pero siempre se agarra al último clavo ardiendo. *Yo mientras vaya así, yo, al menos si puedo durar dos o tres añitos más...* Cada año dice si puede durar dos o tres añitos más. Lo que no quiere es enfrentarse que se le acaba el camino. Ella lo sabe, y es consciente de que se le acaba. Pero es que enfrentarse a la recta final...»⁶⁹. La sociedad española sigue ocultando a los/as moribundos que se están muriendo, y así el debate de la eutanasia se escamotea. Sólo algunos entrevistadores/as reconocieron haber tratado el tema: «Para mí es más tabú lo de la *muerte* que no para las personas que entrevistaba. Incluso ellas me han hablado de esto sin que yo les preguntase apenas. Me han llegado a decir que cuando ellas tengan una cierta edad y no puedan manejarse por sí mismas pues que optarán por la eutanasia. La gente cuando se acerca a una determinada edad piensa sobre la muerte, y lo tiene asumido»⁷⁰. La afirmación es un poco exagerada; pocos españoles/as tienen asumida su muerte.

La *juventud* actual no se plantea mucho el futuro, así que se piensa muy poco en la muerte. «No tengo ningún problema con la muerte. Considero que si la persona ha sido buena pues estará bien, y si ha sido mala pues pasará lo suyo. Considero que pensar en la muerte es deprimente. No tengo miedo a la muerte. Considero que la muerte no pasa nada por morirte. No tengo que pensar en ella. Cuando venga vendrá. Me gustaría morirme de viejo pero viviendo normal, sin depender de residencia. Morirme de muerte natural. Pensar en el dolor no lleva a ningún sitio; o sea que no pienso»⁷¹. El estereotipo es ya conocido, igual que en otras generaciones: muerte natural, súbita, sin dolor, mejor durmiendo. Pero algo es distinto en esta generación. Sí que hay jóvenes que piensan en la muerte; pero no de viejos/as, sino ahora, como consecuencia de un suicidio: «Pienso en la muerte, porque a veces es la salida más rápida a muchos problemas. No creo en que haya nada después de la muerte. Por lo tanto, cuando tienes problemas te planteas decir: *Mira, lo dejo todo, y ya está*. Pum. Cuando me muera no habrá nada. Cuando digo nada es nada. Por lo tanto, ni me voy a enterar, ni voy a sufrir, ni nada. Voy a morir y ya está. Y se va a acabar. Me voy a pudrir y me van a olvidar. Si ahora para mí la muerte no es una salida es por la gente que dejo aquí. Si cuando fuese viejo estuviese solo la muerte sería la mejor salida»⁷². Otros piensan ya en el suicidio: «La muerte para un joven no es tan lejana. Todos los jóvenes pensamos en la muerte por medio del suicidio. Una cosa muy cercana al joven. (Si esto sólo me pasa a mí estoy loco.) Buscaría un suicidio que no me supusiera mucho dolor. No lanzarme desde un piso o así. Sino algo como hacían los romanos: una bañera caliente y se cortaban las venas. Así se morían rápidamente»⁷³. Lo que es imaginación no falta.

⁶⁹ GD3, B.

⁷⁰ GD2, A.

⁷¹ E77 (es una transcripción literal de la entrevista 77).

⁷² E82.

⁷³ E83.

El modelo típico de reacción sobre la muerte es no pensar nunca en ella, cuando llegue llega, de viejo/a a ser posible, natural, súbita, sin sufrir, durmiendo: «Se nace para saber que has de morir. En general no pienso en la muerte; pocas veces. Sólo cuando me veo en un momento de estos apurados dices: ¡*Hostias!* Te das cuenta que el peligro está ahí. Pero muy pocas veces pienso en la muerte. Me gustaría morir de viejo. Una muerte tranquila, rápida, sin dolor. No me gustaría morir joven. El dolor es una cosa que no se la deseo a nadie. Yo es que enseguida siento dolor. Sólo con una inyección ya lo paso mal. Pero, claro, *no hay placer sin dolor*»⁷⁴. Esta frase final valdría la pena analizarla con más detalle con una perspectiva psicoanalítica.

El modelo estándar de la muerte de un no-creyente es el siguiente: «A mí la muerte no es algo que me preocupe especialmente. Moriremos todos. Desde que nacemos estamos marcados por la muerte. Todos estamos marcados por ella. No es una cosa que me angustie especialmente. Tampoco creo que una vez muerto vaya a ningún paraíso. Una vez muerto estaré igual que estaba antes de nacer. O sea que no sé nada. No es algo que me preocupe especialmente. Sí me preocupa el dolor, y el proceso que va desde mi decadencia a mi muerte. Estar sufriendo esperando esta muerte sí que es desagradable, que no me gustaría pasar. Me gustaría una muerte rápida, sin un proceso degenerativo constante. Preferiría un día estar la mar de bien y al día siguiente ya no despertarme»⁷⁵. Una mujer de la misma edad (17 años) mantiene una opinión similar: «No pienso en la muerte. De verdad que no. A todos nos asusta la idea de morir y desaparecer. Por eso buscamos alternativas como pensar que después de la muerte existe algo. O que quizás nos reencarnemos en algo. Yo creo que simplemente desaparecemos y eso es muy duro de pensar. Simplemente no lo pensamos. Me gustaría morir en la cama, durmiendo. Nunca sabes cómo vas a morir ni dónde. Todos luchamos para intentar llenar nuestra vida, todos nuestros huecos. Hay que vivir hasta el último momento»⁷⁶. Se ve la muerte con frialdad, lejana, sin angustia todavía. Otra cosa es cuando de verdad se vaya acercando a esta generación. No sabemos bien cómo van a reaccionar.

Es fácil ser ahora un/a decidido defensor de la eutanasia en el caso de que no haya una buena calidad de vida: «Lo que pienso ahora es que me gustaría tener una muerte natural y repentina, cuando ya comience a ser mi estado psíquico y físico lamentable. Si llego a los ochenta y cinco en un estado de conservación malo pues supongo que querré vivir (cosa que ahora no desearía). Más vale matarse que vivir en condiciones lamentables»⁷⁷. También esta mujer prefiere la eutanasia: «A veces pienso en la muerte. Pero no me da miedo. Me gustaría morirme de golpe, en un accidente. Yo agonías y todo esto, nada. Y si me tengo que estar muriendo durante tres meses de cáncer de huesos, a mí que

⁷⁴ E72.

⁷⁵ E84.

⁷⁶ E86.

⁷⁷ E78.

me den una inyección. El dolor, el sufrimiento y todo esto me aterroriza. Es que no lo soportaría»⁷⁸. Es una generación que rechaza el dolor, el sufrimiento.

Se es partidario/a de la muerte repentina, sin saber lo que ocurre: «Sólo pienso muy de tanto en cuanto en la muerte. Sólo cuando estoy hecho caldo. Pero no. Me gustaría morirme de forma natural, y sin saber, sin que me diagnosticaran un cáncer ni nada. Yo me voy a dormir y ya está. En la cama y paro cardíaco. Sin dolor, sin sufrimiento, y sin conocimiento»⁷⁹. Se desea una muerte súbita e indolora (también en el caso de una mujer): «Es un tema que no me preocupa. Me gustaría morirme sin que me diese cuenta. No me imagino estar enferma y estar padeciendo. Eso sí que no me gustaría en ningún momento. Estar trabajando o estar durmiendo y al día siguiente estar muerta. Y punto. Algo inmediato. Padecer en un hospital me preocupa muchísimo»⁸⁰. No queda claro lo que se entiende por muerte natural. Es una frase hecha, pero que incluye el no padecer; aunque no haya nada más natural que el dolor y el sufrimiento.

Les preocupa sobremanera el dolor: «La vida es tender a la muerte. Hay que disfrutar de la vida para por lo menos cuando llegue ese momento decir que (en la medida de lo posible) he hecho lo que más me gustaba o creía más conveniente en cada época. No me gustaría sufrir. Una muerte dolorosa eso sí que no me gustaría tener. Morir por vejez, sin mucho dolor ni mucho sufrimiento. Que no me doliera mucho. Que fuera una muerte rápida. Me preocupa más la salud que no la muerte en sí»⁸¹. En cambio, otro joven se preocupa más por el dolor de sus familiares y amigos/as: «Pienso a veces que puedes morirme, pero no soy de esos que está pensando que se tiene que morir siempre. Que se amarga con esa idea de que algún día dejará de existir. No es mala idea pensar a veces que te puedes morir. Pero tienes que arriesgarte, y vivir tu vida. Me gustaría morir tranquilamente en la cama, durmiendo, sin sufrir más que nada. Me preocupa el dolor que ocasiona a mis seres queridos que yo muera. No que yo muera en sí. Temo la muerte de los demás más que mi propia muerte»⁸². Es una actitud generosa e idealista, extendida entre la juventud actual.

La sociedad actual elimina el dolor, y el sufrimiento lo convierte en un tabú. El hedonismo de la generación joven les lleva a rechazar el dolor. «Hace un par de años la muerte me preocupaba bastante. Ahora ya no. Cuando llegue ya veré. Ahora es mucho más fácil no sufrir. Pero el dolor es bueno porque no sufrir es demasiado fácil. Crea borregos. La sociedad del bienestar es algo que envilece al individuo. Implica no sufrir, gozar de la vida, divertirse mucho con las opiniones que se te ofrecen, tampoco irse demasiado del camino trazado. Es todo demasiado fácil. En teoría, es algo como muy sencillo de llevar a cabo:

⁷⁸ E76.

⁷⁹ E78.

⁸⁰ E71.

⁸¹ E80.

⁸² E79.

estás unos años, después de repente te jubilan pero te dan ofertas de ocio. Yo creo que el dolor o el sufrimiento casi casi se quiere eliminar. De vez en cuando se te ofrece. Pero simplemente es para enseñarte cómo son los enfermos terminales. Para decirte que tú no serás así. Que eso sólo les pasa a unos cuantos. La gente está muy mal criada, muy mal acostumbrada»⁸³. La muerte, como todo, se ha comercializado. Sólo se mueren y sólo sufren los otros; a ser posible, por la tele.

Hay quienes mantienen una actitud casi chulesca —aunque igualmente fatalista— ante la muerte, imaginando una lucha hasta el final: «Yo de viejo me veo cachondo total. No; me veo bien. Si llego. Lo único es que me daría mucha pena que mis hijos me metiesen en algún asilo. Antes cojo yo y me voy. Me veo bien, tranquilo, reposado, esperando que vengan a recogerme con el *plumier*. ¡Lo tengo tan asumido! No puedes hacer nada. Se ha de vivir hasta que el cuerpo pete, o hasta que digas basta. ¡Se ha de vivir!»⁸⁴. Una joven de diecisiete años se ve a sí misma luchando hasta ese final: «A los ochenta años me veo arrugada. Pero me gustaría seguir siendo yo misma; no quedarme sentada en una silla esperando mi muerte. Me gustaría luchar hasta el último momento. No me gustaría acabar sola. Creo que eso debe de ser una de las cosas más tristes»⁸⁵. Es una generación individualista pero que prefiere morir acompañada. El problema es que habrá que esperar hasta el año 2057 para poder comprobarlo.

Se dice que la experiencia es la madre de la ciencia. En *la madurez*, cuando las personas se hacen mayores, consideran —progresivamente— a la muerte cada vez más cerca. Empiezan a pensar sobre la muerte. Pero entonces ya se han acostumbrado a considerar a la enfermedad y muerte como temas tabú, de los que no se quiere hablar, o que no se pueden explicar: «La muerte cada vez la veo más cerca. La sigo viendo como la gran incógnita. Es el paso en falso, es el desconocido total. Es el único concepto que todo el mundo puede entender con referencia a los demás pero no con referencia a uno mismo. Es muy difícil de sentirlo como algo propio. Es algo que sucede fuera de ti pero es muy difícil adaptártelo a ti mismo. Me gustaría morir durmiendo. Es más miedo al sufrimiento que a la muerte. No me gustaría morirme ni en una UVI ni en una residencia. Me gustaría estar cuidada por mis hijos»⁸⁶. Es un proceso que no se puede entender, y que se convierte en tabú, del que no se quiere hablar: «Yo no pienso en mi muerte. Este tema no. Esto no se puede hablar. Yo cuando venga mi hora me moriré. Pero yo no pienso en la muerte; no, no, no. Que piense otro, quien quiera, pero yo no. Yo cuando venga mi hora, bienvenida sea. Ya está. Y si me matan, ya está. Pero yo no, yo no pienso nada, no, no. Es que esto no es agradable hablar. De la muerte, no. A nadie le gusta»⁸⁷. Otros

⁸³ E81.

⁸⁴ E79.

⁸⁵ E86.

⁸⁶ E48.

⁸⁷ E47.

muchos no quieren ni pensar en la muerte: «No pienso muy a menudo en la muerte. Pienso pero me lo saco de la cabeza. Pienso que cuando tenga que venir ya vendrá. De golpe, que no me entere»⁸⁸. Es una reacción típica de esta generación, que entiende que la muerte está relativamente próxima, pero todavía no se ha decidido a pensar en ella, como sí lo hace la generación anciana.

A la mayoría de las personas les da miedo la muerte: «Pienso en la muerte. Me da pánico. Procuero sacar este pensamiento porque me da mucho miedo, me da miedo, la muerte realmente me da miedo. Cuando murió mi padre estuve hasta el último momento con él. Pero cuando murió no quise verlo, ni lo vi muerto. No me interesa. No me gusta ver los muertos. No me gusta la muerte»⁸⁹. Es una reacción explicable, pero que puede tener consecuencias negativas (aceleradoras del proceso, por ejemplo); como esta mujer de 51 años, de clase baja, que cree tener una enfermedad pero no va al médico porque le da miedo: «Pienso muchas veces en la muerte. Además, me preocupa. Tengo miedo. A mí como las enfermedades de mi padre y de mi marido me han marcado tanto... Yo antes no era así, y ahora pienso muchas veces: una enfermedad de éstas, y que me puede pasar algo. No quiero, pero pienso mucho. Aquí tengo un bultito también, pero me da miedo de ir al médico. Tengo pánico. No quiero saber nada. De verdad. Me pienso, me toco, no quiero pensar. Tengo pánico de lo que me van a decir. Tengo miedo»⁹⁰. La explicación del *miedo a saber* es clara, mostrando aspectos de irracionalidad o de fatalismo ante una posible enfermedad grave.

Las visiones religiosas de la muerte en esta generación son ya escasas. Hay algunas visiones peculiares, como la siguiente, que es protestante: «La muerte no me preocupa porque entiendo desde el punto de vista como cristiano de que la muerte es una realidad que no tan sólo es el momento en que se llega al cadáver. La muerte ya existe desde la vida. Nuestra vida es una confrontación, una lucha dialéctica, entre vida y muerte. La muerte siempre tiene la victoria. Pero que hay una forma de solucionarlo, y para mí éste es el mensaje cristiano: hay vida que vence a la muerte, y esta vida está en Cristo. Pero no como idea sino como una vida diferenciada, una vida que se tiene que ir mostrando. Yo sé que hablar de cristianismo y hablar de Cristo pues no es muy agradable»⁹¹. Es, además, poco frecuente en esta generación. La visión generalizada es la de la muerte agnóstica o atea: «No he pensado nunca en la muerte. Me muero y ya está. No creo en nada. No soy católica. Yo no pienso en la muerte. La muerte se acaba y se ha acabado. No hay un más allá. Lo único que me preocupa de la muerte es que antes de la muerte no sea un rollo para los demás ni para mí

⁸⁸ E50.

⁸⁹ E46.

⁹⁰ E41.

⁹¹ «En nombre de Cristo, en nombre de Dios y en nombre de la religión se han hecho las barbaridades más grandes de la historia, y se seguirán haciendo. Pues yo no lo entiendo de esta forma. Entiendo el cristianismo de seguir a Jesús, el que dijo: *Yo soy el camino, la verdad y la vida. El que me sigue a mí tiene vida eterna*. Este es el camino que yo quiero seguir» (E42).

misma»⁹². No se quiere hablar de la muerte, da miedo, preocupa el sufrimiento y el dolor.

A bastantes les angustia el dolor, la posibilidad de quedar inválidos/as, pero no la muerte en sí: «La muerte no me preocupa lo más mínimo, en absoluto, jamás. Nunca me ha preocupado en absoluto la muerte. Lo que sí me preocupa es estar impedido. Me preocupa y me horripila. La muerte, en absoluto»⁹³. Lo peor es la invalidez: «El día que tenga que venir, que venga. No es una cosa que me dé miedo. Lo que me daría miedo es tener una enfermedad muy larga, y sobre todo verme incapacitada y ver que dependo de los demás. Eso no me gustaría. Preferiría morirme antes que estar postrada en una cama, y que los demás tengan que hacer todo. No sé si cuando estás en ese estado eres consciente. Eso es lo peor. El día que me tenga que morir, pues morir y adiós»⁹⁴. El fatalismo es una actitud prevalente en la sociedad española. Se considera la enfermedad o la muerte como inevitables. Pero se tiene un miedo especial al sufrimiento físico: «En la muerte pienso muy poco. A morirme no le tengo ningún miedo. Sí tengo miedo a cómo me voy a morir: si voy a sufrir o de qué manera me voy a morir. Pero a morirme e irme al otro barrio no tengo miedo. Me gustaría morir de *accidente* o de *repente*. Por no tener que sufrir, porque lo que me da miedo es el dolor físico. Y el ser una carga para los que me tienen que cuidar. El batacazo que te das cuando se te muere alguien de repente es muy fuerte; pero es mejor que años muriéndote en la cama sufriendo, imposibilitado, y que estás dando trabajo a los demás. Al dolor físico le tengo miedo y terror. A la muerte en sí no le temo nada»⁹⁵. La *generación del 68* no demuestra una preocupación trascendental por la muerte (hay poquísimas referencias a temas escatológicos o religiosos), pero muestra una aversión especial por el dolor, el sufrimiento y, sobre todo, la invalidez.

Los que sufren son en realidad las personas que siguen viviendo: «Lo mejor es morirte en el momento en que empieces a estar decrépito. Si tuviera que morirme mañana, pues mañana. La gente dice: *Pobre el que se muere*. El que se muere, nada. Si eres creyente porque piensas que obviamente tendrás otra vida mucho mejor que ésta. ¡Qué mejor que morirte! Si eres no creyente: pues adiós muy buenas y se ha acabado. El que lo pasa mal es el que se queda, no el que se va: la viuda desconsolada, los hijos desconsolados. Pero el que se va: o se va a una vida mejor, o no se va a ningún lado. Por lo tanto, que se olviden de él»⁹⁶. El razonamiento es (aparentemente) perfecto: o se tienen creencias religiosas y no pasa nada, pues se sigue «viviendo» en la otra vida, o no se cree y no se enteran. Pero la realidad no es tan simple.

Esta generación madura es mucho más favorable a la eutanasia: «No pienso

⁹² E43.

⁹³ E40.

⁹⁴ E49.

⁹⁵ E51.

⁹⁶ E44.

en la muerte. No me preocupa. Sería partidario de la eutanasia pasiva y activa. Me gustaría morir sin sufrir, y sin hacer sufrir a nadie. No he pensado nunca cómo voy a morir. Todo el mundo prefiere morir en la cama, y rodeado de la familia, y de golpe»⁹⁷. Se rechaza mayoritariamente la agonía como paso previo a la muerte: «Me gustaría morirme durmiendo. Que no despertara. Si me tengo que morir de una enfermedad mala (o lo que fuera), que no me enterara. Porque eso de la agonía es malísimo. Pensar que te encuentran mal, y cada vez peor, y cada vez peor... Yo creo que una persona así tendría que morirse sin enterarse»⁹⁸. Hay una aceptación implícita de la eutanasia.

Sin embargo, un varón (de 49 años) de esta generación es capaz de elaborar un discurso más articulado: «No pienso en la muerte como algo horrible y horroroso. Me gustaría morirme con el tiempo suficiente para verla venir, y dejar todo como muy preparadito (tanto personalmente como hacia los míos), pero tampoco una cosa muy larga. Ni pumba, accidente de coche y fuera, ni... Vamos, *la muerte perfecta* que se decía, pero sin dramas excesivos: un par de días y fuera. Reivindico incluso el suicidio o la eutanasia. No hay derecho que se esté sufriendo excesivamente cuando no hay remedio. Lo difícil es encontrar el punto exacto y el momento de no retorno. Hay que ir con mucho cuidado»⁹⁹. La muerte perfecta no es súbita, tampoco larga. Algunas personas prefieren una muerte que les permita arreglar los asuntos terrenales, que les permita entender su propio final. Es una postura moderna, avanzada, que supera los miedos irracionales de la *generación del 68*, y los deseos de acabar fulminantemente, característica de la *generación de la Guerra Civil*.

No existe la *muerte ideal*. Se dice que los ancianos/as se desayunan leyendo las esquelas en los periódicos. Es una costumbre que las personas más jóvenes consideran inexplicable e incluso injustificable, además de ser una actitud morbosa. Las personas ancianas piensan a menudo en la enfermedad y muerte. Es lo contrario que el resto de la población, para los/as que el tema de la muerte es tabú. «Pienso muy a menudo en la muerte. Es verdad, todo el mundo pensamos en la muerte a nuestra edad. Cuando era joven yo no pensaba en la muerte. No se te pasaba ni por la cabeza pensar que te podías morir. Pero ahora claro que pienso que me puedo morir»¹⁰⁰. En la ancianidad es un tema de conversación normal hablar de enfermedades y de conocidos/as que mueren. Hay las personas que no creen, y consideran que «la muerte es una cosa agradable. Por lo menos para mí. Hay personas que son muy religiosas y consideran que luego existe otra vida. Pero yo, la verdad, esta creencia no la tengo. No me gusta pensar en la muerte»¹⁰¹. Y hay los/as que rezan a Dios: «Me gustaría morir bien. Que Dios me acoja si es que he sido buena. Yo cada día rezo por todos: por mis nietos, por mis hijas, por mis yernos. Siempre rezo. Pero no

⁹⁷ E45.

⁹⁸ E41.

⁹⁹ E44.

¹⁰⁰ E13.

¹⁰¹ E17.

sé si Dios me escucha o qué»¹⁰². Aunque las personas ancianas tienen siempre dudas sobre su futuro.

Lo que está presente es un miedo claro al dolor, al sufrimiento: «El dolor y el sufrimiento es lo que más me preocupa. Para mí lo ideal sería ponerme a dormir y no despertarme. Es decir, meterse en la cama sin miedo y no despertarse. El tener una enfermedad con dolor, con sufrimiento, es lo más terrorífico que te puede pasar. Esperar la muerte encontrándote que te duele todo tiene que ser tremendo»¹⁰³. El estereotipo es una muerte indolora y súbita. Pero la realidad es que muchas personas ancianas ya sufren dolor: «Pienso en la muerte cada día. Rezo para que Dios se me lleve; cuanto antes. Ya estoy harta de este mundo. Me gustaría morirme durmiendo. Sin dar guerra a nadie. No me preocupa el dolor porque ya lo tengo. Más dolor que tengo yo no me creo que tengan otras personas antes de morirse. Yo tengo mucho dolor; lo que pasa es que tengo un carácter muy animado, y me voy tomando calmantes, y voy chutando. Pero lo paso muy mal, particularmente por las noches. Tengo calambres por todo mi cuerpo»¹⁰⁴. Muchas personas ancianas se acostumbran al dolor, a vivir con sufrimiento. Es algo que viene poco a poco, con lo que conviven.

Pero si hay mucho dolor o sufrimiento, o simplemente se es una persona muy anciana, a veces se expresa el sentimiento de que ya se ha vivido lo suficiente: «No pienso mucho en la muerte. Cuando llegue llegó. Ya está. A lo mejor se pasa muy bien al otro lado; eso no lo sabemos. Siempre es una novedad lo desconocido. Quién sabe. Hay que aceptarla como es. Yo lo único que me da miedo es a una enfermedad, una enfermedad cruel que me haga padecer. Pero si me acuesto y ya no me despierto, ¡mira qué bien! En el otro lado algo hay, así que vería cómo va. No me asusta eso. No pienso. Y ya más con los años que tengo. Pero ya a mis años he vivido bastante. He saboreado de todo. No me pasa nada con perder»¹⁰⁵. Insistentemente, el ideal de la muerte es súbita e indolora. Es un estereotipo que no se razona, ni se compara con otras posibilidades. Es una solución fácil a una angustia vital importante.

Muchos ancianos/as quieren morir tranquilos, expresando la preocupación de que no quieren estorbar a nadie, no desean dar trabajo a nadie, menos aún a sus seres más queridos: «Pienso a menudo en la muerte. Mucho. Y la veo que cualquier día se puede presentar. La considero muy natural. Me gustaría morirme no dando mucho trabajo. La muerte ideal es la de mi mujer: en un segundo. Y la de mi madre. No me gustaría sufrir, si puede ser, ni dar jaleo. Que te has de morir lo veo clarísimo, lo veo normal. Yo lo que no quisiera es dar jaleo. No quisiera molestar yo. No quiero ser gravoso a nadie. Quiero se agradable, si es posible»¹⁰⁶. Esta generación sacrificada lo es también respecto de su propia muerte.

¹⁰² E7.

¹⁰³ E18.

¹⁰⁴ E9.

¹⁰⁵ E4.

¹⁰⁶ E2.

Varios de ellos/as consideran que no vale la pena vivir mal: «Hacerme mayor no me da pena, siempre y cuando no me dé mucha faena. Para hacerme mayor y estar postrado en una cama, más vale morir. Si uno se hace viejo, o se hace mayor, y caminas, te vistes, comes y te aseas puedes vivir. Ahora, si vives para no vivir y das mucha faena, esto tampoco es vivir ni dejar vivir a los demás. Entonces vale más morirte»¹⁰⁷. Se ofrece así una definición de calidad de vida física. Sin embargo, la mayoría de los ancianos/as lo que quieren es seguir viviendo, aun cuando la calidad de vida disminuya: «No pienso en la muerte. Lo único que digo siempre es que si me dicen que mañana me tengo que morir, pues muy bien. Y si no, vayan pasando días. Ya vendrá. Pero no pienso. Todo ha salido bien; últimamente con el cáncer en las cuerdas vocales. Pero por ahora parece que sale bien. Pues que vaya tirando yo. Con todo eso ya me doy cuenta de que no sirvo para nada. Pero mira, ¡voy haciendo! ¡Voy tirando!»¹⁰⁸. Los sociólogos/as hablan insistentemente de calidad de vida, y de que no merece la pena vivir cuando la calidad de vida es muy baja. Pero la experiencia es que los ancianos/as se agarran a la vida aunque la calidad de vida descienda mucho. Como los médicos/as saben, los/as pacientes se dejan hacer de todo resignadamente.

Antropológicamente se suele diferenciar entre una *buen*a muerte y una *mala* muerte. Una buena muerte se entiende que es «con las botas puestas», es decir, en plena actividad y de forma súbita. Para un anciano, este morir con las botas puestas implica un final suave: «En el futuro, no espero hacer nada. Que tenga una corta enfermedad y una buena muerte. Yo no pido más que eso. Que no dé trabajo a mis hijos ni a nadie»¹⁰⁹. Esta visión es repetida por muchos/as, añadiendo que lo mejor es morir se está durmiendo: «Pensar en la muerte, sí que pienso. Pienso que lo peor sería una larga enfermedad, como tuvieron mis abuelos (sobre todo la abuela paterna, que fue horroroso). No lo quisiera. Por las noches rezo para que si no me tengo que levantar pues estaría contenta. Como yo he visto tantas muertes (la muerte de mis padres, de mis abuelos, de mis hermanos, pues que he quedado yo la última de todos), pues eso me ha afectado mucho»¹¹⁰. La muerte ideal es dormido: «A mí me gustaría morirme rápido. Sin que me moleste yo, ni molestar a nadie. Quedarte dormido y pumba»¹¹¹. Otros/as están a favor de este morir durmiendo y, además, que luego les cremen: «No pienso en la muerte. Siempre digo que me quemen, que no me metan en el agujero. Eso sí que no. Que a mí los bichos me dan mucho miedo. Me gustaría morirme como creo que todo el mundo desea: echar a dormir y no despertarse. La mejor muerte es ésta: acostarse y no despertarse. Más que por no sufrir, por no dar trabajo. Para evitar que nadie tenga trabajo conmigo. Pero esto es una cosa que no se puede esco-

¹⁰⁷ E14.

¹⁰⁸ E5.

¹⁰⁹ E7.

¹¹⁰ E3.

¹¹¹ E13.

ger. Viene cuando viene»¹¹². Hay una actitud —lógica— fatalista respecto de la muerte. Uno/a es poco protagonista de su propia muerte, pero, además, se renuncia a ese protagonismo en favor de una muerte no esperada, de la que no se es consciente.

Hay personas ancianas que expresan directamente que desean morir: «Ahora tengo artrosis degenerativa, tengo calambres, tengo las piernas mal. Yo lo que quiero es morirme; cuanto antes, mejor. No salgo a ninguna parte. Me estoy metida todo el día en casa. Tengo un abuelo en casa —mi marido— que está enfermo de Parkinson. Me da muchísimo trabajo. Mis huesos se quejan mucho. Mi vida muy mal, muy mal, muy mal. Porque no me deja dormir ni de noche ni de día, y me da mucho que hacer. Mucho. Por lo tanto, mi vida, mis próximos años (no creo que sean muchos), ya estoy desesperada. Fatal»¹¹³. Es una situación dramática.

Algunas personas piensan incluso en la posibilidad del suicidio. El caso de esta anciana es un suicidio premeditado llamativo: «No tengo futuro yo. ¡A los setenta años voy a tener futuro! El problema es éste: la vitalidad de la cabeza no está de acuerdo con la del cuerpo. Ahora estoy sola. Pero nunca me siento sola yo. Pinto cuadros, leo, escucho música, muchas cosas. No me aburro nunca. Me moriré pronto, ¡y hay tantos libros por leer! No los podré leer, y me sabe mal. Tengo ratos buenos. Me pongo música sinfónica, haciendo media o leyendo. Soy feliz, me siento bien. Me sabe mal morirme. No tengo miedo. No quiero morirme. Pero no estoy obsesionada con la idea de la muerte. A veces le digo a la perra (porque, claro, como no hay nadie aquí): *Pronto nos vamos a morir las dos: ¡Qué le vamos a hacer!* Estas paredes tienen ciento veinticinco años, son más viejas que yo, pero las quiero. Me sabría mal marcharme de aquí e ir a morir a otro sitio. Me gustaría morir aquí. Le digo a la perra: *Me mataré.* ¿Pero cómo la mato yo a ella? Entonces le digo: *Nos vamos a colgar.* Primero colgaré a la perra, y luego me colgaré yo. ¡Entonces cuando entren se encontrarán con los dos fiambres aquí colgados!»¹¹⁴. Es un relato impresionante de una anciana cuya mejor compañía es su perra, hasta el punto de hablar con ella diariamente. La anciana piensa en un suicidio doble.

Otras viejecitas piensan en el sacrificio final: «Que sea lo que Dios quiera. Como ya he dado mi cuerpo a la Universidad para que me hagan trozos y lo estudien, tanto me da. A mi edad ya no puedo dar los ojos, ni esto, ni lo otro, porque ya no lo quieren. En cambio, yo he cedido mi cuerpo a la Universidad. Tengo un papel firmado, tengo la tarjeta, y todo. El día que yo me muera mis hijos que llamen, que vengán a buscar mi cuerpo. Que me lo destrocen. Que uno estudie los huesos, otro la cabeza, que el otro estudie el pie. Una vez muerto, ¿un cuerpo para qué vale? ¿Para que me lo entierren allí? No vale la pena. En cambio, si puede servir para algo, para estudiar, pues que

¹¹² E10.

¹¹³ E9.

¹¹⁴ E12.

estudien»¹¹⁵. Es una buena muestra del sacrificio final de la generación de la Guerra Civil, que dieron todo por las generaciones siguientes, se entregaron en cuerpo y alma. Es una forma de asumir la muerte propia. Es el último deseo.

BIBLIOGRAFÍA

- Aging and Society*. Es la revista publicada por Cambridge University Press desde 1980. The Journal of The Centre for Policy on Ageing and The British Society of Gerontology. Es importante consultar los últimos números.
- ALBERDI, Inés, y ESCARIO, Pilar (1988): *Estudio sociológico sobre las viudas en España* (Madrid: Siglo XXI), 122 pp. Es parte del estudio doble —cuantitativo y cualitativo— de las viudas en España, realizado con un enfoque sociológico. Aporta datos e ideas valiosos.
- ALTARRIBA, Francesc X.; CAMMANY, Rosa, y COROMINAS, August (1989): *La tercera edad* (Barcelona: La Vanguardia), 63 pp. Es el número 6 de la conocida colección de Guías. Es un manual de difusión popular (se regalaba con el ejemplar dominical del periódico *La Vanguardia*) interesante. Incluye temas de ancianidad relacionados con nutrición, sexualidad, rehabilitación, familia, ocio, instituciones e incluso unas «normas básicas para envejecer mejor».
- ALVAREZ, Carlos; BUXÓ, M. Jesús, y RODRÍGUEZ BECERRA, Salvador (eds.) (1989): *La religiosidad popular*, vol. 2: *Vida y muerte: La imaginación religiosa* (Barcelona: Anthropos y Fundación Machado), 637 pp. Incluye diez trabajos sobre «La muerte y su entorno».
- ARIÈS, Philippe (1974): *Western Attitudes Toward Death: From the Middle Ages to the Present* (Baltimore: Johns Hopkins Press), 111 pp. Son cuatro conferencias en The Johns Hopkins Symposium in Comparative History, en abril de 1973, sobre la visión histórica de la muerte propia y la de otras personas en Occidente, así como las razones del tabú actual sobre la muerte.
- (1981): *The Hour of Our Death* (Londres: Penguin).
- (1982): *La muerte en Occidente* (Barcelona: Argos Vergara).
- ARISTÓTELES (1962): *Del sentido y lo sensible y De la memoria y el recuerdo* (Madrid: Aguilar), 99 pp. Es traducción del griego de Francisco de P. Samaranch. *De la memoria y el recuerdo* aparece en las pp. 81-98.
- BARENYS, María Pía (1991): *Residencias de ancianos: Análisis sociológico* (Barcelona: Fundació Caixa de Pensions), 191 pp. Estudio premiado sobre los ancianos/as en residencias en el ámbito catalán. Investigación con un enfoque netamente sociológico.
- BAUMAN, Zygmunt (1989): *Modernity and the Holocaust* (Cambridge: Polity).
- (1992): *Mortality and Immortality and Other Life Strategies* (Cambridge: Polity Press). Uno de los libros sociológicos teóricos más importantes sobre el tema de la muerte. Intento de reinterpretación del proceso de morir, ser moribundo y muerte desde la postmodernidad. Es un libro central.
- (1995): *Life in Fragments: Essays in Postmodern Morality* (Oxford: Blackwell), 293 pp. Es continuación de *Postmodern Ethics* (Blackwell, 1993). Es un excelente libro sobre la teoría del postmodernismo. Es importante ver el capítulo 2, «Forms of togetherness» (pp. 44-71), y el capítulo 3, «Broken lives, broken strategies» (pp. 72-104).
- BAZO, María Teresa (1990): *La sociedad anciana* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas/Siglo XXI), 223 pp. Un estudio sociológico global sobre la ancianidad en Bilbao, utilizando una encuesta. Es uno de los mejores estudios sociológicos sobre el tema de la ancianidad en España.
- (1992a): «La ancianidad a través de los/as jóvenes», *Papers. Revista de Sociología*, 40: 57-73. Un artículo analizando la visión de los jóvenes (277 universitarios/as en el País Vasco) ante la vejez y las personas ancianas.

¹¹⁵ E11.

- (1992b): *La ancianidad del futuro* (Barcelona: SG Editores y Fundación Caja de Madrid), 326 pp. Un análisis cualitativo de la ancianidad positiva. Incluye una docena de entrevistas en profundidad ordenadas por edades (de 65 a 103 años). Incluye un estudio sobre la sociología de la vejez y unas conclusiones analíticas de las entrevistas. Obtuvo el primer premio de investigación de la Fundación Caja de Madrid en 1992.
- (1993): *Sociedades envejecidas y solidaridad intergeneracional* (Lejona, Vizcaya: Universidad del País Vasco), 161 pp., *mimeo*. Un libro inédito sobre la vejez en sus relaciones familiares, el intercambio entre generaciones y las relaciones específicas entre jóvenes y personas ancianas (del estilo de abuelos-nietos, ambos géneros). Incluye, además, algunas ideas básicas sobre educación para la vejez.
- BEAUVOIR, Simone de (1982a): *La ceremonia del adiós, seguido de Conversaciones con Jean-Paul Sartre agosto-septiembre 1974* (Barcelona: Edhasa), 551 pp. Edición original en francés en 1981. Incluye una narración de su relación con Sartre entre los años 1970 y 1980, y de la senilidad de Sartre.
- (1982b): *Una muerte muy dulce* (Barcelona: Edhasa-Sudamericana), 155 pp. Primero publicada en francés en 1964. Es una reflexión intimista y un diario sobre la muerte de su madre.
- BECKER, Ernest (1973): *The Denial of Death* (Nueva York: Free Press), 314 pp. Una visión antropológica y filosófica de la muerte desde las hipótesis del heroísmo en la sociedad contemporánea.
- BERGER, John, y MOHR, Jean (1967): *A Fortunate Man* (Nueva York: Pantheon Books), 171 pp. Es la historia de John Sassall, un médico de pueblo en Inglaterra, incluyendo una mezcla bien lograda de fotografías y texto.
- BERGER, Peter (1967): *The Sacred Canopy: Elements of A Sociological Theory of Religion* (Nueva York: Doubleday).
- BERTAUX, Daniel (ed.) (1981): *Biography and Society: The Life History Approach in the Social Sciences* (Beverly Hills, California: Sage), 309 pp. Uno de los manuales básicos del análisis biográfico. Incluye 17 estudios diferentes.
- «Biography and Autobiography in Sociology», número monográfico de *Sociology: The Journal of the British Sociological Association*, vol. 27, núm. 1 (febrero 1993): 1-197. Colección de 15 artículos sobre los métodos biográficos y las historias de vida, también con el análisis con autobiografías. Incluye aspectos éticos y de veracidad histórica. Estudia la forma en que lo personal puede convertirse en social y las limitaciones (y ventajas) sociológicas.
- BOURDIEU, Pierre (1989): «La ilusión biográfica», *Historia y Fuente Oral*, 2, pp. 27-33.
- BRANDES, Stanley (1985): *Forty: The Age and the Symbol* (Knoxville: The University of Tennessee Press), 153 pp. Un análisis de la simbología cultural del número 40 y, sobre todo, de la llamada crisis de madurez de esos años. Su hipótesis es que es una invención cultural. Es un libro agudo, lleno de ideas generacionales y antropológicas.
- BRIM, Orville G.; FREEMAN, Howard E.; LEVINE, Sol, y SCOTCH, Norman A. (eds.) (1970): *The Dying Patient* (Nueva York: Russell Sage Foundation), 390 pp. Uno de los estudios clásicos sobre el proceso de morir. Incluye 14 capítulos y una bibliografía comentada sobre el tema.
- BROWN, Doress Paula; LASKIN, Diana Siegal, et al. (1987): *Ourselves, Growing Older* (Nueva York: Simon & Schuster), 511 pp. Uno de los estudios mundiales más importantes sobre el tema de la ancianidad, realizado por el Colectivo de Salud de las Mujeres de Boston. Mantiene un enfoque innovador, comprehensivo, con un análisis cualitativo importante. No existe un estudio similar en nuestro país. Se pueden comparar algunos datos e ideas con el informe originario *Our Bodies, Ourselves*.
- CABRÉ, Anna, y SMILGES, Alfredo (1985): «Estudio exploratorio sobre los centenarios en la ciudad de Barcelona», *Papers de Demografia*, 5, Universidad Autónoma de Barcelona, 20 pp. Un estudio sobre los 150 centenarios/as en Barcelona, con conclusiones negativas sobre su posible investigación, pero ideas válidas para el análisis del rol del anciano/a en la sociedad actual.
- CAIS, Jordi; CASTILLA, Emilio J., y MIGUEL, Jesús M. de (1993): *Desigualdad y morbilidad* (Madrid: Fundación Argentaria), 91 pp. Es parte del congreso sobre desigualdad organizado

- por la Fundación Argentaria en Madrid (Palacio de Congresos, mayo 1993). Un estudio detallado de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE y los procesos de cambio durante una década (1980-1990). Estudia con especial detalle las diferencias por grupos de edad, incluyendo diversos tipos de ancianos/as.
- CARTWRIGHT, Anne, *et al.* (1973): *Life Before Death* (Londres: Routledge).
- CÁTEDRA, María (1988): *La muerte y otros mundos* (Madrid: Júcar Universidad), 488 pp. El subtítulo describe el estudio: *Enfermedad, suicidio, muerte y más allá entre los vaqueiros de alzada*. Es una de las mejores investigaciones antropológicas españolas sobre el tema de enfermedad y muerte. Indirectamente se trata el tema de envejecimiento en relación con la morbilidad y la mortalidad.
- CASTRO, Luis N. de (1932): *Hombres rotos: La emoción, el dolor, la enfermedad, el deseo de vivir y la muerte de los tuberculosos* (Madrid: Ediciones Ulises), 206 pp.
- CLARK, David (ed.) (1993): *The Sociology of Death: Theory, Culture, Practice* (Oxford: Blackwell Publishers y The Sociological Review), 302 pp. Trece artículos sobre sociología de la muerte. El libro más reciente e interesante de Sociología de la Muerte. Es importante leer los artículos de Philip Mellor («Death in high modernity: The Contemporary presence and absence of death»), Michael Mulkey («Social death in Britain»), Sheila Adams («A gendered history of the social management of death and dying in Foleshill, Coventry, during the inter-war years») y, sobre todo, el de Tony Walter («Sociologists never die: British sociology and death»). Pero conviene leer todo el libro.
- COLLADO, Ana (1989): «Efectos no deseados del proceso de envejecimiento de la sociedad española», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 48, pp. 199-209. Un excelente artículo sobre la demografía del proceso de envejecimiento de la población española.
- COLLADO, Ana; DOMÍNGUEZ ALCÓN, Carmen, y MIGUEL, Jesús M. de (1991): *Estructuras de la prevención de deficiencias: El caso de Barcelona* (Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalías, del Ministerio de Asuntos Sociales), 500 pp. Un análisis de *dedimi* (deficiencias, discapacidades y minusvalías) utilizando los datos del INE y una encuesta *ad hoc* realizada en la provincia de Barcelona. Incluye un análisis detallado de las relaciones entre vejez y *dedimi*. Los datos de la «Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías», del INE, de 1987, se analizan con detalle.
- CRUZ, Pepa, y COBO, Rosa (1990): *Situación social de los viejos en España* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas), 100 pp. Es el número 21 de la colección de Estudios y Encuestas, en que se analiza una encuesta general sobre el tema realizada por el CIS a una muestra nacional.
- DENZIN, Norman K. (1989a): *Interpretive Biography* (Newbury Park, California: Sage), 93 pp. Es parte de la colección de libros de Qualitative Research Methods Series (es el número 17). Es un manual excelente sobre análisis biográfico.
- (1989b): *Interpretive Interactionism* (Newbury Park, California: Sage), 160 pp. En la colección Applied Social Research Methods Series (es el número 16).
- DOMÍNGUEZ ALCÓN, Carmen (1993): «Envejecimiento y familia», *Papers. Revista de Sociología*, 40: 61-73.
- DOMÍNGUEZ ALCÓN, Carmen, y RODRÍGUEZ, Josep A. (1987): *Estudio de necesidades de la población anciana* (Barcelona: Generalitat de Catalunya), mimeografiado. Es un informe lleno de ideas; parte del *Libro Blanco del Envejecimiento en Cataluña*. Es básico para conocer la situación social de los/as ancianos en Cataluña, con ideas aplicables a otras regiones.
- DOUGLASS, William A. (1969): *Death in Murelaga: Funerary Ritual in a Spanish Basque Village* (Seattle: University of Washington Press), 240 pp.
- DUMONT, Richard G., y FOSS, Dennis C. (1972): *The American View of Death: Acceptance or Denial?* (Cambridge, MA: Schenkman Publishing Company), 117 pp.
- DURÁN, M. Angeles (1983): *Desigualdad social y enfermedad* (Madrid: Tecnos), 180 pp. La primera encuesta completa sobre desigualdades sociosanitarias en nuestro país, con ideas e hipótesis interesantes.
- DURKHEIM, Emilio (1965): *El suicidio: Estudio de Sociología* (Buenos Aires: Editorial Schapire),

- 315 pp. Manejamos la edición española de 1928 (Madrid: Editorial Reus, Biblioteca Jurídica de Autores Españoles y Extranjeros, vol. 127, 1928), 450 pp., que incluye un estudio preliminar de Mariano Ruiz-Funes (también traductor, y catedrático de Derecho Penal de la Universidad de Murcia) sobre «Etiología del suicidio en España», pp. I-XXXIX (aparece dedicado a Constancio Bernaldo de Quirós). La primera edición en francés es de 1897. La primera edición en inglés no es hasta 1951. Hay, pues, impacto bastante temprano de esta obra en España.
- ECHEVERRI, Beatriz (1993): *La gripe española: La pandemia de 1918-1919* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas), 194 pp.
- ELIAS, Norbert (1987): *La soledad de los moribundos* (México: Fondo de Cultura Económica), 111 pp. Uno de los estudios teóricos más interesantes sobre el tema de la ancianidad y muerte desde una perspectiva sociológica, analizando los procesos de soledad y dependencia. Originalmente publicado en 1982 y 1985 con el título *The Loneliness of the Dying* (Oxford: Blackwell).
- (1991): *Sociología del tiempo* (Madrid: Fondo de Cultura Económica).
- ERIKSON, Erik (1963): *Childhood and Society* (Nueva York: W. W. Norton).
- (1981): *La adultez* (México: Fondo de Cultura Económica). Conviene leer el capítulo «Reflexiones sobre el ciclo de vida del Doctor Borg» (pp. 14-57), sobre la película *Las fresas silvestres* (en España traducida como *Fresas salvajes*). El libro *Adulthood* se publicó en inglés en 1978. Véase especialmente el cuadro de la página 49.
- EVANS, Mary (1993): «Reading lives: How the personal might be social», *Sociology*, vol. 27, núm. 1, pp. 5-13.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, Rocío (1992): *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud* (Barcelona: SG Editores y Fundación Caja de Madrid), 159 pp. Un estudio empírico esencial sobre el rol de la ancianidad en España. Investigación premiada por la Fundación Caja de Madrid.
- FERRAROTTI, Franco (1981): *Storia e storie di vita* (Bari: Laterza).
- FIELD, D. (1989): *Nursing the Dying* (Londres: Tavistock and Routledge).
- FOUCAULT, Michel (1979): *The History of Sexuality* (Londres: Allen Lane), vol. 1, 168 pp. La primera edición en francés es de 1976.
- (1980): *Herculine Barbin: Being the Recently Discovered Memoirs of a Nineteenth Century French Hermaphrodite* (Nueva York: Pantheon).
- (1984): *Yo, Pierre Rivière* (Barcelona: Tusquets). Aquí hemos manejado la edición en inglés: *I, Pierre Rivière, having slaughtered my mother, my sister, and my brother... A Case of Parricide in the 19th Century*, edited by Michel Foucault (Lincoln: University of Nebraska Press, 1975), 289 pp. Existe una edición en español (Barcelona: Tusquets, 1984). Un análisis teórico de la historia del parricida normando que en 1835, para librar a su padre, mata a su madre, su hermana de 18 años y su hermanito de 7 años. En la cárcel escribe su historia. Foucault incluye el testimonio médico y legal, así como las investigaciones policiales, además de las memorias de Rivière. Está menos preocupado por la historia de P. R. en sí que por la visión de la enfermedad mental, la justicia y el crimen, así como los procesos de psiquiatrización de la justicia y la medicalización del crimen. La autobiografía sirve de excusa a Foucault para analizar las estructuras de poder, conocimiento e ideologías en Francia.
- FOX, Renée C., y SWAZEY, Judith P. (1974): *The Courage to Fail: A Social View of Organ Transplants and Dialysis* (Chicago: University of Chicago Press), 395 pp.
- FRASER, Ronald (1979): *Recuérdalo tú y recuérdalo a otros: Historia oral de la Guerra Civil española* (Barcelona: Crítica). Un estudio clásico de historia oral sobre la Guerra Civil española (de 1936-39), recogiendo testimonios de personas que vivieron la guerra.
- FREIXAS, Anna (1993): *Mujer y envejecimiento: Aspectos psicosociales* (Barcelona: Fundación La Caixa), 195 pp. Análisis psicológico y feminista de los procesos de envejecimiento, menopausia, relaciones materno-filiales, vivencias personales y evaluación de la vida en una muestra de 31 mujeres de 50 a 60 años, residentes en Córdoba capital. Utiliza una metodología de entrevistas en profundidad.
- FUCHS, Victor R. (1974): *Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice* (Nueva York:

- Basic Books). Uno de los libros esenciales sobre el coste de la supervivencia de grupos sociales ancianos en la sociedad contemporánea. Fue continuado posteriormente en *The Health Economy* (publicado por Harvard University Press en 1986).
- FUNDACIÓ CIREM (1993): *Gent gran i adolescents: Estudi d'una relació* (Barcelona: Fundació La Caixa), 223 pp. Resultado de una encuesta a 1.250 personas entrevistadas (625 personas mayores y otras tantas adolescentes).
- FUNDACIÓ FOESSA (ed.) (1994): *Quinto informe sociológico sobre la situación social en España: Sociedad para todos en el año 2000* (Madrid: Fundación Foessa), 2.313 pp. Se trata del quinto informe Foessa, que incluye capítulos relevantes sobre población y estructura social, sobre salud y sanidad, estilos de vida, etc. Incluye datos originales de una encuesta nacional. Es el estudio más ambicioso de análisis de la realidad social española en los años noventa. De Jesús M. de Miguel véase, sobre todo, el capítulo 1, «La España del cambio» (pp. 1-144), y el capítulo 6, «Salud y sanidad» (pp. 823-1106). Los datos sobre seguros aparecen en ese capítulo sexto.
- GARCÍA PONCE DE LEÓN, Omar: Véase Ponce de León, Omar G.
- GARRIDO, Luis, y GIL CALVO, Enrique (eds.) (1993): *Estrategias familiares* (Madrid: Alianza Editorial), 358 pp. Reúne 16 estudios pluridisciplinarios (sociológicos, económicos, demográficos) sobre los cambios de las familias españolas en el contexto mundial. Incluye una primera parte extensa sobre capital humano y familia y un capítulo sobre formas de familia en la España contemporánea (de Miguel Requena).
- GILMORE, Leigh (1994): *Autobiographics: A Feminist Theory of Women's Self-Representation* (Ithaca: Cornell University Press), 255 pp. Un estudio teórico sobre el género y la construcción autobiográfica de la realidad social, debatiendo los temas de verdad e ideología, cuerpo, identidad, género, violencia y autorrepresentación, e incluyendo un apartado sobre autobiografía lesbiana. Analiza teóricamente cada uno de esos temas y discute obras importantes.
- GLASSER, B. G., y STRAUSS, A. L. (1965): *Awakeness of Dying* (Chicago: Chicago University Press).
- (1968): *Time for Dying* (Chicago: Aldine).
- (1971): *Status Passage* (Londres: Routledge and Kegan Paul).
- GOFFMAN, Erving (1959): *The Presentation of Self in Everyday Life* (Garden City, NY: Doubleday Anchor Books), 259 pp.
- (1961a): *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* (Garden City, NY: Anchor Books), 386 pp. Incluye los artículos de 1957 a 1959.
- (1961b): *Encounters: Two Studies in the Sociology of Interaction* (Indianapolis: The Bobbs-Merrill Co.), 152 pp.
- (1963): *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* (Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall), 147 pp.
- (1967): *Interaction Ritual: Essays on Face-to-Face Behavior* (Garden City, NY: Anchor Books), 270 pp.
- (1969): *Strategic Interaction* (Filadelfia: University of Pennsylvania Press), 145 pp.
- (1971): *Relations in Public: Microstudies of the Public Order* (Nueva York: Harper Colophon Books), 396 pp.
- (1974): *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience* (Nueva York: Harper Colophon Books), 586 pp.
- (1979): *Gender Advertisements* (Nueva York: Harper & Row), 84 pp.
- GOL GURINA, Jordi; COLODRÓN, Antonio; ARANGUREN, José L.; CORDÓN, Faustino; NÁJERA, Enrique, y FOLCH MATEU, Pere (1985): *Ensayo sobre la vida y la muerte* (Barcelona: Teide), 145 pp. Publicado por el Colegio de Médicos de Barcelona, incluye el texto de seis conferencias.
- GORER, G. (1965): *Death, Grief and Mourning in Contemporary Britain* (Londres: Cresset). Incluye una visión revisada de su trabajo sobre «The pornography of death», publicada en *Encounter* en octubre de 1955, donde establece que la muerte ha sustituido al sexo en la sociedad contemporánea como tabú.
- HERTZ, Robert (1960): *Death and the Right Hand* (Aberdeen: Cohen and West), 174 pp. La edición original en francés es de 1907 y 1909.

- HINTON, John (1967): *Dying* (Harmondsworth: Penguin), 208 pp. Un punto de vista social y psiquiátrico.
- HOCKEY, J. (1990): *Experiences of Death: An Anthropological Account* (Edimburgo: Edinburgh University Press).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1987): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías* (Madrid: INE), 2 vols., 805 pp. La encuesta más importante realizada en España sobre *dedimi*, con una muestra muy amplia que incluye tres submuestras por edades. Los datos fueron reanalizados por el propio INE (en otra publicación posterior) y por Ana Collado.
- JANO: *Medicina y Humanidades*, 949 (2 mayo 1991). Incluye varios estudios bajo el título general de «Hacia una sociedad anciana», en las pp. 55-95, con artículos de Jesús M. de Miguel, Josep A. Rodríguez, Ana Collado, Josep M. Comelles, María Teresa Bazo y Carmen Domínguez Alcón.
- KANE, Rosalie A., y KANE, Robert L. (1992): *Evaluación de las necesidades en los ancianos: Guía práctica sobre los instrumentos de medición* (Barcelona: SG Editores y Fundación Caja de Madrid), 334 pp. Un manual metodológico de evaluación de programas y necesidades de la población.
- KEARL, M. C. (1989): *Endings: A Sociology of Death and Dying* (Oxford: Oxford University Press).
- KENNY, Michael, et al. (1980): *La antropología médica en España* (Barcelona: Anagrama), 353 pp. Es un *reader* esencial para el tema de los aspectos antropológicos y culturales de la salud, la medicina, enfermedad y muerte, incluyendo los procesos de envejecimiento. En su área es el primer manual importante en nuestro país.
- KEY, Sarah (1991): *Freddie: A Diary of a Cot Death* (Londres: Mandarin), 104 pp. La historia de la muerte súbita de un hijo contada por su madre, una psiquiatra británica que reside en Australia.
- KLEIN, Max H. (1990): *What I Still Remember* (Barcelona: mimeografiado), 88 pp. Autobiografía con anécdotas personales de un americano (rico) en Barcelona.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth (1969): *On Death and Dying* (Nueva York: Macmillan).
- (1983): *On Children and Death* (Nueva York: Macmillan).
- (1991): *Vivir hasta despedirnos* (Barcelona: Luciérnaga), 155 pp. Análisis cualitativo (mediante entrevistas en profundidad, documentos y diario de campo) de historias de morbilidad y mortalidad de personas ancianas. El tema que desarrolla es el de calidad de muerte. Incluye un estudio fotográfico.
- LAMO DE ESPINOSA, Emilio (ed.) (1993): «Monográfico sobre Karl Mannheim», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 62 (abril-junio): 1-256. Incluye una reproducción del texto de Karl Mannheim sobre «El problema de las generaciones», traducido por y con una presentación de Ignacio Sánchez de la Yncera, así como una compilación actualizada de los escritos más relevantes de Mannheim.
- LEVY, Elizabeth, y MILLER, Mara (1977): *Doctors for the People: Profiles of Six Who Serve* (Nueva York: Alfred A. Knopf), 108 pp.
- LEWIS, Oscar (1970): *A Death in the Sanchez Family* (Londres: Secker & Warburg).
- LIFTON, Robert Jay (1961): *History and Human Survival: Essays on the Young and Old, Survivors and the Dead, Peace and War, and on Contemporary Psychohistory* (Nueva York: Vintage Books, Random House), 404 pp.
- LINDE, Charlotte (1993): *Life Stories: The Creation of Coherence* (Nueva York: Oxford University Press), 242 pp. Metodología de análisis de historias de vida y método biográfico desde una perspectiva lingüística. Estudia sobre todo la causalidad, continuidad del discurso, sistemas de coherencia y sentido común. Analiza la historia de vida desde la norma cultural de dar obligada coherencia y sentido a una vida estudiando los textos como discursos.
- LITTLEWOOD, Jane (1992): *Aspects of Grief: Bereavement in Adult Life* (Londres: Routledge).
- (1993): «The denial of death and rites of passage in contemporary societies», en David Clark (ed.), *The Sociology of Death: Theory, Culture, Practice* (Oxford: Blackwell Publishers y The Sociological Review, pp. 69-86), 302 pp.

- LÓPEZ ALLER, Nora, y LÓPEZ-ACCOTTO, Ana I. (1993): *Andares y caminos: Historias de seis familias españolas* (Madrid: Fundación Argentaria), 197 pp. Es parte de los estudios realizados para el Primer Simposio sobre Igualdad y Distribución de la Renta y la Riqueza, organizado, en Madrid, por la Fundación Argentaria. Originalmente iba a ser un estudio de cien familias. El análisis se presenta cronológicamente en siete capítulos, desde antes de la Guerra Civil hasta «los años ochenta y principios de los noventa».
- MACKLIN, Ruth (1987): *Mortal Choices: Ethical Dilemmas in Modern Medicine* (Boston: Houghton Mifflin Company), 246 pp.
- MANNHEIM, Karl (1993): «El problema de las generaciones», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 62, pp. 193-242. Edición original: «Das problem der generationen» (publicado en 1928).
- MARIAS, Julián (1949): *El método histórico de las generaciones* (Madrid: Revista de Occidente).
- (1989): *Generaciones y constelaciones* (Madrid: Alianza).
- MARSAL, Juan F. [Pancho] (1972): *Hacer la América: Biografía de un emigrante* (Barcelona: Ariel), 340 pp. Uno de los estudios sociológicos españoles más interesantes sobre historias de vida, con la vida de JS —un minuterero (fotógrafo) ambulante— a través de las cartas enviadas por él a Princeton University. El libro se empieza a escribir en 1961 y se publica en 1969, con el apéndice metodológico en primera versión escrito en 1966. El libro se centra en torno al proceso de maduración y envejecimiento, combinado con el de migración, y las tendencias de cambio social. Texto imprescindible a nivel de metodología biográfica y de valores. Sin embargo, el apéndice metodológico, «Historias de vida y ciencias sociales», no se publica en la edición española de 1972. Hay que leerlo en la edición original: *Hacer la América: Autobiografía de un inmigrante español en la Argentina* (Buenos Aires: Instituto Torcuato Di Tella, 1969), pp. 409-434. También aparece en J. Balán (ed.), *Las historias de vida en ciencias sociales* (1974), pp. 43-63. Hay una revisión crítica más interesante en *Las historias de vida como sociología y como vida: A modo de postdata autocrítica* (Asunción: Centro Paraguayo de Estudios Sociológicos, núm. 39, en 1973), que conviene leer con la edición española de un año antes. Es el libro/artículo español más importante sobre el tema. El libro es más impresionante aún si se sospecha la propia vinculación autobiográfica de la historia de JS (siglas ficticias) con el autor de la recopilación (Pancho Marsal).
- (1973): «Las historias de vida como sociología y como vida: A modo de postdata autocrítica», *Revista Paraguaya de Sociología*, vol. 10, núm. 28, pp. 3-12. Resume bien su punto de vista en la frase final: «Creo que las historias de vidas depuradas por una mayor concientización de los vicios en que incurrimos los primerizos siguen siendo hoy un excelente puente para salvar muchas de las estrecheces del academicismo numerológico por un lado y del activismo anticientífico por el otro que son el scila y caribdis de nuestra malandanza» (p. 11). Hemos manejado la edición en forma de separata, número 89 de la Colección de Reimpresiones.
- (1977): *La crisis de la sociología norteamericana* (Barcelona: Península), 323 pp. Es interesante leer el apéndice, «Las implicaciones metodológicas de la crisis» (pp. 291-322), especialmente el capítulo 11, «La investigación sociológica y lo cualitativo», a partir de la p. 307.
- MARTÍN FERNÁNDEZ, Manuel (1994): *Mujeres policia* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas y Siglo XXI), 159 pp. Uno de los primeros estudios del proceso de feminización de una profesión en España. Realizado con una metodología cualitativa: historias de vida y una entrevista en grupo con mujeres que son policías locales. Es también, indirectamente, un análisis de generaciones femeninas.
- MEAD, George H. (1934): *Self and Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist* (Chicago: The University of Chicago Press).
- MELLOR, Philip (1993): «Death in high modernity: The contemporary presence and absence of death», en David Clark (ed.), *The Sociology of Death: Theory, Culture, Practice* (Oxford: Blackwell Publishers y The Sociological Review, pp. 11-30), 302 pp.
- MELLOR, Philip A., y SHILLING, C. (1993): «Modernity, self-identity and the sequestration of death», *Sociology*, 27.

- MERCADÉ, Francesc (1986): «Metodología cualitativa e historias de vida», *Revista Internacional de Sociología*, vol. 44, núm. 3, pp. 295-319. Merece la pena leer todo el volumen, extraordinario.
- MIGUEL, Amando de, et al. (1993): *La sociedad española, 1992-93: Informe sociológico de la Universidad Complutense* (Madrid: Alianza Editorial), 826 pp. Similar a los informes Foessa, incluye un extenso capítulo sobre «Población y salud», que incluye un desarrollo sobre la sociedad envejecida (pp. 100-111). Incluye un mapa del envejecimiento de 1960 a 1986 y un análisis de valores sociales sobre la vejez.
- (1994): *La sociedad española 1993-94* (Madrid: Alianza Editorial). Estudio global de la sociedad española financiado por la Fundación General (de la Universidad Complutense). Incluye un capítulo sobre población y salud, sobre familia y movilidad, creencias y valores; otro sobre «Los mayores» (por Miguel S. Valles y M. Angeles Cea) y, el último, sobre «Los mayores en residencias» (por Mónica Ramos).
- (1995): *La España de nuestros abuelos: Historia íntima de una época* (Madrid: Espasa-Calpe), 325 pp. Es un análisis de la vida cotidiana española de principios del siglo XX a partir de las novelas costumbristas de la época. Está organizado en forma de diccionario.
- MIGUEL, Jesús M. de (1973): *El ritmo de la vida social: Análisis sociológico de la población en España* (Madrid: Tecnos), 356 pp.
- (1978): *Sociología de la Medicina: Una introducción crítica* (Barcelona: Vicens Vives), 318 pp. Un primer manual español sobre el tema, que incluye el tema de ancianidad y los procesos de envejecimiento de la población española.
- (1983): *Estructura del sector sanitario* (Madrid: Tecnos), 159 pp. Un librito básico para analizar el sistema sanitario español. Trata el tema de la dinámica de población y las necesidades familiares. Incluye una bibliografía comentada (pp. 149-155).
- (1985): *La salud pública del futuro* (Barcelona: Ariel), 274 pp. Un manual de sociología y sanidad en que se tienen en cuenta los temas de transformaciones demográficas y de la estructura de edades y morbilidad, necesidades de la población y participación de la población en el sector sanitario.
- (1990): *El mito de la sociedad organizada* (Barcelona: Península).
- (1994): «La España del cambio», en Fundación Foessa (ed.), *Quinto informe sociológico sobre la situación social en España: La sociedad para todos en el año 2000* (Madrid: Fundación Foessa), pp. 1-144.
- (1995): *Análisis sociológico del rol social del anciano por cohortes en España* (Madrid: Fundación Caja de Madrid), 453 pp. Análisis de generaciones en España.
- MIGUEL, Jesús M. de, y Díez NICOLÁS, Juan (1985): *Políticas de población* (Madrid: Espasa-Calpe), 302 pp. Es un primer estudio sobre políticas de población en España, analizando globalmente desde los procesos demográficos a los de salud pública, en el panorama europeo y mundial. Incluye un capítulo entero (el 9) sobre tendencias en la ancianidad (pp. 181-203). Es un texto básico para entender los procesos de cambio generacional en el contexto de las sociedades avanzadas. Contiene numerosos datos españoles y mundiales.
- MIGUEL, Jesús M. de, y KIRP, David L. (1992): «Spain: An epidemic of denial», en David L. Kirp y Ronald Bayer (eds.), *AIDS in the Industrialized Democracies: Passions, Politics, and Policies* (New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, cap. 5, pp. 168-184), 393 pp. Un análisis de la mortalidad por sida en España y del fallo de las políticas contra el sida en el país.
- MIGUEL, Jesús M. de; CASTILLA, Emilio J., y CAIS, Jordi (1994): *La sociedad transversal* (Barcelona: Fundación La Caixa), 312 pp. Un análisis de los valores, historias de vida y creencias de tres generaciones de españoles en un corte del tiempo: generación de la Guerra Civil, la generación del 68 y la generación X. Incluye un capítulo teórico y metodológico sobre la construcción de la realidad social a partir de textos autobiográficos.
- MIGUEL, Jesús M. de, y MARTÍN, Manuel (1995): «Matar al padre: Un modelo de reconstrucción del conflicto social desde la Sociología de las Organizaciones», *Papers. Revista de Sociología*, 47: 31-53.

- MISHIMA, Yukio (1969): *Thirst for Love* (Nueva York: Alfred A. Knopf), 175 pp. Aunque es una novela, la descripción de diferencias generacionales, clase social y muerte es soberbia.
- MITFORD, Jessica (1963): *The American Way of Death* (Greenwich, Conn.: A Fawcett Crest Book), 288 pp. Un excelente análisis crítico sobre la industria funeraria en los Estados Unidos.
- MOIX, Terenci (1970): *El sadismo de nuestra infancia* (Barcelona: Editorial Kairos), 189 pp. Prólogo de Rafael Alberti. Retrato literario de una generación, desde la visión catalana.
- MOMPART, Anna (1991): «Una aproximació a la morbiditat i mortalitat social a Barcelona», *Papers de Demografia*, 53, Universidad Autónoma de Barcelona, 31 pp. Un estudio interesante sobre morbi-mortalidad, en que se tienen en cuenta los factores demográficos.
- MORAGAS, Ricardo (1991): *Gerontología social: Envejecimiento y calidad de vida* (Barcelona: Herder), 304 pp. Un enfoque sociológico básico del tema de gerontología social, con las innovaciones estadounidenses. Recoge bien la bibliografía internacional.
- MORGAN, D. H. J., y SCOTT, S. (eds.) (1993): *Body Matters: Essays on the Sociology of the Body* (Londres: The Falmer Press).
- MULKAY, Michael (1993): «Social death in Britain», en David Clark (ed.), *The Sociology of Death: Theory, Culture, Practice* (Oxford: Blackwell Publishers y The Sociological Review, pp. 31-49), 302 pp.
- MULKAY, Michael, y ERNST, J. (1991): «The changing profile of social death», *European Journal of Sociology*, 32: 172-196.
- NULAND, Sherwin B. (1995): *Cómo morimos: Reflexiones sobre el último capítulo de la vida* (Madrid: Alianza Editorial), 260 pp. Publicado originalmente en inglés en 1993. Una visión médica, con interpretaciones filosóficas personales (catedrático de Medicina de la Universidad de Yale), sobre las diversas formas de morir, según las enfermedades más comunes. Es una contribución realista, para una audiencia general.
- OECD (1988): *Aging Populations: The Social Policy Implications* (París: OECD), 90 pp. Es uno de los informes dentro de la colección de OECD Social Policy Studies. Contiene los mejores datos sobre los países avanzados del mundo, con las estadísticas del *Health Data File*. Incluye tendencias demográficas, implicaciones para el gasto social y público, políticas sociales, así como proyecciones demográficas importantes.
- OLTRA, Benjamín (1995): *Cultura y tiempo: Investigaciones de Sociología de la Cultura* (Alicante: Editorial Aguacleara), 237 pp. Ver especialmente el capítulo 3, «Tiempo y cultura» (pp. 43-55).
- ORIZO, Francisco A. (1995): *Dinámica intergeneracional en los sistemas de valores de los españoles* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, Colección Opiniones y Actitudes), 119 pp. *Papers. Revista de Sociología*: Monográfico sobre envejecimiento. Número extraordinario 40 (1993), compilado por María Pía Barenys. Entre otros artículos, es importante por el tema el de Carmen Domínguez Alcón, «Envejecimiento y familia» (pp. 61-73).
- PARSONS, Talcott (1967): *El sistema social* (Madrid: Revista de Occidente). Es la traducción de la obra original de 1950. El capítulo 10 es esencial para el tema del rol del paciente. Es una obra de consulta obligada, que luego ha tenido numerosas revisiones y críticas (entre ellas, conviene ver las de Fox, Goffman, Freidson y Ponce de León).
- PARSONS, Talcott, et al. (1972): «Death in American Experience», número monográfico de *Social Research*, vol. 39, núm. 3, pp. 367-567. Incluye el conocido artículo «The "gift of life" and its reciprocation», de Talcott Parsons, Renée C. Fox y Victor M. Lidz, además de otros artículos por Bloom, Cassell, etc.
- PERROW, Charles (1984): *Normal Accidents: Living with High-Risk Technologies* (Nueva York: Basic Books), 386 pp.
- PESET, Mariano, y PESET, José L. (1972): *Muerte en España: Política y sociedad entre la peste y el cólera* (Madrid: Seminarios y Ediciones), 256 pp.
- PINILLA DE LAS HERAS, Esteban (1995): *La memoria inquieta* (Barcelona: Fundación Jaume Bofill), mimeo, 401 pp.
- PLATÓN (1960): *Critón* (Madrid: Aguilar), 45 pp. Escrito originalmente entre el año 399 y el 394 a. JC, inmediatamente después de la muerte de Sócrates (en el año 399 a. JC).

- PLUMMER, Ken (1983): *Documents of Life: An Introduction to the Problems and Literature of a Humanistic Method* (Londres: Unwin Hyman), 175 pp. Es parte de la colección de Contemporary Social Research (vol. 7). Es un manual importante. Hay una versión en español: *Los documentos personales* (Madrid: Siglo XXI). Es un manual general, sobre todo tipo de documentos biográficos y autobiográficos. Sistemático, incluye la metodología, formas de obtener y analizar los datos, problemas prácticos y los usos teóricos de las historias de vida y otros documentos biográficos. Incluye una excelente bibliografía y revisión bibliográfica de los principales estudios.
- PONCE DE LEÓN, Omar G. [García] (1995): *El médico enfermo* (Barcelona: Universidad de Barcelona), tesis doctoral. Ochocientos cinco páginas con la investigación de médicos y médicas enfermos, sobre la forma de enfrentarse a su propia enfermedad. Realizado con entrevistas en profundidad. Primer premio a la mejor tesis doctoral de Sociología de 1995 en España, por el CIS. Un estudio de médicos/as de diversas generaciones y dolencias en su experiencia con la enfermedad, el dolor/sufrimiento, la soledad y la muerte. Es un excelente estudio de los conflictos entre el rol del paciente y el rol de los/as expertos. Un ejemplo de utilización de historias de vida con un objetivo teórico sobresaliente.
- PUJADAS, Juan José (1992): *El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas), 107 pp. Es el número 5 de la colección de Cuadernos Metodológicos. Es un manual de gran utilidad para la investigación cualitativa (especialmente método biográfico) en sociología y antropología. Analiza las historias de vida y sus usos, así como los procesos de elaboración y las diversas perspectivas. La bibliografía es excelente (pp. 91-107), aunque con bastantes cosas de indios/as.
- RAMOS, Ramón (ed.) (1993): *Tiempo y sociedad* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas).
- RIBERA, José M. (1982): *Reflexiones sobre la propia muerte* (Madrid: Mezquita), 125 pp. El resultado de una encuesta realizada en el Hospital Clínico de Madrid.
- RILEY, Mathilda W. (1987): «On the significance of age in society», *American Sociological Review*. Uno de los artículos más importantes sobre la importancia del factor edad en la sociedad contemporánea, desde una perspectiva de las ciencias sociales.
- (1988): *Sociological Lives: Social Change and the Life Course* (Newbury Park, California: Sage), 185 pp., vol. 2 de *Social Change and the Life Course*. Con una introducción de Merton, incluye las reflexiones autobiográficas de ocho sociólogos/as.
- ROBINSON, David (1971): *The Process of Becoming III* (Londres: Routledge & Kegan Paul), 132 pp.
- RODRÍGUEZ, Josep A. (1987): *Salud y sociedad: Análisis sociológico de la estructura y la dinámica del sector sanitario español* (Madrid: Tecnos), 253 pp. Es un estudio sobre los recursos sanitarios en España, con especial dedicación a los establecimientos sanitarios en régimen de internado. El análisis sociológico incluye un estudio de los datos del INE, en forma evolutiva, midiendo el cambio social producido.
- (1994): *Ancianidad y familia* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas).
- RODRÍGUEZ, Josep A., y MIGUEL, Jesús M. de (1990): *Salud y poder* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas y Siglo XXI), 271 pp. Un estudio empírico sobre las desigualdades sociales y sanitarias en España y el impacto de las políticas sanitarias. Estudia también el impacto de las profesiones y de sus intereses. Se pasa revista a los cambios producidos fundamentalmente a partir de 1982. El capítulo 5 («Minorías y salud», pp. 218-262) incluye un análisis de historias de vida.
- RODRÍGUEZ IBÁÑEZ, José Enrique (1979): «Perspectiva sociológica de la vejez», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 7, pp. 65-85. Artículo incisivo sobre la sociología de la ancianidad y los procesos de cambio diferenciales ocurridos con la ancianidad.
- SAKS, Oliver (1986): *The Man Who Mistook His Wife for a Hat* (Londres: Picador), 233 pp. Análisis de 24 casos de enfermos/as neurológicos. El título del libro corresponde al primer caso.
- (1989): *Seeing Voices: A Journey Into the World of the Deaf* (Berkeley: University of California Press), 180 pp.

- SAN ROMÁN, Teresa (1990): *Vejez y cultura: Hacia los límites del sistema* (Barcelona: Fundació Caixa de Pensions), 219 pp. Análisis antropológico sobre los procesos de vejez en la sociedad contemporánea y las teorías al respecto. Análisis concreto de ancianidad y marginación.
- SÁNCHEZ DE LA YNCERA, Ignacio (1993): «La sociología ante el problema generacional: Anotaciones al trabajo de Karl Mannheim», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 62, pp. 147-192.
- SÁNCHEZ VERA, Pedro (ed.) (1993): *Sociedad y población anciana* (Murcia: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Murcia), 331 pp. Trece trabajos de investigación diferentes sobre el tema en torno a la construcción de una sociología de la vejez y del envejecimiento; conceptos básicos sobre tercera edad y envejecimiento; política social y perspectiva jurídica, y algunos enfoques económicos y sociales sobre el proceso de envejecimiento. Incluye una presentación interesante del sociólogo Juan Monreal.
- SCHUMAN, Howard, y SCOTT, Jacqueline (1989): «Generations and collective memories», *American Sociological Review*, 54 (junio): 359-381. Artículo seminal sobre generaciones, estudios de vidas y memoria colectiva en base a una muestra de estadounidenses preguntados en una encuesta nacional sobre los cambios sociales ocurridos en el último medio siglo. Analiza cohortes, generaciones y sus diferencias.
- SMALL, Neil (1993): «Dying in a public space: AIDS deaths», en David Clark (ed.), *The Sociology of Death: Theory, Culture, Practice* (Oxford: Blackwell Publishers y The Sociological Review, pp. 87-111), 302 pp.
- Sociology: The Journal of the British Sociological Association*, vol. 27, núm. 1 (febrero 1993), número extraordinario dedicado a «Auto/Biography in Sociology». Es el libro más actual e importante sobre el tema de análisis cualitativo biográfico. Incluye 15 artículos, de excelente calidad, sobre temas de escribir, investigar, textos, historias de vida, y un artículo especial sobre autobiografías en la Sociología.
- Solidaritat intergeneracional* (Barcelona: Fundació La Caixa, 1993), 95 pp. Es un resumen de 13 conferencias en España realizadas por distintas figuras, durante septiembre y octubre de 1992.
- SONTAG, Susan (1978): *Illness as Metaphor* (Nueva York: Farrar, Straus and Giroux), 88 pp. La tesis de Sontag es que la enfermedad no es una metáfora. Véase la continuación en *Aids and its Metaphor* (Londres: Allen Lane, 1988).
- STANLEY, Liz (1992): *The Autobiographical I: The Theory and Practice of Feminist Autobiography* (Manchester: Manchester University Press), 289 pp. Uno de los manuales críticos (feministas) del análisis autobiográfico. Imprescindible.
- SUDNOW, David (1967): *Passing On: The Social Organization of Dying* (Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall), 212 pp.
- SZCZEPANSKI, Jan (1978): «El método biográfico», *Papers. Revista de Sociología*, 10, pp. 231-256. Una de las primeras publicaciones en España sobre historias de vida y autobiografías. Publicado originalmente en alemán en 1967. Traducido por Marsal y publicado en 1978, representa el inicio del análisis biográfico en España realizado por sociólogos/as.
- THE BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE (1984): *The New Our Bodies, Ourselves: A Book by and for Women* (Nueva York: Simon & Schuster), 647 pp. Manual de salud comunitaria de excelente calidad. Incluye un largo capítulo, el 22, sobre «Women growing older» (pp. 435-472), que es imprescindible para estos temas. Es una edición muy corregida del manual de los años setenta. Hay una edición en nuestro país de la edición previa por Icaria, en 1982 (398 pp.).
- THOMAS, W. I., y ZNANIECKI, Florian (1958): *The Polish Peasant in Europe and America* (Nueva York: Dover). Edición original en 1918-1920: los dos primeros tomos por The University of Chicago Press, y los tomos 3 a 5 en Boston por Badger Press. Hay una segunda edición en 1927 (Nueva York: Knopf). Es el estudio de historias de vida más famoso de la sociología. Incluye la vida de Wladek Wisniewski, en 300 páginas: polaco, aprendiz de panadero, emigra a Alemania y, finalmente, a Chicago.
- TOHARIA, José Juan (1989a): *Cambios recientes en la sociedad española* (Madrid: Instituto de Estudios Económicos).

- (1989b): *La mitad de la explosión* (Madrid: Fundación Banco Exterior). Libro esencial en España para el análisis de los cambios poblacionales recientes, conteniendo datos inéditos. Enfoque sociológico con ideas novedosas.
- TURNER, B. (1984): *The Body and Society* (Oxford: Blackwell).
- VIA, Josep M., y PORTELLA, Eduard (eds.) (1993): *La sociedad ante el envejecimiento y la minusvalía* (Barcelona: SG Editores), 2 vols., 1.182 pp. Contiene los trabajos y ponencias presentados en la Cuarta Conferencia Internacional SYSTED 91 (celebrada en Barcelona). Incluye temas de sociedad, políticas sociales, soporte social, necesidades, información, demanda y utilización de costes, organización de servicios, capital humano, planificación, modelos de intervención, evaluación de programas, así como programas alternativos a la hospitalización.
- WALTER, Tony (1990): *Funerals: And How to Improve Them* (Londres: Hodder and Stoughton).
- (1991): «Modern death: Taboo or not taboo», *Sociology*, 25: 293-310.
- (1993): «Sociologists never die: British sociology and death», en David Clark (ed.), *The Sociology of Death: Theory, Culture, Practice* (Oxford: Blackwell Publishers y The Sociological Review, pp. 264-295), 302 pp.
- ZNANIECKI, Florian (1934): *The Method of Sociology* (Nueva York: Farrar & Rhinehart), por el autor del estudio sobre el campesino/a polaco.

RESUMEN

La Sociología de la Muerte está poco desarrollada en España. En el presente artículo se analizan las bases teóricas de la Sociología de la Muerte y las posibles contribuciones al caso español. Se utilizan datos de un análisis cualitativo por cohortes en España realizado en 1994, con el análisis de las actitudes ante la ancianidad, el cuidado de los ancianos/as, enfermedad (dolor y sufrimiento), moribundez y muerte. Se diferencia entre la *muerte de los otros/as* y la *muerte propia*. Se pone un énfasis especial en el estudio del «último deseo», es decir, cómo les gustaría morir a las personas, y las razones que argumentan para ello. Se realiza el análisis diferenciando fundamentalmente por cohortes (utilizando tres: de la Guerra Civil, del 68 y generación X), así como por género, nivel social y origen. El artículo analiza las diversas *imageries* respecto de la muerte. También presenta un programa básico de investigación de la Sociología de la Muerte en España.

ABSTRACT

The Sociology of Death has not been developed to any great extent in Spain. This paper analyses the theoretical bases of the Sociology of Death and possible contributions to the Spanish case. It draws on a qualitative analysis by cohorts in Spain carried out in 1994 and examines attitudes to old age, care of the elderly, illness (pain and suffering), dying and death. The analysis differentiates between the *death of others* and *one's own death*, and places special emphasis on the «last wish», namely how people would prefer to die and the reasons on which they base this choice. The analysis fundamentally differentiates between cohorts (the generation of the Civil War, the generation of '68 and Generation X), and also sex, class and origin. The paper analyses the various *imageries* that exist with regard to death. It also presents a basic programme of research into the Sociology of Death in Spain.